

**Уточненный отчет о ходе реализации и оценке эффективности  
государственной программы Российской Федерации  
«Развитие здравоохранения» за 2016 год**

Уточненный годовой отчет о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за 2016 год (далее – годовой отчет, государственная программа) подготовлен Минздравом России совместно с соисполнителем и участниками государственной программы с привлечением главных внештатных специалистов Минздрава России во исполнение пунктов 31 и 32 Порядка разработки, реализации и оценки эффективности государственных программ Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 2 августа 2010 г. № 588 (далее – Порядок), и в соответствии с пунктами 77 - 86 Методических указаний по разработке и реализации государственных программ Российской Федерации, утвержденных приказом Минэкономразвития России от 16 сентября 2016 г. № 582 (далее – Методические указания).

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

Государственная программа утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294.

Целью государственной программы является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Основные задачи государственной программы:

обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;

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

развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;

повышение эффективности службы родовспоможения и детства;

развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;

обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;

обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;

повышение роли Российской Федерации в глобальном здравоохранении;

повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья;

медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения.

План реализации государственной программы на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 1727-р (далее – план реализации). В 2016 году в план реализации внесены изменения распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 июня 2016 г. № 1301-р.

Во исполнение данного распоряжения подготовлены приказы Минздрава России от 26 июля 2016 г. № 534 и от 7 декабря 2016 г. № 936 «О внесении изменений в детальный план-график реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденный приказом Минздрава России от 24 сентября 2014 г. № 558».

Годовой отчет сформирован на основе указанного плана реализации и детального плана-графика реализации государственной программы и учитывает изменения, внесенные в рамках исполнения поручения Первого заместителя Председателя Правительства Российской Федерации И.И. Шувалова от 26 апреля 2016 г. № ИШ-П13-2485.

Годовой отчет за 2016 год подготовлен в соответствии с Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год», Федеральным законом от 22 ноября 2016 г. № 397-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2016 год», Федеральным законом от 14 декабря 2015 года № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год» и Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 363-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2016 год».

Особенностью Федерального закона от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год» является отражение бюджетных ассигнований не только в разрезе государственных программ, подпрограмм, но и в разрезе основных мероприятий. В рамках формирования проекта федерального бюджета на 2016 год Минздравом России была проведена работа по уточнению структурных элементов государственной программы (подпрограмм и основных мероприятий). В составе государственной программы с 2015 года дополнительно выделены две подпрограммы: подпрограмма Д «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» и подпрограмма И «Развитие скорой медицинской помощи». В перечень основных мероприятий подпрограмм государственной программы включены новые основные мероприятия: 1.6 «Первичная профилактика стоматологических заболеваний среди населения Российской Федерации», 1.7 «Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией», 1.8 «Проведение пострегистрационных клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических для профилактики и лечения инфекций»; 2.7 «Развитие системы донорства органов человека в целях трансплантации»; 3.4 «Медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и

реабилитации»; 9.7 «Обеспечение реализации подпрограммы»; Д.1 «Финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»; Д.2 «Обеспечение застрахованных лиц полисами обязательного медицинского страхования единого образца»; Д.3 «Управление средствами нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования»; Д.4 «Обеспечение компенсации выпадающих доходов системы обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов»; И.1 «Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»; И.2 «Развитие системы оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах»; И.3 «Информатизация системы оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах»; И.4 «Совершенствование деятельности Всероссийской службы медицины катастроф».

Основное мероприятие 2.7 «Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» перенесено в основное мероприятие И.1 подпрограммы И «Развитие скорой медицинской помощи». Вместо указанного основного мероприятия, с целью совершенствования оказания медицинской помощи методом трансплантации органов человека и эффективного использования донорского ресурса в подпрограмму 2 включено основное мероприятие 2.7 «Развитие системы донорства органов человека в целях трансплантации».

В годовом отчете за 2016 год отражены наименования подпрограмм и основных мероприятий государственной программы в соответствии с редакцией, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294, и в соответствии с приказом Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

План реализации, детальный план-график реализации государственной программы и годовой отчет размещены в аналитической информационной системе обеспечения открытости деятельности федеральных органов исполнительной власти, размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» ([www.programs.gov.ru](http://www.programs.gov.ru)) (далее – портал государственных программ Российской Федерации). Однако, на *портале* государственных программ Российской Федерации таблица 20 «Отчет об использовании бюджетных ассигнований на реализацию государственной программы по расходам федерального бюджета и бюджетов внебюджетных фондов Российской Федерации» не соответствует Федеральному закону от 22 ноября 2016 года № 397-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2016 год» и от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год» ввиду несоответствия структуры отчета государственной программы Федеральному закону от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год».

## Выполнение плана реализации государственной программы в 2016 году

Уточненный анализ выполнения плана реализации государственной программы показал, что из 115 контрольных событий, предусмотренных планом реализации на 2016 год, 43 контрольных события (37,4 %) выполнены в установленный срок и 66 (57,4 %) – *ранее* установленного срока.

*Позже* срока, установленного в плане реализации государственной программы, выполнено 5 контрольных событий (4,3 %), 4 из которых касаются изменения на 1–8 дней (с учетом выходных дней) плановых сроков проведения 2 научно-практических конференций, 1 форума и 1 конгресса в связи с организационно-техническими вопросами и местом проведения данных мероприятий, определенных приказом Минздрава России от 29 апреля 2016 г. № 275 «Об утверждении Плана научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2016 год».

Нарушение планового срока выполнения контрольного события Д.11 «Утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (1 декабря 2016 г.) на 18 дней (19 декабря 2016 г.) связано с *синхронизацией* сроков принятия Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (от 19 декабря 2016 г. № 418-ФЗ) и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов (утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403).

В связи с решением Международного Олимпийского Комитета о недопуске сборной команды Российской Федерации по паралимпийским видам спорта к участию в XV Паралимпийских летних играх 2016 года (г. Рио-де-Жанейро, Бразилия) вместо контрольного события Б.14 «Организовано медицинское обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации на период проведения XV летних Паралимпийских игр в г. Рио-де-Жанейро (Бразилия)» *раньше* установленного срока 9 сентября 2016 г. организовано медицинское обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации на период проведения Открытых Всероссийских соревнований по видам спорта, включённых в программу Паралимпийских летних игр (Московская область), проведенных по поручению Президента Российской Федерации В.В. Путина.

В отчетном периоде не создан центр мониторинга процессов донорства и трансплантации, организация которого предусмотрена в рамках реализации положений проекта федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации» (далее – законопроект) (статья 15 законопроекта). Согласованный с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти законопроект внесен в установленном порядке в Правительство Российской Федерации письмом Минздрава России от 16.07.2015 № 17-1/10/1-2695.



В соответствии с письмом Минэкономразвития России от 27 февраля 2017 г. № 4695-ОФ/Д19и представленные аргументированные обоснования исполнения вышеперечисленных контрольных событий *позже* установленного срока являются основанием и могут быть учтены при проведении оценки эффективности реализации государственной программы.

Таким образом, степень выполнения контрольных событий плана реализации государственной программы в 2016 году составила 99,1 %.

В соответствии с письмом Минэкономразвития России от 27 февраля 2017 г. № 4695-ОФ/Д19и по результатам оценки хода реализации государственных программ по итогам I-III кварталов 2016 года государственная программа получила высокую оценку эффективности реализации основных мероприятий государственной программы – 97,1 % и вошла в первую тройку государственных программ по направлению «Новое качество жизни».

Подробные уточненные сведения об эффективности реализации контрольных событий плана реализации и детального плана-графика реализации государственной программы приведены в таблице 17 приложения к годовому отчету.

**О достижении плановых значений целевых показателей государственной программы за 12 месяцев 2016 года**

Государственной программой определен перечень показателей (индикаторов), направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности жизни (приложение № 1 к государственной программе).

Данный перечень содержит 101 целевой показатель, в том числе 61 (60 %) из них рассчитывается в рамках Федерального плана статистических работ.

Значения 10 показателей (индикаторов) государственной программы представлены как по Российской Федерации в целом, так и в разрезе субъектов Российской Федерации (приложение № 2 к государственной программе).

Отчет за 2016 год содержит сведения о достижении значений 99 (98%) целевых показателей государственной программы за 12 месяцев отчетного года, по которым установлены плановые значения на 2016 год (таблица 16 приложения к годовому отчету).

Из них фактические значения 3 (3 %) индикаторов на дату подготовки уточненного годового отчета будут рассчитаны после подведения итогов официальной государственной статистики Росстатом за 2016 год.

Учитывая изложенное, из 96 показателей государственной программы на дату составления уточненного годового отчета *достигнуты* плановые значения **77 показателей (80,2 %)** - из них *положительные отклонения* от плановых значений определены для **62 показателей (80,5 %)**.

По 19 показателям (19,1 %) государственной программы плановые значения не достигнуты. При этом степень недостижения 5 плановых показателей составляет *менее 3 %* и еще 4 показателей – *менее 5 %*.

Плановые значения показателей «Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения)» и «Количество внедренных инновационных технологий медико-

биологического и медико-санитарного обеспечения в процесс подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта по годам» не достигнуты в связи с изменением методики расчета данных показателей.

Так, плановые значения показателя «Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения)» государственной программы на 2014–2020 годы были рассчитаны с учетом фактических значений 2013 года на основе данных формы федерального статистического наблюдения № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках» и отражены на уровне 40,2 ежегодно. С 2015 года форма ФСН № 17 отменена и фактическое значение показателя «Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения)» рассчитывается в соответствии с формой ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации», утвержденной приказом Росстата от 25.12.2014 № 723. Минздрав России изменил методологию сбора данных о врачах, исключив обучающихся (аспиранты, ординаторы, интерны) и врачей, работающих в образовательных организациях подготовки кадров системы здравоохранения, научно-исследовательских институтах, аппаратах органов управления здравоохранением и Роспотребнадзора.

Следует отметить, что на недостижение плановых значений показателей по заработной плате врачей и младшего медицинского персонала отраслевой «дорожной карты» здравоохранения повлияло, в частности, увеличение фактической средней заработной платы в субъектах Российской Федерации по сравнению с прогнозируемой при незначительном изменении уровня фактической заработной платы отдельных категорий медицинских работников (врачей, среднего и младшего медицинского персонала) от прогнозируемого. Определенную роль в этом сыграли решения ряда субъектов Российской Федерации о корректировке целевых показателей по заработной плате региональных «дорожных карт» в сторону уменьшения по сравнению с отраслевой «дорожной картой» в связи с ограниченными источниками финансовых средств в регионах на повышение оплаты труда медицинских работников.

Аргументированные обоснования недостижения значений ряда плановых показателей государственной программы представлены в таблице 16 приложения к уточненному годовому отчету.

В соответствии с планом выпуска публикаций Росстата *итоговые* информационно-аналитические материалы за 2016 год «Естественное движение населения Российской Федерации» планируются к выпуску *8 июня 2017 года*.

Сведения о выполнении плановых значений 10 показателей (индикаторов) государственной программы в разрезе субъектов Российской Федерации приведены в таблице 16а приложения к годовому отчету.

## **1. Вклад государственной программы в достижение показателей, указанных в документах стратегического планирования**

Реализация мероприятий государственной программы внесла определенный вклад и оказала влияние на достижение целей и задач

государственной политики в сфере социально-экономического развития и безопасности, определенных в Посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 4 декабря 2014 г., от 3 декабря 2015 г., от 1 декабря 2016 г., указах 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»; Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2018 года, Прогнозе социально-экономического развития Российской Федерации на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов, подготовленным Минэкономразвития России, Прогнозе долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года; Демографическом прогнозе Росстата до 2030 года; Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года; Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года; Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года; Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы; Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года; Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы; Основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания на период до 2020 года; Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года; Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года; Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года; Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации; Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу; план деятельности Минздрава России до 2021 года; и других документах.

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

Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ).

Подпункт «е» пункта 1 Указа в части повышения оплаты труда медицинских работников.

В целях реализации Указа распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р утвержден план мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (далее – отраслевая «дорожная» карта).

В целях поэтапного достижения целевых показателей, отраслевая «дорожная» карта включает динамику соотношений средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), и средней заработной платы в субъектах Российской Федерации по годам до значений, установленных Указом.

Согласно итогам федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за 2016 год, соотношения средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала к средней заработной плате по Российской Федерации (среднемесячному доходу от трудовой деятельности) соответственно составили 155,3 %, 86,3 % и 56,5 %.

Подпункт «к» пункта 1 Указа в части организации работы по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

Федеральным законом от 21 июля 2014 г. № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования» в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внесены изменения, устанавливающие полномочия органов государственной власти в сфере охраны здоровья в части создания условий для организации проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями и обязанность медицинских организаций обеспечивать условия для проведения независимой оценки качества оказания услуг.

В 2016 году независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями (далее – независимая оценка, НОК) проводится в соответствии с Ведомственным планом работ по независимой оценке качества оказания услуг медицинскими организациями на 2016–2018 годы, утвержденным приказом Минздрава России от 3 марта 2016 г. № 136, и Порядком рассмотрения результатов независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, утвержденным приказом Минздрава России от 31 марта 2016 г. № 197, включающим учет результатов независимой оценки при применении мер дисциплинарного характера.

Планы работ по независимой оценке приняты всеми органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

В 2016 году независимая оценка проведена в 3 887 медицинских организациях, что составляет 35,5 % от общего числа медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывающих медицинскую помощь (11 091 медицинские организации) (в 2015 году независимая оценка проведена в 2 895 медицинских организациях, что составляет 26,6 % от общего числа медицинских организаций).

В 2017 году независимая оценка запланирована в отношении 4 309 медицинских организаций (38,9 %).

На 31 декабря 2016 г. в целом по Российской Федерации гражданами заполнено 672 606 анкет, из них – 430 627 анкет в амбулаторных условиях и 241 979 анкет в стационарных условиях.

*Независимая оценка качества оказания услуг в медицинских организациях, подведомственных Минздраву России.*

На заседании Общественного совета при Минздраве России 17 февраля 2016 г. был определен перечень медицинских организаций, подведомственных Минздраву России, в отношении которых в 2016 г. проводилась независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями (64 медицинские организации (42 %), а также сформирована рабочая группа Общественного совета с участием представителей общественных организаций по защите прав пациентов и профессиональных медицинских некоммерческих организаций для ежеквартального рассмотрения хода проведения независимой оценки в регионах, проведения контрольных мероприятий, оказания методической помощи общественным советам при органах государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

*Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями в субъектах Российской Федерации.*

Начиная с февраля 2016 г., с участием представителей общественных организаций и советов общественных организаций по защите прав пациентов, органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и Минздрава России проведены контрольные мероприятия во всех федеральных округах в более чем в 350 медицинских организациях Центрального (г. Москва, Московская, Ивановская, Костромская, Липецкая, Воронежская, Курская, Орловская и Рязанская области), Северо-Западного (г. Санкт-Петербург, Ленинградская, Калининградская области), Южного (Астраханская, Волгоградская области, Республика Крым и г. Севастополь), Приволжского (Нижегородская область, Республика Башкортостан, Удмуртская Республика, Пермский край), Дальневосточного (Хабаровский край, Еврейская АО), Уральского (Свердловская область), Северо-Кавказского (Ставропольский край) и Сибирского (Республика Алтай, Алтайский край, Новосибирская область) федеральных округов (всего 27 субъектов Российской Федерации).

Перечень медицинских организаций, в которых были проведены контрольные мероприятия, представлен на официальном сайте Минздрава России в разделе «Независимая оценка» – контрольные мероприятия.

Ежеквартально (16 марта, 29 июня, 27 сентября и 19 декабря 2016 г.) на открытых заседаниях Общественного совета при Минздраве России в режиме видеоселектора с подключением всех субъектов Российской Федерации заслушивался ход выполнения планов работ по организации и проведению независимой оценки в субъектах Российской Федерации.

#### *Проект «Рейтинг поликлиник Российской Федерации»*

В пункте «к» Указа устанавливается обязанность федеральных органов исполнительной власти социального блока «совместно с общественными организациями до 1 апреля 2013 г. обеспечить формирование независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности».

В рамках исследования, проведенного Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения Минздрава России при поддержке Минздрава России, составлен всероссийский рейтинг медицинских организаций.

В рамках пилотного исследования поликлиник Российской Федерации экспертным сообществом впервые проведена оценка качества оказания медицинской помощи в 1 283 поликлиниках, оказывающих помощь детскому (325 поликлиник), взрослому (422 поликлиники), смешанному (536 поликлиник) населению из 80 регионов Российской Федерации.

В рамках реализации Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года (утверждена приказом Минздрава России от 13 февраля 2013 г. № 66 во исполнение подпункта «б» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения») Министерством в 2016 году разработано и обеспечено принятие 15 нормативных правовых актов, в том числе 2 Федеральных закона, 5 актов Правительства Российской Федерации и 8 ведомственных нормативных правовых актов.

1 сентября 2016 года совместно с МИДом России в Правительство Российской Федерации для представления Президенту Российской Федерации внесен пакет документов по ратификации Российской Федерацией Конвенции Совета Европы о борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения (Конвенция «Медикрим»).

## **2. Конкретные результаты реализации государственной программы, достигнутые за 2016 год**

В 2016 году начался второй этап (2016 – 2020 годы) реализации государственной программы.

В 2016 году принято 12 федеральных законов, в том числе:

Федеральный закон от 31 января 2016 г. № 4-ФЗ «О ратификации Соглашения о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники) в рамках Евразийского экономического союза»;

Федеральный закон от 31 января 2016 г. № 5-ФЗ «О ратификации Соглашения о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза»;

Федеральный закон от 5 апреля 2016 г. № 93-ФЗ «О внесении изменений в статьи 14 и 15 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части создания централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций, основанной на принципе разграничения разрешительных и контрольных функций);

Федеральный закон от 26 апреля 2016 г. № 112-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части закрепления за Министерством здравоохранения Российской Федерации полномочий по организации обеспечения лекарственными препаратами 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);

Федеральный закон от 2 июня 2016 г. № 163-ФЗ «О внесении изменения в статью 50 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» (в части установления требований к ввозу в Российскую Федерацию физическими лицами в целях личного использования лекарственных препаратов, содержащих сильнодействующие вещества);

Федеральный закон от 23 июня 2016 г. № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах»;

Федеральный закон от 3 июля 2016 г. № 286-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (в части исключения требования о прохождении обучающимися предварительных и периодических медицинских осмотров, финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями, функции и полномочия учредителя которых осуществляют федеральные органы исполнительной власти, за счет бюджетных ассигнований бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также передачи федеральным органам исполнительной власти полномочий по организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, и лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в

соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»);

Федеральный закон от 19 декабря 2016 г. № 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

Федеральный закон от 19 декабря 2016 г. № 422-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 2017 год»;

Федеральный закон от 28 декабря 2016 г. № 472-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в части продления до 31 декабря 2017 г. сроков реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в целях обеспечения завершения мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров и осуществления в 2017 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, рабочий поселок или поселок городского типа).

Общее количество принятых постановлений Правительства Российской Федерации составляет 28, в числе которых:

постановление Правительства Российской Федерации от 23 января 2016 г. № 33 «О порядке финансового обеспечения медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки), за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета»;

постановление Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования»;

постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2016 г. № 1160 «О порядке формирования перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации»;

постановление Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2016 г. № 1302 «Об утверждении Правил финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями»;

постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания



гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2016 г. № 1512 «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, противовирусными лекарственными препаратами для медицинского применения и Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения»;

постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2016 г. № 1542 «Об утверждении Правил предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования».

### **3. Сведения о достижении целевых показателей (индикаторов) государственной программы**

#### **Демографические показатели и показатели заболеваемости в Российской Федерации за январь-декабрь 2016 года**

Главным результатом деятельности системы здравоохранения на всех уровнях является рост продолжительности жизни.

За последнее десятилетие ожидаемая продолжительность жизни увеличилась более чем на 5 лет и продолжает расти. За 2016 год, по предварительным оценкам Росстата, по состоянию на 15 марта 2017 года, ожидаемая продолжительность жизни составила 71,87 лет (рост на 0,48 лет по сравнению с 2015 годом – 71,39 лет), у мужчин – 66,50 лет (рост на 0,58 лет, в 2015 году – 65,92 лет), у женщин – 77,06 лет (рост на 0,35 лет, в 2015 году – 76,71 лет).

Рост продолжительности жизни связан в значительной мере со снижением смертности лиц трудоспособного возраста. По предварительным данным Росстата, по состоянию на 15 марта 2017 года, смертность лиц трудоспособного возраста в Российской Федерации за 12 мес. 2016 года по сравнению с аналогичным периодом 2015 года снизилась на 5,3 %.

Снижается и разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин, которая в 2011 году составляла 11,57 лет, в 2015 году – 10,79 лет, в 2016 году – 10,56 лет.

По предварительным данным за 2016 год, зарегистрирована естественная убыль – 2,3 тыс. человек за счет снижения рождаемости.

В 2016 году достигнуты исторические минимумы в показателях младенческой и материнской смертности.

Младенческая смертность уменьшилась с 17,4 на 1 000 родившихся живыми в 1990 г. до 6,0 за 2016 г. (на 7,7 % по сравнению с 2015 годом) и продолжает снижаться, в феврале 2017 года она составила – 5,0 на

1 000 родившихся живыми.

Снижение показателя младенческой смертности отмечается во всех федеральных округах Российской Федерации.

За январь – декабрь 2016 года снижение младенческой смертности отмечается в 60 субъектах Российской Федерации. ..

Наибольшее снижение показателя отмечается в Ненецком автономном округе – в 4,1 раза, Сахалинской области – на 41,9 %, Республике Адыгея – на 38,7 %, Мурманской области – на 32,8 %, Амурской области – на 32,5 %, Республике Марий Эл – на 31,6 %, Ленинградской области – на 30,0 %, Орловской области – на 28,6 %, Астраханской и Магаданской областях – на 27,5 %.

В 6 субъектах Российской Федерации показатель младенческой смертности не изменился (Воронежская, Липецкая, Томская, Новосибирская и Ростовская области, г. Севастополь).

Рост показателя младенческой смертности отмечается в 19 субъектах Российской Федерации. Наибольший рост показателя отмечается в Пензенской области – на 30,2 % (с 4,3 до 5,6 на 1 000 родившихся живыми), Курской области – на 27,7 % (с 4,7 до 6,0), Республике Коми – на 27,3 % (с 4,4 до 5,6), Еврейской автономной области – на 26,6 % (с 12,8 до 16,2), Республике Карелия – на 21,1 % (с 5,7 до 6,9), Кировской области – на 19,0 % (с 4,2 до 5,0), Вологодской области – на 13,8 % (с 5,8 до 6,6), Курганской области – на 12,1 % (с 5,8 до 6,5), Тверской области – на 10,6 % (с 6,6 до 7,3), Костромской области – на 8,6 % (с 7,0 до 7,6 на 1000 родившихся живыми).

Самые низкие показатели младенческой смертности наблюдаются в Ненецком автономном округе – 1,3, Чувашской Республике – 3,2, Сахалинской области – 3,6, Магаданской области – 3,7, Тамбовской области – 3,8, Мурманской области и г. Санкт-Петербурге – 3,9, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – 4,1, Ленинградской области – 4,2, Новгородской области и Республике Мордовия – 4,4 на 1000 родившихся живыми.

Самые высокие показатели младенческой смертности отмечаются в Чукотском автономном округе – 16,4, Еврейской автономной области – 16,2, Республике Тыва – 11,3, Республике Ингушетия – 10,4, Республике Алтай и Чеченской Республике – 10,2, Республике Дагестан – 10,1 на 1 000 родившихся живыми.

Материнская смертность снизилась с 47,4 на 100 тыс. родившихся в 1990 году до 8,3 за 12 мес. 2016 года (по оперативным данным без учета окончательных медицинских свидетельств за 12 мес. 2016 г. умерло на 19,4 % меньше женщин, чем за 2015 год).

По предварительным данным Росстата за 2016 год по сравнению с 2015 годом отмечается снижение показателя смертности населения на 0,8 % – с 13,0 до 12,9 на 1 000 населения.

В 2016 году умерло 1 891 015 человек, что на 17 526 человек (на 0,9 %) меньше, чем за 2015 год – 1 908 541 человек.

В январе-декабре 2016 года по сравнению с аналогичным периодом 2015 года снижение смертности зафиксировано в 67 субъектах Российской

Федерации. Наиболее существенное снижение – в Республике Алтай – на 8,3 %, г. Севастополе – на 7,2 %, Ненецком автономном округе – на 5,4 %, Калининградской области – на 5,3 %, Республике Хакасия – на 5,2 %, Республике Тыва – на 4,9 %, Забайкальском крае – на 4,7 %, Оренбургской области – на 4,3 %, Магаданской области – на 4,2 %, Чеченской Республике – на 4,1 %, Республике Башкортостан – на 3,8 %, республиках Дагестан и Северная Осетия-Алания – на 3,7 %.

В 11 субъектах Российской Федерации показатель смертности не изменился (Калужская, Рязанская, Архангельская без автономии, Мурманская, Ростовская, Новосибирская области, республики Коми, Ингушетия, Чувашия, Ямало-Ненецкий автономный округ, г. Москва).

Рост показателя смертности отмечается в 7 субъектах Российской Федерации (Чукотский автономный округ – на 4,2 %, Камчатский край – на 1,8 %, Вологодская область – на 1,4 %, Ставропольский край – на 0,9 %, Московская область – на 0,8 %, Приморский край – на 0,7 %, Ярославская область – 0,6 %).

Самые низкие показатели смертности наблюдаются в Республике Ингушетия – 3,3, Чеченской Республике – 4,7, Республике Дагестан и Ямало-Ненецком автономном округе – 5,2, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – 6,2, Республике Саха (Якутия) – 8,4, Кабардино-Балкарской Республике – 8,5, Ненецком автономном округе – 8,8, Карачаево-Черкесской Республике – 9,4, Республике Калмыкия – 9,7 на 1 000 населения.

Самые высокие показатели смертности отмечаются в Псковской области – 17,9, Тверской области – 17,6, Новгородской области – 17,4, Тульской области – 17,0, Владимирской области – 16,4, Орловской области – 16,3, Курской и Смоленской областях – 16,1, Ивановской области – 16,0, Рязанской области – 15,9 на 1 000 населения.

В структуре причин смерти первое место занимают болезни системы кровообращения – 47,7 %, на втором месте – новообразования – 15,6 %, на третьем – внешние причины – 8,1 %, далее следуют болезни органов пищеварения – 5,1 %, болезни органов дыхания – 3,7 %.

Показатель смертности от туберкулеза снизился на 16,7 % и составил за январь – декабрь 2016 года 7,5 на 100 тыс. населения.

Снижение смертности от туберкулеза отмечается в 74 субъектах Российской Федерации.

Наибольшее снижение показателя смертности от туберкулеза зафиксировано в Ямало-Ненецком автономном округе – в 2,1 раза, Белгородской области – в 2,0 раза, Костромской области – на 43,7 %, Нижегородской области – на 43,5 %, Магаданской области – на 37,0 %.

В 3 субъектах: Архангельской области, Сахалинской области, Республике Башкортостан - показатель не изменился.

Рост смертности отмечается в 8 субъектах Российской Федерации.

Наибольший рост показателя смертности от туберкулеза отмечается в Чукотском автономном округе – в 1,5 раза, г. Севастополе – на 11,9 %,

Республике Калмыкия – на 10,9 %, Красноярском крае – на 8,0 %, Псковской области – на 3,4 %, Калужской области – на 2,1 %, Республике Тыва – на 1,5 %.

Самые низкие показатели смертности от туберкулеза наблюдаются в Белгородской области – 0,6, Карачаево-Черкесской Республике – 1,7, Орловской и Костромской областях – 1,8, Рязанской области – 2,0, г. Москве – 2,1, Ненецком автономном округе и Липецкой области – 2,3, Республике Дагестан – 2,5, Нижегородской области – 2,6 на 100 тыс. населения.

Самые высокие показатели смертности от туберкулеза отмечаются в Республике Тыва – 47,2, Еврейской автономной области – 29,5, Чукотском автономном округе – 23,9, Курганской области – 23,7, Алтайском крае – 22,5, Приморском крае – 22,3, Иркутской области – 22,2 на 100 тыс. населения.

Смертность от болезней системы кровообращения составила 614,1 на 100 тыс. населения, снижение на 2,8%.

Снижение отмечено в 73 субъектах Российской Федерации. Наибольшее снижение смертности от болезней системы кровообращения отмечается в Рязанской области – на 18,9 %, Забайкальском крае – на 18,7 %, Нижегородской области – на 17,6 %, Чукотском автономном округе – на 15,1 %, Кировской области – на 11,0 %, Ненецком автономном округе – на 10,3 %, Оренбургской области – на 10,1 %, Брянской области – на 9,8 %, Удмуртской Республике – на 9,4 %, Карачаево-Черкесской Республике – 8,9 %.

Рост показателя зафиксирован в 12 субъектах Российской Федерации.

Наибольший рост отмечается в Красноярском крае – на 19,9 %, Краснодарском крае – на 8,9 %, Липецкой области – на 7,5 %, Владимирской области – на 4,6 %, Ленинградской области – на 2,6 %.

Самые низкие показатели смертности от болезней системы кровообращения отмечаются в Республике Ингушетия – 148,5, Ямало-Ненецком автономном округе – 201,9, Республике Дагестан – 208,1, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – 253,6, Чеченской Республике – 263,8 на 100 тыс. населения.

Самые высокие показатели смертности от болезней системы кровообращения зафиксированы в Псковской области – 1 065,9, Республике Крым – 945,1, Тверской области – 938,8, Орловской области – 934,6, Новгородской области – 924,5 на 100 тыс. населения.

Смертность от новообразований составила 201,6 на 100 тыс. населения, снижение на 0,8 %.

Снижение зарегистрировано в 49 субъектах Российской Федерации. Наибольшее снижение показателя смертности зарегистрировано в г. Севастополе – на 13,8 %, Нижегородской области – на 13,6 %, Ненецком автономном округе – на 9,7 %, Рязанской области – на 8,9 %, Новгородской области – на 8,6 %, Магаданской области – на 8,0 %.

Рост смертности от новообразований отмечается в 36 субъектах Российской Федерации. Наибольший рост показателя смертности от новообразований зарегистрирован в Чукотском автономном округе – на 39,6 %, Еврейской автономной области – на 12,8 %, Красноярском крае – на 10,8 %,

Республике Калмыкия и Мурманской области – на 8,2 %, Республике Крым – на 7,6 %.

Самые низкие показатели смертности от новообразований зафиксированы в Республике Ингушетия – 53,4, Республике Дагестан – 72,4, Чеченской Республике – 83,4, Ямало-Ненецком автономном округе – 93,5, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – 107,4 на 100 тыс. населения.

Самые высокие показатели смертности от новообразований отмечаются в Тверской области – 261,7, Курганской области – 260,9, г. Санкт-Петербурге – 256,6, Тульской области – 255,2, Орловской области – 253,7 на 100 тыс. населения.

Смертность от внешних причин составила 104,8 на 100 тыс. населения, снижение на 6,7 %.

Снижение наблюдается в 72 субъектах Российской Федерации. Наибольшее снижение показателя смертности отмечается в Республике Алтай – на 31,8 %, Карачаево-Черкесской Республике – на 20,0 %, Калужской области – на 18,8 %, Тульской и Самарской областях – на 16,8 %, Ненецком автономном округе – на 16,5 %, Калининградской области – на 14,2 %.

Рост смертности от внешних причин отмечается в 13 субъектах Российской Федерации.

Наибольший рост показателя смертности от внешних причин отмечается в Чукотском автономном округе – на 26,3 %, Омской области – на 21,5 %, Мурманской области – на 8,9 %, Нижегородской области – на 6,9 %, Республика Северная Осетия-Алания – на 5,3 %.

Самые низкие показатели смертности от внешних причин зафиксированы в Республике Ингушетия – 23,1, Чеченской Республике – 24,8, Республике Дагестан – 44,1, г. Москве – 48,7, г. Санкт-Петербурге – 59,0 на 100 тыс. населения.

Самые высокие показатели смертности от внешних причин отмечаются в Республике Тыва – 250,2, Чукотском автономном округе – 216,9, Амурской области – 209,5, Еврейской автономной области – 182,0, Забайкальском крае – 171,0 на 100 тыс. населения.

Смертность от дорожно-транспортных происшествий составила 10,8 на 100 тыс. населения, снижение на 10,7 %.

Снижение отмечается в 62 субъектах Российской Федерации.

Наибольшее снижение показателя смертности от дорожно-транспортных происшествий наблюдается в Ульяновской области – на 45,2 %, Республике Алтай – на 44,1 %, Костромской области – на 41,1 %, Челябинской области – на 36,4 %, Ивановской области – на 28,9 %.

Рост смертности от дорожно-транспортных происшествий отмечается в 23 субъектах Российской Федерации.

Наибольший рост показателя смертности от дорожно-транспортных происшествий зафиксирован в Чеченской Республике – в 2,2 раза, Магаданской области – в 1,8 раза, Омской области – на 41,7 %, г. Севастополе – на 31,3 %, Тюменской области – на 22,2 %.

Самые низкие показатели смертности от дорожно-транспортных происшествий в январе – сентябре 2016 года зарегистрированы в Республике Ингушетия – 2,7 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 3,2), г. Москве – 4,1 (за аналогичный период 2015 года – 4,0), Магаданской области – 4,8 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 2,7), Омской области – 5,1 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 3,6) и Мурманской области – 6,0 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 5,6).

Самые высокие показатели смертности от дорожно-транспортных происшествий в январе – декабре 2016 года отмечаются в Республике Тыве – 24,5 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 33,2), Республике Адыгея – 21,3 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 24,7), Карачаево-Черкесской Республике – 21,1 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 23,8), Республике Калмыкия – 20,1 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 19,2), Новгородской области – 19,7 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 20,7), Ленинградской области – 19,3 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2015 года – 25,4).

Смертность от болезней органов дыхания составила 47,1 на 100 тыс. населения, снижение на 8,0 %.

Снижение зарегистрировано в 61 субъекте Российской Федерации.

Наибольшее снижение показателей смертности населения от болезней органов дыхания наблюдается в Самарской области – на 37,1 %, Омской области – на 36,6 %, Кабардино-Балкарской Республике – на 27,4 %, Республике Алтай – на 27,2 %, Удмуртской Республике – на 27,0 %, Краснодарском крае – на 26,3 %.

Рост смертности от болезней органов дыхания зарегистрирован в 24 субъектах Российской Федерации.

Наибольший рост показателей смертности населения от болезней органов дыхания зафиксирован в Рязанской области – в 1,5 раза, Сахалинской области – на 14,4 %, Курской области – на 11,0 %, Камчатском крае – на 8,7 %, Брянской области – на 8,4 %, Нижегородской области – на 7,9 %.

Минимальные значения показателей смертности населения от болезней органов дыхания зафиксированы в Республике Ингушетия – 5,3, Чеченской Республике – 12,0, Ямало-Ненецком автономном округе – 16,0, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – 18,3, Кабардино-Балкарской Республике – 23,9 на 100 тыс. населения.

Максимальные значения показателей смертности населения от болезней органов дыхания наблюдаются в Рязанской области – 112,4, Сахалинской области – 94,6, Курганской области – 94,1, Тверской области – 81,5, Тульской области – 77,2 на 100 тыс. населения.

Смертность от болезней органов пищеварения составила 66,3 на 100 тыс. населения – снижение на 3,6 %.

Снижение зарегистрировано в 57 субъектах Российской Федерации.

Наибольшее снижение показателя смертности от болезней органов пищеварения зарегистрировано в Иркутской области – на 28,4 %, Республике Калмыкия – на 25,7 %, Владимирской области – на 21,5 %, Республике Тыва – на 20,8 %, Липецкой области – на 17,3 %, Республике Татарстан – на 17,2 %.

В Ульяновской области показатель не изменился.

Рост смертности от болезней органов пищеварения отмечается в 27 субъектах Российской Федерации.

Наибольший рост показателей смертности населения от болезней органов пищеварения наблюдается в Чукотском автономном округе – в 2,2 раза, Ненецком автономном округе – на 30,3 %, Красноярском крае – на 15,7 %, Чеченской Республике – на 12,4 %, Республике Крым – на 10,6 %.

Минимальные значения показателей смертности населения от болезней органов пищеварения зафиксированы в Республике Ингушетия – 4,8, Чеченской Республике – 13,6, Республике Дагестан – 20,5, Ямало-Ненецком автономном округе – 35,4, Республике Саха (Якутия) – 39,2, г. Москве – 39,8 на 100 тыс. населения.

Максимальные значения показателей смертности населения от болезней органов пищеварения наблюдаются во Владимирской области – 133,0, Сахалинской области – 114,4, Еврейской автономной области – 110,9, Ивановской области – 104,0, Ярославской области – 100,5 на 100 тыс. населения.

С учетом результатов реализации в 2015 году региональных планов мероприятий по сокращению числа умерших по основным классам причин смерти, включая болезни системы кровообращения, новообразования, туберкулез, дорожно-транспортные происшествия, болезни органов дыхания и органов пищеварения, младенческую смертность, разработанных в целях снижения смертности населения подготовлены и согласованы с главными внештатными специалистами Минздрава России региональные планы по снижению смертности от основных причин. В 2016 году данные планы скорректированы с учетом демографической ситуации в регионах.

В Минздраве России проведены совещания с главными внештатными специалистами Минздрава России, главными внештатными специалистами Минздрава России в федеральных округах и главными внештатными специалистами субъектов Российской Федерации, на которых представлены подробные рекомендации по дальнейшей работе с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, руководителями медицинских организаций и медицинским сообществом по разработке, реализации и мониторингу региональных планов по снижению смертности от основных причин в 2016 году.

Минздрав России продолжает проводить мониторинг качества оказания медицинской помощи населению по 19 сигнальным показателям. Данный мониторинг позволяет оперативно выявлять наиболее проблемные моменты в организации медицинской помощи и принимать необходимые меры для их решения.

Минздравом России проводится ежемесячный мониторинг смертности населения в разрезе субъектов Российской Федерации по основным классам причин смерти. Для проведения углубленного анализа эффективности мероприятий по снижению смертности Минздравом России проводятся регулярные совещания со всеми субъектами Российской Федерации по вопросам эффективности реализуемых мероприятий снижения смертности от основных причин, анализируются причины роста или недостаточного снижения смертности, разбираются выявленные недостатки в организации медицинской помощи; осуществляются 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 течение 2016 года 2 раза в месяц проводились совещания в режиме видеоконференции у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец с участием руководителей федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации «О показателях смертности населения Российской Федерации в разрезе субъектов Российской Федерации и по основным классам причин смертности».

Основные причины недостижения целевых медико-демографических показателей:

низкая активность первичного звена здравоохранения по раннему выявлению и профилактике;

несвоевременная обращаемость населения за медицинской помощью;

отсутствие выездных форм работы в ряде регионов;

недостатки в работе скорой медицинской помощи, включая несоблюдение утвержденных порядков оказания скорой медицинской помощи, время транспортировки, износ автомобилей скорой медицинской помощи;

недоработки в схемах маршрутизации пациентов и невыстроенность 3-х уровневой системы здравоохранения;

поздняя госпитализация пациентов с острыми нарушениями в профильные отделения;

недостаточное использование эффективных методов лечения пациентов;

дефицит квалифицированных кадров.

Информация о проблемах и существующих рисках недостижения установленных целевых показателей в разрезе субъектов Российской Федерации приведена в таблице 16а (приложение к годовому отчету).

По информации, поступившей от органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья на запросы Минздрава России от 17.01.2017 № 13-3/10/2-186 и от 20.03.2017 № 13-3/2-83, на основании анализа причин (факторов), повлиявших на недостижение плановых показателей государственной программы, в субъектах Российской Федерации предпринимаются меры, направленные на их достижение.



Так, в Алтайском крае разработан и реализуется комплексный межведомственный план дополнительных мероприятий по снижению смертности от всех причин. По рекомендации Губернатора края во всех муниципальных образованиях разработаны планы по снижению смертности и пропаганде здорового образа жизни. Планы прошли согласование в Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, утверждены муниципальными органами власти. Осуществляется ежемесячный оперативный анализ показателей смертности: в целом по краю - по официальным данным Росстата, по муниципальным образованиям - на основании данных региональной медицинской информационной системы. Результаты анализа доводятся ежемесячно до сведения руководителей муниципальных образований и публикуются на сайте Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

С целью снижения смертности от онкологических заболеваний в крае разработан и реализуется комплексный план дополнительных мероприятий. Основные направления плана: активизация работы по первичной профилактике онкологических заболеваний среди населения края, с проведением профилактических акций «Скажи раку нет», «Декада женского здоровья», «Неделя мужского здоровья» и профилактических программ в СМИ, работа с группами повышенного риска на основе регистра; выявление злокачественных заболеваний на ранних стадиях за счет увеличения охвата населения профилактическими осмотрами и повышения уровня профессиональной подготовки специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на уровне ФАПов, врачебных амбулаторий, участковых больниц и врачебных участков поликлиник; увеличение продолжительности жизни пациентов, прошедших специализированное лечение за счет внедрения современных лечебно-диагностических методов, повышения уровня доступности и качества онкологической помощи, развития паллиативной помощи.

Меры по снижению смертности от ДТП в крае реализуются на основе комплексного межведомственного плана дополнительных мероприятий по снижению смертности. Мероприятия, входящие в компетенцию органов здравоохранения направлены на совершенствование службы скорой помощи. С этой целью на 10 % обновлен парк санитарного автотранспорта (получено 2 реанимобиля класса «С» и 38 автомобилей класса «В»), осуществлен первый этап по созданию единой центральной диспетчерской службы с передачей ряда функций по оперативному управлению выездными бригадами диспетчерской КГКУЗ «Краевой центр медицины катастроф». Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до места ДТП менее 20 минут составляет более 98.%, доля госпитализации пострадавших при ДТП в травмоцентры 1 и 2 уровня составляет более 82 % от всех госпитализаций при транспортных травмах.

Основные меры по снижению первичной заболеваемости туберкулезом направлены на повышение охвата профилактическими осмотрами, повышение приверженности пациентов к лечению, снижение доли бациллярных форм.

Реализация и эффективность мер по снижению смертности и росту ожидаемой продолжительности жизни при рождении находятся на постоянном контроле в Правительстве края, а также у руководства и специалистов Минздрава края.

В Курской области Комитетом здравоохранения области, специалистами Центров здоровья активизирована работа, направленная на формирование здорового образа жизни жителей области, включающая профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака.

Для повышения мотивации населения к ведению здорового образа жизни медицинскими организациями подготовлено и опубликовано 212 статей по здоровому образу жизни и профилактике хронических неинфекционных заболеваний. Вышло в эфир – 59 телепередач и 58 радиопередач. На территории медицинских организаций размещено 12 баннеров по профилактике хронических неинфекционных заболеваний.

С целью снижения смертности от ДТП на территории области функционирует 11 травматологических центров 1-2 уровня. Дополнительно на базе нового здания ОБУЗ «Фатежская ЦРБ» будет организована работа травмоцентра 2 уровня. В регионе организовано обучение приемам первой помощи лиц, участвующим в ликвидации ДТП (пожарных, инспекторов ДПС, спасателей) на базе учебного отдела «Школа медицины катастроф» при ОКУЗ «Курский территориальный центр медицины катастроф».

Поэтапно проводится обновление автомобилей скорой медицинской помощи. В соответствии с распоряжениями Правительства Российской Федерации от 10 августа 2016 г. № 1695-р и от 25 ноября 2016 г. № 2501-р в Курскую область поставлено 22 автомобиля скорой медицинской помощи.

В 2017 году за счет средств областного бюджета будет завершено строительство станции скорой медицинской помощи по ул. Энгельса в г. Курске.

Для снижения смертности от онкологических заболеваний в г. Железногорске Курской области и еще в 5 муниципальных образованиях действует программа «Женское здоровье». С целью раннего выявления онкологических заболеваний внедрен маммологический скрининг женщин.

В 2017 году будет продолжено строительство объекта «Курский областной онкологический диспансер. III пусковой комплекс». В рамках государственно-частного партнерства в области осуществляет свою деятельность Центр позитронно-эмиссионной томографии.

Мероприятия, направленные на снижение смертности населения Курской области, находятся на постоянном контроле Комитета здравоохранения Курской области.

В 2016 г. в Удмуртской Республике утвержден Региональный план мероприятий по сокращению смертности в Республике от основных причин. Мероприятия Плана направлены на повышение информированности населения и проведение профилактических мероприятий, на совершенствование медицинской помощи по соответствующему профилю заболеваний, а также на повышение квалификации медицинских работников.

Продолжены мероприятия по развитию инфраструктуры специализированных сосудистых центров. Открыт шестой сосудистый центр на базе Можгинской районной больницы и седьмой сосудистый центр на базе Игринской районной больницы (для больных ОНМК). Изменена маршрутизация пациентов, проводится концентрация всех больных в региональном сосудистом центре, внедряется дистанционная передача ЭКГ на единый кардиопульт, развивается применение догоспитального тромболизиса бригадой скорой медицинской помощи. Главный кардиолог Минздрава Удмуртской Республики в ежедневном режиме отслеживает каждого больного с острым коронарным синдромом.

В 2016 г. в республике продолжалось проведение информационно-просветительской акции «Прогулка с врачом», проведены акции «Неделя здорового сердца» и «Кардиодесант» на крупных промышленных предприятиях (организациях) города Ижевска и Республики.

Региональным планом мероприятий по сокращению смертности, в том числе от злокачественных новообразований, предусмотрен комплекс мероприятий, направленных на раннее выявление и коррекцию факторов риска, своевременное выявление злокачественных новообразований во время профилактических осмотров и диспансеризации, повышение настороженности медицинских работников, совершенствование специализированной медицинской помощи онкологическим больным.

Указом Главы Удмуртской Республики 2017 год объявлен Годом профилактики злокачественных новообразований. Утвержден межведомственный план мероприятий.

С целью повышения доступности медицинской помощи, в том числе для прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров гражданам трудоспособного возраста, в медицинских организациях Республики организовано проведение Дней открытых дверей в субботние дни. К информированию населения привлекли представителей страховых медицинских организаций - страховых поверенных.

Ранняя и своевременная диагностика в Удмуртской Республике сохраняется за счёт внедрения диспансеризации и профилактических осмотров населения и традиционно превышает среднероссийский уровень.

В Удмуртской Республике сверх установленного приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 г. №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» перечня обследований на 1 этапе диспансеризации включено исследование крови на PSA у мужчин. В 2016 году при проведении данного исследования патология выявлена в 6 % случаев на 1 этапе и в 26 % на 2 этапе.

В медицинских организациях внедрено анкетирование пациентов на доврачебном уровне с целью выявления группы риска на развитие злокачественных новообразований (далее - ЗНО): разработаны 2 типовые анкеты, в том числе на раннее выявление колоректального рака. Анкеты размещены на сайтах медицинских организаций с методикой подсчета результатов и рекомендациями.

В 2016 году в Республике с привлечением глав муниципальных образований организована акция «Онкодесант» с выездом в муниципальные районы с высоким уровнем смертности от злокачественных новообразований. В акции принимали участие специалисты республиканского онкологического диспансера, республиканского центра медицинской профилактики, волонтеры и общественные организации.

Для врачей ультразвуковой диагностики и врачей рентгенологов главными внештатными специалистами проводятся мастер классы на рабочем месте по выявлению ЗНО при проведении диагностических исследований.

В Республике организован конкурс профессионального мастерства по вопросам знания фельдшерами ФАПов признаков ЗНО, а также проведение поквартирных (подворовых) обходов с целью осмотра граждан, не посещавших поликлинику 5 лет и более, организовано проведение диспансеризации в поликлиниках в субботние дни.

Традиционно в Республике проводятся «дни открытых дверей» в республиканском онкологическом диспансере с целью ранней диагностики заболеваний молочной железы, кожи, репродуктивной системы, прямой кишки и предстательной железы.

Во время массовых акций «Улица здоровья» и «Форум здоровья» проводятся скрининговые обследования с дополнительным оборудованием (дерматоскопы и др.), используются передвижные маммографы и флюорографы.

С целью снижения смертности от ДТП организовано проведение учебно-спасательных тренировок с участием ГИБДД по Удмуртской Республике, Главного управления МЧС России по Удмуртской Республике и службы скорой медицинской помощи, осуществляется контроль за соблюдением маршрутизации пациентов с множественными, сочетанными и изолированными травмами, в том числе пострадавших в ДТП.

Руководителем Регионального травматологического центра проводятся обучающие семинары с участием главных нейрохирурга, анестезиолога-реаниматолога, руководителя Республиканского консультативного центра для врачей хирургов, травматологов травматологических центров 3 и 2 уровней с экспертной оценкой летальных случаев.

Министерством здравоохранения Забайкальского края в 2016 г. проведены мероприятия по созданию завершенной системы лечения больных с сердечно - сосудистыми заболеваниями от профилактики до реабилитации с организацией современной сети первичных сосудистых центров.

В крае организована работа 2 травмоцентров первого уровня, 4 травмоцентров второго уровня и 9 травмоцентров третьего уровня. В 2016 году дополнительно открыты травмоцентры второго уровня.

В круглосуточном режиме организована работа горячей телефонной линии Министерства здравоохранения края по вопросам доступности и качества медицинской помощи, обеспечения прав пациентов и лекарственному обеспечению.

В целях снижения смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) постоянно проводятся: информирование населения СМИ, выступления на радио, телевидении, публикации в печати.

На базе поликлинического подразделения ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер» проводится стажировка врачей-специалистов первичного звена из медицинских организаций края по онконастороженности.

Возрождена система кураторов-онкологов из ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер». В 2017 году врачи-кураторы выехали в 26 медицинских организаций Забайкальского края и 6 поликлинических подразделений ГУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы».

Для реализации раннего выявления онкологических заболеваний запущен пилотный проект материального премирования медицинского работника, участвующего в выявлении злокачественных новообразований у жителей Чернышевского, Сретенского, Нерчинского, Балейского районов, п. Первомайский, издано распоряжение Министерства здравоохранения Забайкальского края от 26 сентября 2016 года № 1248, реализация данного проекта начата с 1 октября 2016 года.

Врачи-онкологи ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер» в составе выездных бригад, выездных акций «Ярмарка здоровья», «День борьбы с раком» проводят профилактический осмотр населению районов Забайкальского края для выявления новообразований.

В 2016 году проводился анализ каждого зарегистрированного случая смерти от туберкулеза на основании предоставленных медицинскими организациями края актов расследования причин смерти и протоколов вскрытия.

Осуществляется еженедельный мониторинг профилактических флюорографических осмотров населения.

Возрождена система курации врачами-фтизиатрами ГБУЗ «Забайкальский краевой клинический фтизиопульмонологический центр» медицинских организаций муниципальных образований края. Выполнены визиты в районы: Забайкальский, Могочинский, Газ-Заводский, Краснокаменский, Шилкинский, Чернышевский, Борзинский, Улетовский, Красночикойский.

Организован прокат социальной рекламы по профилактике туберкулеза на электронных экранах на территории городского округа «Город Чита». Подготовлены и изданы санитарно-просветительные материалы для населения по профилактике туберкулеза (буклеты, листовки). Постоянно транслируются материалы по профилактике туберкулеза по видеопанелям и радиоточкам в медицинских организациях Забайкальского края.

В 2016 году начат эпидемиологический мониторинг распространенности табакокурения среди жителей Забайкальского края, старше 18 лет. Центрами здоровья Забайкальского края за год принято более 40 тыс. граждан, из них около 27 тыс. - дети и подростки. 100 % граждан обучено основам здорового образа жизни. Каждый гражданин получил в центре здоровья комплексное обследование, консультацию врача, набор памяток о мероприятиях здорового

образа жизни, здоровому питанию, по профилактике гиподинамии, а также по профилактике наркомании, табакокурения и злоупотребления алкоголем.

В Сахалинской области продолжена работа по мотивированию населения региона на прохождение диспансеризации, профилактических осмотров и к ведению здорового образа жизни.

Принимаемые меры с целью снижения смертности от онкологических заболеваний:

- создана и работает сеть первичных онкологических кабинетов в районах области, 5 межмуниципальных онкологических центров;

- в 2016 году дополнительно к 6 имеющимся медицинским комплексам приобретено 8 мобильных диагностических комплексов. В 2017 году планируется приобрести еще 6, в том числе 3 маммографа и 3 флюорографа;

- в 2017 году дополнительно будут созданы условия для диагностики онкопатологии в 3-х районах области в связи с открытием там КТ – кабинетов;

- утвержден и принят к реализации региональный План мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний на 2016-2018 годы;

- проводится финансовое стимулирование специалистов амбулаторно-поликлинического звена за раннее выявление онкологических заболеваний. Выплата за случай составляет около 3,5 тыс. рублей;

- осуществляется реализация Плана мероприятий по сокращению смертности от онкологических заболеваний в 2017 году в Сахалинской области, согласованного с главным внештатным специалистом онкологом Минздрава России М.И. Давыдовым;

- заканчивается строительство хирургического корпуса для Сахалинского областного онкологического диспансера;

- руководителям медицинских организаций в эффективный контракт введён показатель строгого соблюдения порядков и стандартов оказания медицинской помощи, клинических национальных рекомендаций в подведомственной организации;

- сформированы условия для непрерывного медицинского образования для врачей области совместно с медицинскими ВУЗами Дальнего Востока.

С целью снижения смертности от ДТП разработана маршрутизация пострадавших в медицинские организации здравоохранения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи при травмах. В области функционируют 8 травмоцентров, расположенных вдоль региональных и федеральных трасс. Работает передвижной пункт медицинского освидетельствования водителей на состояние опьянения.

На дорогах области продолжается работа по расширению географии размещения стационарных комплексов фото- и видеофиксации нарушений правил дорожного движения. В 2017 году дополнительно планируется установка еще 30 высокотехнологичных устройств (в настоящее время работают 42 «электронных патрульных»).

Продолжается оснащение пешеходных переходов инновационными средствами организации дорожного движения («Интеллектуальный пешеходный переход»). В дошкольных и средних образовательных

организациях проводятся сотрудниками ГИБДД обучающие уроки для детей разных возрастов по соблюдению ПДД и безопасности дорожного движения.

С целью снижения заболеваемости туберкулезом осуществляется межведомственное взаимодействие с органами системы исполнения наказаний по выявлению и лечению туберкулеза у лиц в местах лишения свободы.

Вопросы демографической политики находятся на личном контроле Губернатора Сахалинской области. Под его председательством создана межведомственная комиссия по реализации мер, направленных на снижение смертности населения Сахалинской области, утвержденная распоряжением Правительства Сахалинской области от 02.03.2016 № 99-р. Продолжается работа с главами муниципальных образований по реализации демографической политики.

С главами муниципальных образований заключены соглашения по реализации мероприятий, направленных на снижение смертности на территории каждого района области для межведомственной работы, организации групп из заинтересованных лиц (медицинские работники, МВД, сотрудники социальной защиты и т.д.) для дворовых обходов.

В регионе проводится мониторинг демографических показателей, осуществляется контроль за правильностью заполнения медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти.

Министерством здравоохранения Иркутской области в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП, на базе медицинских организаций области организованы 24 травматологических центра (далее – ТЦ) для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на автомобильных дорогах М-53 и М-55 «Байкал».

С целью снижения смертности от ДТП определена схема доставки и зоны ответственности медицинских организаций, расположенных вдоль автомобильных дорог области общего пользования федерального, регионального и межмуниципального значения с твердым покрытием, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим при ДТП. Разработан алгоритм мероприятий на каждом этапе оказания медицинской помощи. Ведется ежедневный мониторинг специалистами ТЦ 1 уровня пострадавших при ДТП, находящихся на лечении в медицинских организациях области с консультированием и контролем выполнения порядков и стандартов оказания медицинской помощи. Это позволяет своевременно эвакуировать и оказывать специализированную высококвалифицированную медицинскую помощь пациентам, пострадавшим при ДТП, в ТЦ 1 уровня реанимобилями.

В 2016 году в рамках реализации мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутской области «Знак Почета» областной клинической больницы открыто травматологическое отделение для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП с сочетанными и множественными травмами.

На территории области реализуется план первоочередных мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции, в рамках которого организована работа региональной межведомственной комиссии по противодействию распространения ВИЧ-инфекции, проведен анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в области и оценка эффективности реализуемых мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции. Кроме того, план мероприятий содержит комплекс мер, направленных на профилактику и раннее выявление ВИЧ-инфекции, на повышение доступности антиретровирусной терапией и расширение охвата антиретровирусной терапией лиц с ВИЧ-инфекцией, на снижение риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

В 2016 году в муниципальных образованиях области создана персонифицированная база данных по группам риска. Данные категории лиц должны проходить диспансеризацию с обязательным проведением скрининговых тестов (гастродуоденоскопия, рентгенография легких, маммография), что способствует выявлению злокачественных заболеваний на ранних стадиях заболевания, повышению показателя выявляемости и снижению показателя запущенности и смертности.

Ежегодно главным врачам медицинских организаций области проводится анализ работы учреждения в динамике с рекомендациями по улучшению организации работы и основных показателей онкологической службы. В 2016 году по каждому муниципальному образованию определена структура заболеваемости, структура поздней диагностики, определены основные возрастные группы пациентов.

В течение года проведено 4 видеоселекторных совещания по ранней диагностике злокачественных новообразований. Кроме того, вопросы снижения смертности от онкологических заболеваний рассматривались на коллегиях министерства здравоохранения области.

В 2016 году состоялось открытие корпуса высокодозной химиотерапии с аутотрансплантацией костного мозга государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной онкологический диспансер» (далее – ГБУЗ «ООД»), проведен ряд конференций и семинаров с международным участием. Главным внештатным специалистом онкологом министерства здравоохранения области и главным врачом ГБУЗ «ООД» принято участие в 1-ом Азиатско-Тихоокеанском конгрессе, подписан Меморандум о совместной работе в области онкологии.

В Республике Марий Эл приказом Минздрава республики от 13 апреля 2016 г. № 569 утвержден комплекс мер по реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на территории республики.

Проводится работа по повышению обеспеченности врачебными кадрами, в 2016 году приступили к работе 2 врача после окончания интернатуры, ординатуры по специальности «онкология», 3 человека направлены для обучения. На выездном цикле тематического усовершенствования «Методы диагностики и лечения злокачественных опухолей» в 2016 году прошли



обучение 35 врачей, оказывающих медицинскую помощь населению по профилю «онкология».

В рамках мероприятий, проводимых для снижения смертности и улучшения качества оказания медицинской помощи онкологическим больным определены: маршрутизация пациентов, группы наблюдения больных с хронической и предраковой патологией на уровне первичного звена, ведение регистра онкологических больных. В амбулаторно-поликлинических медицинских организациях (подразделениях) открыты первичные онкологические кабинеты.

Внедрены новые методы лечения и диагностики онкологических заболеваний. В 2016 году внедрены новые методы диагностических исследований:

- скрининг злокачественных новообразований шейки матки методом жидкостной цитологии в рамках территориальной программы ОМС;
- флуоресцентная гибридизация *in situ* биопсийного материала в патанатомии – метод прижизненной диагностики диагноза при раке молочной железы и желудка.

Проведено совещание с сотрудниками патологоанатомической службой республики по вопросу сокращения сроков прижизненной диагностики при подозрении на онкологическое заболевание.

Одним из направлений совершенствования медицинского обслуживания в Калужской области является организация профилактической работы с населением по формированию здорового образа жизни и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, проведение диспансеризации, комплексных медицинских осмотров, диспансерного наблюдения лиц, страдающих хроническими заболеваниями, дополнительных медицинских, лабораторных и диагностических исследований, в том числе и на дому, вакцинация, санитарно-гигиеническое воспитание.

На сайтах министерства области, медицинских и образовательных организаций размещены методические рекомендации, информационно-просветительские материалы по вопросам здорового образа жизни и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Во время проведения массовых профилактических акций всем обратившимся раздаются методические рекомендации по правильному питанию и хранению продуктов, здоровому образу жизни, каждому желающему измеряется артериальное давление, уровень сахара в крови, проводятся необходимые консультации.

В 2017 году продолжают функционировать региональный сосудистый центр и три первичных сосудистых отделения по оказанию медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения.

В данных сосудистых подразделениях используются современные высокотехнологичные методы диагностики и лечения: коронарография, баллонная ангиопластика со стентированием, системный тромболитис при ишемическом инсульте (в 2016 г. по сравнению с 2011 г. в 4 раза увеличилось

количество проведенных тромболитисов, в 40 раз увеличилось количество проведенных эндоваскулярных вмешательств).

С 2015 года в 27 медицинских организациях области стартовал пилотный проект по внедрению экспресс-тестирования инфаркта миокарда на ранних стадиях. В пилотные учреждения поставлены и используются наборы для ранней диагностики.

Для маломобильных групп населения отдаленных сельских пунктов организованы выездные мультидисциплинарные бригады, состоящие из врача-терапевта, фельдшера лаборанта (для забора крови с целью выявления уровня глюкозы и холестерина крови), медсестры функциональной диагностики (для снятия ЭКГ).

В 2016 году для повышения доступности медицинской помощи, в том числе сельским жителям:

- в д. Тростье открыт модульный ФАП для ГБУЗ КО «ЦРБ Жуковского района». Построены модульный ФАП в с. Авчурино и врачебная амбулатория в с. Воскресенское Ферзиковского района для ГБУЗ КО «ЦРБ Ферзиковского района»;

- начаты работы по строительству ФАПа в п. Муратовский Щербзавод, городской поликлиники;

- за счет областного бюджета приобретено 14 автомобилей скорой медицинской помощи класса «В», из них для ГБУЗ КО «Региональный центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф» 10 автомобилей.

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 января 2016 г. № 71-р «Об утверждении программы поддержки автомобильной промышленности на 2016 год» в рамках программы поддержки автомобильной промышленности на 2016 год в область осуществлена поставка 33 автомобилей скорой медицинской помощи: 3 автомобиля класса «С», 18 автомобилей класса «В» и 12 автомобилей класса В.

Всего в 2016 году в медицинские организации было поставлено 47 автомашин скорой медицинской помощи.

Данные мероприятия направлены на приближение медицинской помощи населению, уменьшения времени доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании помощи в экстренной форме.

С целью снижения смертности от новообразований врачами - онкологами и медицинскими работниками первичного звена активно осуществляются мероприятия по информированию населения о факторах риска возникновения злокачественных новообразований; по вопросам профилактики, онкологической настороженности и раннего выявления онкологических заболеваний.

В настоящее время ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер» полностью оснащен и укомплектован в соответствии с приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» и является современной медицинской организацией оказывающей специализированную и высокотехнологичную медицинскую

помощь. В 2016 году открыты новые высокотехнологичные структурные подразделения, такие как:

- отделение интервенционных вмешательств, позволяющее проводить: химиоэмболизации (метод локальной химиотерапии злокачественных новообразований различной локализации путём закрытия просвета с остановкой кровотока, питающей опухоль артерии эмболизирующим материалом, содержащим противоопухолевый препарат); региональную химиотерапию (местная химиотерапия, воздействующая на часть/область тела или орган); лечебно-диагностические интервенционные вмешательства;

- создан отдельный блок лучевой диагностики. 3Тс МРТ с широкой апертурой создают комфорт для пациента, широкий охват зоны сканирования и высокое качество, что позволяет минимизировать время работы с пациентом и повышает пропускную способность на 30 %.

Пакет виртуальная колоноскопия – предоставляет неинвазивный метод выполнения и интерпретации результатов исследования колоноскопии, что позволяет сократить время чтения результатов до пяти - десяти минут.

Модернизированы патоморфологическая и цитологическая службы. Приобретен автоматический иммуногитостейнер, с помощью которого достигнута полная автоматизация ИГХ и гибридизации «in situ» – уменьшение влияния «человеческого фактора» при изготовлении препаратов, повышение качества гистологических препаратов. Используются уникальные запатентованные технологии Air Vortex Mixing (воздушное перемешивание), Liquid Coverslip (жидкое покровное стекло) и thermoflex Pad (индивидуальная нагревательная пластина) – стандартизация исследований.

Роботизация процесса позволила развивать телемедицину и телепатологию, а также дало возможность участвовать в международных проектах.

Проводятся мероприятия по повышению онконастороженности медицинских работников общей лечебной сети путем организации научно-практических семинаров, конференций, вебинаров.

В 2016 году проведено 4 семинара по ранней диагностике злокачественных новообразований для врачей общей лечебной сети и 8 семинаров для средних медицинских работников. Тематические беседы по гигиеническому воспитанию и образованию проведены 78 952 гражданам, из них 39 239 составляли граждане пенсионного возраста. Было организовано 11 передач на центральных телевизионных каналах области по вопросам ранней диагностики и профилактики злокачественных новообразований, а также подготовлено 91 500 экз. материалов для массовых периодических изданий.

В целях создания системы оказания онкологической помощи населению, ориентированной на раннее выявление онкологических заболеваний, в 2017 году продолжена работа по улучшению организации деятельности первичных онкологических кабинетов и внедрению в их работу алгоритмов обследования больных с подозрением на рак на этапах ФАП–Центральная республиканская больница – межрайонные онкокабинеты – региональный онкодиспансер.

В области применяются программы скрининга заболеваний:

- предстательной железы в рамках программы «Мужское здоровье»;
- шейки матки, молочной железы в рамках программы «Женское здоровье»;

В 2017 году в области будет внедрена программа скрининга новообразований толстой и прямой кишки.

В Ростовской области реализуется межведомственный «План мероприятий, направленный на снижение смертности в Ростовской области в 2015–2018 гг.». В области создана и функционирует межведомственная комиссия по реализации мер, направленных на снижение смертности населения (утверждена постановлением Правительства Ростовской области от 23 июля 2015 г. № 476). Во всех муниципальных образованиях области созданы и функционируют аналогичные комиссии. С учетом анализа показателей смертности по основным классам причин по итогам 2016 года министерством здравоохранения области разработаны планы по снижению смертности от основных причин на 2017 год. Все планы согласованы, их реализация находится под постоянным контролем главных внештатных специалистов Минздрава России, министра здравоохранения Ростовской области, заместителя Губернатора Ростовской области. В рамках реализации планов по снижению смертности населения осуществляются межведомственные мероприятия: обеспечение транспортной доступности к медицинским организациям для населения, проживающего в отдаленных населенных пунктах; повышение доступности медицинской помощи пострадавшим при ДТП; профилактика и мониторинг изменений неблагоприятной жизненной ситуации жителей донского края; формирование у населения законопослушного поведения и правового воспитания; ведение областного банка данных семей, находящихся в социально-опасном положении; проведение экспертиз и сравнительных исследований качества и безопасности товаров, реализуемых на потребительском рынке области; организация здоровьесберегающей деятельности школ с использованием информационной системы «Наша здоровая школа»; оказание социальных услуг населению; повышение качества медицинских услуг.

Во всех муниципальных образованиях области реализуются мероприятия по увеличению рождаемости: пренатальная диагностика врожденной патологии у плода, неонатальный скрининг на наследственные заболевания. Также в регионе осуществляются меры по снижению влияния неблагоприятных факторов и экстрагенитальной патологии во время беременности и родов. Оптимизированы мероприятия по медицинской профилактике и формированию здорового образа жизни; укреплению ресурсной базы медицинских организаций (проведение капитальных ремонтов, приобретение оборудования и санитарного автотранспорта, укомплектование медицинскими кадрами); по обеспечению доступности для населения первичной медико-санитарной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи; по развитию медицинской реабилитации, паллиативной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения.

В Свердловской области проводятся следующие меры по предупреждению роста смертности населения:

- еженедельный и ежемесячный мониторинг количества вызовов скорой и неотложной медицинской помощи и мониторинг смертности на 1,6 тысячах терапевтических участков, анализируются причины смерти;

- ежемесячный мониторинг смертности по 7 основным группам болезней (всего 470 показателей от 142 медицинских организаций);

- ежемесячные выездные либо видеоселекторные совещания с руководителями медицинских организаций области по разбору причин роста смертности;

- расширенные совещания с участием руководителей Территориального фонда обязательного медицинского страхования области, главных штатных и внештатных специалистов минздрава области и руководителей медицинских служб области;

- заседания межведомственной комиссии по реализации мер, направленных на снижение смертности населения на территории области;

- мероприятия межведомственной Программы демографического развития области на период до 2025 года (постановление Правительства Свердловской области от 27 августа 2007 г. № 830-ПП);

- реализация Комплексного плана мероприятий по формированию здорового образа жизни населения области на 2014-2018 годы (распоряжение Правительства Свердловской области от 08 сентября 2014 г. № 1099-РП);

- заседания межведомственного Координационного совета по формированию здорового образа жизни населения области (распоряжение Правительства Свердловской области от 08 сентября 2014 г. № 1099-РП);

- мероприятия по диспансеризации определенных групп взрослого населения с целью раннего выявления и лечения заболеваний;

- мероприятия по профилактике, диспансерному наблюдению, вакцинации населения, в том числе с использованием на терапевтических участках комплексных врачебно-фельдшерских бригад;

- в Министерстве здравоохранения области подведены итоги работы Областного телефона экстренной психологической помощи. По результатам 2016 года доля проблемных звонков на Телефон доверия в общем объеме звонков выросла на 23 % в сравнении с 2015 годом.

В 2016 году Министерством здравоохранения области организованы мероприятия по снижению смертности от новообразований:

- утвержден приказ Министерства здравоохранения области от 28 января 2016 г. № 91-п «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению Свердловской области по профилю «онкология», устанавливающий, в том числе порядок маршрутизации пациентов по локализациям, необходимые сроки обследования;

- в ежемесячном режиме проводятся индивидуальные заслушивания главных врачей медицинских организаций по вопросам организации оказания медицинской помощи при новообразованиях и предпринимаемых мерах по

снижению показателей, характеризующих онкологическую ситуацию (противораковая комиссия);

- на базе Министерства здравоохранения области и ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» для врачей общей лечебной сети проводятся семинары, видеоконференции по вопросам ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований;

- утвержден план работы врачей-кураторов ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» по организации оказания медицинской помощи больным с выявленными злокачественными новообразованиями или подозрением на онкологическую патологию, в 2016 году врачи-кураторы осуществили 151 выезд на курируемые территории, 10 выездов на территории с высоким ростом смертности от злокачественных новообразований в составе бригад специалистов ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»;

- ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» с помощью информационной программы «Медофис» проводит анализ сроков обследования пациентов с подозрением на злокачественные новообразования в медицинских организациях Свердловской области, при анализе внимание уделяется срокам обследования больных с подозрением на злокачественное новообразование свыше 20 дней, списки этих пациентов передаются в медицинские организации;

- осуществляется профилактическая работа по формированию здорового образа жизни, информированности населения по вопросам выявления и лечения злокачественных новообразований, онкологической настороженности медицинского персонала, организовано 6 выступлений на ТВ, 2 выступления на радио, 2 встречи с журналистами по вопросам оказания медицинской помощи онкобольным, проведены лекции для населения по профилактике злокачественных новообразований.

В 2017 году Министерством здравоохранения области продолжена работа по снижению смертности от злокачественных новообразований:

- открытие торакального отделения на базе ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»;

- проведение в ежемесячном режиме противораковых комиссий;

- выездная работа врачей-кураторов ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»;

- внедрение информационного продукта «Медофис» на рабочих местах районных онкологов;

- проведение семинаров по вопросам ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований для врачей первичного звена в режиме телеконференций на базе Министерства здравоохранения области и ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»;

- информационно-просветительная работа по профилактике онкологических заболеваний с населением области.

В области принята Концепция формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в области на период до 2020 года и

межведомственный Комплексный план мероприятий по формированию здорового образа жизни (далее – Комплексный план). В данных программных документах определены основные направления работы по формированию здорового образа жизни до 2020 года. В Комплексном плане отдельный раздел посвящен реализации межведомственных мероприятий по ограничению потребления табака.

Активно проводится работа с Главами муниципальных образований по разработке и реализации муниципальных программ, включающих, в том числе, мероприятия по ограничению потребления табака. В настоящее время муниципальные программы по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни реализуются во всех муниципальных образованиях области.

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

**Мероприятие 1.1 «Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни, в том числе у детей. Профилактика развития зависимостей, включая сокращение потребления табака, алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ, в том числе у детей» («Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни»<sup>1</sup>)**

#### **Формирование здорового образа жизни, в том числе у детей**

В 2016 году Минздравом России была продолжена работа по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включающая подготовку нормативных правовых актов и реализацию мер по профилактике алкоголизма и наркомании, противодействию потреблению табака, популяризации культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ.

#### **Потребление табака**

В 2016 году в рамках реализации государственной политики в области противодействия потреблению табака были внесены изменения в Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ (в редакции от 28 декабря 2016 г.) «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», в соответствии с которыми с 1 июля 2016 года ограничивается количество сигарет в одной пачке до 20 штук.

Принят 15 мая 2016 г. и действует Технический регламент Таможенного союза «Технический регламент на табачную продукцию» (ТР ТС 035/2014), которым установлено, что при реализации табачной продукции не допускается

---

<sup>1</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

использование листов-вкладышей, размещенных внутри потребительской упаковки, прикрепленных снаружи или приложенных к такой упаковке, за исключением упаковки, на которую невозможно нанести информацию для потребителя.

Предупреждение о вреде потребления табачных изделий должно располагаться на верхних частях лицевой и обратной основных сторон потребительской упаковки табачной продукции (на обратной стороне допускается его размещение снизу, если оно перекрывается акцизной маркой), и должно занимать не менее 50 % площади этих сторон.

В Российской Федерации на пачках появился номер Всероссийской бесплатной консультативной телефонной линии по отказу от табака.

Государственная Дума Российской Федерации приняла в окончательном чтении закон о введении в стране запрета на продажу снюса (сосательного табака). Соответствующие изменения внесены в Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Были внесены также изменения в данный Федеральный закон № 15-ФЗ, в соответствии с которыми в целях предотвращения незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями с 1 июля 2018 года вступят в действие меры по отслеживанию оборота производственного оборудования, движения и распределения табачной продукции, а также об обязательной маркировке каждой пачки и упаковки табачных изделий.

В 2016 году принят приказ Минздрава России от 15 ноября 2016 г. № 859н «Об утверждении Методики проведения мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака» (зарегистрирован в Минюсте России 13 января 2017 г. № 45204) и приказ Минздрава России от 30 июня 2016 г. № 446 «Об утверждении Порядка создания и функционирования «горячих линий», способствующих прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости».

По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения, распространенность табакокурения среди взрослого населения благодаря введению антитабачного законодательства снизилась с 41 % в 2010 году до 32 % в 2016 году.

Для оценки распространенности потребления табака среди подростков, а также эффективности введенных мер в Российской Федерации проведено второе Глобальное обследование потребления табака среди молодежи (GYTS-2015) и в 2016 году представлен соответствующий отчет.

По данным исследования GYTS-2004 распространенность потребления табака среди подростков 13-15 лет составляла 27,3 %.

По результатам GYTS-2015 было выявлено снижение распространенности курения табака в 2-3 раза, а количества потенциальных курильщиков – в 3,5 раза ниже.

Также снизилась распространенность пассивного курения подростков дома – в 2 раза, в общественных местах – в 2,5 раза. В среднем, в



2 раза снизилась доступность табачных изделий. Увеличилась поддержка подростками запрета курения табака в закрытых общественных местах, увеличилось воздействие антитабачной рекламы и осведомленность подростков о вреде табака.

Наблюдалось снижение воздействия информации об употреблении табака в телепередачах и других видео- или телефильмах, а также снизилось наличие вещей у подростков с нанесенным логотипом бренда табачных изделий.

В 2016 году был разработан проект Концепции осуществления государственной политики противодействию потреблению табака на 2017 – 2022 годы и дальнейшую перспективу (далее – Концепция), которая включает принципиально новые подходы к реализации мероприятий, направленных на противодействие потреблению табака.

В основу Концепции положен анализ результатов Концепции осуществления государственной политики противодействию потреблению табака на 2010 – 2015 годы, а также опыт иностранных государств.

Концепция разработана в соответствии со статьей 5 Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака и включает в себя следующие меры:

- защиту государственной политики предотвращения потребления табака от влияния табачных организаций, недопущение установления органами государственной власти любых партнерских отношений с табачными организациями и преференциального режима для табачных организаций;
- повышение акцизов на табачные изделия до среднего уровня среди стран региона ВОЗ;
- введение налога на розничную продажу электронных сигарет, запрет их выкладки, рекламы и стимулирования, а также потребления в местах, где запрещено курение табака;
- введение «экологического» налога на сигареты с фильтром и без фильтра;
- установление требований к упаковке табачной продукции: унифицированный размер и стандартный цвет, без возможности размещения товарных знаков и информации, стимулирующей продажу и потребление табака (простая упаковка);
- введение запрета на использование при производстве табачных изделий ингредиентов со вкусами пищевых продуктов (ароматизаторов) и красителей, а также добавок, усиливающих эффект привыкания;
- возможность реализации на территории Российской Федерации исключительно сигарет с пониженной воспламеняющей способностью;
- невозможность использования в организациях общественного питания изделий, которые используются для вдыхания продуктов горения, нагревания или испарения табака, а также вдыхания различных смесей (в том числе кальянов);
- введение требований, ограничивающих территориальную доступность табачных изделий в городской местности, предусмотрев возможность розничной продажи табачной продукции только в торговых объектах общей площадью не менее 50 квадратных метров;

- предотвращение распространения новых форм и видов табачной продукции, в том числе запрет производства, ввоза и обращения некурительных табачных изделий;

- обеспечение условий, при которых доступ к табачной продукции для нового поколения (граждан, родившихся после 2015 года) на протяжении всей их жизни будет невозможен.

Таким образом, в результате политики, направленной на снижение потребления табака в Российской Федерации, в последние годы практически достигнуты запланированные темпы: снижения распространенности потребления табака среди взрослых и подростков; уменьшения доли граждан, подвергающихся воздействию табачного дыма, и повышения осведомленности населения о рисках для своего здоровья.

### **Потребление алкоголя**

В Российской Федерации реализуется комплекс мероприятий, направленных на борьбу с распространением алкогольной зависимости и профилактику алкоголизма.

Минздрав России обеспечивал реализацию Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактики алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года и иных стратегических документов, направленных на противодействие употреблению алкогольной продукции.

За 12 месяцев 2016 года по сравнению с аналогичным периодом 2015 года показатель смертности от случайных отравлений алкоголем снизился на 12,3 % до 5,7 на 100 тыс. населения.

Вместе с тем, продолжает оставаться актуальной проблема потребления непищевой спиртосодержащей продукции (определенные разновидности спиртосодержащих лекарственных средств и парфюмерно-косметических продуктов) в качестве суррогатной алкогольной продукции.

В целях ужесточения правил розничной торговли содержащими этиловый спирт лекарственными препаратами для медицинского применения и ветеринарного применения Минздравом России принят приказ от 21 декабря 2016 г. № 979н «Об утверждении требований к объему тары, упаковке и комплектности лекарственных препаратов для медицинского применения».

3 июля 2016 года принят Федеральный закон № 261-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» и отдельные законодательные акты Российской Федерации», в соответствии с которым установлены требования о подключении к системе ЕГАИС предприятий, производящих фармацевтическую субстанцию этилового спирта (этанол).

В соответствии с пунктом 17 плана мероприятий («дорожная карта») по стабилизации ситуации и развитию конкуренции на алкогольном рынке издан приказ Минздрава России от 30 июня 2016 г. № 448н «Об утверждении Концепции по информированию населения Российской Федерации о вреде злоупотребления алкоголем».

Указанная концепция определяет цели и задачи реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации, представляет собой систему направлений по развитию информирования и оповещения населения о вреде, причиняемом алкоголем здоровью, семейному благополучию и духовным ценностям человека.

В федеральное законодательство внесены следующие изменения:

введение запрета на розничную продажу алкогольной продукции дистанционным способом;

введение запрета на розничную продажу алкогольной продукции в полимерной потребительской таре объемом более 1 500 миллилитров.

#### **Здоровое питание**

В целях укрепления здоровья детского и взрослого населения, профилактики неинфекционных заболеваний и состояний, обусловленных недостатком микронутриентов, приказом Минздрава России от 19 августа 2016 г. № 614 утверждены Рекомендации по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания.

В связи с тем, что одной из актуальных проблем в нашей стране остается проблема возникновения заболеваний, связанных с дефицитом йода, Минздравом России подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в статью 15 Федерального закона «О качестве и безопасности пищевых продуктов», в котором, в том числе, предусмотрено, что при приготовлении пищевых продуктов в организациях общественного питания для детских, образовательных, медицинских, спортивных организаций, должна быть использована пищевая поваренная соль, обогащенная йодатом калия.

Указанный проект федерального закона, в случае его принятия, предоставит возможность решения на популяционном уровне проблемы йододефицита, наблюдающегося у подрастающего поколения.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.06.2016 № 1364-р утверждена Стратегия повышения качества пищевой продукции в Российской Федерации до 2030 года, задачами которой являются:

- развитие научных исследований в области питания населения, в том числе в области профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний и разработки технологий производства, направленных на повышение качества пищевой продукции;
- продвижение принципов здорового питания.

***Формирование профилактической среды в образовательных организациях***

Профильной комиссией Минздрава России по гигиене детей и подростков в 2016 году были рассмотрены и утверждены Федеральные рекомендации по оказанию медицинской помощи обучающимся:

1. Алгоритм медико-педагогического сопровождения обучающихся в период адаптации к новым условиям образовательной организации. ФР-РОШУМЗ-22-2016.

2. Профилактика травматизма в образовательных организациях. ФР-РОШУМЗ-23-2016.

3. Алгоритм оценки качества жизни подростков, связанного со здоровьем: критерии оценки, выделение групп риска. ФР-РОШУМЗ-24-2016.

4. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков. ФР-РОШУМЗ-25-2016.

5. Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков образовательных организаций на доврачебном этапе. ФР-РОШУМЗ-26-2016.

6. Профилактика негативных последствий ранней трудовой занятости для здоровья работающих подростков. ФР-РОШУМЗ -27-2016.

7. Оценка динамики показателей состояния здоровья обучающихся по результатам профилактических медицинских осмотров. ФР-РОШУМЗ-28-2016.

8. Алгоритм разработки профилактических и оздоровительных мероприятий, реализуемых в образовательных организациях, по результатам профилактических медицинских осмотров. ФР-РОШУМЗ-29-2016.

9. Организация и проведение санитарно-гигиенического просвещения родителей обучающихся в образовательных организациях. ФР-РОШУМЗ-30-2016.

10. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации занятий с использованием электронных средств обучения в образовательных организациях. ФР-РОШУМЗ -31-2016.

11. Алгоритм визуального контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям организации воспитания и обучения в образовательных организациях. ФР-РОШУМЗ -32-2016.

Повышению квалификации, освоению новых профессиональных компетенций медицинских работников отделений оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях способствовали проводимые с участием профессиональных организаций (Союз педиатров России, Российское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья – РОШУМЗ) научно-практические мероприятия.

В рамках XIX Конгресса педиатров России в 2016 году обсуждались медико-профилактические основы безопасной образовательной среды и технологии оздоровления детей в образовательных организациях; медико-психолого-педагогические сопровождения учебного процесса; эффективность работы школ, содействующих укреплению здоровья учащихся; основные направления совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи обучающимся и международные походы к оценке качества медицинских услуг в образовательных организациях. Была проведена Школа

специалиста по оказанию медицинской помощи детям в образовательных организациях, осуществлено повышение квалификации 212 школьных врачей с выдачей сертификатов Первого МГМУ имени И.М. Сеченова и Союза педиатров России. Особое внимание на школе специалиста уделялось проблемам совершенствования организации и повышения доступности и качества медицинской помощи детям, вопросам работы педиатрической службы в целом и ее отдельных звеньев – амбулаторно-поликлинического и реабилитационного; представлены современные эффективные медико-организационные технологии, реализуемые в системе оказания медико-социальной помощи на уровне первичного звена здравоохранения, в том числе в образовательных организациях; значительное внимание было уделено развитию и модернизации профилактического направления.

10-12 октября 2016 года состоялся V Национальный Конгресс по школьной и университетской медицине с международным участием «Здравоохранение и медицинские науки – от области образования к профессиональной деятельности в сфере охраны и укрепления здоровья детей, подростков и молодежи». На Конгрессе обсуждались показатели состояния здоровья обучающихся по результатам медицинских осмотров; профилактические и оздоровительные программы и технологии, реализуемые в образовательных организациях; основные направления работы по охране репродуктивного здоровья детей и подростков; влияние современных информационно-коммуникационных технологий на здоровье обучающихся; методические подходы к оценке качества оказания медицинской помощи в школах и дошкольных организациях. Гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике стандартизации качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения позволила обосновать Концепцию оценки качества оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях, которая была утверждена на Конгрессе 12 октября 2016 г. Также были утверждены алгоритм и протокол оценки качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях, которые можно использовать как в режиме самоаудита, так и независимой оценки качества. Концепция размещена сайте: [niigd.ru](http://niigd.ru)

Международная конференция стран Восточной Европы и Центральной Азии «Формирование здорового образа жизни школьников в современных условиях» была проведена в Москве 14-15 ноября 2016 года в соответствии с Проектом Российской Федерации и Европейского регионального бюро ВОЗ «Развитие сети школ здоровья в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА)». Организаторами конференции выступили Минздрав России, ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, Российская сеть школ, содействующих укреплению здоровья обучающихся. На конференции обсуждались национальные стратегии действий в интересах детей в странах ВЕЦА; формирование здорового образа жизни обучающихся с учетом социокультурных и этнических особенностей; безопасность жизнедеятельности детей в цифровой среде; современные технологии и организация занятий физической культурой и спортом; здоровое питание детей в организованных

коллективах; результаты международной программы «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC).

На Международной конференции стран ВЕЦА также осуществлялось повышение квалификации специалистов по оказанию медицинской помощи детям в образовательных организациях.

В общей сложности на конгрессах и конференциях прошли повышение квалификации 365 медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним в образовательных организациях, а также руководители органов управления здравоохранением и образованием, директора школ и заведующие дошкольными организациями.

Научные основы формирования единой профилактической среды в образовательных организациях, профилактики наиболее распространенных среди детей заболеваний обсуждались на открытых заседаниях Научных советов.

26 мая 2016 года проведено заседание Координационного совета Бюро Отделения Медицинских наук РАН и Президиума РАО «Здоровье и образование детей, подростков и молодежи» на тему «Медико-педагогические проблемы психического благополучия обучающихся». На Пленуме были представлены результаты медико-психологического обследования школьников, студентов, а также подростков, совершивших противоправные действия; обсуждался системный подход и межведомственное взаимодействие при обеспечении психического благополучия обучающихся.

7 июня 2016 года состоялся Пленум Научного совета Отделения Медицинских наук РАН по гигиене и охране здоровья детей и подростков на тему: «Научно-методические основы гигиенической экспертизы предметов детского обихода». Обсуждались научно-методические основы совершенствования методов определения и идентификации вредных веществ в товарах детского ассортимента; технологии, повышающие безопасность предметов детского обихода.

В г. Архангельск 27 июня 2016 года проведен Пленум Научного совета Отделения Медицинских наук РАН по гигиене и охране здоровья детей и подростков на тему: «Научные основы подготовки здорового трудового потенциала для Арктики». На Пленуме были рассмотрены состояние здоровья детей и подростков Арктической зоны России и факторы, влияющие на его формирование; мониторинг трудовой занятости подростков; новые подходы к подготовке специалистов по оказанию первичной медико-санитарной помощи обучающимся в образовательных организациях.

12 октября 2016 года в Москве состоялось заседание Пленума Научного совета Отделения Медицинских наук РАН по гигиене и охране здоровья детей и подростков и Рабочей группы Профильной комиссии Минздрава России по гигиене детей и подростков, посвященное 130-летию преподавания школьной гигиены и 90-летию кафедры гигиены детей и подростков в Императорском Московском Университете – МГУ – 1 ММИ – Первом МГМУ имени Сеченова. Тема заседания: «Концептуальные и научные основы подготовки медицинских кадров по гигиене и охране здоровья детей и подростков». На заседании

обсуждались проблемы совершенствования преподавания гигиены и охраны здоровья детей и подростков, основ формирования здоровья детей в медицинских вузах и подготовки врачей, работающих в отделении оказания медицинской помощи обучающимся и в учреждениях Роспотребнадзора; программы подготовки врачей к деятельности в условиях формирования единой профилактической среды; проблемы обучения медицинских сестер/фельдшеров по вопросам гигиены и охраны здоровья детей и подростков.

26-27 ноября 2016 г. в ФГБОУ Международный детский центр «Артек» (Крым) проведены выездные заседания Пленума Научного совета Отделения Медицинских наук РАН по гигиене и охране здоровья детей и подростков на тему: «Научные основы формирования современной модели организации отдыха и оздоровления детей». На заседаниях были рассмотрены медико-профилактические основы организации отдыха и оздоровления детей в Российской Федерации; развитие инновационного образовательного пространства в условиях ФГБОУ Международный детский центр «Артек» и медицинское сопровождение образовательной и оздоровительной деятельности отдыхающих; адаптация детей Европейского Севера к условиям пребывания в организациях отдыха и оздоровления на юге страны.

#### **Охрана и укрепление здоровья работающих**

Охрана и укрепление здоровья работающих является одной из ключевых задач современного здравоохранения, закрепленных в глобальных стратегических документах международных организаций ВОЗ, МОТ и национальных нормативных документах. Достижение поставленной задачи признается возможным лишь при активной реализации мероприятий по профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (гиподинамия, неправильное питание, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами курение и др.) и стимулированию соблюдения здорового образа жизни.

К основным факторам образа жизни, влияющим на здоровье населения и определяющим уровень и динамику заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ), следует отнести злоупотребление алкоголем, курение, нерациональное питание и низкую физическую активность, а также хронический психоэмоциональный и социальный стресс.

В связи с этим на отечественных предприятиях все шире внедряется технология health management («управление здоровьем»), неотъемлемой частью которой является аудит поведенческих рисков, включающий выявление и ранжирование по значимости наиболее управляемых факторов, оказывающих влияние на здоровье работников. Употребление алкоголя и наркотических веществ – факторы, определяющие не только высокий уровень заболеваемости, но и значительное снижение производительности труда, рост количества несчастных случаев на производстве и как результат – увеличение количества издержек и снижение конкурентоспособности.

В ряде отечественных компаний, таких как «Газпром», «Роснефть»,

«Русал», «Московский метрополитен», «Металлоинвест» накоплен определенный опыт проведения антиалкогольных и антинаркотических мероприятий. Анализ по исследованию влияния злоупотребления алкоголем и наркотиками на конкурентоспособность компаний в России (153 компании) показал, что разработка профилактических программ по злоупотреблению алкоголем проводится лишь в каждой третьей компании, а по злоупотреблению наркотиками в каждой пятой; и только планируется внедрение программ по предотвращению злоупотребления алкоголя в 65,9 %, а по потреблению наркотиков – в 41,5 % компаний.

В настоящее время вышеперечисленные отечественные компании активно разрабатывают и внедряют медицинские программы для работников, которые не только окупают затраты с ними связанные, но и экономят средства в долгосрочной перспективе, повышая безопасность и производительность труда, увеличивая конкурентоспособность.

Внедрение комплексных информационных и образовательных программ по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ), а так же разработка и обеспечение реализации механизмов мотивирования работников к ведению здорового образа жизни приводит к следующим результатам: адресное финансовое мотивирование ЗОЖ помимо прямого позитивного влияния на здоровье сотрудников позволяет обеспечить экономию расходов на их лечение, улучшить микроклимат внутри коллектива, а также в семьях сотрудников; улучшение финансового состояния самих работников, участвующих в программе ЗОЖ, и, как следствие, рост удовлетворенности сотрудников и укрепление репутации компании на рынке; конкретная экономическая выгода, которая выражается в снижении уровня заболеваемости, трудовых потерь и увеличении производительности труда.

В целях разработки эффективных механизмов повышения социально-экономической мотивации граждан и работодателей к сохранению и укреплению здоровья в 2016 году сформирована рабочая группа по разработке системы социально-экономической мотивации граждан и работодателей к сохранению и укреплению здоровья населения Российской Федерации (далее – Рабочая группа) под председательством Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец.

Рабочая группа включает в себя представителей органов государственной власти, руководителей крупных организаций, представителей средств массовой информации, членов профсоюзов и специалистов в области общественного здоровья. Правительством Российской Федерации 28 ноября 2016 года утверждены план мероприятий и план заседаний Рабочей группы.

План мероприятий Рабочей группы предусматривает выработку мер, направленных на выполнение обязательств по сохранению и укреплению здоровья работников и улучшения условий их труда, предусмотренных Генеральным соглашением между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и Правительством Российской Федерации на 2014 – 2016 годы, проведение информационно-коммуникационных мероприятий, направленных на



профилактику неинфекционных заболеваний, создание единой электронной медицинской карты пациента, учет проводимой организациями работы по формированию в трудовых коллективах приверженности к здоровому образу жизни, оплату мероприятий по охране здоровья работников в рамках финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний, внедрение Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».

Минздравом России подготовлен проект Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (далее – Стратегия). Наличие стратегического документа, направленного на решение указанных задач, утвердит обязательность и приоритетность мер формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний. Положения Стратегии определяют приоритеты и основные направления государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере общественного здоровья, реализуемые на основе комплексных планов и программ формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний путем тесного взаимодействия основных ветвей власти, секторов экономики, государственных, муниципальных и общественных организаций с целью создания в стране единого профилактического пространства для увеличения продолжительности здоровой и активной жизни, реализации жизненного потенциала граждан, снижения уровня инвалидности и смертности. Единое профилактическое пространство или единая профилактическая среда обитания, жизни и деятельности человека представляет собой комплекс условий обитания, жизни и деятельности человека, обеспечивающий максимально длительную и активную жизнь, включающий информирование населения и каждого гражданина о преимуществах и условиях ведения здорового образа жизни, о необходимости профилактики, раннего выявления и лечения неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, а также создание для этого необходимых условий и обеспечение доступности этих условий, информационных и медицинских услуг для всех слоев населения.

В 2016 году Минздравом России был реализован специальный комплексный проект по профилактике неинфекционных заболеваний.

В рамках проекта были разработаны и размещены 23 программы и интервью с ведущими специалистами Минздрава России по различным тематикам здорового образа жизни общим хронометражем 212 минут на федеральных телеканалах НТВ, «Россия 1», РЕН-ТВ. Количество показов составило 18 программ. На телеканале «Россия 1» только охват программы «Прямой эфир» составил 7 млн зрителей, а программу «О самом главном» посмотрело около 2,9 млн человек.

Реализовано 2 специальных проекта на интернет-ресурсах Gazeta.ru и Kp.ru. В рамках спецпроекта на интернет-ресурсе Gazeta.ru был создан специальный подраздел «Здоровая Россия», направленный на повышение уровня информированности граждан Российской Федерации по вопросам

профилактики неинфекционных заболеваний, в котором было размещено 4 статьи. В общем, спецпроект охватил более 79 тыс. посетителей, количество показов анонсирующего материала составило более 13,6 млн показов. В рамках спецпроекта на интернет-ресурсе Kr.ru был создан раздел «Минздрав предупреждает», в котором было размещено 7 статей по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний. В целом материалы спецпроекта были просмотрены более 132 тыс. раз, анонсирование составило более 9,7 млн показов, проведено 2 опроса и разработано 2 инфографики.

На радиостанциях «Вести ФМ» и «Русская служба новостей» вышли в эфир 5 программ, посвященных здоровому образу жизни, общим хронометражем 140 минут.

В газетах «Московский комсомолец» и «Аргументы и Факты» в тираж вышло 18 публикаций общим объемом 12 полос с информационными материалами по различным темам профилактики неинфекционных заболеваний.

В 2016 г. в рамках коммуникационной кампании Минздрава России по стимулированию к ведению здорового образа жизни проводилась работа по обновлению, развитию, продвижению и поддержке Интернет-портала Минздрава России о здоровом образе жизни takzdorovo.ru. С начала 2016 года было размещено 216 статей, 112 авторских колонок, 280 новостей, 28 опросов, 14 тестов, прошло 14 онлайн-конференций. Средняя суточная посещаемость составила более 21 тыс. пользователей.

Продолжилось развитие и обеспечение работы единой федеральной телефонной справочной службы Минздрава России по формированию здорового образа жизни у населения Российской Федерации (8-800-200-0-200). Среднее количество вызовов, поступивших на линию в месяц, достигало более 4 000. 52 % из всего числа принятых и обработанных обращений поступила по тематике «Риски потребления алкоголя и профилактика алкогольной зависимости». По тематике «Риски потребления табака и профилактика табачной зависимости» обратилось 29 %, а тема «Риски потребления наркотиков и профилактика наркотической зависимости» вызвала интерес у 10 % граждан. Тематика «О здоровом питании» заинтересовала 4 % граждан, а тема «Центры здоровья» 5 % граждан.

Проведен VII Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь».

Минздрав России выступил и проработал законодательные инициативы, направленные на внесение изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, направленный на повышение уголовной и административной ответственности, установленной за действия, препятствующие деятельности медицинских работников по оказанию ими медицинской помощи. Данный проект федеральный закон, в случае его принятия, обеспечит престиж медицинской профессии, создаст дополнительные гарантии жизни и здоровья медицинских работников.

## Мероприятие 1.2 Профилактика инфекционных заболеваний, включая иммунопрофилактику

### Иммунопрофилактика населения в рамках Национального календаря профилактических прививок

За 12 месяцев 2016 года в сравнении с аналогичным периодом 2015 года в Российской Федерации зарегистрировано снижение заболеваемости брюшным тифом в 2,2 раза, бактериальной дизентерией (шигеллезом) – на 3,6 %, острыми вялыми параличами – на 4 случая, острыми вирусными гепатитами на 6,0 %, из них – острым гепатитом А на 9 случаев, острым гепатитом В – на 16,2 %, острым гепатитом С – на 13,9 %, хроническими вирусными гепатитами (впервые выявленными) – на 5,4 %, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом – на 34,7 %, клещевым вирусным энцефалитом – на 12,0 %, клещевым боррелиозом (болезнью Лайма) – на 17,2 %, бешенством – на 1 случай (5 случаев против 6 в 2015 г.), сифилисом – на 10,7 %, гонореей – на 22,1 %.

Отмечено снижение заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической иммунопрофилактики: корью – в 4,7 раза (0,12 на 100 тыс. населения). Не зарегистрировано ни одного случая дифтерии.

Зарегистрировано 1 заболевание острым паралитическим полиомиелитом. Отмечается рост заболеваемости коклюшем на 27,4%, краснухой – в 2,2 раза (до 0,03 чел. на 100 тыс. населения), эпидемическим паротитом – в 5,7 раза (0,76 чел. на 100 тыс. населения).

В 2016 году отмечается рост заболеваемости сальмонеллезными инфекциями на 2,7 %, энтеровирусными инфекциями – в 1,8 раза, острым гепатитом Е – на 17,5 %, туляремией – в 1,8 раза, сибирской язвой - в 12 раз, природно-очаговыми инфекциями (лихорадкой Западного Нила – в 3,3 раза, Крымской геморрагической лихорадкой - на 16,4 %), лептоспирозом – на 29,5 %, лихорадкой Ку – в 2 раза, трихинеллезом – в 2,7 раза.

В 2016 году приказом Минздрава России от 16.06.2016 № 370н внесены изменения в Национальный календарь профилактических прививок, утвержденный приказом Минздрава России от 21.03.2014 № 125н, в части увеличения возраста вакцинации против кори лиц, относящихся к группам риска, с 36 до 55 лет в части, а также в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям в части вакцинации против пневмококковой инфекции лиц старше 60 лет, больных хроническими заболеваниями легких.

Минздрав России уделяет особое внимание вопросам приверженности вакцинопрофилактики. В 2016 году проводилась коммуникационная кампания, направленная на популяризацию вакцинопрофилактики среди населения.

В рамках Всемирной недели иммунизации 27 апреля 2016 г. проведена мультимедийная пресс-конференция с участием представителей профессионального медицинского сообщества, на которой, совместно с представителями СМИ обсуждались актуальные вопросы вакцинации и иммунизации населения.

В 2016 году продолжал развиваться и наполняться актуализированным контентом созданный при поддержке Минздрава России портал «Специалисты

о прививках» ([www.yaprivit.ru](http://www.yaprivit.ru)), первый русскоязычный сайт, получивший одобрение Сети Безопасности Вакцин ВОЗ: Vaccine Safety Net World Health Organization <http://www.who.int/en/http://www.who.int/en>. и вступивший в сеть, охватывающую более 50 сайтов, получивших признание мировой профессиональной организации специалистов ВОЗ и предоставляющих информацию более полумиллиардной аудитории во всем мире.

Сайт создан Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций (НАСКИ) – ведущими врачами-эпидемиологами, микробиологами, иммунологами, инфекционистами, педиатрами.

16 ноября 2016 г. состоялся Всероссийский конгресс по вопросам иммунопрофилактики населения Российской Федерации «Иммунобиологический щит России» с участием руководителей федеральных органов исполнительной власти, ведущих экспертов России в сфере иммунизации, общественных и пациентских организаций, представителей СМИ и рекламной отрасли, специалистов в области обращения иммунобиологической продукции, а также представителей крупнейших отечественных фармацевтических производителей.

В рамках конгресса состоялась дискуссия об эпидемиологической ситуации и итогах программы иммунизации населения, поиск новых способов повышения приверженности граждан Российской Федерации иммунопрофилактике, включая обсуждение взаимодействия профессионального медицинского сообщества со СМИ и рекламной индустрией, рассмотрение различных аспектов разработки перспективных отечественных вакцин и импортозамещения иммунобиологической продукции, а также перспективы расширения Национального календаря прививок. Минздрав России анонсировал расширение Национального календаря прививок в среднесрочной перспективе.

С целью повышения знаний специалистов в области инфекций, обмена информацией и опыта ведения больных с различными инфекционными болезнями в каждом субъекте Российской Федерации в течение 2016 года были проведены научно-практические конференции, круглые столы и совещания. В течение отчетного года проводились информационные кампании в субъектах Российской Федерации по профилактике и предупреждению распространения вирусных гепатитов В и С, в том числе среди наиболее уязвимых групп населения. Продолжалось распространение методических и информационных материалов для населения, плакатов, буклетов, брошюр в образовательных и медицинских организациях и органах социальной защиты населения по вопросам профилактики инфекционных болезней.

В 2016 г. специалистами НАСКИ разработано и утверждено 7 федеральных клинических рекомендаций, посвященных обеспечению эпидемиологической безопасности при уходе за новорожденным в условиях совместного пребывания матери и ребенка, в отделениях реанимации и патологии новорожденных и недоношенных детей; осуществлению эпидемиологического надзора и контроля при различных нозологических формах инфекций в детских и взрослых стационарах; применению

современных технологий дезинфекции, стерилизации, асептики и антисептики; иммунопрофилактики, технологий ухода за пациентами с научно доказанной эффективностью и безопасностью. Совместно со специалистами в области эндокринологии разработаны клинические рекомендации «Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам с сахарным диабетом». Клинические рекомендации предназначены для организации лечебно-диагностического процесса в эндокринологических отделениях и стационарах с соблюдением принципов асептики и антисептики и обеспечением эпидемиологической безопасности технологий оказания медицинской помощи детям и взрослым с сахарным диабетом.

Минздравом России ведется активная работа по увеличению охвата населения профилактическими прививками против гриппа. В целях оценки охвата вакцинацией, заболеваемости и смертности от гриппа осуществляется мониторинг вакцинации, заболеваемости и смертности от гриппа.

В 2016 году привито 55,9 млн человек (38,2 % от численности населения), данный охват является максимальным за все годы вакцинальных компаний против гриппа.

В 2016 г. проводилась оценка и оказывалась постоянная методическая помощь в организации вакцинации и увеличения охвата вакцинацией против пневмококковой инфекции.

В 2016 г. были проведены: Всероссийская научно-практическая конференция «Здоровье медицинского персонала и обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской деятельности» (Омск, 21-23 апреля 2016 г.); ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи «Обеспечение эпидемиологической безопасности в хирургии» (Казань, 21-23 сентября 2016 г.); в рамках 17-го Международного медицинского форума проведена Межрегиональная научно-практическая конференция эпидемиологов Приволжского федерального округа «Эпидемиологическая безопасность медицинской помощи и противоэпидемическое обеспечение населения» (Нижний Новгород, 24 мая 2016 г.); Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Медицина и качество – 2016» (Москва, 5 декабря 2016 г.); научно-практическая конференция «Роль вакцинации в реализации государственной стратегии по снижению смертности населения» (Пятигорск, 29 апреля 2016 г.); II Межведомственная научно-практическая конференция «Инфекционные болезни – актуальные проблемы, лечение и профилактика» (Москва, 25-26 мая 2016 г.); и др.

В ноябре 2016 г. в г. Сочи проведена III Всероссийская междисциплинарная научно-практическая конференция с международным участием «Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания» с тактико-специальным учением и образовательным циклом, в которой приняло участие более 600 специалистов, в том числе из других стран.

**Мероприятие 1.3. «Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных**

## гепатитов В и С» (Профилактика ВИЧ, вирусных гепатитов В и С<sup>2</sup>).

В стране ежегодно увеличивается количество лиц, обследованных на ВИЧ-инфекцию. Если в 2010 году медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию прошли 25,9 млн. человек; то в 2016 году число лиц, прошедших медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию, составило более 32 млн. граждан Российской Федерации.

В 2016 году Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с другими федеральными ведомствами и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации проведены масштабные коммуникационные кампании, направленные на повышение уровня информированности населения Российской Федерации по вопросам ВИЧ-инфекции и привлечению к тестированию на ВИЧ-инфекцию.

Особое внимание уделялось молодёжным проектам. Так, при активной поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации, Министерства связи и массовых коммуникаций Российской Федерации, а также заинтересованных ведомств и организаций в период с 10 по 20 мая 2016 года, с 28 ноября по 4 декабря проведена Всероссийская акция по борьбе с ВИЧ-инфекцией «Стоп ВИЧ/СПИД» (далее – Всероссийская акция «Стоп ВИЧ/СПИД»), в рамках которой было организовано бесплатное анонимное тестирование на ВИЧ-инфекцию для граждан, желающих добровольно пройти тест. Цель акции – не только информировать о проблеме, но и уберечь молодежь от выбора рискованного поведения, что повышает вероятность инфицирования ВИЧ.

Всего во Всероссийской акции «Стоп ВИЧ/СПИД» приняло участие более 1 230 тыс. человек. Проведено 585 лекций, семинаров и круглых столов.

В рамках Всероссийской акции «Стоп ВИЧ/СПИД» 2 декабря 2016 г. по всей стране организован Всероссийский открытый он-лайн урок «День единых действий по информированию детей и молодёжи против ВИЧ/СПИДа «ЗНАНИЕ - ОТВЕТСТВЕННОСТЬ - ЗДРОВЬЕ».

В течение Всероссийской акции «Стоп ВИЧ/СПИД» на базе ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» прошли мастер-классы и лектории по актуальным вопросам психолого-педагогического сопровождения профилактики ВИЧ-инфекции с последующей трансляцией данных мероприятий в сети Интернет.

Проведена Всероссийская неделя бесплатного экспресс-тестирования на ВИЧ с обязательным до- и после-тестовым консультированием. Всероссийскую акцию «Стоп ВИЧ/СПИД» поддержали высшие и средние учебные заведения различных городов Российской Федерации.

28-29 ноября Всероссийскую акцию «Стоп ВИЧ/СПИД» открыл II Форум для специалистов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа в Москве, в котором приняло участие более 250 экспертов. В рамках Форума награждены

<sup>2</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

победители проведенного Минздравом России конкурса «Лучший СПИД - центр».

С августа по ноябрь 2016 года была проведена масштабная коммуникационная кампания Минздрава России – акция по информированию населения о профилактике ВИЧ в 10 регионах с наивысшими показателями заболеваемости и пораженности населения ВИЧ-инфекцией (Иркутск, Кемерово, Барнаул, Челябинск, Екатеринбург, Пермь, Уфа, Саратов, Казань и Нижний Новгород).

Кроме того, в рамках федеральной коммуникационной кампании по профилактике ВИЧ-инфекции Минздравом России реализован ряд мероприятий, включающих:

- создание и размещение программ, сюжетов и рубрик:

1) на федеральных телеканалах: НТВ, ТВЦ, Россия 24, Звезда, Наука 2:0, Страна, LIFE. Общий объем: 65 выходов, 674 мин;

2) на региональном телевидении: около 1 000 минут в 10 приоритетных регионах;

- размещение рекламных роликов в 10 приоритетных регионах. Общий объем размещения: 35 000 TRP's 30 для населения старше 18 лет;

- создание и размещение документального фильма на ОТР. Общий объем: 26 мин., 2 показа;

- специальный проект на 4 федеральных телеканалах: СТС, Домашний, Че, СТС-Love. Общий объем: 157 мин., 940 выходов;

- эфир программы на ОТР с включениями в режиме телемоста из 3 регионов. Общий объем: 53 мин;

- специальные проекты на Интернет-ресурсах kr.ru (12 статей),

2 инфографики, опрос, общее количество просмотров всех страниц проекта: 263 764, уникальных просмотров – 226 132) и life.ru (3 статьи, 3 инфографики, 3 видео, общее количество просмотров всех страниц проекта: 87 275, уникальных просмотров – 72 607);

- эфир на радио Вести FM. Общий объем: 35 мин;

- создание материалов в печатных изданиях: МК, МК+ТВ, АиФ, КП толстушка, Известия, Российская газета, Новая газета, Спорт экспресс. Общий объем: 20 полос А2;

- размещение 2 вирусных роликов в сети Интернет. Более 1 млн. просмотров.

В 2017 году планируется расширение перечня регионов по проведению мероприятий по профилактике распространения ВИЧ-инфекции в рамках федеральной кампании.

Кроме того, в рамках федеральной коммуникационной кампании по профилактике ВИЧ-инфекции, Министерством здравоохранения Российской Федерации реализован ряд мероприятий, включающих создание и размещение тематических программ, сюжетов и рубрик, тематических рекламных роликов и документального фильма, специальных проектов на федеральных и региональных телеканалах, на Интернет-ресурсах, в эфирах радио, материалов в ведущих печатных изданиях.

Министерством здравоохранения Российской Федерации организовано проведение опроса общественного мнения на предмет изучения уровня информированности граждан по вопросам ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С среди 1 500 респондентов 10 регионов.

На Всероссийской неделе охраны труда – 2016, которая прошла в г. Сочи с 18 по 22 апреля, представители Минздрава России выступили с докладом на круглом столе: «Роль сферы труда в противодействии распространению ВИЧ-инфекции в России». На встрече с г-жой Элис Одраого – руководителем отдела ВИЧ/СПИД Международной организации труда, обсудили вопросы сотрудничества в рамках внедрения программы профилактики ВИЧ/СПИДа на рабочих местах.

Осуществляется обновление, продвижение и поддержка Интернет-портала Минздрава России по профилактике ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С o-spide.ru.

Одним из важных направлений в рамках профилактики ВИЧ-инфекции является профилактика ВИЧ-инфекции в трудовых коллективах, которая проводится в рамках Генерального соглашения между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и Правительством Российской Федерации, в ряде регионов страны эти проекты успешно реализуются.

В 2016 году бюджетам 85 субъектов Российской Федерации предоставлены субсидии на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в том числе на финансовое обеспечение закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, на общую сумму 1 552 966,5 тыс. рублей.

В соответствии с Правилами финансового обеспечения закупок диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1438, Минздравом России в 2016 году для федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, подведомственных Минздраву России, Федеральному медико-биологическому агентству, Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службе исполнения наказаний, закуплены диагностические средства для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, на сумму 182 551,9 тыс. рублей.

Кроме того, в 2016 году бюджетам 85 субъектов Российской Федерации предоставлены иные межбюджетные трансферты на реализацию мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С, включающих в себя кампании по информированию и обучению различных групп населения



средствам и методам профилактики ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С, на общую сумму 329 580,0 тыс. рублей.

В 2016 году особое внимание уделялось привлечению социально ориентированных некоммерческих организаций (далее – СО НКО) к реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения.

Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 23 мая 2016 г. № 3468п-П44 был утвержден комплекс мер, направленных на обеспечение поэтапного доступа социально ориентированных некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в социальной сфере, к бюджетным средствам, выделяемым на предоставление социальных услуг населению, на 2016 – 2020 годы (далее – Комплекс мер). Минздрав России определен ответственным исполнителем и соисполнителем по пунктам 26-29 Комплекса мер.

Во исполнение пункта 26 Комплекса мер Минздравом России письмом от 30 июня 2016 г. № 28-2/1826 органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья было рекомендовано привлекать к реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С СО НКО.

В соответствии с пунктом 27 Комплекса мер проведена работа по обобщению лучшей практики и разработаны методические рекомендации по поддержке создания и деятельности негосударственных организаций, оказывающих услуги в сфере охраны здоровья граждан, в том числе в части услуг по информированию граждан о факторах риска развития заболеваний, по мотивации граждан к ведению здорового образа жизни, услуги по реабилитации лиц с социально значимыми заболеваниями, услуги паллиативной помощи, пропаганде донорства крови и ее компонентов, профилактике отказов при рождении детей с нарушениями развития.

Минздравом России проведен анализ отчетов о привлечении СО НКО, полученных от субъектов Российской Федерации, и установлено, что в 35 субъектах Российской Федерации активно ведется совместная работа с СО НКО по профилактике ВИЧ-инфекции в рамках основного мероприятия «Профилактика ВИЧ, вирусных гепатитов В и С» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Из них в 20 субъектах Российской Федерации доступ СО НКО к предоставлению услуг по вышеуказанному мероприятию обеспечивается на уровне от 2 до 65 % общего объема средств бюджетов субъектов Российской Федерации, предусмотренных на реализацию соответствующей программы. В 15 субъектах Российской Федерации работа по профилактике ВИЧ-инфекции СО НКО ведется без использования средств бюджетов, предусмотренных на реализацию соответствующей программы. В 12 субъектах СО НКО к работе в 2016 году не привлекались. Еще в 4 регионах СО НКО нет, работающих в данной сфере.

**Мероприятие 1.4 «Развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе сельским жителям. Развитие системы раннего выявления**

заболеваний и патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения, в том числе у детей» (Развитие первичной медико-санитарной помощи, а также системы раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения<sup>3</sup>)

### Диспансеризация населения

В 2016 году диспансеризация определенных групп взрослого населения проводилась в соответствии с приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 г. №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

План по диспансеризации в 2016 году – 23,6 млн. человек. В Российской Федерации первый этап диспансеризации, по состоянию на 31 декабря 2016 года, прошло 22 млн. человек, что составляет 94 % от плана.

Количество граждан, завершивших 2-й этап, – 6,2 млн. человек, что составляет 83,7% от числа граждан, направленных на 2 этап, а также 28,3 % от числа граждан, прошедших 1 этап.

В ходе обследования граждан в 2016 году сердечно-сосудистые заболевания выявлены и зарегистрированы у 7,2 млн человек, в том числе впервые выявлено более 1 млн случаев сердечно-сосудистых заболеваний. Из числа впервые выявленных сердечно-сосудистых заболеваний диспансерное наблюдение рекомендовано 75,4%.

В 2016 году всего выявлено и зарегистрировано более 709,9 тыс. случаев болезней органов дыхания, в том числе впервые 131,8 тыс. случаев. Сахарный диабет выявлен и зарегистрирован более чем у 531 тыс. человек, в том числе впервые – у 72 тыс. человек.

В результате диспансеризации у граждан выявлены факторы риска развития неинфекционных заболеваний: нерациональное питание – 27 %, низкая физическая активность – 18,87 %, курение – 13,31 %, избыточная масса тела – 17,24 %, риск пагубного потребления алкоголя – 1,06 %.

Диспансерное наблюдение граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в кабинетах (отделениях) медицинской профилактики установлено за 1,7 млн человек, в центрах здоровья – за 177,8 тыс. человек.

По итогам диспансеризации 2016 года, 1 группу здоровья (не имеющих заболеваний и минимальный набор факторов риска их развития) имеют около 30,9 % населения, 2 группу здоровья (высокий риск смерти при скрытом течении болезни) – 18,3 %, 3 группу здоровья (заболевания, требующие наблюдения врача) – 50,8 % населения.

Высокий охват диспансеризацией населения был обеспечен, в том числе за счет активного использования выездных форм работы, с помощью которых обследовано более 839,5 тыс. человек.

---

<sup>3</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

Приказом Минздрава России от 9 декабря 2016 г. № 946н внесены изменения в Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан (далее – Порядок), в соответствии с которым для повышения качества планирования и проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения уточнено плановое значение охвата диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации и подлежащего диспансеризации в текущем году - не менее 21 % прикрепленного населения.

В целях повышения охвата населения медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию, приказом Минздрава России от 9 декабря 2016 г. № 946н внесены изменения в Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан, предусматривающие дополнение задач фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта и врача-терапевта при проведении диспансеризации обязательным информированием граждан (в возрасте от 21 до 48 лет) о возможности данного освидетельствования с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование на ВИЧ-инфекцию.

*Мониторинг диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях*

В 2016 году прошли диспансеризацию 211 845 детей, пребывающих в стационарных учреждениях для детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Дети указанной категории распределены по следующим группам здоровья: I группа составила – 10 %; II группа – 38,3 %; III группа – 29,7 %; IV и V группы – 6 и 16 % соответственно.

Ранее назначенное лечение в амбулаторных и стационарных условиях прошли 99,9 % и 96,55 % детей, соответственно.

Ранее назначенную медицинскую реабилитацию и (или) санаторно-курортное лечение в амбулаторных и стационарных условиях получили 99,97 % и 99,79 % детей соответственно.

*Мониторинг диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, переданных на различные формы семейного устройства*

Число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, прошедших диспансеризацию в 2016 году, составило 267 237 детей.

Дети указанной категории имеют следующие группы здоровья: I группа – 16,8 %; II группа – 51,2 %; III группа – 24,5 %; IV и V группа – 2,0 % и 5,5 % соответственно.

Прошли ранее назначенное лечение в амбулаторных и стационарных условиях 99,9 и 97,0 % детей соответственно.

Прошли ранее назначенную медицинскую реабилитацию и (или) санаторно-курортное лечение в амбулаторных и стационарных условиях 99,8 и 99,7 % детей соответственно.

### *Мониторинг основных показателей реализации мероприятий по профилактическим осмотрам несовершеннолетних*

В 2016 году 24,6 млн несовершеннолетних в возрасте от 0 до 17 лет прошли профилактические медицинские осмотры. Из числа осмотренных несовершеннолетних I группу здоровья имели 29,8 %, II группу – 54,8 %, III группу – 13,2 %, IV и V группы – 1,4 и 0,8 % соответственно.

Минздравом России инициирован и принят к исполнению пилотный проект «Школьная медицина», направленный на улучшение здоровья школьников и повышение их ответственности за свое здоровье и здоровье своих близких. Совместно с Министерством образования Российской Федерации и Российской академией образования разработаны программы и памятки для педагогов, учеников и родителей по ведению здорового образа жизни и оказанию первой помощи, разработан проект профессионального стандарта для бакалавров по «школьной медицине» (первый выпуск состоится через 2 года).

В пилотных 5 регионах (Тамбовская, Смоленская, Ростовская области, Республика Саха (Якутия), Ямало-Ненецкий автономный округ) отрабатываются варианты взаимодействия между заинтересованными структурами, участковыми и школьными врачами с использованием информационных технологий. Данное направление будет активно развиваться и тиражироваться.

### **Развитие первичной медико-санитарной помощи**

Основной задачей первичного звена здравоохранения является профилактика и раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами инвалидности и преждевременной смертности.

Приказом Минздрава России от 11 марта 2016 г. № 151 создана рабочая группа Минздрава России по подготовке предложений по совершенствованию организации оказания первичной медико-санитарной помощи (далее – рабочая группа).

По итогам заседания рабочей группы утвержден комплекс мероприятий, направленных на развитие первичной медико-санитарной помощи (далее – Комплекс мероприятий). Комплексом мероприятий предусмотрено: совершенствование нормативно-правовой базы, регламентирующей организацию первичной медико-санитарной помощи, развитие материально-технической базы и кадрового потенциала медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, подготовка и повышение квалификации медицинских кадров, работающих в указанных медицинских организациях, совершенствование существующих и внедрение

новых организационных технологий оказания первичной медико-санитарной помощи, оптимизация информационного обмена и развитие электронного документооборота, оценка эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также мониторинг выполнения Комплекса мероприятий.

Во всех субъектах Российской Федерации утверждены региональные Комплексы мероприятий.

Приказом Минздрава России от 27 февраля 2016 года № 132н утверждены требования к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения, направленные на обеспечение доступности медицинской помощи населению, в том числе сельскому, в медицинских организациях и их структурных подразделениях государственной и муниципальной системы здравоохранения с учетом видов, форм и условий оказания медицинской помощи.

Кроме того, приказом определены требования по транспортной доступности медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, а также по обеспечению шаговой доступности до медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Определены основные виды медицинских организаций и их структурных подразделений с указанием рекомендуемой численности обслуживаемого ими населения.

В целях перспективного планирования развития сети медицинских организаций и расчета нормативной потребности в объектах здравоохранения на основе сложившейся региональной инфраструктуры здравоохранения, учитывающей допустимый уровень обеспеченности объектами здравоохранения, разработаны и утверждены приказом Минздрава России от 8 июня 2016 г. № 358 методические рекомендации по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения.

В методических рекомендациях даны разъяснения о распределении медицинских организаций по трем уровням, необходимом для соблюдения этапов оказания медицинской помощи, планирования рационального размещения медицинских организаций в зависимости от административно-территориальной принадлежности и вида медицинской помощи, а также определения дифференцированных нормативов объема медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В целях оценки инфраструктуры здравоохранения субъектов Российской Федерации, в том числе сельских территорий, Минздравом России совместно с субъектами Российской Федерации разработана геоинформационная система, содержащая данные о дорожно-транспортной сети и медицинских организациях и их структурных подразделениях всех форм собственности и ведомственной принадлежности, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Геоинформационная система стала основным инструментом для анализа территориальной доступности медицинской помощи, позволила выявить населенные пункты, находящиеся вне зоны медицинского обслуживания медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, скорую и специализированную медицинскую помощь, дала возможность субъектам Российской Федерации совершенствовать порядки маршрутизации пациентов до ближайших медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь определенного вида.

В настоящее время данная система содержит информацию о более чем 157 тыс. населенных пунктов Российской Федерации с указанием численности проживающего населения и почти 73,5 тыс. медицинских организациях.

В 2016 году всеми субъектами Российской Федерации разработаны «дорожные карты» по обеспечению доступности медицинской помощи в населенных пунктах, находящихся вне зоны медицинского обслуживания, утвержденные руководителями органов государственной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации и согласованные заместителями высшего должностного лица (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти) субъектов Российской Федерации.

Минздравом России ведется постоянный мониторинг выполнения указанных «дорожных карт» с целью контроля за обеспечением доступности медицинской помощи.

С декабря 2016 года в 3 субъектах Российской Федерации – Ярославской, Калининградской областях и г. Севастополе Минздравом России совместно с представителями Государственной корпорации по атомной энергии «Росатом», Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, высшими органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, территориальными фондами обязательного медицинского страхования, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения реализуется пилотный проект по созданию поликлиник – образцов. Основные цели пилотного проекта – повышение удовлетворенности населения медицинской помощью, условиями ее получения, а также повышение удовлетворенности медицинского персонала условиями труда.

Особое внимание при реализации указанного пилотного проекта уделялось организации деятельности регистратуры медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

При подготовке пилотного проекта в части организации деятельности регистратуры использовался опыт медицинских организаций Тюменской, Томской, Кировской областей, победивших в конкурсе «Поликлиника начинается с регистратуры».

Опыт реализации пилотного проекта будет тиражирован во все субъекты Российской Федерации.

В 2016 году сформирован первый рейтинг участковых врачей-терапевтов и врачей общей практики, оказывающих первичную медико-санитарную помощь,

который предоставляет оценку эффективности индивидуальной работы врачей-терапевтов в контексте особенностей функционирования региональной системы здравоохранения, а также позволяет оценить их вклад в улучшение системы здравоохранения в целом.

Проанализированы данные по 46,7 тыс. врачам-терапевтам из всех субъектов Российской Федерации, из них включено в рейтинг 37,6 тыс. врачей-терапевтов, работающих на типичных по возрастной структуре населения участках. Сформирован список из 500 лучших врачей из 69 субъектов Российской Федерации.

### **Система оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению**

Одним из факторов, определяющих устойчивое развитие сельских территорий в Российской Федерации, является обеспечение проживающего в них населения соответствующей социальной инфраструктурой, прежде всего инфраструктурой системы здравоохранения.

Так, в 2011 году среди всех фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов 33,4 % требовали капитального ремонта или находились в аварийном состоянии, а 60,8 % размещались в приспособленных зданиях и помещениях. В 2015 году доля зданий, требующих капитального ремонта и находящихся в приспособленных зданиях и помещениях, сократилась до 20,4 % и 50,5 %, соответственно.

Сеть медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению, за несколько последних лет расширилась. Так, число амбулаторий сельских поселений и участковых больниц увеличилось на 21,5 % (в 2012 г. – 4 109, 2015 г. – 4 993), число центров и отделений врача общей практики на 47,7 % (в 2011 г. – 6 061, 2015 г. – 6 801). Общее число медицинских организаций на селе в 2015 году превысило 48 тыс.

За 2015 год число центров, отделений и кабинетов врача общей практики увеличилось на 2,8 %, или на 184 единиц, по сравнению с 2014 годом, число фельдшерских здравпунктов на селе – на 10,9 %, или на 218 единиц, при сокращении числа фельдшерско-акушерских пунктов на 0,7 %, или на 246 единиц. Ежегодно увеличивается число домовых хозяйств: если в 2014 году их количество составляло 8 472, то в 2015 – 9 373.

Необходимо отметить, что в 2015 году в сельских территориях построено 557 новых ФАП и 58 офисов врачей общей практики; в 2016 г. – 420 и 55, соответственно.

Таким образом, на селе отмечается тенденция к увеличению доступности медицинской помощи, прежде всего, врачебной, что свидетельствует о повышении ее качества и доступности.

В рамках организации выездных форм оказания медицинской помощи в 2016 году функционировали 1 423 мобильные медицинские бригады (оснащенные транспортным средством с медицинским оборудованием), 847 передвижных врачебных бригад, 54 передвижные амбулатории, 75 передвижных стоматологических кабинетов, 108 передвижных

фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов, 119 передвижных маммографических установок, 885 передвижных флюорографических установок, а также 28 передвижных клинических диагностических лабораторий).

В мае 2016 года всеми субъектами Российской Федерации представлены «дорожные карты» по обеспечению доступности медицинской помощи в населенных пунктах, находящихся вне зоны медицинского обслуживания, утвержденные руководителями органов государственной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации и согласованные заместителями высшего должностного лица (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти) субъектов Российской Федерации.

Минздравом России ведется постоянный мониторинг выполнения указанных «дорожных карт» с целью контроля за обеспечением доступности медицинской помощи.

В соответствии с планом реализации государственной программы, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 июня 2016 года № 1301-р «О внесении изменений, которые вносятся в план реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 1727-р», осуществлялся мониторинг мероприятий контрольного события 1.38 о повышении уровня обеспеченности сельского населения качественными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями за счет увеличения числа сельских аптечных организаций.

Розничную торговлю лекарственными препаратами осуществляют более 29,0 тыс. структурных подразделений государственных медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации (амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты, центры (отделения) общей врачебной (семейной) практики).

Органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации приняты нормативные правовые акты, регламентирующие порядок и условия доставки лекарственных препаратов в конкретном регионе.

В целях совершенствования мероприятий по обеспечению доступности и повышению качества медицинской помощи сельскому населению Минздравом России осуществляется ежегодный мониторинг статистических показателей, отражающих организацию первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, таких как:

- количество фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов; количество врачебных и фельдшерских здравпунктов, отделений врача общей практики, расположенных в сельской местности;
- количество передвижных медицинских комплексов, центров здоровья, передвижных врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов, флюорографических и маммографических установок;



- укомплектованность врачебным персоналом лечебно-профилактических медицинских организаций, расположенных в сельской местности; и др.

**Мероприятие 1.5. Совершенствование механизмов обеспечения населения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей в амбулаторных условиях («Совершенствование механизмов обеспечения населения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в амбулаторных условиях»<sup>4</sup>)**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации 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» (далее – Правила) на 2016 год распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.12.2015 № 2724-р утверждены:

- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – ЖНВЛП);

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

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

- минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи (далее – минимальный ассортимент).

В соответствии с требованиями Правил перечень ЖНВЛП является базовым для остальных перечней лекарственных препаратов, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Перечень ЖНВЛП на 2017 год утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2016 № 2885-р и включает 646 позиций лекарственных препаратов.

В целях бесперебойного обеспечения лекарственными препаратами в 2016 году приняты:

- Федеральный закон от 19.12.2016 № 422-ФЗ «О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2017 год»;

<sup>4</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

- распоряжение Правительства Российской Федерации от 22.12.2016 № 2771-р «О распределении в 2017 году субвенций, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура 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 для детей-инвалидов»;

- постановление Правительства Российской Федерации от 09.04.2016 № 288 «О внесении изменений в Правила ведения Федерального регистра 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» и постановление Правительства Российской Федерации от 11.08.2016 № 784 «О внесении изменений в постановление 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 соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 9 апреля 2015 г. № 333 «Об утверждении Правил формирования перечня специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов» Перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов на 2016 год утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 14.10.2015 № 2052-р.

Перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов на 2017 год утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2016 г. № 2622-р. и включает 63 позиции специализированных продуктов лечебного питания.

В соответствии с планом действий Правительства Российской Федерации, направленных на обеспечение стабильного социально-экономического развития Российской Федерации в 2016 году, утвержденного Председателем Правительства Российской Федерации 01.03.2016 № ДМ-П13-1100, приняты следующие распоряжения Правительства Российской Федерации:

от 7 октября 2016 г. № 2117-р «О распределении в 2016 году иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения в соответствии с Правилами, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30.12.2010 № 1199» (в размере 3 800 000,0 тыс. рублей на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов);

от 29 октября 2016 г. № 2294-р «О распределении в 2016 году иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение закупок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С» (в размере 2 280 315,9 тыс. рублей).

По информации, представленной субъектами Российской Федерации, денежные средства по итогам года использованы на 99,6 %.

Вступившим в силу Федеральным законом от 31 декабря 2014 г. № 501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (далее – Закон № 501-ФЗ) установлен новый принцип государственной политики в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ, заключающийся в «...обеспечении доступности в обезболивающих наркотических средствах нуждающихся больных...», до 15 дней увеличен срок действия рецепта на наркотические анальгетики, а также предоставлены полномочия медицинским организациям (обособленным подразделениям медицинских организаций), расположенным в сельской и удаленной местности, при отсутствии соответствующих аптек осуществлять отпуск наркотических препаратов гражданам.

В целях реализации Закона № 501-ФЗ принято постановление Правительства Российской Федерации от 6 августа 2015 г. № 807 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, и признании утратившим силу пункта 3 Положения об использовании наркотических средств и психотропных веществ в ветеринарии», предусматривающее упрощение требований по хранению, перевозке, учету наркотических средств и психотропных веществ.

Принятие указанного постановления Правительства Российской Федерации способствует расширению возможности аптечных и медицинских организаций по созданию условий для работы с наркотическими анальгетиками и обеспечению ими нуждающихся пациентов.

Минздравом России разработаны и утверждены следующие приказы:

- от 15 января 2016 г. № 23н «Об утверждении порядка приема неиспользованных наркотических средств от родственников умерших больных»;

- от 21 апреля 2016 г. № 254н «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации»;

- от 7 сентября 2016 г. № 681н «О перечне должностей фармацевтических и медицинских работников в организациях, которым предоставлено право отпуска наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов физическим лицам»;

- от 22 декабря 2016 г. № 985н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями,

индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность».

В соответствии со Стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года предусмотрено доведение объема производства отечественных лекарственных средств по номенклатуре перечня стратегически значимых лекарственных средств и перечня жизненно необходимы и важнейших лекарственных препаратов до 90%.

В целях реализации Стратегии приняты:

- постановление Правительства Российской Федерации 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»;

- постановление Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2015 г. № 1289 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд»;

- распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2016 г. № 2885-р, утвердившее перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2017 год, а также перечни лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

В 2016 г. проведена ежегодная Всероссийская конференция «Государственное регулирование в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий – ФармМедОбращение». Конференция является основным ежегодным Форумом, на площадке которого идет обсуждение результатов и направлений развития в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. В рамках конференции проводятся круглые столы и семинары, посвященные современным требованиям к качеству медицинской продукции, новым законодательным новеллам в сфере обращения медицинской продукции, обсуждаются актуальные проблемы фармацевтической и медицинской отрасли.

### **Мероприятие 1.6 «Первичная профилактика стоматологических заболеваний среди населения Российской Федерации»<sup>5</sup>**

Медицинские организации стоматологического профиля государственной и муниципальной системы здравоохранения России в ходе профилактических осмотров детского населения, проводимых в плановом порядке и по

---

<sup>5</sup> Мероприятие осуществлялось в соответствии с Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год», включено в приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации»

обращаемости за медицинской помощью, обеспечили 95,1 % (контрольное значение индикатора – не менее 95 %) охвата детского населения в течение 2016 г. Проведение профилактических осмотров детского населения в городах составляет 93,2 %, в сельской местности 86,7 % и обеспечивается, в том числе выездными бригадами областных и районных стоматологических поликлиник, профилактическими осмотрами в школах и дошкольных образовательных организациях. В предыдущие периоды реализации Госпрограммы 2013–2015 гг. охват детского населения профилактическими осмотрами специалистов стоматологического профиля составлял 69,5 % в 2013 г., 74,1 % в 2014 г., 90,3 % в 2015 г., что превышает значения контрольного показателя (индикатора) эффективности Госпрограммы по отчетным периодам её реализации.

Население России в возрасте от 18 лет охвачено профилактическими осмотрами в меньшей степени, чем дети. Средний показатель диспансерных осмотров взрослого населения в 2016 г. составил 25,8 % (контрольное значение индикатора – 23 %), что на 0,2 % меньше, чем в предыдущем году. Городское население охвачено профилактическими осмотрами на 32,1 %, взрослое население сельских населенных пунктов от 16 до 21,3 %. В 2013 – 2015 гг. этот показатель по стране составлял 22 % в 2013 г., 24,5 % – в 2014 г., 26 % – в 2015 г. (контрольные индикаторы 20 %, 23 %, 23 %, соответственно).

#### **Стоматологическая служба**

Доля школьных стоматологических кабинетов в России составляет 7,6 % от общего числа школ.

Для разработки программы санитарного просвещения подготовлены анкеты для выявления знаний и уровня мотивации у детей и подростков по профилактике стоматологических заболеваний. Подготовлены материалы для проведения санитарно-просветительной работы среди детей различных возрастных групп, беременных, родителей и учителей.

В 2016 году в Тульской и Московской областях проведены программы по раннему выявлению онкологических заболеваний челюстно-лицевой области.

#### **Интенсивность кариеса зубов (индекс КПУ) у детей в возрасте 12 лет**

Стоматологическое здоровье детского населения страны в возрасте 12 лет в части интенсивности поражения кариесом зубов остается стабильным в течение всех контрольных периодов действия государственной программы и находится на уровне 2,4 ед. в характеристиках показателей индекса КПУ (кариес-пломба-отсутствие зуба). Контрольные значения целевого индикатора эффективности государственной программы 2,5 ед. в 2014 – 2015 гг., 2,4 ед. для 2016 г. По структуре компонентов индекса КПУ следует отметить, что средний уровень показателя, характеризующего пораженные кариесом зубы (компонент индекса «К»), не превышает в отчетные периоды значение 1,15 ед. Среднее количество пломб и удаленных (отсутствующих) зубов (компоненты индекса «П» и «У») у детей в возрасте 12 лет на момент проведения профилактического осмотра не превышает среднего значения 1,26 ед. Следует отметить тот факт, что несмотря на стабильность значений индекса КПУ, в течение четырех лет отсутствует выраженная тенденция к снижению этого показателя, что

указывает на необходимость повышенного внимания к расширению профилактических мероприятий в дошкольных образовательных организациях страны и среди родителей детей в возрасте до 6 лет.

Анализ информации, полученной из 45 субъектов Российской Федерации (запрос Минздрава России от 17.02.2016 № 13-0/10/2-867), показал следующее:

1. Доля детей со здоровыми зубами в возрасте 12 лет составляет 19,8 % от всех детей соответствующего возраста.

2. Интенсивность кариеса зубов (индекс КПУ) у детей в возрасте 12 лет составляет 3,32.

3. Интенсивность заболеваний пародонта у детей в возрасте 15 лет – 4,59.

Интенсивность заболеваний пародонта у детей в возрасте 15 лет (по индексу СРІ)

Характеристики здоровья пародонта у детей в возрасте 15 лет в 2016 г. выражены средним количеством секстантов, в которых отсутствует кровоточивость десны или зубной камень и выражается значением 4,78, что на 0,08 превышает уровень целевого индикатора государственной программы, но находится в границах статистической погрешности. Для периодов 2013–2015 гг. здоровье пародонта 15-летних подростков соответствовало среднему количеству секстантов без признаков патологических изменений на уровне 4,67 (контрольный показатель – 4,6). Таким образом, в динамике четырех лет действия Госпрограммы отмечается стабильная тенденция к увеличению количества позитивных характеристик индекса СРІ у детей 15 лет.

Обеспеченность гигиенистами стоматологическими государственной стоматологической службы на 10 тыс. населения составляет 0,04 (рекомендации ВОЗ 5,0 на 10 тыс. населения).

В 2016 году в целях создания системы организации профилактики основных стоматологических заболеваний с использованием современных технологий и обеспечения доступности и качества профилактических мероприятий, способствующих сохранению стоматологического здоровья населения утверждены главные внештатные специалисты по профилактической стоматологии субъектов Российской Федерации и состав Профильной комиссии по профилактической стоматологии Минздрава России.

Проблемы отечественной стоматологии и пути развития стоматологической помощи в стране, методы профилактической работы и результаты внедрения современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний рассмотрены в ходе выступлений представителей ведущих научных направлений в рамках:

- 40-го Московского международного стоматологического Форума с выставкой «Дентал-Экспо 2016»;

- 13-го Всероссийского стоматологического Форума «Дентал-Ревю 2016».

В целях совершенствования системы профессиональной подготовки кадров для разработки, внедрения и мониторинга регионально ориентированных программ профилактики стоматологических заболеваний проведены:

учебно-методический семинар для Главных внештатных специалистов субъектов Российской Федерации по профилактической стоматологии «Модель

региональной программы профилактики стоматологических заболеваний в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» – 6 февраля 2016 года;

симпозиум «Возможности программы профилактики стоматологических заболеваний в современных условиях» в рамках Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии» – 20 апреля 2016 года;

Всероссийский Съезд гигиенистов стоматологических – 27 сентября 2016 года;

международная конференция «Национальная программа профилактики стоматологических заболеваний – основа системы оказания стоматологической помощи» – 7 декабря 2016 года;

учебно-методические семинары для организаторов здравоохранения, врачей-стоматологов и гигиенистов стоматологических «Модель региональной программы профилактики стоматологических заболеваний» в 10 субъектах Российской Федерации.

В настоящее время по программе среднего профессионального образования по специальности «Стоматология профилактическая» в субъектах Российской Федерации обучается 836 человек.

На базе научных и образовательных организаций высшего профессионального образования создан Стоматологический научно-образовательный медицинский кластер Минздрава России.

В целях повышения престижа профессии, создания позитивного образа медицинского работника в общественном сознании в регионах страны проведены отборочные туры в рамках организации и проведения Всероссийского конкурса врачей «Лучший врач года» по специальностям стоматологического профиля. Из числа победителей региональных конкурсов проведен отбор лауреатов в номинациях «Лучший врач-стоматолог», «Лучший челюстно-лицевой хирург» и др.

В целях повышения качества оказываемой медицинской помощи и соответствия уровня практических навыков медицинских работников современным потребностям практического здравоохранения утвержден профессиональный стандарт «врач-стоматолог» для специалистов с высшим медицинским образованием базового уровня подготовки (выпускников медицинских вузов по специальности «стоматология»). Завершается работа по подготовке проекта профессионального стандарта «специалист в области стоматологии» для специалистов с высшим медицинским образованием, прошедших подготовку в ординатуре.

Проблемы подготовки специалистов с высшим медицинским образованием в вузах Российской Федерации, повышение качества подготовки медицинских специалистов обсуждены в рамках VII Общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование – 2016». В ходе конференции подробно рассмотрены аспекты формирования образовательных программ, отвечающим требованиям профессионального стандарта «врач-

стоматолог», обсуждены вопросы создания и модернизации обучающих симуляционных центров, работающих по единым стандартам и технологиям обучения.

В целях перехода к новому технологическому укладу и обмена компетенциями с зарубежными партнерами продолжена работа в рамках Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ Заседания Совета по вопросам стоматологии проведены в г. Минск (Белоруссия) и г. Москва (Россия).

### **Мероприятие 1.7 «Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией»<sup>6</sup>**

В 2016 году под руководством академика И.Е. Чазовой продолжало работу Российское медицинское общество по изучению артериальной гипертонии (РМОАГ). На конец 2016 года общество насчитывало почти 4 тысячи членов из 53 региональных подразделений. Ежегодно региональными филиалами с участием ведущих экспертов проводятся мероприятия (научно-практические конференции, семинары, круглые столы), направленные на совершенствование профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертонии. В течение ряда лет успешно функционирует программа «Школы по артериальной гипертонии» для врачей первичного звена, врачей общей практики, терапевтов и кардиологов. В 2016 году было проведено более 50 школ в 20 регионах Российской Федерации.

РМОАГ ежегодно проводит Всероссийский конгресс, посвященный новым данным в вопросах профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертонии. В 2016 году в г. Москве был проведен XII Всероссийский конгресс «Артериальная гипертония 2016: итоги и перспективы», в котором приняли участие около 1 000 врачей из большинства регионов Российской Федерации. Особое внимание участники конгресса уделили вопросам эпидемиологии и профилактики артериальной гипертонии. Большое количество симпозиумов было посвящено диагностике и лечению артериальной гипертонии у пациентов с коморбидными состояниями, сопутствующим сахарным диабетом, ИБС, цереброваскулярной патологией и др.

В 2016 году подготовлены обновленные национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии, рекомендации размещены в сети Интернет в Рубрикаторе Минздрава России.

В 2016 году продолжил работу проект «Ваше здоровье – будущее России», направленный на профилактику и выявление на ранних стадиях сердечно-сосудистых заболеваний, инициированный Российским медицинским обществом по артериальной гипертонии и Комитетом Государственной Думы по охране здоровья. В рамках данной программы в 2016 году мероприятия

<sup>6</sup> Мероприятие осуществлялось в соответствии с Федеральным законом от 1 декабря 2014 года № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год», включено в приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации»



прошли в 6 городах: гг. Саратов, Рязань, Новосибирск, Тула, Новокузнецк, Москва.

По данным мониторинга доля больных артериальной гипертонией, достигших и поддерживающих целевые уровни АД, в 2016 году составила 58,2 %. Данные по регионам отличаются большой вариабельностью от 10 % в Курской области и 20,3 % в городе Севастополе до 98 % в Томской, Новосибирской и Тамбовской областях.

За 2016 год в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения выявлено 4,4 млн случаев артериальной гипертонии, поставлено под диспансерное наблюдение 2,9 млн. человек.

Впервые выявлено 650,9 тыс. случая артериальной гипертонии, поставлено под диспансерное наблюдение – 500 тыс. человек.

В 2016 году продолжалась работа 67 тыс. школ больных с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и инсультом, школ родственников больных с инсультом.

**Мероприятие 1.8 «Проведение пострегистрационных клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических для профилактики и лечения инфекций»<sup>7</sup>**

В научных и образовательных организациях, подведомственных Минздраву России, успешно осуществляется разработка и внедрение в практику передовых технологий в области вирусологии, микробиологии.

В соответствии с распоряжениями Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2016 г. № 2649-р и 2650-р организациями, подведомственными Минздраву России и Минобороны России, начата работа по проведению пострегистрационных клинических исследований вакцины для профилактики лихорадки Эбола в Гвинейской Республике.

**Подпрограмма 2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» («Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи»<sup>8</sup>)**

Реализация мероприятий по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи в 2016 году осуществлялась в рамках государственной программы и государственных программ субъектов Российской Федерации, направленных на развитие здравоохранения.

<sup>7</sup> Мероприятие осуществлялось в соответствии с Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год», включено в приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации»

<sup>8</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (далее – Программа).

Подушевые нормативы финансирования Программы на 2016 год (без учета расходов федерального бюджета) составили:

за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации – 3 488,6 рублей на 1 жителя (104,5 % к 2015 году);

за счет средств обязательного медицинского страхования – 8 438,9 рублей на 1 застрахованное лицо (102,2 % к 2015 году).

В целях обеспечения доступности медицинской помощи установлены предельные сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, приема пациентов участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми, проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований, проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии, а также время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании помощи в экстренной форме.

Конкретизированы источники финансирования мер, реализуемых в рамках национального календаря профилактических прививок (бюджетные ассигнования федерального бюджета), медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки) (федеральный бюджет и бюджеты субъектов Российской Федерации).

Средние нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления установлены отдельно по источникам финансирования: за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации (в расчете на одного жителя) и за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования (в расчете на одно застрахованное лицо).

В целях перехода от экстенсивных показателей объема медицинской помощи (посещения, койко-дни, пациенто-дни) к показателям, характеризующим результат деятельности, в качестве норматива объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установлен случай лечения в дневном стационаре (вместо пациенто-дня лечения в дневном стационаре).

Разграничены и уточнены критерии доступности и качества медицинской помощи.

На основе статистических данных о динамике заболеваемости и смертности населения, данных о фактическом выполнении объемов медицинской помощи уточнены значения средних нормативов посещений с профилактической целью, обращений в связи с заболеваниями, объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, в условиях стационаров и дневных стационаров.

Принятие Программы направлено на получение гарантированной бесплатной медицинской помощи, повышение эффективности ее организации и управления ресурсами здравоохранения.

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» Минздравом России совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования подготовлены и направлены в субъекты Российской Федерации:

разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ на 2016 год;

методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

В соответствии с приказом Минздрава России от 26 июня 2015 г. № 370н «Об утверждении Положения об осуществлении мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» в I квартале 2016 года осуществлен мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – мониторинг).

Информация о результатах мониторинга доведена до сведения руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

В 2016 году соглашения о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования заключены со всеми субъектами Российской Федерации.

В 2016 году Министерством здравоохранения Российской Федерации подготовлена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, которая утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403 (далее – Программа на 2017 год).

В связи с принятием Федерального закона от 3 июля 2016 года № 286-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» внесены изменения в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которым лица, инфицированные ВИЧ, а также лица, больные туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, будут обеспечиваться лекарственными препаратами, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

В Программе на 2017 год конкретизирован источник финансирования закупки противовирусных лекарственных препаратов для лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, антибактериальных и

противотуберкулёзных лекарственных препаратов для лечения лиц, больных туберкулёзом.

Установлен новый способ оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, – за прерванный случай оказания медицинской помощи (при проведении диагностических исследований, переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летальном исходе, оказании услуг диализа).

Уточнены критерии доступности и качества медицинской помощи.

На основе данных медицинской статистики о динамике заболеваемости населения социально значимыми заболеваниями уточнены значения средних нормативов объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Программа на 2017 год дополнена положением о том, что дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, устанавливаемые в территориальных программах, при наличии оснований могут быть ниже средних нормативов, предусмотренных Программой на 2017 год, что должно быть обосновано реальной потребностью населения региона с учетом более низкого, по сравнению со среднероссийским, уровня заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний.

Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования подготовлены и направлены в субъекты Российской Федерации:

разъяснения по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ на 2017 год (письмо Минздрава России от 23 декабря 2016 г. № 11-7/10/2-8304);

методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Минздрава России и ФОМС от 22 декабря 2016 г. (№ 11-8/10/2-8266 и 12578/26/и).

### **Мероприятие 2.1 Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулёзом**

В 2016 году в рамках реализации мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным туберкулезом продолжена работа, направленная на активное раннее выявление больных туберкулёзом и обеспечение их необходимым лечением, в ходе которой достигнуты значительные результаты.

В Российской Федерации за последние 9 лет заболеваемость туберкулезом сократилась более чем на 35 %.

В 2016 году заболеваемость туберкулезом в целом по Российской Федерации составила 53,3 на 100 тыс. населения, что на 7,7 % ниже значения заболеваемости туберкулезом в 2015 году.

Предварительные результаты анализа эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Российской Федерации по итогам 2016 года показали сохранение тренда по сокращению заболеваемости туберкулезом среди детского населения. Так, в период с 2012 – 2016 годов заболеваемость туберкулезом детей в возрасте 0-14 лет снизилась на 29,9 %, а в возрасте 15-17 лет – на 27,4%.

По оперативным данным мониторинга реализации региональных планов по снижению смертности населения от туберкулеза в 2016 году 81,4 % лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, с уровнем клеток CD 4 менее 350 к/мкл проведена химиопрофилактика туберкулеза. Охват тестированием лекарственной чувствительности микобактерии туберкулеза у больных с впервые выявленным туберкулезом (бактериовыделителей) в 2016 г. составил 95,8 %, в том числе 91,4 % больных обследованы молекулярно-генетическими методами исследований. Повысилась эффективность лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью до 49,7 % (2015 г. – 47,6 %).

За 12 месяцев 2016 года по сравнению с аналогичным периодом 2015 года показатель смертности населения от туберкулеза снизился на 16,7 % и составил 7,5 на 100 тыс. населения.

По оперативным данным Росстата, за январь-декабрь 2016 года снижение смертности от туберкулеза отмечается в 74 субъектах Российской Федерации.

В рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом, в 2016 году 85 субъектам Российской Федерации предоставлены иные межбюджетные трансферты на финансовое обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулёзных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулёза и мониторинга лечения больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя на общую сумму 3 131 603,1 тыс. рублей. Кроме того, бюджетам 19 субъектов Российской Федерации перечислены субсидии на оснащение противотуберкулёзных медицинских организаций оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на общую сумму 990 000 тыс. рублей.

Оснащение лабораторий медицинских организаций фтизиатрического профиля современным диагностическим оборудованием позволило широко внедрить новейшие технологии ускоренного выявления лекарственной устойчивости возбудителя.

По оперативным данным мониторинга реализации мероприятий региональных планов по снижению смертности населения от туберкулеза в 2016 году охват тестированием лекарственной чувствительности микобактерии туберкулеза у больных с впервые выявленным туберкулезом (бактериовыделителей) составило 95,8 %, в том числе 91,4 % больных обследованы молекулярно-генетическими методами исследований.

Пунктом 3 статьи 4 Федерального закона от 03.07.2016 № 286-ФЗ «О внесении изменений в федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» внесены изменения в статью 43 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон), предусматривающие ведение с 1 января 2017 г. Федерального регистра лиц, больных туберкулезом, в целях организации оказания медицинской помощи, включая обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения, при отдельных заболеваниях, указанных в части 1 статьи 43 Закона.

В 2016 году Минздравом России проведена масштабная работа по разработке и внедрению Федерального регистра лиц, больных туберкулезом. Проведена пилотная апробация указанного регистра в 15 субъектах Российской Федерации. В настоящее время завершается внедрение Федерального регистра лиц, больных туберкулезом, во всех субъектах Российской Федерации.

В 2016 году разработаны проекты приказов:

«Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»;

«Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при туберкулезе органов дыхания с подтвержденной и предполагаемой множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (интенсивная фаза лечения)»;

«Об утверждении стандарта первичной специализированной медицинской помощи при туберкулезе органов дыхания с подтвержденной и предполагаемой множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (фаза продолжения лечения)»;

«Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при туберкулезе органов дыхания с подтвержденной широкой лекарственной устойчивостью возбудителя (интенсивная фаза лечения)»;

«Об утверждении стандарта первичной специализированной медицинской помощи при туберкулезе органов дыхания с подтвержденной широкой лекарственной устойчивостью возбудителя (фаза продолжения лечения)»;

«Об утверждении стандарта первичной специализированной медицинской помощи при туберкулезе органов дыхания с подтвержденной и предполагаемой множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (интенсивная фаза лечения)».

Подготовлены проекты постановлений Правительства Российской Федерации:

«О порядке ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, Федерального регистра лиц, больных туберкулезом»;

«Об утверждении правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом».

С целью обмена опытом и перспективными научными достижениями,

формированию консолидированной позиции по вопросам совершенствования медицинской помощи больным туберкулезом, развитию научных исследований в области фтизиатрии и внедрению инноваций в практику, в течение 2016 года был проведен ряд научно-практических конференций, круглых столов и выездных совещаний.

1. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей и подростков», 30 марта – 1 апреля 2016 г., Ялта. Общее число участников 824 человека, в т.ч. иностранные участники из Беларуси, Казахстана, Киргизстана.

На конференции обсуждены актуальные вопросы диагностики и лечения туберкулезной инфекции у детей, детской пульмонологии во фтизиатрической практике, а также санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации детей из групп риска и больных туберкулезом, вопросы повышения качества профилактических осмотров детского населения на туберкулез и внедрение нового инновационного диагностического средства МНН: Аллерген туберкулезный рекомбинантный в стандартном разведении, а также подготовлены предложения по совершенствованию Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом.

2. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Туберкулез в XXI веке: новые задачи и современные решения», 1–2 июня 2016 г., Москва. Общее число участников 946 чел., в том числе иностранных – 7 (ВОЗ, США, Италия, Беларусь, Казахстан, Киргизия, Узбекистан).

На конференции обсуждены вопросы реализации противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации в рамках Стратегии ВОЗ по борьбе с туберкулезом на период после 2015 года, выявление туберкулеза в группах социального риска, лечение туберкулеза с МЛУ и ШЛУ возбудителя, диагностика и лечение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Профессиональная общественность была ознакомлена с пилотной версией Федерального регистра лиц, больных туберкулезом и информирована о ходе проведения пилотной эксплуатации системы в отдельных субъектах Российской Федерации, проведено обсуждение предложений по доработке Федерального регистра лиц, больных туберкулезом.

В рамках конференции проведены школы для специалистов разных специальностей, в том числе, по современным методам лечения туберкулеза, проблемам туберкулеза у детей и подростков, лечению туберкулеза ассоциированного с ВИЧ-инфекцией.

3. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Инновационные технологии во фтизиатрии», посвященная памяти академика РАМН М. И. Перельмана, 23–25 ноября 2016 г., г. Москва. Общее число участников – 1 072, в том числе иностранных участников – 7 (ВОЗ, КНР, США, Беларусь, Казахстан, Киргизия, Узбекистан).

На конференции обсуждена стратегия развития научных исследований и приоритетные направления исследований во фтизиатрии, вопросы внедрения

новых технологий в диагностике и лечения туберкулеза, новых форм организации противотуберкулезных мероприятий.

В рамках конференции проведено обсуждение проекта приказа Минздрава России «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза». В целом, проект данного документа получил одобрение профессионального сообщества.

В рамках конференции проведены школы для специалистов разных специальностей, в том числе, по современным методам лечения туберкулеза с МЛУ и ШЛУ возбудителя, латентной туберкулезной инфекции у детей, лабораторной диагностике туберкулеза и организации работы Федерального регистра лиц больных туберкулезом.

Страновая политика Российской Федерации и успехи в снижении бремени туберкулеза привлекают большое внимание международных организаций и экспертов. С 2013 года в сборниках ВОЗ регулярно публикуются лучшие практики российских регионов по борьбе с туберкулезом.

9 сентября 2016 года утверждено распоряжение Правительства Российской Федерации № 1891-р «О проведении 16-17 ноября 2017 года в г. Москве Глобальной министерской конференции по туберкулезу в контексте глобального здравоохранения и целей в области устойчивого развития». Минздравом России совместно с ВОЗ осуществляется подготовка к указанному Глобальному форуму.

## **Мероприятие 2.2 Совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С**

В целях формирования комплексных подходов, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, на основании Указа Президента Российской Федерации от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» при участии экспертного сообщества и общественных организаций, Минздравом России совместно с федеральными органами исполнительной власти разработана Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу (далее – Государственная стратегия), которая утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 20.10.2016 № 2203-р, и определяет основные направления государственной политики Российской Федерации в области противодействия распространению ВИЧ-инфекции на период до 2020 года и дальнейшую перспективу.

При разработке Государственной стратегии учитывались международные обязательства Российской Федерации и международные подходы в противодействии распространению ВИЧ-инфекции.

Реализация Государственной стратегии при сохранении текущего уровня финансирования позволит к 2020 году:

повысить информированность населения в возрасте 18-49 лет по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции до 93 %;



увеличить охват населения медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию до 24 %;

увеличить долю лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека до 90 %;

увеличить долю лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека до 38,3 %;

увеличить долю лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека, состоящих под диспансерным наблюдением до 56 %;

снизить риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку;

снизить дискриминацию лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в семье, в общественной жизни, в области занятости (выбор сферы деятельности (профессии) и трудоустройство) и здравоохранения;

усовершенствовать систему эпидемиологического контроля (надзора) за распространением ВИЧ-инфекции среди населения Российской Федерации.

В соответствии с пунктом 2 распоряжения Правительства Российской Федерации от 20 октября 2016 г. № 2203-р Минздравом России представлен в Правительство Российской Федерации проект распоряжения Правительства Российской Федерации об утверждении плана мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу.

План мероприятий по реализации Государственной стратегии состоит из 7 разделов, которые соответствуют задачам Государственной стратегии и включает 53 мероприятия.

В реализации мероприятий Плана примут участие 23 федеральных органа исполнительной власти и все субъекты Российской Федерации, Общероссийский союз «Федерация независимых профсоюзов России» и Общероссийского объединения работодателей «Российский союз промышленников и предпринимателей».

В 2016 году Минздравом России совместно с экспертами разработан обобщенный план первоочередных мероприятий по противодействию распространению ВИЧ-инфекции (далее – Обобщенный план).

На основе Обобщенного плана высшими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации разработаны с учетом региональных особенностей, согласованы с главным внештатным специалистом Минздрава России по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и утверждены планы первоочередных мероприятий по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в субъектах Российской Федерации на 2016–2017 гг. (далее – Планы субъектов Российской Федерации).

Обобщенным планом предусмотрены целевые показатели эффективности по каждому мероприятию. Минздравом России разработана и внедрена система

мониторинга реализации Планов субъектов Российской Федерации.

В целях повышения доступности антиретровирусной терапии в рамках реализации Государственной стратегии Минздрав России в 2016 году приступил к реализации комплекса мероприятий по снижению цен на антиретровирусные лекарственные препараты (далее - АРВП), а именно:

- централизация государственных закупок АРВП;
- широкое применение воспроизведенных лекарственных препаратов;
- заключение соглашений по цене;
- обеспечение бесперебойных поставок лекарственных препаратов,
- разработка Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

**Увеличение охвата антиретровирусной терапией лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, и дальнейшее снижение риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку**

Расширение охвата пациентов с ВИЧ-инфекцией антиретровирусной терапией – ключевой механизм снижения дальнейшего распространения инфекции.

Минздравом России в 2016 году бюджетам субъектов Российской Федерации предоставлены иные межбюджетные трансферты в объеме 17 977 111,1 тыс. рублей на закупку антиретровирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

В соответствии с Правилами финансового обеспечения закупок диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1438, Минздравом России в 2016 году для федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, подведомственных Минздраву России, Федеральному медико-биологическому агентству, Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службе исполнения наказаний, закуплены противовирусные препараты для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, на сумму 3 090 528,4 тыс. рублей.

В Российской Федерации по данным Федерального государственного статистического наблюдения в 2016 году случаи ВИЧ-инфекции были впервые выявлены у 86 855 человек, что составило 59,2 на 100 тыс. населения.

Основное бремя заболеваемости ВИЧ-инфекцией приходится на возрастную группу 25 – 44 года и составляет 75,5 % от общего числа впервые выявленных лиц с ВИЧ-инфекцией. При этом частота новых случаев ВИЧ-инфекции в указанной возрастной группе выше среди мужчин – 54,4 %.

В специализированных медицинских организациях под диспансерным наблюдением в течение 2016 г. состояли 658 141 лиц, инфицированных

вирусом иммунодефицита человека, что на 13 % больше, чем в 2015 г. (581 716 лиц с ВИЧ-инфекцией).

В 2016 году 259 787 пациентов получали антиретровирусную терапию (далее – АРВТ), в сравнении с 2015 г. (216 981 человек) отмечался прирост охвата АРВТ на 19,7 %. Охват АРВТ среди всех ВИЧ-инфицированных, находящихся под диспансерным наблюдением, в 2016 г. составил 39,5 %, что на 5,9 % выше значений показателя в 2015 году (37,3 %).

Благодаря проведению комплекса профилактических мер, Россия за 10 лет вышла в мировые лидеры по остановке вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции. По данным Федерального государственного статистического наблюдения в 2016 г. от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 15 989 детей, из них только у 281 ребенка была подтверждена ВИЧ-инфекция. Таким образом, риск вертикальной передачи вируса иммунодефицита от инфицированных матерей детям составляет по итогам года 1,7 %.

В целях повышения доступности антиретровирусной терапии в рамках реализации Государственной стратегии Минздрав России приступил к реализации комплекса мероприятий по снижению цен на закупку АРВП, а именно:

- централизация государственных закупок лекарственных препаратов,
- широкое применение воспроизведенных лекарственных препаратов,
- заключение соглашений по цене,
- обеспечение бесперебойных поставок лекарственных препаратов.

Федеральным законом от 3 июля 2016 г. № 286-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» внесены изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предусматривающие с 1 января 2017 года наделение федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, полномочиями по организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, а также лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а также ведение Федерального регистра указанных лиц, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Принято постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2016 г. № 1512 «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антиретровирусными лекарственными препаратами для медицинского применения и Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной

лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения».

### **Мероприятие 2.3. Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным**

В соответствии с Планом мероприятий по модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года, утвержденным приказом Минздрава России от 5 июня 2014 г. № 263 (далее – План), Минздравом России издан приказ от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (далее – Порядок). С учетом сложившейся за период 2013–2015 гг. практики право применения в субъектах Российской Федерации приказа Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология» данный Порядок направлен на урегулирование всех вопросов организации медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», включая вопросы медицинской профилактики наркологических заболеваний, а также диспансерного наблюдения за лицами с наркологическими расстройствами.

Впервые введены правила организации деятельности кабинета профилактики наркологических расстройств, включающие штатные нормативы и стандарты оснащения, и усовершенствованы некоторые разделы деятельности других наркологических подразделений.

Изменен порядок диспансерного наблюдения за больными наркологического профиля и введена только группа диспансерного наблюдения, с исключением группы профилактического наблюдения. Утверждена методика диспансерного наблюдения и установлены единые сроки прекращения диспансерного наблюдения при подтвержденной стойкой ремиссии: для пациентов с диагнозом синдром зависимости не менее трех лет; с диагнозом «употребление с вредными последствиями» не менее года.

В соответствии с Планом и с целью нормативного правового регулирования системы раннего выявления лиц с пагубным употреблением алкоголя и обеспечения безопасности дорожного движения Минздравом России издан приказ от 18 декабря 2015 г. № 933н «О Порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)», в котором урегулированы все вопросы организации, проведения и оформления результатов медицинского освидетельствования на состояние опьянения отдельных категорий граждан (водители транспортного средства; лица, совершившие административные и уголовные правонарушения; военнослужащие; несовершеннолетние граждане; работники с признаками опьянения и т.д.).

Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2016 году утверждены приказы:

от 30 июня 2016 г. № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению

оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов»;

от 29 декабря 2016 г. № 1023н/34дсп «Об утверждении Порядка передачи или принятия лиц, страдающих психическими расстройствами, включая порядок их выписки из психиатрических стационаров, сопровождения от места проведения принудительного лечения в психиатрическом стационаре на территории Российской Федерации к месту передачи или от места принятия к месту проведения принудительного лечения в психиатрическом стационаре на территории Российской Федерации и помещения в этот психиатрический стационар и Порядка взаимодействия Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федеральной службы исполнения наказаний по вопросам обеспечения безопасности при передаче или принятии лиц, страдающих психическими расстройствами»;

от 22 декабря 2016 г. № 988н «О Порядке выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом»;

от 30 декабря 2016 г. № 1028н «Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования лиц, подвергнутых административному аресту».

Обновлены стандарты оказания медико-санитарной помощи по профилю «психиатрия-наркология», которые были утверждены приказами Минздрава России:

от 17 мая 2016 г. № 299н «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ»;

от 17 мая 2016 г. № 300н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ»;

от 17 мая 2016 г. № 301н «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ»;

от 17 мая 2016 г. № 302н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

#### **Амбулаторная наркологическая помощь**

В 2016 г. число наркологических диспансеров составило 88, из них число наркологических диспансеров, оказывающих стационарную помощь, составило 82. Суммарная мощность наркологических диспансеров также составила в 2016 году 12 757 посещений в смену.

В 2016 г. увеличилось число многопрофильных организаций, имеющих в своем составе наркологические отделения и кабинеты (с 1 880 в 2015 г. до 1 895 в 2016 г.). Число организаций, в составе которых функционируют подростковые наркологические кабинеты (отделения) составило 189. Число

организаций, на базе которых развернуты кабинеты экспертизы алкогольного и наркотического опьянения увеличилось и составило 643 (2015 г. – 590).

### **Стационарная наркологическая помощь**

Стационарная наркологическая помощь в 2016 г. оказывалась в 8 наркологических стационарах и 82 диспансерах, в составе которых развернуты наркологические койки, на конец 2016 г. число коек составило 21 034. Обеспеченность населения наркологическими койками составила 1,44 на 10 тыс. населения. Показатель занятости наркологической койки составил 314 дней в году.

Наряду с наркологическими койками, в наркологических и психиатрических медицинских организациях развернуто 2 540 реабилитационных коек для наркологических больных, из них 195 коек в реабилитационных центрах, самостоятельных учреждений. В 2016 г. на реабилитационные койки было госпитализировано 15 613 пациентов, занятость койки составила 311 дней в году.

В ряде регионов Российской Федерации стационарная наркологическая помощь оказывается в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, как на наркологических, так и на психиатрических койках. В этих регионах наркологическая служба объединена с психиатрической и осуществляется только в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь. Такая ситуация сложилась в Республике Алтай, Тамбовской, Архангельской, Саратовской, Иркутской областях, Ненецком, Ханты-Мансийском, Чукотском автономных округах, а также Еврейской автономной области.

Особо следует обратить внимание на состояние наркологической службы в Республике Ингушетия, которая представлена 2 амбулаторными наркологическими отделениями (кабинетами) в многопрофильных медицинских организациях и 2 кабинетами для проведения экспертизы опьянения. Ввиду отсутствия специализированных наркологических организаций, а также наркологических и психиатрических коек, пациенты, нуждающиеся в стационарной наркологической помощи, направляются в профильные медицинские организации соседних субъектов Российской Федерации и на протяжении ряда лет эта ситуация не меняется.

**Дневные стационары.** В 2016 году в стране развернуто 3008 коек (мест) дневного пребывания для лечения пациентов наркологического профиля, на которых прошли лечение 52 245 человек. По сравнению с 2015 г. число коек (мест) в дневных стационарах – сократилось на 5 % (2015 г. – 3 170), а число пролеченных больных, напротив, увеличилось на 17% (2015 г. – 44 507).

**Кадры.** Число психиатров-наркологов (физических лиц) в 2016 г. продолжило снижаться и составило 5 183 человек (в 2015 г. – 5 206), при этом обеспеченность населения этими специалистами по сравнению с 2015 годом снизилась с 0,36 до 0,35 на 10 тысяч населения в 2016 г.

Число занятых должностей психиатров-наркологов в 2016 г. уменьшилось и составило 8464,75 (2015 г. – 8 618,25). Обеспеченность занятыми должностями также уменьшилась – с 0,59 в 2015 г. до 0,58 на 10 тыс. населения в 2016 г. При

этом коэффициент совместительства сократился, но все еще остается на высоком уровне – 1,6 (в 2015 г. – 1,7).

Число занятых должностей психиатров-наркологов в амбулаторной службе сократилось и составило в 2016 г. 5 433,5. Следует отметить снижение обеспеченности населения амбулаторными наркологами с 0,38 на 10 тыс. населения в 2015 г. до 0,37 в 2016 г. При этом доля психиатров-наркологов, работающих в амбулаторной сети, составляет 64 %.

**Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (наркологических расстройствами) (F10-F19)**

**Заболеваемость основными наркологическими расстройствами.** В 2016 г. специализированными учреждениями Минздрава России зарегистрировано 2 406,7 тыс. пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, или 1642,3 на 100 тыс. населения, около 1,6 % от общей численности населения. Сокращение контингента больных по сравнению с уровнем 2015 г. составило 9,3 %. Из общего числа зарегистрированных обратились за наркологической помощью впервые в жизни – 229,6 тыс. пациентов или 156,7 на 100 тыс. населения. Снижение показателя по сравнению с уровнем 2015 года составило 17 %.

**Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя.** Число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, зарегистрированных наркологической службой в 2016 г., составило 1 589,5 тыс. человек или 1 084,7 на 100 тыс. населения, что составляет около 1,1 % от общей численности населения. Кроме того, наркологической службой страны зарегистрировано 298,8 тыс. пациентов с пагубным употреблением алкоголя, или 203,9 на 100 тыс. населения. Всего в 2016 г. за наркологической помощью обратились 1 888,5 тыс. пациентов с алкогольными расстройствами, или 1288,6 на 100 тыс. населения (1,3% от численности населения страны).

Впервые в жизни в 2016 г. обратились за наркологической помощью 95,1 тыс. больных алкоголизмом (включая больных алкогольными психозами). Еще 70,4 тыс. пациентов зарегистрированы медицинскими организациями, оказывающим наркологическую помощь с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя». Общее число первичных пациентов с алкогольными расстройствами составило 165,6 тыс. человек, или 113,0 на 100 тыс. населения.

Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом составил 64,9 на 100 тыс. населения, что ниже уровня 2015 г. (70,8) на 8%.

**Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением наркотиков.** В 2016 г. специализированными медицинскими организациями оказывающими наркологическую помощь зарегистрировано 292,4 тыс. больных наркоманией, или 199,5 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2015 г. (213,0) этот показатель снизился на 6 %. Кроме того, 203,6 тыс. человек в 2016 г. были зарегистрированы с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление наркотиков». В расчете на 100 тыс.

населения этот показатель составил 138,9. По сравнению с уровнем 2015 г. (159,0) он уменьшился на 12,6 %.

Общее число зарегистрированных пациентов, обратившихся по поводу проблем с наркотиками (включая больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями) в 2016 г. составило 496,0 тыс. человек, или 338,5 на 100 тыс. населения, т.е. оказалось на 9% ниже уровня 2015 г. (372,0).

Впервые в жизни в 2016 г. обратились за наркологической помощью по поводу наркомании 16,3 тыс. человек, или 11,2 на 100 тыс. населения. Снижение показателя составило 20 %. Показатель первичной обращаемости по поводу пагубного потребления наркотиков сократился с 40,6 до 30,1 на 100 тыс. населения, или на 26 %. Всего за наркологической помощью впервые в жизни в 2016 г. обратилось 60,4 тыс. пациентов, или 41,2 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2015 г. (54,7) меньше на 25 %.

**Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением пенаркотических ПАВ.** Число больных токсикоманией, зарегистрированных наркологической службой в 2016 г., составило 8,6 тыс. человек. Показатель общей заболеваемости токсикоманией в Российской Федерации в 2016 г. по сравнению с уровнем 2015 г. снизился на 12 % и составил 5,9 больных на 100 тыс. населения (в 2015 г. – 6,7).

Кроме того, по поводу пагубного употребления ненаркотических ПАВ в амбулаторную наркологическую службу обратились 13,7 тыс. человек, или 9,4 на 100 тыс. населения. Уровень обращаемости по поводу пагубного употребления по сравнению с 2015 г. (11,5) уменьшился на 18 %. Суммарный показатель обращаемости лиц, употребляющих ненаркотические ПАВ, в 2016 г. составил 15,3 на 100 тыс. населения (в 2015 г. – 18,2).

Впервые в жизни в 2016 г. обратились за наркологической помощью 497 больных токсикоманией. Уровень первичной заболеваемости токсикоманией составил 0,3 больных на 100 тыс. населения.

В 2016 г. наркологической службой России впервые в жизни зарегистрировано 3,1 тыс. человек, употребляющих ненаркотические ПАВ с пагубными последствиями, или 2,1 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2015 г. этот показатель снизился на 24 %. Суммарный показатель обращаемости по поводу употребления ненаркотических ПАВ в 2016 г. составил 2,4 на 100 тыс. населения, показатель снизился по сравнению с 2015 г. на 25%.

**Основные показатели заболеваемости у подростков в 2016 году** Показатель общей заболеваемости алкоголизмом у подростков сократился с 9,0 на 100 тыс. подростков в 2015 г. до 7,6 в 2016 г., уровень больных алкогольными психозами также снизился – соответственно с 0,13 до 0,12. Показатель обращаемости по поводу пагубного употребления алкоголя сократился с 1 126,5 в 2015 г. до 871,3 на 100 тыс. подростков в 2016 г., или на 23 %.

Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом у подростков сократился с 2,9 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 2,4 в



2016 г., уровень АП несколько увеличился – соответственно с 0,10 до 0,12. Показатель обращаемости по поводу пагубного употребления алкоголя сократился с 418,7 в 2015 г. до 356,2 на 100 тыс. подростков в 2016 г., или на 15%.

Показатель общей заболеваемости наркоманией у подростков сократился с 22,1 на 100 тыс. подросткового населения в 2015 г. до 19,9 в 2016 г., или на 10 %. Показатель обращаемости по поводу пагубного употребления наркотиков сократился с 238,8 в 2015 г. до 178,7 на 100 тыс. подростков в 2016 г., или на 75 %.

Показатель первичной заболеваемости наркоманией у подростков сократился с 9,1 на 100 тыс. подросткового населения в 2015 г. до 5,4 в 2016 г., или на 40 %. Показатель обращаемости впервые в жизни по поводу пагубного употребления наркотиков сократился с 110,6 в 2015 г. до 69,0 на 100 тыс. подростков в 2016 г., или на 37%.

**Диспансерное наблюдение пациентов наркологического профиля.** Во исполнение нового порядка диспансерного наблюдения за пациентами наркологического профиля (приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н) под диспансерное наблюдения в 2016 году переведены пациенты с диагнозом «пагубное, (с вредными последствиями) употребление психоактивных веществ». Всего на конец 2016 года под диспансерным наблюдением состояло 2 090,1 тыс. пациентов, или на 11,5 % больше по сравнению с 2015 г. (1 873,9 тыс. человек). Из них – 227,8 тыс. – впервые в жизни взято под диспансерное наблюдение. Из общего числа пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, на конец 2016 года составляют больные алкоголизмом и алкогольными психозами – 69,1 %, наркоманией – 12,4 %, токсикоманией – 0,4 %, пациенты с пагубным употреблением алкоголя – 10,1 %, наркотиков – 7,5 %, ненаркотических психоактивных веществ – 0,5 %. В связи с введением принципа добровольного согласия на диспансерное наблюдение пациентов наркологического профиля число пациентов по отдельным нозологиям уменьшилось, особенно это касается пациентов с пагубным употреблением психоактивных веществ. Так, число пациентов, находящихся под наблюдением, с диагнозом «пагубное употребление алкоголя» сократилось на 23,7 %, наркотиков – на 17,6 %, ненаркотических психоактивных веществ – на 23,2 %.

**Показатели эффективности оказания наркологической помощи.** В 2016 г. показатели ремиссии во всех нозологических группах свидетельствуют об увеличении числа больных, находящихся в ремиссии. Это относится ко всем выделяемым группам заболеваний: число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет на 100 больных среднегодового контингента, в 2016 г. составило 12,95; наркоманией – 10,81.

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

Таким образом, в 2016 г. плановые показатели подпрограммы 2 государственной программы по ремиссиям у больных алкоголизмом и наркоманией достигнуты.

В 2016 г. при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации был создан Совет по проблемам профилактики наркомании как постоянно действующий экспертно-консультативный орган. В рамках Совета были проведены три заседания по темам профилактики употребления наркотиков и реабилитации больных наркоманией.

На постоянной основе проводятся заседания Профильной комиссии при главном внештатном специалисте психиатре-наркологе Минздрава России совместно с Ассоциацией наркологов России, на которых разбираются различные вопросы, в том числе, проводится оценка качества деятельности наркологической службы. Ежегодно в соответствии с планом мероприятий Минздрава России проводятся совещания главных внештатных специалистов наркологов федеральных округов Российской Федерации. Ассоциация наркологов России совместно с Российской Наркологической Лигой ежеквартально проводит региональные совещания наркологов по актуальным проблемам.

Наркологическая служба в субъектах Российской Федерации в своей деятельности основной упор делают на профилактику. В частности, в течение ряда лет работники сферы образования проводят анонимное социально-психологическое тестирование обучающихся образовательных организациях (среди несовершеннолетних 13-17 лет), целью которого является определение групп риска по употреблению психоактивных веществ. На основании результатов социально-психологического тестирования врачами психиатрами-наркологами проводятся профилактические медицинские осмотры и по показаниям осуществляются превентивные мероприятия. Подразделения наркологической службы в субъектах Российской Федерации проводят скрининг эффективности профилактической деятельности в образовательных организациях и разрабатывают инновационные подходы к профилактике наркологических заболеваний.

Во всех субъектах Российской Федерации действуют антинаркотические комиссии, в состав которых входят, в том числе, руководители органов здравоохранения. В плановой деятельности региональных антинаркотических комиссий на постоянной основе принимают участие врачи психиатры-наркологи.

Значительное внимание уделяется межведомственному взаимодействию с органами управления субъектов Российской Федерации в сфере образования, с территориальными органами внутренних дел и с другими.

В целях улучшения ресоциализации наркологических больных, которые прошли лечение и реабилитацию, для облегчения их трудоустройства наркологическая служба налаживает связи со службой занятости населения. Это способствует поддержанию ремиссии, возвращению в социальную жизнь тех, кто прекратил употребление алкоголя или наркотиков.

Развивается взаимодействие наркологической службы в субъектах Российской Федерации с региональными управлениями ФСИН России. Разработаны и действуют программы подготовки к освобождению заключенных, у которых имеется зависимость от алкоголя или наркотиков.

Происходит обмен информацией о лицах с диагнозом «синдром зависимости», освобождающихся из пенитенциарных учреждений, с целью преемственности лечебно-реабилитационных мер по месту жительства.

Ежегодно при поддержке и непосредственном участии региональных подразделений наркологической службы проводятся масштабные мероприятия, направленные на профилактику болезней зависимости. Как правило, это происходит в рамках ежегодно отмечаемых Дня трезвости, Всемирного дня борьбы со СПИДом, Международного дня борьбы с наркоманией, а также ежегодного Всероссийского форума, который проводит «Лига здоровья Наций». В рамках данных мероприятий любой желающий может получить консультацию квалифицированных специалистов психиатров-наркологов и психологов по проблеме зависимости.

Большая работа по профилактике употребления ПАВ проводится через информационно-просветительские занятия в образовательных организациях среднего и высшего образования.

Врачи психиатры-наркологи активно выступают в различных СМИ и участвуют в создании социальных роликов о вреде наркотиков и алкоголя.

На сайтах медицинских организаций, оказывающих наркологическую помощь, субъектов Российской Федерации размещается информация по профилактике, лечению, реабилитации болезней зависимости, а также о вредном влиянии ПАВ на здоровье, об отрицательном влиянии на социальную сферу человека. Информация предоставляется в доступной форме и с учетом целевой аудитории.

На базе многих медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология», организованы и функционируют службы «Горячая линия». В задачи службы входит профилактическая (информационная, информационно-просветительская) работа, некоторые терапевтические мероприятия (психотерапевтическая беседа, в том числе мотивирование на отказ от употребления ПАВ и / или на обращение за наркологической помощью). Консультативную помощь на телефоне «Горячая линия» могут осуществлять врачи психиатры-наркологи и психологи. Следует отметить, что в настоящее время телефонная служба «Горячая линия» – наиболее востребованная форма дистанционного оказания специализированной помощи, т.к. ее преимуществами являются: анонимность, конфиденциальность, доступность, возможность в любой момент обратиться с любым профильным вопросом или же прервать беседу.

Одним из инновационных подходов к профилактике зависимости от ПАВ, внедряемых наркологической службой в регионах, является создание собственных аккаунтов в социальных сетях, наиболее посещаемых подростками и молодежью. На таких ресурсах можно в доступной форме получить информацию о зависимости от ПАВ, задать вопрос специалисту, узнать о возможности получения очной консультации или специализированной помощи.

#### **Мероприятие 2.4. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения**

Результаты проведенного мероприятия «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения» характеризуются следующим показателем (индикатором): доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, в 2016 г. составила 20,2 %, что на 0,6 п.п ниже 2015 года (20,8%).

**Общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами в Российской Федерации в 2016 (в расчете на 100 тыс. населения).**

Уровень *общей* заболеваемости психическими расстройствами составил 2 744,44 и по сравнению с 2015 г. (2 764,9) снизился на 0,8 %.

Показатель *первичной* заболеваемости психическими расстройствами уменьшился на 4 % (с 308,3 до 296,67).

Число инвалидов в связи с психическими расстройствами в 2016 году составило 1 051 651 и уменьшилось по сравнению с 2015 г. на 204 637 человек, или на 12,3 %. Возросла доля инвалидов среди лиц с психическими расстройствами, состоящих под диспансерным наблюдением, до 70,2 %.

Число пациентов, госпитализированных по поводу психических расстройств в психиатрические стационары, в 2016 году составило 634 898 человек и увеличилось по сравнению с 2015 годом на 5 875 человек (на 0,9 %).

Средняя длительность пребывания в стационарах психически больных уменьшилась в 2016 году на 2,3 % и составила 74,4 дня (в 2015 г. – 76,1 дня).

По данным государственного статистического наблюдения **кочный фонд для психически больных** в целом по Российской Федерации составил 133 857 коек. Показатель обеспеченности психиатрическими койками – 9,1 на 10 тыс. населения.

Одновременно с этим, **полустационарную помощь** психически больным оказывали внебольничные подразделения. В 2016 году число среднегодовых мест в дневных стационарах достигло 20 062, увеличившись, по сравнению с 2015 годом, на 827 мест, или на 4,2 %. В расчете на 100 диспансерных больных обеспеченность местами в дневных стационарах составляет 1,34 (в 2015 г. – 1,24).

Число мест в лечебно-производственных мастерских (далее – ЛПМ) выросло впервые за последние два десятилетия. В 2016 г. в ЛПМ число мест составило 4 706 для стационарных и амбулаторных больных, что выше на 2,5 % по сравнению с 2015 г. (4 589 мест).

В результате мониторинга, проведенного сотрудниками ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России в марте-апреле 2017 г., на основании данных 49 субъектов Российской Федерации определен рост числа мест во внебольничных подразделениях, включенных в порядок «Оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н). Их число достигло 7 226 мест.

**Число суицидов.** С 2011 по 2015 гг. количество самоубийств в Российской Федерации снижалось на 10 % в год. В 2015 году смертность от самоубийств составила 17,1 на 100 тыс. населения, в 2016 г. – 15,6.

**Кадры врачей-психиатров и психотерапевтов.**

По данным 49 субъектов Российской Федерации (мониторинг, проведенный ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России в марте-апреле 2017г.):

- средняя стоимость койко-дня в психиатрических больницах в 2016 г. составляла – 1 295,3 руб., что на 2,5 % выше, чем в 2015 г. (1 263,9 руб.);

- средняя стоимость посещения составила 497,6 руб., что на 40,6 % выше, чем в 2012 г. (353,79 руб.);

- средняя стоимость койко-дня в психиатрических больницах по медикаментам составила – 82,1 руб. (в 2015 г. – 77,06 руб.), рост на 6,5 %;

В целях совершенствования системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения и повышения качества оказания психиатрической помощи в 2016 г. были проведены следующие мероприятия:

- актуализация ранее разработанных 50 стандартов медицинской помощи (СМП) при психических расстройствах и расстройствах поведения у взрослых;

- на основании разработанных Минздравом России методических документов актуализированы и приведены в соответствие с установленными требованиями для включения в Рубрикатор 14 ранее разработанных и утвержденных клинических рекомендаций по диагностике, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств у взрослых. Актуализируются 8 клинических рекомендаций для диагностики, лечения и реабилитации психических и поведенческих расстройств у детей и подростков;

- приказом Минздрава России от 12 января 2017 г. № 3н утвержден «Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы»;

- доработан и актуализирован проект профессионального стандарта «Врач-психиатр».

В 2016 г. в целях повышения уровня профессиональной подготовки специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, было проведено более 30 научных и научно-практических конференций. 18-20 мая 2016 г. проведен VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее».

**Мероприятие 2.5. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями**

Реализация мероприятий по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи в 2016 году осуществлялась в рамках государственной программы и государственных программ субъектов Российской Федерации, направленных на развитие здравоохранения.

В основу мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями положен принцип расширения

создаваемой на базе региональных медицинских организаций сети первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров, основной задачей которых является обеспечение в возможно короткие сроки качественной специализированной медицинской помощью пациентов с острой сосудистой патологией с возможностью использования при ее оказании системного тромболизиса и наиболее востребованных видов интервенционных методов лечения, таких как стентирование и баллонная ангиопластика коронарных артерий.

В Российской Федерации в 2012 году функционировало 84 региональных сосудистых центра (далее – РСЦ) и 202 первичных сосудистых отделения (далее – ПСО). В 2016 году число РСЦ достигло 134, количество ПСО – 459. Таким образом, с 2012 года число РСЦ выросло на 1,6 раза, а ПСО – в 2,3 раза.

Открытие новых РСЦ и ПСО 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.

По данным оперативного мониторинга Минздрава России, за 2016 год доля больных, которым выполнен тромболизис при остром коронарном синдроме и ишемическом инсульте, выросла на 25,5 % и на 8,0 % соответственно, а применение ангиопластик коронарных артерий при остром коронарном синдроме увеличилось на 11,3 %. Увеличилась профильная госпитализация пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в первые 4,5 часа от начала заболевания – на 6,4 %.

При этом за 2016 год отмечается снижение госпитальной летальности больных с инфарктом миокарда на 6,1 % и больных с ишемическим инсультом – на 6,0 %.

Главными внештатными специалистами Минздрава России разработаны алгоритмы первой помощи для населения при остром коронарном синдроме и остром нарушении мозгового кровообращения, а также алгоритмы для врачей и фельдшеров бригад скорой медицинской помощи по первоочередным мерам, проводимым пациентам с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, включая информацию об оптимальной маршрутизации таких пациентов. Разработанные алгоритмы и памятки доведены до всех субъектов Российской Федерации.

Всего в 2016 году под руководством главных внештатных специалистов кардиолога, нейрохирурга и невролога Минздрава России были осуществлены выезды специалистов в более чем 40 регионов в целях оказания организационно-методической помощи по вопросам организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Под руководством главного внештатного специалиста кардиолога Минздрава России И.Е. Чазовой в течение 2016 г. осуществлялась выездная проверка организации и качества медицинской помощи больным с сердечно-

сосудистыми заболеваниями, в том числе с ИБС и острым коронарным синдромом, в 21 субъекте Российской Федерации (Республика Северная Осетия-Алания, Тверская, Костромская, Ивановская области, город Пермь, Брянская, Рязанская области, Ненецкий автономный округ, Республика Саха (Якутия), Псковская, Орловская области, город Севастополь, Тульская, Брянская, Вологодская, Воронежская области, Чувашская Республика, Республика Адыгея, Приморский край, Ростовская и Владимирская области). По результатам проверки проведены совещания с главными кардиологами указанных субъектов Российской Федерации, представителями органов управления здравоохранением, намечены пути более эффективной борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в каждом регионе с учетом экономических и территориально-географических особенностей.

Согласно плану по сокращению смертности от ишемической болезни сердца в 2016 году, разработанному и утвержденному главным внештатным специалистом кардиологом И.Е. Чазовой, совместно с Минздравом России в течение года проводились мероприятия, направленные на:

*- совершенствование первичной профилактики ишемической болезни сердца:*

мероприятия по информированию населения о факторах риска развития болезней системы кровообращения;

мероприятия, направленные на своевременное выявление факторов риска ишемической болезни сердца;

*- повышение эффективности оказания медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца:*

совершенствование организации службы скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации (создание единой центральной диспетчерской в каждом из регионов с использованием ГЛОНАСС);

информирование населения о симптомах ОКС и правилах поведения при развитии неотложных состояний;

совершенствование схем маршрутизации пациентов с ОКС в регионах;

более широкое внедрение применения высокотехнологичных методов лечения больных с ИБС;

совершенствование медицинской реабилитации больных с ИБС;

повышение квалификации врачей первичного звена здравоохранения;

мониторинг эффективности организации медицинской помощи больным с ИБС;

*- вторичную профилактику осложнений ишемической болезни сердца, в том числе острого коронарного синдрома:*

мероприятия, направленные на своевременное выявление ИБС (диспансеризация отдельных групп взрослого населения, проведение углубленных профилактических осмотров, создание и обеспечение работы Школ здоровья для пациентов);

повышение эффективности диспансерного наблюдения и ведения больных, перенесших ОКС.

В течение года осуществлялся контроль за выполнением региональных программ по снижению смертности от ИБС.

#### **Смертность от болезней системы кровообращения (БСК)**

По данным Росстата смертность от БСК в 2014–2016 гг. ежегодно снижалась (табл. 1). В 2016 г. этот показатель составил 614,1 на 100 тыс. населения, по сравнению с 2015 г. снижение смертности составило 2,8 %.

Таблица 1

**Коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, ИБС и инфаркта миокарда (на 100 тыс. населения) в Российской Федерации**

	2014г.	2015г.	Δ% 2014/2015	2016г.	Δ% 2015/2016
<b>Болезни системы кровообращения</b>	653,9	631,8	-3,4	614,1	-2,8
<b>ИБС</b>	344,3	335,1	-2,7	325,9	-2,7
<b>Инфаркт миокарда</b>	44,8	43,1	-3,8	42,2	-2,1

В большинстве регионов Российской Федерации в 2016 году (январь-декабрь) наблюдалось снижение смертности от БСК. Однако в 47 регионах показатель смертности превышал средний по России. Самые высокие показатели отмечены в Псковской, Тверской, Орловской, Новгородской областях и в Республике Крым.

Регионы с отрицательной динамикой по показателю смертности от БСК (на 100 тыс. населения) в 2016 г.: Красноярский (19,9 %) и Краснодарский края (8,9 %), Липецкая область (7,5 %), Ленинградская область (2,6 %), Республика Марий Эл (2,3 %), Костромская область (2,1 %), Алтайский край (1,9%), Саратовская область (1,0 %), Республика Калмыкия (0,9%), Тульская область (0,5 %), Архангельская область (0,3 %).

Среди регионов с отрицательной динамикой по показателю смертности от БСК не достигли целевых значений 4 субъекта Российской Федерации: Архангельская, Саратовская, Ленинградская и Костромская области.

Вместе с тем, в 4-х регионах с зарегистрированным ростом смертности от БСК, а именно, в республиках Калмыкия, Марий-Эл, в Алтайском и Краснодарском краях коэффициент смертности от БСК был меньше, чем в среднем по России.

#### **Смертность от ишемической болезни сердца (ИБС)**

По данным Росстата число умерших от ИБС в Российской Федерации за период январь – декабрь 2016 года по сравнению с аналогичным периодом 2015г. снизилось на 2,7% и составило 325,9 на 100 тыс. населения.

#### **Смертность от инфаркта миокарда (ИМ).**



В целом по России, по данным Росстата за период январь-декабрь 2016 года по сравнению с аналогичным периодом 2015 года отмечалось снижение смертности от инфаркта миокарда на 2,1 %.

Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) больным с ОКС с подъемом сегмента ST в среднем по Российской Федерации было проведено в 39,5 % случаев, наименьшие показатели регистрировались в Ненецком автономном округе и в республиках Северная Осетия-Алания и Дагестан. Наиболее высокая частота ЧКВ регистрировалась в Калининградской области (87,5%) и Пензенской области (76,5 %).

Выполнение ЧКВ больным с ОКС без подъема сегмента ST в среднем по Российской Федерации было проведено в 16,5 % случаев, наименьшие показатели регистрировались в Ненецком автономном округе, в Мурманской области и в Республике Северная Осетия-Алания. Наиболее высокие показатели были в Республике Тыва (40,8 %) и г. Санкт - Петербург (39,7 %).

Выполнение тромболитической терапии (ТЛТ) пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе за период 2016 г. (январь-декабрь) в среднем по Российской Федерации составило 11,9%. Низкие показатели отмечены в Республике Адыгея (0,0%), Кабардино – Балкарской Республике (0,1 %) и в г. Москва (0,1 %), высокие показатели – в Тульской (41,2 %) и Тюменской областях (39,8 %).

Летальность больных с ОКС в 2016 г. (январь-декабрь) в среднем по Российской Федерации составила 6,5%. Среди регионов с низкими показателями отмечены республики Дагестан (2,1 %) и Татарстан (3,2%), Чукотский автономный округ (4,3 %). Наиболее высокие показатели летальности больных ОКС зарегистрированы в Рязанской (15,4 %) и Волгоградской областях (14,6 %).

Диспансерное наблюдение больных ИБС, перенесших острый коронарный синдром по данным мониторинга, в 2016 г. (январь-декабрь) в среднем по Российской Федерации осуществлялось в 29,8 % случаев, среди регионов с наименьшими показателями – Чеченская Республика (1,6 %), республики Алтай (2,7%) и Саха (Якутия) (6,6 %).

В отчетном году продолжил работу образовательный проект Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава России – электронный заочный образовательный портал, основной целью которого является прохождение сертификационных циклов врачами как из регионов, так из Москвы, дистанционно без отрыва от работы, в удобное время.

Учебный центр дистанционного последипломного непрерывного образования кардиологов проводит обучение с использованием дистанционных технологий. Тематика лекций и семинаров (учебные модули) разработаны в соответствии с квалификационными требованиями к специалистам и посвящены наиболее актуальным вопросам практической кардиологии (острый коронарный синдром, нарушения ритма сердца и проводимости, ишемическая болезнь сердца, острая и хроническая недостаточность кровообращения, современная диагностика заболевания сердца и сосудов, эндоваскулярные, хирургические и гибридные методы лечения).

Целевая аудитория дистанционного курса повышения квалификации – кардиологи стационарного и первичного звена, терапевты, врачи семейной медицины, врачи скорой медицинской помощи, специалисты по функциональной и ультразвуковой диагностике.

Специфика разработки курсов по функциональной диагностике заключается в разработке программ, охватывающих не только основную образовательную программу по дисциплине, но и компонент, ориентированный на врача-кардиолога, имеющего право проводить и функциональные исследования (при наличии соответствующего сертификата). Учебные модули глубоко освещают ЭХО - кардиографическую диагностику заболеваний сердца, УЗДГ сосудов, ЭКГ и методы диагностики (холтеровское мониторирование), суточное мониторирование АД.

Электронно-образовательный портал содержит основные разделы программы обучения врача-кардиолога, врачей функциональной и ультразвуковой диагностики, соответствующие образовательным программам общего усовершенствования и сертификационным циклам.

Внедрение системы дистанционного образования позволяет осуществлять процесс обучения для подтверждения сертификата специалиста-кардиолога на базе электронного образовательного портала. Подготовлены более 100 учебных модулей – аудиолекций в формате презентации по 17 разделам образовательного стандарта по специальности «Кардиология», а также по специальностям «Функциональная диагностика» и «Ультразвуковая диагностика».

Контроль освоения учебного лекционного материала проводится при промежуточном и итоговом тестировании, результаты которого отражаются в административной статистической базе и личном кабинете учащегося. Итоговый экзамен слушатели сдают комиссии очно, после консультации и семинаров на базе ФГБУ «РКНПК».

Результаты реализации региональных программ по снижению смертности от ИБС в июне и ноябре 2016 года обсуждались на заседаниях Профильной комиссии по кардиологии Минздрава России.

В 2016 году на федеральном и региональном уровнях проводились конференции по обсуждению вопросов совершенствования кардиологической помощи населению, международные конгрессы и конференции:

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием (56 ежегодная сессия РКНПК) «Кардиология 2016: итоги и перспективы», 2-3 июня 2016 г., г. Москва, Россия;

Научно-практическая конференция с международным участием «IX Мешалкинские чтения, посвященные 100-летию со дня рождения академика РАМН Е.Н. Мешалкина», 16 июня 2016 г. – 18 июня 2016 г., Новосибирск, Россия;

XIII Тихоокеанский медицинский Конгресс с международным участием, 14-15 сентября 2016 года, Владивосток, Россия;

Экспертно-медийный форум-семинар «Инновационная медицина в Союзном государстве: перспективы развития», в рамках белорусско-российского сотрудничества, 22-23 ноября 2016, Москва, Россия.

В 2016 году в области хирургического лечения болезней сердца и сосудов проведен ряд мероприятий, направленных на совершенствование методов и повышение эффективности этого вида специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), на подготовку и повышение квалификации кадров, включая обеспечение непрерывного образования, на разработку и внедрение новых методов диагностики, профилактики и лечения.

В 2016 году достигнуто увеличение объема оказания ВМП по разделу сердечно-сосудистая хирургия. Выросли объемы оперативного лечения пациентов с врожденными пороками сердца, в том числе у новорожденных и детей первого года жизни, с аневризмами различных отделов аорты, увеличилось количество гибридных вмешательств при сочетанной патологии сердца и сосудов.

С целью совершенствования системы оказания оперативной (хирургической и рентгенэндоваскулярной) помощи при болезнях системы кровообращения на совместном заседании Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России и Профильной комиссии по сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России в соответствии с требованиями Минздрава России были актуализированы 21 клиническая рекомендация и утверждены 4 новых методических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи по разделу «сердечно-сосудистая хирургия» с включением критериев оценки качества, которые соответствовали отдельным нозологическим группам, и созданы для оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

В методических рекомендациях «Ишемическая болезнь сердца и атеросклеротическое поражение сонных артерий» сформулированы основные диагностические этапы, тактика и выбор метода лечения на основе анатомических и функциональных параметров пациента; их значение определяется распространенностью сочетанных поражений у больных, поступивших на хирургическое вмешательство на коронарных артериях или на реваскуляризацию каротидных артерий, необходимость выбора оптимального алгоритма лечения.

В помощь детским кардиологам, наблюдающим детей с протезами клапанов сердца по месту жительства, разработаны рекомендации: «Врожденные аномалии митрального клапана у детей. Состояние после имплантации механического протеза»; «Врожденные аномалии аортального клапана у детей. Состояние после имплантации механического протеза». Предложены временные критерии осмотров, инструментальных исследований, консультаций кардиохирурга, рассмотрены характерные осложнения, возможность повторных операций для замены протеза, вопросы лечения, реабилитации и профилактики.

Для взрослых пациентов с врожденными пороками сердца разработаны и утверждены методические рекомендации «Легочная гипертензия у взрослых», в

которых представлен алгоритм проведения катетеризации сердца, тест на вазореактивность, оценки результатов. Предложена строгая последовательность в формировании показаний к операции, разработаны схемы медикаментозной терапии.

В 2016 г. разработан проект профессионального стандарта сердечно-сосудистого хирурга, который был рассмотрен на совместном заседании Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России и Профильной комиссии по сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России в ноябре 2016 года.

Подготовлен проект Единого регистра пациентов с нарушениями ритма и проводимости.

В 2016 году продолжалась эффективная работа по оказанию новых видов медицинской помощи населению страны в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний сердца и сосудов с использованием современных достижений науки.

Для оказания методической и клинической помощи специалистам службы сердечно-сосудистой хирургии в регионах России осуществлялись выезды сотрудников профильных федеральных медицинских организаций, главного внештатного специалиста сердечно-сосудистого хирурга Минздрава России академика РАН профессора Л.А. Бокерия.

Повышение квалификации врачей (сердечно-сосудистых хирургов, кардиологов, анестезиологов-реаниматологов и специалистов смежных дисциплин) обеспечивалось проведением сертификационных циклов, курсов, школ и семинаров, а также съездов, симпозиумов и научно-практических конференций Всероссийского и международного масштаба, участие в которых является неотъемлемой частью непрерывного профессионального образования.

### **Мероприятие 2.6. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями**

В рамках мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, в субъектах Российской Федерации сформирована система оказания онкологической помощи населению, ориентированная на раннее выявление онкологических заболеваний и проведение специализированного комбинированного противоопухолевого лечения.

Темпы снижения смертности от новообразований в субъектах Российской Федерации в определенной мере зависят от эффективности работы первичного звена здравоохранения, направленной на формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни и профилактику злокачественных новообразований, в том числе с использованием выездных форм работы и телемедицинского консультирования.

В соответствии с индивидуальными планами, разработанными в 2015–2016 годах в регионах и согласованными с главным внештатным специалистом онкологом Минздрава России, предусмотрена реализация комплекса мер, направленных, на ранее выявление злокачественных новообразований, увеличение показателя пятилетней выживаемости

и снижение одногодичной летальности онкологических больных.

В 2015 году по сравнению с 2014 годом значительно увеличилась доля больных со злокачественными новообразованиями, выявленных на ранних стадиях (I–II стадии) с 52,0 до 53,7 % при снижении запущенности онкологических заболеваний. Данный показатель был всегда одним из самых инертных показателей в течение целого ряда лет. Если в период с 2011 по 2013 годы показатель увеличился только на 2,2 %, то за последние

2 года – он вырос на 5,7 %. Положительная динамика по данному показателю сохраняется и в 2016 году – 54,7 %.

В целях повышения уровня выявляемости онкологических заболеваний и снижения смертности от новообразований Минздравом России даны рекомендации органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья скорректировать региональные планы мероприятий по снижению смертности населения от новообразований на 2016 год, исходя из определенных Минздравом России совместно с главными внештатными специалистами показателей по числу выявленных случаев злокачественных новообразований по основным локализациям.

Основным положительным результатом в оказании онкологической помощи населению можно считать снижение показателя одногодичной летальности и рост показателя пятилетней выживаемости. Одногодичная летальность в 2016 году по сравнению с 2015 годом снизилась с 23,6 до 23,2 %; с 2010 года – на 18,9 %. Пятилетняя выживаемость за этот же период выросла с 52,9 до 53,3 %; с 2010 года – на 4,5 %.

Под эгидой Ассоциации онкологов России в ноябре 2016 года проведен XX Российский онкологический конгресс, в рамках которого рассмотрены современные аспекты диагностики и лечения злокачественных опухолей.

### **Мероприятие 2.7 Развитие системы донорства органов человека в целях трансплантации<sup>9</sup>**

В настоящее время в Российской Федерации медицинскую деятельность, связанную с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки), осуществляют более 60 медицинских организаций государственной системы здравоохранения, в том числе в федеральных и муниципальных медицинских организациях. Перечень указанных медицинских организаций утвержден совместным приказом Минздрава России и Российской академии наук от 04.06.2016 № 307н/4.

В соответствии с частью 16 статьи 47 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ принято постановление Правительства Российской Федерации от 23 января 2016 г. № 33 «О порядке финансового обеспечения медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях

<sup>9</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

трансплантации (пересадки), за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» (далее – постановление №33), которым утвержден порядок финансового обеспечения медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки), за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета (далее – Порядок).

Порядком утверждены Правила предоставления медицинским организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти, субсидий на финансовое обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки), за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, и Правила предоставления иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки).

Распределение иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых в 2016 году бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки), утверждено распоряжением Правительства Российской Федерации от 09.04.2016 № 631-р.

В 2016 году иные межбюджетные трансферты были предоставлены 23 субъектам Российской Федерации, в которых осуществляется медицинская деятельность, связанная с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки), на основании представленных ими заявок о потребности в бюджетных ассигнованиях на финансовое обеспечение этой деятельности в пределах бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на указанные цели Федеральным законом от 14 декабря 2015 года № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год».

В России в 2016 году по данным ежегодного мониторинга, проводимого главным внештатным специалистом трансплантологом Минздрава России, выполнено 1 703 трансплантации органов (11,6 на млн.), из них 1 084 трансплантации почки (7,4 на млн.), 377 печени (2,6 на млн.), 220 сердца (1,5 на млн.). Число доноров органов после смерти составило 487 (3,3 на млн.).

По сравнению с 2015 годом число трансплантаций органов увеличилось на 218 (+14,7 %), число трансплантаций почки – на 139 (+14,7 %), печени – на 52 (+16,0 %), сердца – на 41 (+22,9 %). Число доноров органов после смерти увеличилось на 53 (+12,2 %).

В 2016 году ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России выполнил 132 трансплантации сердца, что является абсолютным мировым рекордом среди медицинских организаций, практикующих данный вид трансплантационной помощи.

В 2016 году в ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова» Минздрава России была выполнена первая в России трансплантация легких ребенку с диагнозом «муковисцидоз». Всего в мире таких операций было сделано около 10.

В ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт информатизации здравоохранения» Минздрава России:

подготовлен в соответствии с ГОСТ 34.602-89 технический проект ФГИС «Трансплантология»;

развернута и апробирована система мониторинга в соответствии с приказом Минздрава России от 8 июня 2016 г. № 355н «Об утверждении порядка учета донорских органов и тканей человека, доноров органов и тканей, пациентов (реципиентов), форм медицинской документации и формы статистической отчетности».

В ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. ак. В.И. Шумакова» Минздрава России в 2016 году подготовлены информационно-аналитические отчеты об организации и перспективах развития донорства и трансплантации органов и тканей человека в субъектах Российской Федерации.

Таким образом, сформирована методическая база для планирования развития трансплантологической помощи в субъектах Российской Федерации с учетом их региональных особенностей, а также успешного опыта отдельных регионов в этой области здравоохранения.

В 2016 году с целью повышения уровня информированности граждан России по вопросам развития системы донорства органов человека в целях трансплантации была реализована коммуникационная кампания с привлечением телевидения, радио, Интернета, прессы.

26 апреля 2016 г. в Москве была проведена Международная конференция: «Права человека и биомедицина: этические и правовые аспекты донорства органов человека», приуроченная к 20-летию членства Российской Федерации в Совете Европы.

### **Мероприятие 2.8. Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях**

Существенное развитие за последние годы получила система оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (далее – ДТП). Благодаря реализации мероприятий создана система этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в зависимости от степени тяжести полученных травм, которая позволяет обеспечить оказание медицинской помощи пострадавшим в ДТП квалифицированными специалистами на месте дорожно-транспортного происшествия, во время доставки и в медицинских организациях.

По оперативным данным, представленным субъектами Российской Федерации, общее количество травмоцентров к 2016 году составило 1 524 (169 – I уровень, 462 – II уровень и 893 – III уровень).

### **Мероприятие 2.9 Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным прочими заболеваниями**

По состоянию на 1 января 2016 г. Минздравом России утверждено 814 стандартов медицинской помощи, которые зарегистрированы Минюстом

России, и включают стандарты скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи. Утвержденные стандарты медицинской помощи охватывают основные классы наиболее распространенных заболеваний.

### *Болезни глаза и его вспомогательных органов*

В 2016 году проведена работа по актуализации ранее разработанных клинических рекомендаций (20 единиц) и переработка их в соответствии с «Требованиями к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе» и «Рекомендациями по разработке алгоритмов действий врача», разработаны Критерии оценки качества оказания медицинской помощи по профилю «офтальмология», подготовлены предложения для внесения дополнений и изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Хирургия» (трансплантология) и Порядок оказания медицинской помощи при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, подготовлены проект приказа Минздрава России по глазопротезированию, предложения и замечания к проекту приказа «Об утверждении перечня медицинских показаний для санаторно-курортного лечения», «Требования к водителям автотранспорта, летчикам», предложения для Минздрава России и Минпромторга России по формированию перечня инновационных лекарственных препаратов, биомедицинских клеточных продуктов и приборов.

Продолжается работа над профессиональным стандартом врача офтальмолога.

Проведен анализ обеспеченности кадрами офтальмологов субъектов Российской Федерации и разработаны рекомендации по совершенствованию кадрового потенциала, в том числе предложения по подготовке офтальмологов по программе ординатуры.

В рамках дальнейшей оптимизации и повышения эффективности деятельности офтальмологической службы был проведен анализ состояния взаимодействия медицинских организаций различных уровней, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях (т.е. первичного звена здравоохранения), в результате которого было выявлено, что на фоне высокого уровня посещений (в среднем по России 42 посещения на 100 жителей), доля врачебных посещений офтальмологов выполненных с профилактической целью составила 38 % (по всем врачебным специальностям – 25,6 %). В офтальмологических стационарах сохраняется высокий уровень госпитализаций, в том числе необоснованных. О низкой эффективности работы первичного звена здравоохранения в ряде регионов свидетельствует высокая доля госпитализации по экстренным показаниям, превышающая среднероссийский показатель в 2 и более раз (11,2 % от всех госпитализированных).

Одновременно, на фоне недостаточного использования стационарозаменяющих технологий дневных стационаров, в ряде регионов койки круглосуточных стационаров работают от 360 до 389 дней в году (325 дней в среднем по Российской Федерации).

### *Заболевания органов пищеварения*



В марте 2016 г. главными внештатными специалистами – гастроэнтерологами субъектов Российской Федерации были представлены планы мероприятий, направленные на снижение смертности, которые после их всестороннего рассмотрения были утверждены главным внештатным специалистом-гастроэнтерологом Минздрава России.

Основными причинами смертности от заболеваний органов пищеварения являются алкогольные поражения печени (прежде всего, острый фульминантный гепатит, вызванный приемом больших доз алкоголя и его суррогатов, и декомпенсированный алкогольный цирроз печени), острый алкогольный (токсический) панкреатит, осложнившийся панкреонекрозом, осложненные формы язвенной болезни (прежде всего, язвенные кровотечения, нередко обусловленные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов).

В этой связи во всех субъектах Российской Федерации активно проводился широкий круг мероприятий, включающих в себя информирование населения о факторах риска заболеваний органов пищеварения, правильном питании, здоровом образе жизни и пагубном влиянии алкоголя и его суррогатов, совершенствование диспансерного наблюдения пациентов с язвенной болезнью и заболеваниями печени, предполагавшее обязательное тестирование на инфекцию *H.pylori* и ее последующую эрадикацию у всех больных язвенной болезнью, а также у пациентов, которым планируется лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, проведение первичных диагностических эзофагогастродуоденоскопий и колоноскопий лицам в возрасте от 45 до 70 лет, позволяющее выявить злокачественные новообразования на ранних (доклинических) стадиях, активное межведомственное взаимодействие по вопросам ограничения продаж алкогольной продукции. Проведение указанных мероприятий позволяет добиться существенного снижения смертности от заболеваний органов пищеварения.

В отчетном году была продолжена работа над обновлением клинических рекомендаций по диагностике и лечению основных заболеваний органов пищеварения. С учетом последних достижений гастроэнтерологии, а также решений состоявшихся международных согласительных совещаний (Киотский консенсус 2014 г., Новые Римские критерии функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта IV пересмотра 2016 г.) были обновлены и направлены в Минздрав России клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни, функциональной диспепсии, хронического панкреатита, хронического запора, синдрома раздраженного кишечника, неалкогольной жировой болезни печени, осложнений цирроза печени, включающие в себя критерии качества оказания медицинской помощи. Эти рекомендации размещаются на сайте ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru) и публикуются в официальном журнале ассоциации – «Российском журнале гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии».

Повышению качества оказания медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения способствуют и проводившиеся в 2016 г.

научно-образовательные мероприятия, в ходе которых врачи различных специальностей получали информацию о современных подходах к диагностике и лечению гастроэнтерологических заболеваний. Так, с 3 по 5 октября 2016 г. в Москве под эгидой Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) и Российского общества по изучению печени (РОПИП), Профильной комиссии Минздрава России по специальности «Гастроэнтерология», отделения медицинских наук Российской академии наук (РАН), а также ООО «Гастро» прошла Двадцать вторая Объединенная Российская гастроэнтерологическая неделя. В ее работе приняли участие около 4 000 врачей различных специальностей (гастроэнтерологов, эндоскопистов, терапевтов, хирургов, педиатров, патологов, инфекционистов, клинических фармакологов и др.) из России, стран ближнего и дальнего зарубежья.

В 2016 г. были проведены специализированные монотематические научно-практические конференции. 16 февраля состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Желудок 2016. Метаболическая организация функций желудка»; 9 июня Всероссийская научно-практическая монотематическая конференция с международным участием «Pancreas 2016. Как сохранить жизнь больным с патологией поджелудочной железы»; 15 сентября – Всероссийская научно-практическая монотематическая конференция «Пищевод 2016. Нейрогастроэнтерология, моторика, канцерпревенция»; 1 декабря – Всероссийская научно-практическая монотематическая конференция с международным участием «Intestinum 2016. Воспаление, моторика, микробиом». На каждой из них присутствовало от 350 до 500 гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов, педиатров и эндоскопистов. здравоохранения Российской Федерации.

В рамках «Российского общества по изучению печени» 18-20 марта 2016 г. был проведен XXI Международный конгресс «Гепатология сегодня» (более 600 участников), на котором особое внимание было уделено не только научным аспектам современной гепатологии, но и решению практических задач по ведению больных с сочетанными заболеваниями. Материалы докладов были опубликованы в приложении к «Российскому журналу гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии».

В рамках курса «Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени» был организован цикл интерактивных онлайн-семинаров (вебинаров) по тематике «Снижение смертности населения Российской Федерации от болезней печени», в котором приняли участие более 300 слушателей. Мини-курс из 5 вебинаров был посвящен лечению вирусного гепатита С (III часть курса «Мир без гепатита С: создаем историю вместе»). В его работе приняли участие более 300 слушателей участников.

: «Школа клинического диагноза академика В.Т. Ивашкина», продолжавшая свою работу в 2016 г., представляет собой совершенно новую форму обучения специалиста и обмена опытом. Более 100 обучающихся «учеников» получили в ней наглядный опыт решения трудных медицинских задач с целью достижения наилучшего результата. В рамках этой Школы были проведены, кроме того, IV ежегодная конференция «Алкоголь, алкоголизм и последствия», в которой

приняли участие более 200 человек и в ходе которой на примере конкретных клинических наблюдений были обсуждены соматические и психологические аспекты алкогольной болезни. Состоялись также XI ежегодная монотематическая конференция «Хочу все знать о вирусных гепатитах» (250 участников) и научно-практический онлайн семинар «Неалкогольная жировая болезнь печени» (более 400 участников). Курс «Учимся диагностировать и лечить неалкогольную жировую болезнь печени» в виде цикла онлайн-семинаров был посвящен проблеме снижения смертности населения Российской Федерации от болезней печени. Более 300 участников в ходе интернет-дискуссии обсудили диагностически сложных больных с заболеваниями печени.

Активно продолжала свою работу Национальная Школа гастроэнтерологов, гепатологов РГА. Число врачей-участников основных сессий в Москве (весенней и осенней) стабильно держалось на уровне 1 000 человек, причем в качестве положительного факта можно отметить увеличение числа молодых врачей (до 30 лет), доля которых среди всех слушателей составила 20 %. Кроме того, среди слушателей увеличилось число врачей-эндоскопистов и педиатров, а также существенно расширился охват регионов России и стран СНГ. Так, впервые была проведена выездная школа в городе федерального значения Севастополе. Продолжалась интенсивная выездная образовательная работа РГА. Были проведены выездные сессии Школы в Чебоксарах (март 2016 г., более 300 участников), Сочи (июнь 2016 г., более 300 участников), Уфе (ноябрь, 2016, более 300 участников) и Оренбурге (декабрь 2016, более 200 участников). В целом, подготовку по гастроэнтерологии получили более 3 500 человек.

Активное продолжение проведения указанных профилактических и научно-образовательных мероприятий будет способствовать повышению точности и своевременности диагностики, а также улучшению результатов лечения гастроэнтерологических заболеваний, что позволит добиться существенного снижения смертности от заболеваний органов пищеварения.

### ***Колопроктологические заболевания***

Оказание медицинской помощи пациентам с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля осуществляется в рамках общего принципа выстроенной трехуровневой системы здравоохранения: от первичной медико-санитарной помощи до специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную.

С целью формирования единых подходов к диагностике и лечению колопроктологических заболеваний в 2016 году пересмотрены 23 клинические рекомендации, в том числе с привлечением специалистов смежных специальностей. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенного колита, болезни Крона и синдрома раздраженного кишечника были разработаны совместно с Российской Гастроэнтерологической Ассоциацией, а по острой кишечной непроходимости – совместно с Российским обществом

хирургов. Во все клинические рекомендации внесены сведения по критериям оценки качества. Итоговые документы утверждены на Съезде колопроктологов России, посвященному 25-летию Ассоциации колопроктологов России, проведенного 25-27 августа 2016 года. В работе съезда приняли участие главные внештатные специалисты Минздрава России по хирургии, анестезиологии и реанимации, президенты Российского общества хирургов, Российского общества эндоскопистов, Российской Ассоциации флебологов.

В 2016 году Ассоциация колопроктологов России, а также учебно-методическое отделение Центра осуществляли внедрение мероприятий по переходу к системе непрерывного медицинского образования и оценки профессиональных компетенций на основе профессиональных стандартов, проведено 5 межрегиональных и всероссийских мероприятий с зачислением образовательных баллов по системе непрерывного медицинского образования.

Необходимо отметить особую роль колопроктологической службы при проведении мероприятий 2 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения. Проведен сбор и анализ оперативной информации по реализации ранней диагностики колоректального рака. Информацию предоставили 59 из 85 субъектов Российской Федерации. Общее число взрослого населения, прошедшего 1 этап диспансеризации – 15,1 млн человек, из них 2 этап диспансеризации – 4,4 млн (29,1 %). Проведен осмотр врачом-колопроктологом (или врачом-хирургом) 92, 6 тыс. пациентов (2,1 % от общего числа пациентов, прошедших 2 этап диспансеризации). Направлены и прошли эндоскопические исследования (ректороманоскопию или колоноскопию) – 35,2 тыс. пациентов (38,0 % от всех пациентов, осмотренных колопроктологом или хирургом). По итогам проведенных обследований выявлено 12,3 тыс. случаев злокачественных новообразований толстой кишки (из них 5 953 – ободочной кишки и 6 333 – прямой кишки), при этом в 5 128 наблюдениях выявлен на 1-2 стадии заболевания (41,7 % от всех выявленных случаев злокачественных новообразований толстой кишки).

В 2016 году разработана годовая форма статистического наблюдения «Сведения о деятельности колопроктологической службы субъекта Российской Федерации», которая позволит проводить комплексную оценку ее состояния в регионах и принимать управленческие решения по совершенствованию колопроктологической помощи населению для обеспечения высокого качества медицинской помощи больным с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля.

### *Токсикология*

В Российской Федерации специализированная медицинская помощь при острых химических отравлениях осуществляется в токсикологических лечебных центрах (центры отравлений, далее – Центры), развернутых в города с численностью населения от 500 тыс. жителей, имеющих в своем составе отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии, а также отделения (палаты) лечения отравлений для реабилитации пациентов, перенесших тяжелое отравление и получивших медицинскую помощь в отделении реанимации, а также с отравлением средней и легкой степени тяжести. Такая

структура утверждена приказом от 15.11.2012 г. № 925н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным острыми химическими отравлениями» и позволяет проводить лечение этой категории пациентов с использованием современных методов реанимации и интенсивной терапии, а также ускоренной детоксикации.

В субъектах Российской Федерации с малой численностью населения лечение острых отравлений осуществляется в многопрофильных стационарах, имеющих в своем составе отделения реанимации и интенсивной терапии в соответствии с упомянутым выше приказом.

С целью улучшения качества профилактики и лечения отравлений в Российской Федерации функционирует информационно-консультативная токсикологическая помощь, которая предоставляется медицинским работникам, населению Российской Федерации круглосуточно по телефону Федеральным государственным бюджетным учреждением «Научно-практический токсикологический центр Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ НПТЦ ФМБА России). Информация и консультации предоставляются по различным вопросам, включая как отдельные случаи, так и массовые отравления, в частности – массовое отравление метанолом в Иркутске.

ФГБУ НПТЦ ФМБА России помимо информационно-консультативной деятельности осуществляет функции в части организации токсикологической помощи в России, разработки стандартов оказания специализированной стационарной помощи, в частности, разработаны проекты стандартов специализированной стационарной помощи при отравлении соединениями металлов, веществами раздражающего действия, которые находятся на стадии согласования с профильными главными специалистами Минздрава России.

Разработаны критерии оценки качества медицинской помощи при отравлении алкоголем (Токсическое действие алкоголя, Т51), утвержденные приказом Минздрава России от 15.07.2016 № 520н.

По данным Росстата показатель смертности населения от случайных отравлений алкоголем за 12 месяцев 2016 г. составил 5,7 на 100 тыс. населения, что на 12 % ниже значения соответствующего показателя за 2015 год (6,5 на 100 тыс. населения).

Показатель смертности населения от прочих отравлений снизился с 6,5 на 100 тыс. населения в 2015 году до 6,0 на 100 тыс. населения в 2016 году (на 8 %).

В 2016 г. проведены научно-практические конференции и съезды:

-Всероссийская научно-практическая конференция «Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации», Санкт-Петербург, 31 мая – 1 июня 2016 г.;

- 3-й съезд врачей неотложной медицины, Москва, октябрь 2016 г.; Всероссийская научно-практическая конференция «Неотложная помощь в современной многопрофильной медицинской организации, проблемы, задачи, перспективы развития», Казань, ноябрь 2016 г.;

VI Балтийский форум: Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии, г. Светлогорск, 29 июня – 2 июля 2016 г.;

XV съезд Федерации анестезиологов-реаниматологов России, Москва, сентябрь 2016 г.; и др.

### *Гематология*

В целях совершенствования диагностики и лечения гематологических заболеваний разработаны и обновлены клинические рекомендации по 33 нозологиям по профилю «Гематология». Клинические рекомендации размещены на сайтах федеральной электронной медицинской библиотеки [www.femb.ru](http://www.femb.ru), Национального гематологического общества [www.npngo.ru](http://www.npngo.ru) и Общества онкогематологов [www.lymphoma.ru](http://www.lymphoma.ru).

Проводится национальное клиническое исследование «Мультинозологический регистр заболеваний системы крови» с субрегистрами: острые лейкозы (популяционное эпидемиологическое исследование и оценка эффективности терапии, включено 699 больных из 12 регионов), гемофилия (в регистр ингибиторной формы включен 241 больной из 60 регионов), множественная миелома (включено 1 935 больных из 41 центров и 37 регионов), хронический миелолейкоз (популяционное исследование), с субрегистром беременных хроническим миелолейкозом (включено 130 больных из 37 регионов), идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (включено 997 больных из 40 регионов), а также «Национальный регистр неродственных доноров костного мозга». Ведется межрегиональный регистр трансплантации костного мозга.

Продолжены 5 многоцентровых исследований, зарегистрированные на сайте <https://clinicaltrials.gov>, в том числе, исследования по инвазивным микозам (RIFI) и протоколу острых лимфобластных лейкозов ALL-2009 – включено 340 больных).

В рамках выполнения фундаментальных исследований по гематологии изучаются механизмы управляемой реконституции гемопоэтической и иммунокомпетентной тканей при трансплантации аллогенного и аутологичного костного мозга у больных гемобластозами и молекулярные основы лейкемогенеза при заболеваниях системы крови. Результаты исследований внедрены в клиническую практику и клинические рекомендации по диагностике и лечению гематологических заболеваний.

В апреле 2016 г. проведен III Конгресс гематологов России. Число участников III Конгресса составило 1 592 человека, в том числе 65 % – врачи-гематологи, 10 % – врачи-онкологи и 25 % – врачи смежных специальностей, а также патоморфологи, генетики, биологи, биофизики, иммунологи, математики и другие. В рамках Конгресса были проведены совместные заседания с Европейской ассоциацией гематологов (ЕНА), посвященные фундаментальным и прикладным направлениям взрослой и детской гематологии: дифференцированная терапия острых и хронических лейкозов, лимфом, множественной миеломы, миелопролиферативных заболеваний, иммунной тромбоцитопении, депрессий кроветворения с ПНГ-клоном, орфанных метаболических заболеваний и других нозологических форм. Секционные

заседания были посвящены патологии костного мозга в рамках дифференциальной диагностики опухолевых заболеваний системы крови; трансплантации аллогенных и аутологичных гемопоэтических стволовых клеток; поиску новых молекулярных мишеней с целью создания лекарственных средств направленного действия, интенсивной терапии критических состояний в гематологии, создания и использования модифицированных Т-лимфоцитов, направленных на клетки, экспрессирующие определенные опухолевые маркеры. Отдельно рассмотрены вопросы современного лечения инфекционных осложнений в онкогематологии: бактериальных, грибковых и вирусных, в том числе нозокомиальной этиологии; нарушениям коагуляционного гемостаза с анализом современного текущего состояния и перспективных направлений исследовательской и клинической работы.

В июле 2016 г. проведена Образовательная программа Hematology Tutorial - совместный проект Национального гематологического общества, Российского профессионального общества онкогематологов и Европейской гематологической ассоциации. В рамках мероприятия проведены практические семинары по гематологии по темам: «Лечение осложнений у пациентов с гемобластомами в эпоху новых препаратов». В Образовательной программе приняли участие 130 гематологов из всех регионов России.

На постоянной основе 2 раза в год проводятся заседания профильной комиссии по гематологии с обсуждением актуальных вопросов диагностики и лечения лейкозов и лимфом, оценки качества оказания медицинской помощи, рекомендаций по диагностике и лечению гематологических заболеваний, отчетов о работе главных специалистов субъектов Российской Федерации.

На регулярной основе проводятся заседания экспертных советов и совещания рабочих групп в рамках ключевых гематологических нозологий и гематологические научно-клинические конференции. Так, в 2016 г. проведены: совещание рабочей группы по изучению множественной миеломы (январь 2016 г.); совещание рабочей группы по иммунной тромбоцитопении и рабочее совещание по проекту «Регистр пациентов с иммунной тромбоцитопенией» (март 2016 г.); совещание рабочей группы по острым лимфобластным лейкозам (июль, сентябрь 2016 г.); совещание рабочей группы по Rh-негативным хроническим миелопролиферативным заболеваниям (ноябрь 2016 г.); 2 гематологические научно-клинические конференции «Лейкозы и лимфомы. Терапия и фундаментальные исследования» (февраль и ноябрь 2016 г.) с обсуждением актуальных вопросов качества оказания медицинской помощи при гематологических заболеваниях.

В 2016 г. проведена организационно-методическая работа по реформированию трансфузиологической службы:

- разработаны и утверждены Методические рекомендации по расчету объемов заготовки донорской крови и ее компонентов в пересчете на цельную кровь, а так же стоимости заготовки 1 литр цельной крови;

- подготовлен проект постановления Правительства Российской Федерации о Правилах заготовки, хранения, транспортировки и клинического применения донорской крови и ее компонентов;

- принято участие в заседаниях, организованных ФМБА и посвященных обсуждению проекта «Правил организации неродственного донорства гемопоэтических стволовых клеток и костного мозга», а также установлению мер социальной поддержки донорам гемопоэтических стволовых клеток;

- принято участие в работе VIII Всероссийского Форума службы крови.

Начата работа по созданию и развитию национальной телемедицинской системы по профилю специальностей «гематология» и «трансфузиология» в рамках научно-практического федерального Телемедицинского Консультативного Центра на базе ФГБУ «Гематологический научный центр». В рамках этой работы в 2016 г. проведено 8 телемедицинских консультаций (множественная миелома, ОЛЛ, острая перемежающаяся порфирия, АА, ИТП. Регионы – Ярославль, Южно-Сахалинск, Луганск, Республика Татарстан, Орел) и 3 телемедицинских совещания, посвященные регистровой деятельности (Регистр ММ, сентябрь 2016 г.).

В целях улучшения состояния гематологической службы в Российской Федерации в 2016 г. проведены совещания главных внештатных специалистов гематологов-трансфузиологов по федеральным округам для обсуждения состояния гематологической службы, основных проблем, путей их решения, проведения образовательных программ и создания Межрегионального экспертного совета Национального Гематологического Общества по трансфузиологии. Оказана методическая помощь главным внештатным специалистам субъектов Российской Федерации и федеральных округов, с проведением выездных научно-клинических конференций, заседаний, семинаров, консультаций для врачей гематологической службы в городах Вологда, Екатеринбург, Иркутск, Йошкар-Ола, Красноярск, Киров, Москва, Нижний Новгород, Новосибирск, Пермь, Рязань, Симферополь, Самара, Тула, Тюмень, Ульяновск, Уфа, Челябинск, Якутск, Ярославль. Проведены 3 вебинара с участием ведущих экспертов по гематологии.

### **Аллергические и иммуноопосредованные заболевания**

Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным аллергическими и иммуноопосредованными заболеваниями осуществляется в рамках общего принципа выстроенной трехуровневой системы здравоохранения: от первичной медико-санитарной помощи до специализированной медицинской помощи.

Для этого скорректированы и доработаны с внесением критериев оценки качества оказания медицинской помощи ранее утвержденные Федеральные клинические рекомендации. 15 клинических рекомендаций по профилю аллергология и иммунология утверждены Президиумом общественной организацией «Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов», актуализированы и размещены на официальном сайте Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, на сайте



главных внештатных специалистов Минздрава России по профилю. Продолжается работа по разработке клинических рекомендаций по заболеваниям, таким как тяжелая комбинированная иммунная недостаточность, комбинированная иммунная недостаточность, хроническая гранулематозная болезнь, инсектная аллергия, пищевая аллергия.

Переход на использование всеми врачами медицинских организаций разного уровня современных клинических рекомендаций позволяет в кратчайшие сроки и с минимумом затрат повысить качество медицинской помощи, оптимизировать использование ресурсов медицинской организации, а также помочь врачу при выборе оптимальной стратегии лечения пациента, что приводит к сокращению длительности лечения и снижению риска осложнений.

В соответствии с пунктом 16 Правил разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. № 23 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 4, ст. 293; 2014, № 39, ст. 5266), Национальной медицинской палатой, имеющей полномочия Совета по профессиональным квалификациям в сфере здравоохранения и Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, была инициирована работа по созданию профессиональных стандартов. Совместно с общественной организацией «Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов» в 2016 году подготовлен проект профессионального стандарта «Специалист в области аллергологии и клинической иммунологии».

Совместно с Межрегиональной общественной организацией «Российское Респираторное Общество», с общественной организацией «Союз педиатров России», совместно с общественной организацией «Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов», составлен «Общероссийский регистр пациентов с тяжелой бронхиальной астмой среди взрослого и детского населения Российской Федерации». «Общероссийский регистр пациентов с тяжелой бронхиальной астмой» играет немаловажную роль в повышении качества жизни пациентов и доступности оказания медицинской помощи при тяжелой бронхиальной астме, поскольку сочетает в себе возможность учитывать и автоматизировать регистрацию новых пациентов, наблюдение за ними; вести контроль за лечебно-профилактической помощью пациенту, его состоянием (в динамике и по всем требуемым показателям, учитывая качество жизни пациентов и социальный статус), обеспечением лекарственными средствами (включая наименование назначенного препарата, дозировка, длительность приема), провести оценку в целом эпидемиологической ситуацией в отношении тяжелой бронхиальной астмы на территории Российской Федерации среди взрослого и детского населения, а также фармакоэкономическую оценку используемой терапии, с возможным определением стоимости заболевания и прогнозирования государственных затрат на лечение тяжелой бронхиальной астмы.

Под руководством Некоммерческого партнерства «Национальное общество экспертов в области первичных иммунодефицитов», совместно с

общественной организацией «Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов», с 2016 года ведется работа по созданию Общероссийского регистра больных первичными иммунодефицитными состояниями. Первичные иммунодефициты относятся к редким (орфанным) заболеваниям, поэтому осведомленность врачей первичного звена в отношении данной патологии низкая, для улучшения системы учета, диагностики и лечения таких пациентов и разрабатывается Регистр.

В рамках непрерывного медицинского и фармацевтического образования разработаны 14 обучающих модулей по основным нозологическим формам по профилю аллергология и иммунология.

При поддержке Минздрава России, совместно с общественной организацией «Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов» проведена телеконференция для главных внештатных региональных специалистов аллергологов-иммунологов, а также для врачей общей практики, целью которой являлось улучшение диагностики и качества оказания медицинской помощи больным с редким жизнеугрожающим заболеванием с дефектом в системе комплемента – Наследственным ангионевротическим отеком.

На постоянной основе, для дистанционного взаимодействия медработников, применяется телемедицина, которая позволяет быстрее принимать решения по вопросам профилактики, диагностики, лечения пациентов как в близкорасположенных медицинских организациях, так и в отдаленных регионах; для проведения консилиумов и принятия иных медицинских решений. Все общение ведется посредством сети Интернета, с соблюдением законодательства об охране персональных данных.

#### *Геронтологическая помощь*

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года.

Стратегия направлена на решение вопросов сохранения и улучшения здоровья, повышения продолжительности жизни, улучшения жизнеобеспечения данной категории граждан, защиты их прав и интересов, повышения благосостояния и социального благополучия, создания условий для активного участия в жизни общества.

Принимая во внимание увеличение численности и доли граждан старше трудоспособного возраста в населении России, а также учитывая особенности структуры их заболеваемости, Минздравом России проводятся мероприятия по совершенствованию организации оказания медицинской помощи гражданам старших возрастных групп.

В этой связи Минздравом России издан приказ от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (далее – Приказ № 38н), которым регламентирована организация гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской

помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения.

В соответствии с Приказом № 38н медицинская помощь по профилю «гериатрия» представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

С 2016 г. Минздравом России в 6 субъектах Российской Федерации проводится пилотный проект «Территория заботы», в рамках которого проведен анализ оказания медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста в системе обязательного медицинского страхования, в том числе механизма финансового обеспечения, и подготовлены предложения по его совершенствованию. Пилотный проект основан на междисциплинарном и межведомственном взаимодействии. В его реализации принимают участие органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сферах охраны здоровья и социального обслуживания, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, профильные специалисты системы здравоохранения регионов (гериатры, психиатры, реабилитологи, участковые терапевты и др.).

#### **Мероприятие 2.10. Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения (Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи<sup>10</sup>)**

Высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП), не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, в 2016 году оказывалась в 138 федеральных государственных учреждениях.

Согласно данным ФОМС в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказывающих ВМП по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, включено 933 медицинские организации.

#### **Мероприятие 2.11. Развитие службы крови**

В 2016 году продолжалась реализация мероприятий по развитию службы крови.

Реализация комплекса мероприятий по пропаганде безвозмездного массового донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации осуществлялась по нескольким направлениям:

---

<sup>10</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

- коммуникационная кампания поддержки сайта Службы крови [www.yadonor.ru](http://www.yadonor.ru);

- коммуникационная кампания поддержки «горячей телефонной линии» (8 800 333 33 30);

- поддержка программного комплекса «Личный кабинет донора» на сайте Ядонор.ру (технически является интерфейсом доступа к базе данных донорства крови и ее компонентов, обеспечивающим доступ донора к сведениям о его донациях и результатам медицинских обследований);

- разработано и находится на стадии внедрения мобильное приложение «Служба крови» (объединит в себе действующие сервисы: личный кабинет донора, СМС-информирование, календарь кроводач и др.);

- привлечение потенциальных доноров крови и (или) ее компонентов через проведение публичных мероприятий по пропаганде донорства крови и ее компонентов при поддержке средств массовой информации;

- разработан комплекс мероприятий по новому для отечественной службы крови направлению: «Программа лояльности» (объединение представителей социально ответственного бизнеса всех субъектов Российской Федерации с целью мотивирования первичных доноров к повышению регулярности своих донаций и создания условий регулярным донорам для получения определенного набора привилегий от бизнес-партнеров).

2 декабря 2016 года в г. Санкт-Петербурге проведен девятый Всероссийский Форум службы крови, в рамках которого награждены победители конкурса профессионального мастерства среди региональных станций переливания крови.

В 2016 году возвращены остатки субсидий и иных межбюджетных трансфертов субъектам Российской Федерации, не полностью освоившим выделенные им в предыдущем периоде бюджетные ассигнования на реализацию мероприятий по развитию службы крови.

Субсидии из федерального бюджета предоставлены бюджетам Московской, Пензенской, Тверской областей на условиях софинансирования расходных обязательств, связанных с реализацией мероприятий по развитию службы крови, на закупку оборудования по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов.

Бюджету Свердловской области предоставлены иные межбюджетные трансферты на закупку компьютерного и сетевого оборудования с лицензионным программным обеспечением для развития единой информационной базы данных в целях реализации мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, а также программно-технических средств защиты указанной базы данных.

Продолжена реализация мероприятий по пропаганде и привлечению безвозмездных доноров крови и ее компонентов.

Федеральному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Центр крови Федерального медико-биологического агентства» была предоставлена субсидия:

- на техническое сопровождение единой информационной базы данных в целях реализации мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов,
- оплату расходов на обеспечение необходимого трафика по каналам связи информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»,
- на выполнение работ (услуг) в целях пропаганды безвозмездного донорства крови и ее компонентов.

### **Подпрограмма 3. «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины»**

#### **Мероприятие 3.1. Развитие ядерной медицины**

В целях оценки доступности медицинской помощи, связанной с использованием технологий ядерной медицины, в рамках реализации пункта 2 плана мероприятий («дорожной карты») «Развитие центров ядерной медицины», утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 23.10.2015 № 2144-р (далее – «дорожная карта»), проанализирована информация от субъектов Российской Федерации о населенных пунктах и фактически сложившейся сети медицинских организаций и их структурных подразделений всех форм собственности и ведомственной принадлежности с учетом имеющегося научно-технического потенциала существующих радиологических отделений, отделений лучевой терапии и радионуклидной диагностики.

В соответствии с пунктом 2 плана мероприятий «дорожной карты» в целях удовлетворения потребностей здравоохранения Российской Федерации в радиофармацевтических лекарственных препаратах и разработки новых радиофармацевтических лекарственных препаратов, а также увеличению и модернизации парка отечественного оборудования для технологий ядерной медицины и внедрению в клиническую практику новых технологий лучевой терапии, в том числе позитронно-эмиссионной томографии, фотонной и протонной терапии, заметно повышающих эффективность лечения социально-значимых заболеваний Минздравом России проведен мониторинг существующих центров ядерной медицины, а также строящихся и планируемых к строительству объектов ядерной медицины в Российской Федерации.

Концепция развития ядерной медицины в Российской Федерации на период до 2020 года (далее – Концепция) подготовлена в соответствии с пунктом 5 плана мероприятий «дорожной карты». Концепция отражает основные направления государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294, и государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности на 2013-2020 годы», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 305.

Концепция призвана обеспечить комплексность и целенаправленность

усилий государства, частного бизнеса и институтов гражданского общества по обеспечению динамичного и целенаправленного развития Российской Федерации в области развития ядерной медицины в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу.

### **Мероприятие 3.2. Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины**

Развитие биомедицины на современном этапе отражает и определяет социально-экономическое развитие любой страны, возможности обеспечения национальной независимости и национальной безопасности.

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), Минздравом России в 2016 году проведена актуализация научных платформ медицинской науки (приказ Минздрава России от 30.04.2013 г. № 281 в редакции от 06.06.2016 № 340). В рамках каждой научной медицинской платформы определены мероприятия, направленные на реализацию научной платформы, с градацией по видам исследований. Указанные мероприятия отражены в государственных заданиях подведомственным Минздраву России учреждениям, выполняющим научные исследования и разработки.

23 июня 2016 года принят Федеральный закон № 180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах». Учитывая актуальность установления специальных мер в отношении регулирования рынка биомедицинских клеточных продуктов, впервые на законодательном уровне предлагается закрепление понятий, определяющих биомедицинский клеточный продукт, клеточную линию, дифференцировку клеток, донора биологического материала, безопасность биомедицинского клеточного продукта, эффективность биомедицинского клеточного продукта, ряд других понятий, принципиально важных для осуществления цивилизованного обращения биомедицинских клеточных продуктов, обеспечения их безопасности и доказанной эффективности.

Реализация норм указанного Федерального закона позволит урегулировать вопросы разработки, производства и медицинского применения биомедицинских клеточных продуктов для восстановления структур и функций тканей и органов человека путем замещения клеток этих тканей и органов клетками, вводимыми извне, или путем активации собственных восстановительных процессов организма человека, для создания тканей и органов биоинженерными методами (тканевая инженерия) с последующим их применением в медицинской деятельности, а также для адресной доставки лекарственных средств в организме человека.

С принятием закона, граждане Российской Федерации получат возможность лечения с применением эффективных и безопасных биомедицинских клеточных продуктов, что повысит эффективность терапии многих социально значимых заболеваний, снизит инвалидизацию и улучшит качество жизни пациентов.

В ходе реализации учреждениями государственных заданий на осуществление научных исследований и разработок отмечена положительная динамика достижения запланированных индикативных показателей:

число научных сотрудников, оцененных по качеству публикаций, имеющих индекс Хирша более 10, увеличилось в 2 раза по сравнению с 2015 годом (с 530 до 1 061 человека);

число статей, опубликованных в рейтинговых журналах (с импакт-фактором не ниже 0,3) в рамках выполнения государственных заданий на осуществление научных исследований и разработок, в 2016 году сохранилось на уровне 2015 года и составило 4 805 статей (2015 год – 4 837 статей), при этом суммарный импакт-фактор увеличился и составил 6 630 ед., по сравнению с 6 435 ед. в 2015 году, что свидетельствует о растущей востребованности результатов выполняемых исследований в научном медицинском сообществе;

доля исследователей в возрасте до 39 лет включительно в общей численности исследователей (работающих в ФГУ, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, ФАНО России, финансирование которых осуществляется по государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», без совместителей и лиц, выполнявших по договорам гражданско-правового) составила 35,6 %, что превышает плановое значение показателя (33,8 %).

В 2016 году решением президиума Совета при Президенте Российской Федерации по модернизации экономики и инновационному развитию России утвержден План мероприятий («дорожная карта») Национальной технологической инициативы по направлению рынка «Хелснет» (далее – ДК НТИ «Хелснет»), разработанный рабочей группой «Хелснет» НТИ, координатором деятельности которой является Минздрав России, в соответствии с Правилами разработки и реализации планов мероприятий («дорожных карт») НТИ (утверждены постановлением Правительства от 18 апреля 2016 года № 317 «О реализации Национальной технологической инициативы»).

ДК НТИ «Хелснет» разработана в целях координации действий органов исполнительной власти, институтов развития, государственных и частных компаний, общественных организаций по реализации инициатив, направленных на увеличение продолжительности и качества жизни граждан, а также обеспечение лидерства и успешной конкуренции российских компаний на глобальном рынке здравоохранения.

Основные направления реализации ДК НТИ «Хелснет» – информационные технологии в медицине, медицинская генетика, биомедицина, спорт и здоровье, превентивная медицина, здоровое долголетие.

Реализация «дорожной карты» «Хелснет» предусматривает:

создание, развитие и продвижение передовых технологий, продуктов и услуг российских компаний на формируемых глобальных рынках;

поэтапное совершенствование нормативной правовой базы с целью устранения барьеров для использования передовых технологических решений и создания системы стимулов для их внедрения;

совершенствование системы образования для обеспечения перспективных кадровых потребностей развивающихся компаний, научных и творческих коллективов, участвующих в создании новых глобальных рынков.

В 2016 году Минздравом России продолжена работа по формированию механизма направленного инновационного развития медицины, подразумевающего концентрацию ресурсов вокруг наиболее перспективных направлений, которые при эффективном административно-организационном сопровождении позволят в короткие сроки вывести на новый качественный уровень оказание медицинской помощи по наиболее актуальным направлениям.

### **Мероприятие 3.3. Развитие инновационной инфраструктуры**

Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», а также Стратегией определено, что инновационное развитие здравоохранения невозможно без институциональных преобразований, повышения эффективности научных и образовательных организаций.

Структурной основой системы направленного инновационного развития медицины, обеспечивающей разработку и внедрение в практическое здравоохранение передовых средств и методов оказания медицинской помощи, призваны стать созданные в ведении Минздрава России национальные научно-практические медицинские центры, ориентированные на решение актуальных задач здравоохранения с возложением на них, в том числе: организационно-методического руководства организациями соответствующего профиля; проведения научных исследований и осуществления разработок в сфере медицины и биологии, включая создание новых лекарственных препаратов и медицинских изделий, разработку новых методов оказания медицинской помощи; оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи; участия в разработке клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с ее профилями.

В рамках исполнения поручения Президента Российской Федерации от 5 ноября 2014 г. № Пр-2606 и распоряжения Правительства Российской Федерации от 13 марта 2015 г. № 421-р на базе федерального государственного автономного учреждения «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России, федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Минздрава России, федерального государственного бюджетного учреждения «Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина» Минздрава России, федерального государственного автономного учреждения «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, а также во исполнение исполнения указания Президента Российской Федерации от 3 июня 2016 г. № Пр-1085 на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачёва» Минздрава России созданы национальные научно-практические



медицинские центры. В уставы указанных организаций внесены соответствующие изменения, утвержденные приказами Минздрава России от 17 ноября 2016 г. № 867, 865, 868, от 17 ноября 2016 г. № 766, от 30 ноября 2016 г. № 915.

Продолжена работа по осуществлению институциональных преобразований в медицинской науке, в том числе созданию в структуре научно-образовательных кластеров на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России и федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России Центров доклинических трансляционных исследований, в которых, в соответствии с правилами надлежащих практик, будут созданы условия для выполнения современных исследований и разработок в области биомедицины. В их состав войдут лаборатории биоинженерии, клеточных и тканевых технологий, прототипирования, биоинформатики, криобанки.

В 2016 году было завершено строительство и оснащение Центра на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России.

Центр введен в эксплуатацию приказом Минздрава России от 8 декабря 2016 г. № 939 «О вводе в эксплуатацию объекта капитального строительства «Центр доклинических трансляционных исследований федерального государственного бюджетного учреждения «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации».

Основной целью деятельности Центра является проведение фундаментальных экспериментальных исследований, направленных на выяснение механизмов возникновения и развития социально значимых заболеваний, а также на разработку и внедрение в клиническую практику новых медицинских технологий, позволяющих улучшить качество профилактики, диагностики и лечения заболеваний различных систем организма человека.

Уникальность Центра как объекта исследовательской и инновационной инфраструктуры определяется наличием питомника для основных видов лабораторных животных (лабораторные грызуны SPF-категории (свободной от патогенов), рыбы и бесхвостые амфибии, свиньи, обезьяны) и оснащенных лабораторных помещений, позволяющих проводить все виды исследований безопасности и эффективности лекарственных препаратов и фармакологических субстанций, а также биомедицинских клеточных продуктов.

### Мероприятие 3.4. Медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации<sup>11</sup>

Федеральным законом от 8 марта 2015 г. № 55-ФЗ внесены изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», касающиеся нового вида медицинской помощи – медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (далее – клиническая апробация).

В целях исполнения функций по организации оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации Минздравом России созданы Этический комитет и Экспертный совет по вопросам организации клинической апробации.

Приказом Минздрава России от 10.07.2015 № 435н (зарегистрирован в Минюсте России 27.07.2015 № 38196) «Об Этическом комитете Министерства здравоохранения Российской Федерации» утверждено «Положение об Этическом комитете Министерства здравоохранения Российской Федерации» и «Порядок вынесения Этическим комитетом Министерства здравоохранения Российской Федерации заключения об этической обоснованности либо об этической необоснованности возможности применения методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации».

Приказом Минздрава России от 10.07.2015 № 434н «Об Экспертном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам организации клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации» (зарегистрирован в Минюсте России 27.07.2015 № 38197) утверждены «Положение об Экспертном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам организации клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации» и «Порядок вынесения Экспертным советом Министерства здравоохранения Российской Федерации заключений по вопросам организации оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации».

По результатам работы Минздрава России за 2016 год по данному направлению Экспертным советом Минздрава России по вопросам организации клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации одобрено 135 протоколов клинической апробации по разным профилям медицинской помощи.

На участие в клинической апробации подали заявления 44 федеральные медицинские организации.

---

<sup>11</sup> Мероприятие осуществлялось в соответствии с Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год», включено в приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации»

#### **Подпрограмма 4 «Охрана здоровья матери и ребенка»**

**Мероприятие 4.1. Совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров («Совершенствование службы родовспоможения»<sup>12</sup>)**

Развитие службы охраны материнства и детства – одно из приоритетных направлений деятельности Министерства.

В 2016 году продолжилась реализация программы «Родовый сертификат».

В бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на реализацию этой программы было предусмотрено 18 754,0 млн рублей за счет межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

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 рамках подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» направлено из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в соответствии с его заявками межбюджетных трансфертов в размере 17 829,9 млн рублей.

В 2016 году оказаны услуги в период беременности 1 664,0 тыс. женщин; в период родов и в послеродовой период – 1 756,1 тыс. женщинам; по профилактическим медицинским осмотрам ребенка в течение первого года жизни – 2 257,0 тыс. услуг.

Результатом реализации программы «Родовый сертификат» явилось улучшение качества диспансерного наблюдения беременных женщин, снижение осложнений беременности и родов.

В 2016 году в 25 перинатальных центрах, построенных и оснащенных в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» при софинансировании из федерального бюджета, принято более 103,2 тыс. родов, в том числе 12,8 % преждевременных; родилось более 106,5 тыс. детей. Консультативная медицинская помощь оказана более 586,0 тыс. женщинам.

Продолжены мероприятия в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части проектирования, строительства и ввода в эксплуатацию 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации.

В 11 субъектах Российской Федерации были введены в эксплуатацию перинатальные центры и получены лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Приоритетный проект по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение»: «Совершенствование

---

<sup>12</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

организации медицинской помощи новорождённым и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации» («Технологии и комфорт – матерям и детям»), утвержден по итогам заседания президиума Совета 25 октября 2016 год (протокол заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 25 октября 2016 года № 9).

С целью повышения качества и доступности оказания медицинской помощи детям и матерям, снижения показателей материнской, младенческой и перинатальной смертности, профилактики и снижения абортот, а также популяризации достижений мировой и отечественной науки, специалистами – экспертами ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России совместно со специалистами ведущих ВУЗов страны и профессиональных сообществ в 2016 году организовано и проведено 6 Конгрессов, 2 Форума и 1 Научно-практическая конференция.

С 19 по 22 января 2016 года в г. Москве в ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России при поддержке Минздрава России состоялся X Юбилейный Международный Конгресс по репродуктивной медицине.

В рамках указанного мероприятия обсуждались наиболее актуальные вопросы современной репродуктивной медицины: профилактика материнской и перинатальной смертности; репродуктивные потери; ведение беременных с экстрагенитальной патологией и высоким риском акушерских осложнений; проблемные вопросы вспомогательных репродуктивных технологий; сохранение репродуктивного здоровья при различных заболеваниях; медицинские и социальные аспекты здоровья в переходном и пожилом возрасте.

В работе конгресса приняли участие 925 специалистов из 22 стран (Россия, Канада, Великобритания, Швеция, Украина, Казахстан, Бельгия, Италия, Испания, США, Германии, Австрия, Франция, Хорватия, Беларусь, Индия, Израиль, Киргизия, Молдова, Португалия, Узбекистан, Армения, Беларусь).

Более 190 спикеров и членов оргкомитета выступали с лекциями по ключевым проблемам специальности: «современное акушерство, бесплодие, эндометриоз, онкогинекология, репродуктивная хирургия, инфекции, передающиеся половым путем, подростковая гинекология, проблемы мужского здоровья». Прозвучало 200 докладов.

Кроме того, состоялись прямые трансляции роботехирургии из хирургических центров США.

В научно-образовательном формате была организована «Школа», в рамках которой на повестку дня выносились актуальные вопросы диагностики рака эндометрия, рассматривались инновационные технологии профилактики рака шейки матки, акушерские пессарии в профилактике преждевременных родов, хирургическая патология гинекологии детей и подростков.

Проведено 14 пленарных заседаний, на которых заслушаны доклады и

лекции по радикальному и органосохраняющему хирургическому лечению больных с доброкачественными и злокачественными гинекологическими заболеваниями, онкологическим заболеваниям репродуктивной системы, инновационным технологиям в репродуктологии, основным проблемам и их решениям в акушерстве и перинатологии, профилактике и лечению эндокринных нарушений и гиперпластических процессов репродуктивной системы, мужскому репродуктивному здоровью, anti-age и эстетической гинекологии, новым технологиям в улучшении результатов гинекологической хирургии.

4-7 апреля 2016 года в Москве состоялся Всероссийский Конгресс с международным участием и специализированной выставочной экспозицией «Амбулаторно-поликлиническая практика: диагностика, лечение, профилактика».

Данный Конгресс был организован с целью совершенствования качества амбулаторно-поликлинической помощи в области акушерства и гинекологии, внедрения новых медицинских технологий, актуализации знаний и навыков практикующих акушер-гинекологов и врачей сопутствующих специальностей, а также популяризации достижений мировой и отечественной науки.

В работе Конгресса приняло участие 1384 специалиста из 13 стран (Россия, Швейцария, Украина, Казахстан, Австрия, Армения, Франция, Беларусь, Киргизия, Молдова, Румыния, Узбекистан, Латвия). Отечественные делегаты представили 201 город из 71 субъекта Российской Федерации, 162 спикера и члена Оргкомитета выступили с лекциями и дискуссировали по ключевым направлениям специальности: современное акушерство, гинекология, амбулаторно-поликлиническая служба, репродуктология, андрология, урогинекология, сексология.

В рамках четырехдневной программы Конгресса прозвучало около двухсот докладов.

Основными направлениями Конгресса стали: новые направления и достижения амбулаторно-поликлинической службы, ее роль в охране здоровья населения; протоколы, рекомендации по оказанию акушерско-гинекологической помощи, вопросы повышения доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям; искусственный аборт; папилломавирусная инфекция с позиций гинеколога, иммунолога, вирусолога, онколога; заболевания шейки матки у женщин различного возраста (диагностика, лечение, профилактика); актуальные проблемы гинекологии; актуальные проблемы акушерства; беременность и роды у женщин групп высокого риска; современные тенденции, стандарты и протоколы невынашивания беременности; вспомогательные репродуктивные технологии в лечении бесплодия; профилактика, диагностика, достижения и перспективы заболевания лечения молочных желез. Сегодня большое значение в здравоохранении отводится проблеме профилактики абортотворения и их осложнений, поэтому на Конгрессе повышенное внимание было уделено современной контрацепции, рациональное использование которой должно способствовать как снижению числа абортов, так и реализации мер по профилактике отказов от

новорожденных.

26-29 апреля 2016 года в Москве состоялась II Научно-практическая конференция с международным участием «Национальный и международный опыт охраны репродуктивного здоровья детей и подростков».

На конференции рассмотрены вопросы современных аспектов профилактики и коррекции нарушений полового развития, современным возможностям реконструктивно-пластических операций при пороках и травмах половых органов.

В рамках научно-практической конференции проведены пленарные сессии, посвященные организации специализированной гинекологической и уро-андрологической медицинской помощи, новым методам диагностики и лечения невоспалительных и воспалительных заболеваний половых органов у девочек и мальчиков, обсуждались вопросы профилактики ИППП, незапланированной беременности и аборт у подростков и молодежи.

Акцент научной программы был сделан на диагностику и терапию девочек и мальчиков с доброкачественными и злокачественными новообразованиями половых органов и молочных желез.

В программу конференции были включены мастер-классы по эндоскопическим диагностическим манипуляциям и разбор типичных ошибок ведения юных пациентов с заболеваниями репродуктивных органов.

В рамках конференции проведен конкурс молодых ученых.

В работе конференции приняли участие 267 специалистов из 12 стран (Россия, Азербайджан, Украина, Казахстан, Италия, Грузия, Германия, Беларусь, Киргизия, Молдова, Узбекистан, Армения). Отечественные делегаты представили 59 субъектов Российской Федерации.

С 7 по 10 июня 2016 года в Москве в ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России прошел XXIX Международный конгресс «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» с курсом эндоскопии.

В конгрессе приняли участие 837 участников из 23 стран, 188 городов, 73 субъектов Российской Федерации, в том числе ведущие специалисты в области гинекологии из ведущих ВУЗов и клиник, а также 25 экспертов из Австрии, Бельгии, Великобритании, Германии, Израиля, Италии, Канады, Португалии, США, Франции и Японии.

В рамках конгресса прошли 3 научно-образовательных сессии, в том числе одна – совместно с представителями Европейской лиги эндометриоза по новым тенденциям в лечении эндометриоза и сочетанным гиперпластическим процессам матки, и две другие – по совершенствованию хирургической техники в лечении миомы матки и новым данным в онкогинекологии.

Также проведено 4 семинара: о путях оптимизации результатов гинекологической хирургии; междисциплинарных подходах к хирургическому лечению гинекологических больных; патологии молочной железы в практике гинеколога; новых технологиях в решении акушерских проблем; два круглых стола по онкологии и репродуктивному здоровью, и фетальной медицине; дискуссионный клуб по репродуктивному здоровью онкологических больных;

и 6 школ: по осложнениям эндоскопической хирургии; по совершенствованию хирургической техники лечения эндометриоза/аденомиоза; острым проблемам гинекологии детей и подростков; по гистероскопии и внутриматочной хирургии, по современным возможностям роботхирургии совместно с Центрами miVIP, США, а также организована школа для молодых ученых «Как правильно писать статьи в научные журналы». Приглашенные зарубежные эксперты совместно с хирургами отделения оперативной гинекологии провели 5 мастер-классов по эндоскопической хирургии в формате интерактивной прямой трансляции операций. Проведено 13 операций, в том числе по поводу рака эндометрия и рака шейки матки, аденомиоза, наружного эндометриоза, опухолей яичника, миомы, внутриматочной патологии.

Был проведен тренинговый курс по лапароскопии с лекциями отработкой навыков на симуляторах. Курс посетили более 200 участников. Прошел конкурс молодых ученых, в котором приняли участие студенты московских медицинских ВУЗов, члены студенческого научного общества по оперативной гинекологии. Конгресс транслировался в сети Интернет

28-30 июня 2016 года в Сочи состоялся IX Региональный научный форум «Мать и Дитя - 2016» и Пленум Правления РОАГ (Российское Общество акушеров-гинекологов).

В работе Форума приняли участие 795 специалистов из 10 стран СНГ и Америки (Россия, США, Абхазия, Азербайджан, Беларусь, Киргизия, Грузия, Молдова, Узбекистан, Украина). Отечественные делегаты представили 49 субъектов Российской Федерации. Акушеры-гинекологи, неонатологи, урологи, репродуктологи и другие профильные специалисты съехались из 125 городов страны.

Форум был отмечен насыщенностью научной программы: пленарные заседания посвящены проблемам невынашивания и недонашивания беременности инфекционного генеза, особенностям диагностики и клиники акушерского сепсиса; более 200 докладов, прозвучавших на 37 секционных заседаниях, круглых столах и семинарах освещали проблемы демографии и репродуктивного здоровья женщин, материнской и младенческой заболеваемости и смертности, новые возможности диагностики и лечения в акушерстве, гинекологии, неонатологии с позиций молекулярной и клеточной биологии, аспекты стратегии и тактики неотложных состояний в акушерстве, острые проблемы инфекции в вопросах репродукции человека, комплексный подход в изучении невынашивания беременности и преждевременных родов, дискуссионные вопросы гинекологической эндокринологии, новые достижения вспомогательных репродуктивных технологий и проблемы бесплодия в браке, дискуссионные вопросы энтерального и парентерального питания новорожденных, инфекционно-воспалительные заболевания у новорожденных и их интенсивную терапию, папилломавирусной инфекции во время беременности, неврологии и реабилитации детей, достижений и перспектив развития ВРТ, гинекологических заболеваний в разные периоды жизни женщины. В рамках Форума прошли: мастер-класс «Послеродовое кровотечение: алгоритм действия акушера»; школа репродуктолога «ВРТ:

достижения и перспективы развития»; многочисленные клинические лекции экспертов с разбором сложных клинических ситуаций в акушерской, гинекологической и неонатологической практиках; анализ новых клинических протоколов. Важной составляющей научной программы стало обсуждение дополнений в Кодекс этики врача акушера-гинеколога.

26-30 сентября 2016 года в Москве состоялся XVII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и Дитя – 2016». Крупнейшее отечественное мероприятие в области акушерства, гинекологии, неонатологии, перинатологии, визуальной диагностики и смежных с ними дисциплин объединило международное профессиональное сообщество, чтобы актуализировать ключевые проблемы, тенденции, достижения и перспективы сферы материнства и детства.

В работе Форума зарегистрировано 4 411 специалистов из 28 стран мира (Абхазия, Армения, Беларусь, Бельгия, Великобритания, Германия, Греция, Дания, Израиль, Италия, Казахстан, Кипр, Киргизия, Китай, Литва, Молдова, Нидерланды, Россия, Румыния, США, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина, Франция, Хорватия, Швеция, Япония). Это позволило Форуму стать еще одним шагом на пути международного сотрудничества в сфере охраны здоровья женщин и детей. Отечественные делегаты представили 81 субъект Российской Федерации. Акушеры-гинекологи, неонатологи, онкогинекологи, диагносты, урологи, репродуктологи и другие профильные специалисты съехались из 331 города, тем самым обеспечив мероприятию статус самого представительного за последние годы своей истории. 440 спикеров и членов Оргкомитета выступили с лекциями и дискутировали по ключевым направлениям мероприятия: современное акушерство, гинекология, неонатология, репродуктология, урогинекология, инфектология, онкогинекология, визуальная диагностика, а также 753 молодых ученых приняли участие в плотной научной программе.

В рамках четырехдневной научной программы состоялся Всероссийский научно-образовательный конгресс «Ультразвуковая и лучевая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии», на котором обсуждались следующие вопросы: применение двухмерной и 3D/4D эхографии в акушерской практике, в том числе различные аспекты своевременного выявления пороков развития и заболеваний плода, начиная с I триместра беременности; современные принципы скрининговых исследований в акушерстве; использования контрастов в ультразвуковой диагностике репродуктивной системы; новые подходы к оценке функционального состояния плода; особенности применения современных МРТ и лучевых методов в акушерстве, гинекологии и неонатологии; диагностика заболеваний молочной железы; значение визуальных методов в органосохраняющих малоинвазивных вмешательствах.

В данном конгрессе приняло участие 336 специалистов из 182 городов, 59 субъектов Российской Федерации и 9 стран, среди которых Абхазия, Беларусь, Казахстан, Молдова, Узбекистан, Украина, Хорватия. Также состоялись: конференция «Невынашивание беременности: социальная



проблема, медицинские решения», предкурсы – «Диагностика и лечение заболеваний шейки матки», «Экстренное акушерство»; школы – «МРТ-диагностика заболеваний женской репродуктивной системы», «Допплер в акушерской практике: ключевые вопросы, международный и отечественный опыт»; совещание главных специалистов акушеров-гинекологов субъектов Российской Федерации; учредительная конференция представителей акушерского и сестринского дела субъектов Российской Федерации и организационное заседание Лиги акушеров России; интерактивная беседа клинициста и молекулярного биолога; презентация третьего издания руководства по амбулаторно-поликлинической помощи (РАППАГ); конкурс молодых ученых, организованный с целью выявления и поддержки талантливых молодых исследователей.

23-25 ноября 2016 года в Москве прошел Всероссийский образовательный конгресс «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии».

В конгрессе приняло участие 1 863 специалиста (из них: 1 327 врачей, 87 медсестер – анестезистов и 250 медицинских сестер неонатального профиля) из 182 городов, 75 субъектов Российской Федерации и 17 стран, среди которых Азербайджан, Армения, Беларусь, Венгрия, Израиль, Канада, Казахстан, Литва, Молдова, Нидерланды, США, Турция, Узбекистан, Украина, Швейцария и Япония.

Около трехсот докладов (295), прозвучавших в рамках трехдневной научной программы Конгресса, освещали проблемы по широкому спектру вопросов неонатологии, среди которых: сепсис новорожденных. Официальный отчет – IX Всероссийский образовательный конгресс «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии – 2016» (современные подходы к профилактике, диагностике и терапии), современные возможности визуальной диагностики в неонатологии, обновления в первичной реанимации в родильном зале, бронхолегочная дисплазия, диагностика и терапия нарушений гемодинамики у новорожденных, клинические аспекты лечебного питания в неонатологии, роль неонатологов в повышении эффективности трехуровневой системы перинатальной помощи в Российской Федерации, обновленный протокол первичной реанимации и респираторной терапии новорожденных в родильном зале, интенсивная терапия респираторного дистресс синдрома недоношенных детей, персонифицированный подход к нутритивной поддержке тяжелобольных новорожденных и глубоконедоношенных детей, геморрагические осложнения и тромбозы в практике врача-неонатолога, этические и юридические аспекты деятельности врачей-неонатологов. Обсужден проект профессионального стандарта врача-неонатолога. Блок анестезии, реанимации и интенсивной терапии был представлен презентациями на темы образовательных компонентов в специальности и профессионального стандарта анестезиолога – реаниматолога; влияния анестезии и интенсивной терапии на мать, плод и новорожденного, на темы безопасности пациента при проведении анестезии и интенсивной терапии в акушерстве, современных методик послеоперационного обезболивания в акушерстве и гинекологии; неотложной кардиологии в акушерстве; респираторной поддержки при

неотложных состояниях в акушерстве; инфузионно-трансфузионной терапии и нутритивной поддержки в акушерстве; озонотерапия и квантовая гемотерапия в акушерско-гинекологической практике; современные кровесберегающие технологии в акушерстве; молекулярно-генетические механизмы обезболивания и интенсивной терапии в акушерстве; преэклампсии, эклампсии, HELLP-синдром, СРАР терапия в лечении преэклампсии; трансфузионное обеспечение акушерских и гинекологических пациенток с заболеваниями крови; особенности анестезии и ее влияние на репродукцию; экстракорпоральное оплодотворение и другие вспомогательные репродуктивные технологии; и др.

В трех крупных региональных центрах страны реализован проект – Школы Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ) – это цикл образовательных проектов, направленных на повышение квалификации региональных врачей в рамках системы непрерывного медицинского образования.

В симуляционно-тренинговом центре ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России по специальностям «акушерство и гинекология», «неонатология», «анестезиология-реаниматология» и другим смежным специальностям обучено 1390 специалистов.

#### **Мероприятие 4.2. Создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка**

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» с 2006 года во всех субъектах Российской Федерации проводится неонатальный и аудиологический скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний.

Неонатальный скрининг в 2016 году проводился во всех субъектах Российской Федерации. В 2016 году обследовано более 1 884 тыс. новорожденных на 5 наследственных и врожденных заболеваний (охват обследованием новорожденных составляет более 95 %, что соответствует требованиям ВОЗ и свидетельствует об эффективности проводимых мероприятий). Выявлено 1 376 детей с наследственными и врожденными заболеваниями (фенилкетонурия – 292 детей, врожденный гипотиреоз – 529, адреногенитальный синдром – 190, галактоземия – 82, муковисцидоз – 283). Все дети взяты на диспансерный учет и получают необходимое лечение.

В 2016 году обследовано на нарушения слуха на I этапе скрининга 1 668 тыс. детей (97,5 % от числа родившихся), выявлен 30 261 ребенок с нарушениями слуха; на II этапе скрининга (углубленная диагностика) обследовано 27 855 детей, выявлено 4 678 детей с нарушениями слуха, нуждающиеся взяты на диспансерное наблюдение.

Под диспансерным наблюдением в центре (кабинете) реабилитации слуха состояло 4 312 детей первого года жизни.

Комплексная пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка направлена на раннее выявление наследственных и врожденных заболеваний (нарушений развития) еще до рождения ребенка.

По новому алгоритму пренатальной (дородовой) диагностики в 2016 году обследовано 1 291,1 тыс. беременных женщин. Показатель младенческой смертности от врожденных аномалий развития за 12 месяцев 2016 г. снизился по сравнению с 2015 г. на 5,1 %.

#### **Мероприятие 4.3. Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела**

Ведущими федеральными государственными учреждениями здравоохранения в области акушерства и гинекологии, неонатологии и педиатрии осуществляется взаимодействие с субъектами Российской Федерации, имеющими высокий показатель «Младенческая смертность», 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.

За январь-декабрь 2016 г. в Российской Федерации младенческая смертность снизилась до 6,0 на 1 000 родившихся живыми (на 7,7 %) по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. – 6,5 на 1 000 родившихся живыми.

Отмечается снижение показателя младенческой смертности во всех федеральных округах Российской Федерации.

Ведущей причиной смертности детей первого года жизни являются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, на втором месте – врожденные аномалии.

Регулярно Минздравом России проводятся с субъектами Российской Федерации видеоселекторные совещания по разработке комплекса мер, направленных на повышение эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни с учетом реальной ситуации в конкретном регионе.

#### **Мероприятие 4.4. Развитие специализированной медицинской помощи детям**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 403 Минздравом России осуществляется мониторинг Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента.

В Федеральный регистр внесены данные о 16 048 пациентах редкими (орфанными) заболеваниями, из них 8 272 ребенка.

На XV Российском конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» с международным участием, прошедшим в октябре 2016 г., большое внимание было уделено проблемам редких (орфанных) прогрессирующих заболеваний, рано приводящих к инвалидности детей и ухудшению качества их жизни.

Этим вопросам была посвящена VIII научно-практическая конференция «Генетические технологии в решении актуальных проблем ранней диагностики и лечения наследственных болезней у детей», на которой обсуждались проблемы ранней диагностики орфанных болезней у детей и внедрение новейших молекулярно-генетических методов терапии и их эффективность.

Кроме того, была проведена практическая школа «Инновационные генетические технологии для врачей: применение в клинической практике», на которой прошли обучение 40 врачей с выдачей сертификатов.

#### **Мероприятие 4.5. «Совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ-инфекции от матери к плоду» (Совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ-инфекции от матери к плоду<sup>13</sup>)**

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей» и Государственной стратегией противодействия ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 20.10.2016 № 2203-р, вопрос профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку определен как один из приоритетных и закреплен целевыми показателями реализации мероприятий, такими как: «Проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (во время беременности, во время родов и новорожденному)».

Профилактика осуществляется территориальными Центрами по профилактике и борьбе со СПИД, совместно с медицинскими организациями, оказывающими первичную и специализированную медико-санитарную помощь, во всех субъектах Российской Федерации.

Основными направлениями реализации мероприятий являются:

1. Информирование ВИЧ-инфицированных беременных женщин о средствах и методах химиопрофилактики ВИЧ-инфекции во время беременности, в родах и послеродовой период.
2. Индивидуальный подбор наиболее эффективных препаратов и схем химиопрофилактики для ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусную терапию.
3. Предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку при грудном вскармливании в послеродовой период.
4. Повышение ответственности ВИЧ-инфицированных беременных женщин за свое здоровье в период беременности и обеспечение раннего обращения в учреждения родовспоможения.
5. Повышение уровня знаний медицинских работников по алгоритму оказания помощи беременным с ВИЧ-инфекцией и их новорожденным детям.

---

<sup>13</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

В соответствии с приказом Минздрава России от 29 апреля 2016 г. № 275 «Об утверждении Плана научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2016 год» в период с 30 по 31 мая 2016 года в Санкт-Петербурге состоялась международная Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».

#### **Мероприятие 4.6. Профилактика аборт. Развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации**

Одним из резервов повышения рождаемости является снижение числа абортов в Российской Федерации.

Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на профилактику и 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. В Российской Федерации функционирует 385 центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

По информации органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, в 2016 г. в центрах медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и кабинетах медико-социальной помощи женских консультаций проконсультировано 324,4 тыс. женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности, из них 39,5 тыс. (12,2 %) отказались от аборта.

В 2016 году общее число абортов снизилось на 8 % к уровню 2015 года.

#### **Подпрограмма 5. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям» (Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей<sup>14</sup>)**

##### **Мероприятие 5.1. Развитие санаторно-курортного лечения, в том числе детям (Развитие санаторно-курортного лечения)**

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации, данным по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации от 17 августа 2015 г. № Пр-1893ГС, и в рамках полномочий, установленных действующим законодательством, Минздрав России в 2016 году провел инвентаризацию санаторно-курортных организаций с использованием программно-информационного комплекса «Государственный реестр курортного фонда Российской Федерации».

---

<sup>14</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

Проведенное в 2016 году заседание Государственного совета Российской Федерации по повышению инвестиционной привлекательности санаторно-курортного комплекса Российской Федерации подчеркнуло высокий уровень заинтересованности и участия, как со стороны государства, так и профессионального сообщества к перспективам развития отечественной курортологии.

В 2016 году продолжена работа по совершенствованию нормативно-правовой базы, регулирующей организацию медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 5 статьи 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» изданы приказы:

от 5 мая 2016 г. № 279н «Об утверждении порядка организации санаторно-курортного лечения»;

от 5 мая 2016 г. № 281н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

17–18 марта 2016 г. в Москве состоялся II Международный конгресс «Санаторно-курортное лечение» (далее – конгресс), на котором обсуждались современное состояние и перспективы развития санаторно-курортного потенциала Российской Федерации. В работе конгресса приняли участие около 1 000 ведущих специалистов Российской Федерации и зарубежных стран в области бальнеологии, медицинской реабилитации, кардиологии, педиатрии, урологии, дерматовенерологии, гинекологии, курортологии, физиотерапии, лечебной физкультуры и массажа, спортивной медицины, гидрогеологии, климата.

22-23 сентября 2016 г в Москве состоялся XIV Международный конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение».

9 декабря 2016 г. в Москве проведена IV Международная врачебная конференция «Актуальные вопросы преемственности оказания медицинской помощи на стационарном, поликлиническом и санаторном этапах», на которой были обсуждены предложения к проекту стратегии развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации, критерии оценки деятельности санаторно-курортных организаций, а также были представлены предложения по введению системы оценки (определения категорий) в зависимости от оказываемой медицинской помощи, что позволило организовать общероссийский пилотный проект с участием около 100 санаторно-курортных организаций различной ведомственной принадлежности и форм собственности из 16 регионов Российской Федерации.

Кроме этого, проведено 57 научных и научно-практических мероприятий по вопросам курортологии. В мае 2016 года в Казани был проведен Всероссийский форум «Здравница-2016».

В 2016 году охват санаторно-курортным лечением пациентов составил 21 % (2015 год – 17,1%).

## Мероприятие 5.2. Развитие медицинской реабилитации, в том числе детям (Развитие медицинской реабилитации<sup>15</sup>)

В 2016 году в целях повышения качества оказания медицинской помощи, предупреждения развития инвалидности, улучшения качества жизни пациентов по инициативе 13 субъектов Российской Федерации (Нижегородская область, г. Санкт-Петербург, Московская область, Тверская область, Пермский край, Свердловская область, Республика Татарстан, Республика Чувашия, Красноярский Край, Приморский край, Ленинградская область, г. Иваново, Самарская область) с 1 сентября 2015 г. по 1 сентября 2016 г. прошли мероприятия «пилотного проекта» «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации».

В рамках «пилотного проекта» разработана и апробирована электронная система мониторинга эффективности медицинской реабилитации, протоколы ведения пациентов с использованием специально выбранных реабилитационных программ, разработаны и апробированы методические рекомендации по использованию клинических тестов и шкал в процессе медицинской реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения, остром инфаркте миокарда, остром коронарном синдроме, а также эндопротезировании тазобедренного сустава.

На основе международного сотрудничества в области подготовки кадров по медицинской реабилитации (университеты, расположенные в городах Милан, Рим, Афины, Ларнака, Вильнюс, Мадрид, Москва, Санкт-Петербург, Казань, Иваново, Красноярск, Екатеринбург, Самара, Владивосток) усовершенствован проект программы повышения профессиональной квалификации кадров по медицинской реабилитации на основе международной модели подготовки специалистов в указанной области, как медицинских, так и не медицинских специальностей.

Разработаны 19 клинических рекомендаций по различным вопросам медицинской реабилитации.

Разработаны 6 дополнительных профессиональных программ повышения квалификации для специалистов мультидисциплинарных реабилитационных команд.

Всего в 2016 году по специальности «Медицинская реабилитация» прошли подготовку 2 908 врачей стационаров и 323 врача поликлиник.

В ряде субъектов Российской Федерации в 2016 году при незначительном увеличении обеспеченности стационарными реабилитационными койками, начался процесс открытия отделений реабилитации третьего этапа (внестационарная реабилитация).

По сравнению с 2015 годом количество реабилитационных коек в Российской Федерации увеличилось в 1,2 раза. При этом работа реабилитационных коек для взрослых увеличилась на 10 %.

---

<sup>15</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

Охват реабилитационной медицинской помощью от числа нуждающихся в 2016 году составил 14 % (2015 год – 12 %).

Всего в Российской Федерации в 2016 году получили реабилитационную помощь 2 248 923 пациентов различного профиля.

В системе здравоохранения субъектов Российской Федерации функционирует 152 детских реабилитационных центра (отделения) с общим коечным фондом 8 213 коек, в которых прошли медицинскую реабилитацию 139 285 детей, в том числе 33 418 детей-инвалидов.

Количество реабилитационных коек для взрослых увеличилось с 14 980 в 2015 году до 15 515 коек в 2016 году, для детей – с 3 706 в 2015 году до 4 190 в 2016 году.

Число поступивших в стационар взрослых увеличилось с 242 489 человек в 2015 году до 265 285 человек в 2016 году, детей – с 56 100 в 2015 году до 67 092 в 2016 году.

На федеральном уровне медицинская реабилитация детей, направленных практически из всех субъектов Российской Федерации осуществляется в 19 федеральных медицинских организациях, в том числе:

в 15 медицинских организациях, находящихся в ведении Минздрава России: федеральные государственные бюджетные учреждения: «Российская детская клиническая больница», «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера», «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии», «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова», «Центр медицинской реабилитации «Луч», «Республиканская клиническая инфекционная больница», «Российский реабилитационный центр «Детство», Лечебно-реабилитационный научный центр, «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева», «Северо-Западный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова», «Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха)», «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи», «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», «Детский санаторий «Васильевское» и «Научный центр здоровья детей»;

в 4 федеральных медицинских организациях, находящихся в ведении ФМБА России, федеральные государственные бюджетные учреждения: «Научно-клинический центр оториноларингологии», «Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования», «Северо-Кавказский федеральный научно-клинический центр» и «Медицинский центр «Решма».

Вышеназванные федеральные медицинские организации, в соответствии с профилем их деятельности выполняют, в том числе функции по организационно-методическому руководству деятельностью реабилитационных центров (отделений) в субъектах Российской Федерации.

В 2016 году продолжалась работа по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с нейросенсорной тугоухостью IV степени и глухотой методом кохлеарной имплантации. В 2016 году проведена операция кохлеарная имплантация 998 детям (в 2015 г. – 933 детям).



Слухоречевая реабилитация детей после кохлеарной имплантации осуществлялась как на базе профильных федеральных медицинских организаций, так и на базе профильных государственных медицинских организаций субъектов Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования.

В 2016 году продолжалась замена речевых процессоров за счет средств обязательного медицинского страхования в профильных федеральных государственных медицинских организациях (федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха горла, носа и речи» Минздрава России, федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр реабилитации (для детей с нарушением слуха)» Минздрава России, федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России и федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования» ФМБА России).

В 2016 году проведена замена речевого процессора системы кохлеарной имплантации 1 318 детям в профильных федеральных медицинских учреждениях (в 2015 г. – 839 детям).

В 2016 году проведен Национальный конгресс с международным участием «Санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация», а также Научно-практическая конференция «Нейрореабилитация», в рамках которой прошел конкурс врачей сосудистых отделений/центров по участию в программе снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний «Время жить».

На базе ФБГОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» создан электронный ресурс для проведения дистанционной части образовательных мероприятий по медицинской реабилитации, включающий текущий и этапный тестовый контроль полученных знаний.

Всего в 2016 году прошли подготовку 2 908 врачей стационаров, 323 врача поликлиник, 441 немедицинских работников, 593 медицинские сестры.

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

**Мероприятие 6.1 Оказание паллиативной медицинской помощи взрослым**

Количество паллиативных коек в 2016 году составило 9 239 (рост на 16,5 % по сравнению с 2015 годом), обеспеченность – 6,3 на 100 тыс. населения (в 2015 году – 5,4).

В 2016 году профессиональным медицинским сообществом разработаны клинические рекомендации «Хронический болевой синдром у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», клинические рекомендации «Болевой синдром у детей, нуждающихся в паллиативной

медицинской помощи», методические рекомендации «Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи».

Минздравом России в субъекты Российской Федерации было разослано информационно-методическое письмо от 30.05.2016 № 15-1/10/1-2853 «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (реанимации)».

В 2016 году продолжалась работа по совершенствованию нормативной правовой базы, в том числе в части определения нормативов для расчета потребности в наркотических средствах и психотропных веществах, перехода на электронную систему назначения и выписывания рецептов на наркотические лекарственные препараты, расширения номенклатуры обезболивающих препаратов в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Данная работа проводится Минздравом России, заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в рамках реализации плана мероприятий («дорожной карты») «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях», утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 1 июля 2016 г. № 1403-р (далее – «дорожная карта»).

В 2016 году в рамках исполнения мероприятий, предусмотренных «дорожной картой»:

1) совместно с главным внештатным специалистом Минздрава России по паллиативной медицинской помощи, производителями лекарственных средств, Минпромторгом России решаются вопросы расширения номенклатуры обезболивающих наркотических и психотропных лекарственных препаратов путем:

ввоза в Российскую Федерацию лекарственных препаратов, содержащих оксикодон, дигидрокодеин и бупренорфин (трансдермальные терапевтические системы);

организации собственного производства ряда опиоидных анальгетиков, в том числе в неинвазивных лекарственных формах, таких как морфина гидрохлорид (таблетки пролонгированного действия, таблетки короткого действия, капсулы пролонгированного действия в форме, защищенной от немедицинского применения, раствор для приема внутрь (для детей), фентанил (трансдермальные терапевтические системы), а также разработки неинвазивных лекарственных форм налбуфина;

организации промышленного выпуска отечественных фармацевтических субстанций обезболивающих препаратов морфина гидрохлорида, фентанила, бупренорфина, буторфанолола, а также производства новых готовых лекарственных средств в форме матричных трансдермальных терапевтических систем и безигольных инъекторов;

2) разработаны проекты методических рекомендаций для субъектов Российской Федерации по обезболиванию пациентов при оказании всех видов медицинской помощи и механизму расчета потребности в наркотических и

психотропных лекарственных препаратах на основании утвержденных нормативов;

3) проводится разъяснительная работа с субъектами Российской Федерации по организации дальнейшей работы по реализации «дорожной карты» и достижению установленных «дорожной картой» контрольных показателей.

В рамках исполнения мероприятий, предусмотренных «дорожной картой», в большинстве субъектов Российской Федерации утверждены региональные планы мероприятий по лекарственному обеспечению населения обезболивающими препаратами.

Исполнение заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации мероприятий «дорожной карты», рассчитанной на 3 года (2016 – 2018 гг.), позволит существенно изменить существующее положение, связанное с незнанием медицинскими работниками принципов обезболивания, боязнью назначения наркотических лекарственных препаратов, недостаточностью их номенклатуры, в частности в детской практике, что в конечном итоге позволит существенно повысить доступность обезболивающих лекарственных препаратов для нуждающихся пациентов.

Совместно с ФГУП «Московский эндокринный завод» произведен анализ выборки наркотических лекарственных препаратов, в том числе в неинвазивных лекарственных формах.

В августе 2016 г. по результатам проведенного анализа направлены письма:

- в 43 субъекта Российской Федерации, имеющие низкие показатели обеспеченности неинвазивными обезболивающими наркотическими препаратами или не заказавшие их в 1-ом полугодии 2016 г., с требованием обеспечить надлежащий уровень доступности для нуждающихся пациентов опиоидных анальгетиков, в том числе в неинвазивных лекарственных формах;

- в 10 субъектов Российской Федерации, достигших в 1-ом полугодии 2016 г. высоких показателей обеспеченности больных неинвазивными наркотическими препаратами, с отметкой об отличной организационной работе, проведенной органами управления здравоохранением и главными внештатными специалистами по паллиативной помощи по обеспечению высокого уровня доступности для нуждающихся пациентов опиоидных анальгетиков.

Приказом Минздрава России от 01.12.2016 № 917н утверждены нормативы для расчета потребности в наркотических и психотропных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения.

Профессиональным медицинским сообществом разработаны клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», клинические рекомендации «Болевой синдром (БС) у детей, нуждающихся в паллиативной

медицинской помощи», методические рекомендации «Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи».

С целью информирования медицинского сообщества о возможностях и изменениях в системе оказания паллиативной медицинской помощи и обезболивающей терапии в субъектах Российской Федерации были проведены обучающие форумы, в которых приняло участие более 3 500 специалистов разных клинических специальностей.

В результате проведенной работы наблюдается положительная динамика в части доступности наркотических препаратов:

- на 38,6 % увеличилось количество мест отпуска наркотических лекарственных препаратов;
- сформировалась практика назначения и выдачи наркотических лекарственных препаратов при выписке пациента из стационара;
- расширена практика самостоятельного выписывания врачами рецептов на наркотические средства в день обращения пациента;
- отмечена положительная тенденция в обеспечении нуждающихся пациентов наркотическими препаратами в неинвазивных лекарственных формах.

#### **Мероприятие 6.2 Оказание паллиативной медицинской помощи детям**

В соответствии с Порядком оказания паллиативной медицинской помощи детям, утвержденным приказом Минздрава России от 14 апреля 2015 г. № 193н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2015 г., регистрационный № 37231) в течение 2016 года продолжалась реализация мероприятий по оказанию паллиативной медицинской помощи детям, для которых радикальный подход к дальнейшему лечению изначально невозможен или полностью исчерпан.

На 1 января 2016 года функционировало 502 паллиативные койки для детей.

В 2016 году Минздравом России совместно с благотворительным фондом спасения тяжелобольных детей «Линия жизни» начата работа по «пилотному проекту» «ИВЛ в домашних условиях» (далее – пилотный проект), который направлен на оказание помощи на дому тяжелобольным, в том числе по обеспечению их необходимыми изделиями, а также медицинским оборудованием.

На основании разработанных Минздравом России критериев отбора субъектов Российской Федерации для участия в пилотном проекте были определены: республики Башкортостан, Чувашия, Бурятия, Ханты-Мансийский автономный округ, Новосибирская и Свердловская области.

В настоящее время работа по «пилотному проекту» продолжается.

В 2016 году проведены конференции с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи» и «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям».

Был разработан ряд методических пособий для специалистов:

- Федеральные клинические рекомендации по организации паллиативной помощи детям и подросткам с гематологическими заболеваниями;
- клинические рекомендации по организации совместного пребывания ребёнка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ);
- методическое пособие по совместному пребыванию ребенка с родителями (законными представителями) в отделении реанимации и интенсивной терапии – важная составляющая положительного терапевтического эффекта;
- методические рекомендации по длительной искусственной вентиляции легких в домашних условиях;
- методические рекомендации по судебно-медицинской оценке токсичности опиоидов у взрослых и детей с персистирующей болью;
- информационные материалы для руководителей и административного персонала медицинских и аптечных организаций, медицинских и фармацевтических работников, дистрибьютерских организаций, по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и других препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету (в двух частях).

### **Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»**

#### **Мероприятие 7.1 «Повышение квалификации и переподготовка медицинских и фармацевтических работников»**

В 2016 году в медицинских организациях, подведомственных Минздраву России и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, работало 544 458 врачей и 1 291 948 медицинских работников со средним профессиональным образованием.

Второй год отмечается положительная динамика численности врачей. По сравнению с 2015 годом численность врачей увеличилась на 854 человека (0,2%), на 0,1% (с 37,1 до 37,2 на 10 тыс. населения) выросла обеспеченность врачами.

Показатель соотношения числа врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием в Российской Федерации в 2016 году составил 1:2,4, что соответствует значению, предусмотренному государственной программой.

Сохранилась тенденция к увеличению численности врачей, работающих в сельской местности. В 2016 году по сравнению с 2015 годом численность врачей увеличилась на 1 421 специалиста (2,6%).

Принимаемые субъектами Российской Федерации меры по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров по отдельным специальностям за

счет реализации мер социальной поддержки позволили в 2016 году закрепить положительную динамику численности врачей по таким всегда дефицитным специальностям как «Анестезиология-реаниматология» (+761 человек (2,5%), «Рентгенология» (+329 человек (2,0%), «Патологическая анатомия» (+46 человек (1,5%), «Онкология» (+248 человек (3,7%).

В 2016 году подготовка медицинских и фармацевтических работников по образовательным программам среднего, высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования осуществляется на базах: 46 образовательных организациях высшего профессионального образования, 3 образовательных организациях среднего профессионального образования и 2 образовательных организациях дополнительного профессионального образования, подведомственных Минздраву России.

В соответствии с Федеральным законом от 25.11.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» контрольные цифры приема на обучение по программам высшего образования распределяются по результатам публичного конкурса. Выносимые на публичный конкурс объемы подготовки формируются на основании потребности практического здравоохранения в специалистах различного профиля, представляемой органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

В 2016 году в рамках контрольных цифр приема в подведомственных Минздраву России образовательных организациях дополнительного профессионального образования подготовлено 1 130 специалистов по программам интернатуры, ординатуры, аспирантуры. На 1 курс подведомственных Минздраву России образовательных организаций зачислено 39 207 студентов (в том числе за счет средств бюджетных ассигнований федерального бюджета – 22 542 человека), 9 594 интерна и 5 536 ординаторов. Квота целевого приема в образовательных организациях в среднем составила 56,8%, максимальная доля целевого приема – 80%.

Отмечается положительная динамика показателя эффективности целевой подготовки. Так, доля медицинских и фармацевтических работников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские и фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации в 2016 году составила 87,7% (в 2015 году – 86,3%).

Подготовку по дополнительным профессиональным программам (повышения квалификации и профессиональной переподготовки) в подведомственных Минздраву России образовательных и научных организациях в рамках установленного государственного задания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета прошли более 200 тыс. специалистов.

Контрольные события 7.1.1.10 (дополнительные профессиональные программы – программы повышения квалификации) и 7.1.1.12

(дополнительные профессиональные программы – программы профессиональной переподготовки) реализованы в полном объеме.

Отмечены отклонения при выполнении государственного задания по разделам основные профессиональные образовательные программы высшего образования – программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (контрольное событие 7.1.1.2) (85,5%), основные профессиональные образовательные программы интернатуры (контрольное событие 7.1.1.4) (99,6%), основные профессиональные образовательные программы высшего образования – программы ординатуры (контрольное событие 7.1.1.6) (96,3%), связанные с движением контингента, отчислением за академическую задолженность, невыполнение контрольных цифр приема.

С 2016 года введен в эксплуатацию интернет-портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» ([edu.rosminzdrav.ru](http://edu.rosminzdrav.ru)), предоставляющий врачам право выбора образовательных программ, форм обучения, включая стажировку, и образовательных технологий, по наиболее актуальным вопросам профилактики, диагностики и лечения социально значимых заболеваний.

В 2016 году портале зарегистрированы личные кабинеты 349 организаций, содержатся записи более 131 тысячи врачей и размещены более 11 тысяч программ, реализуемых с использованием инновационных образовательных технологий (электронного обучения, дистанционных и симуляционных технологий, стажировок, тьюторства, электронных образовательных модулей и др.) позволяющих непрерывно поддерживать и совершенствовать уровень квалификации специалистов.

В настоящее время на интернет-портале так же размещено более 600 интерактивных образовательных модулей, разработанных с учетом принципов доказательной медицины, порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, и около 3 000 образовательных мероприятий (семинаров, конференций, вебинаров и мастер-классов и др.). Указанные виды образовательной активности могут быть использованы врачами в рамках системы непрерывного медицинского образования при построении пятилетней индивидуальной образовательной траектории, успешное освоение которой позволит сформировать образовательное портфолио для прохождения периодической аккредитации специалиста.

Кроме того, в рамках исполнения пункта 1.15 поручения Президента Российской Федерации от 05.12.2014 № Пр-2821, с принятием Федерального закона от 30.12.2015 № 432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации»

и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определен дополнительный источник финансирования дополнительного профессионального образования врачей – средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования.

В соответствии с частью 7 статьи 11 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» в 2016 году Минздравом России разработаны проекты 13 федеральных государственных образовательных стандартов программ высшего образования – программ ординатуры соответствующих требованиям профессиональных стандартов и содержащих унифицированные образовательные модули по наиболее значимым разделам медицины.

Приказом Минздрава России от 30 июня 2016 г. № 440н утверждена примерная дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей и медицинских работников со средним профессиональным образованием, работающих в составе выездных авиамедицинских бригад, со сроком освоения 72 академических часа по теме: «Санитарно-авиационная эвакуация» (контрольное событие 7.1.1.14).

### **Мероприятие 7.2. Повышение престижа медицинских специальностей**

Во исполнение пункта 19 комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.04.2013 № 614-р в целях повышения престижа и привлекательности медицинской профессии проведены Всероссийский конкурс врачей (контрольное событие 7.2.1.2) и Всероссийский конкурс «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (контрольное событие 7.2.1.4).

16 июня и 14 июля 2016 года на заседаниях Центральных конкурсных комиссий подведены итоги и определены победители соответственно Всероссийского конкурса врачей и Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

Информация о результатах конкурсов размещена на официальном сайте Минздрава России в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

14 октября 2016 г. в г. Москве проведена торжественная церемония награждения победителей Всероссийского конкурса врачей и Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (приказ Минздрава России от 28 сентября 2016 г. № 742).

Победителям Всероссийских конкурсов выданы дипломы первой, второй или третьей степени и выплачено единовременное денежное поощрение, предусмотренное постановлениями Правительства Российской Федерации от 13 января 2011 г. № 2 и от 24 декабря 2014 г. № 1476 (приказы Минздрава России от 23 августа 2016 г. № 627 и от 28 сентября 2016 г. № 741).

Проводимые в 2016 году мероприятия включали реализацию региональных кадровых программ, предусматривающих дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей, и направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров.



Субъектами Российской Федерации осуществлен мониторинг реализации в 2015 году региональных кадровых программ (контрольное событие 7.2.1.6). Информация размещена на портале автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики.

В рамках контрольного события 7.2.1.8 27-28 сентября 2016 года в соответствии с приказом Минздрава России от 20 сентября 2016 г. № 722 на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России проведена VII Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования – 2016». В рамках конференции рассмотрены вопросы развития и поддержки взаимодействия медицинского образования и профессионального медицинского сообщества, развития зон формирования элитных медицинских кадров, обеспечивающих подготовку конкурентоспособных специалистов мирового уровня, продолжения работы по обеспечению методического сопровождения аккредитации специалистов, в том числе по подготовке и актуализации оценочных средств, а также вопросы внедрения практик образовательного академического континуума «школа – университет – клиника».

В рамках контрольного события 7.2.1.13 с 29 по 30 сентября 2016 года проведена Всероссийская научно-практическая конференция «Инновационные технологии в сестринском образовании и сестринской практике» (совместно с заседанием Совета директоров медицинских и фармацевтических колледжей России), на которой рассмотрены перспективы развития сестринского дела, внедрения профессиональных стандартов специалиста в области сестринского дела и специалиста лечебного дела (фельдшера) (приказ Минздрава России от 15 сентября 2016 г. № 702).

По данным Росстата, в 2016 году среднемесячная заработная плата медицинских работников по сравнению с 2015 годом увеличилась у врачей на 5,9% (50 667 руб.), среднего медицинского персонала – на 4,4% (28 174 руб.), у младшего медицинского персонала – на 9,6% (18 436 руб.).

Кроме того, проведено согласование изменения наименования и значений целевых показателей по заработной плате медицинских работников региональных планов мероприятий на 2017 год, обеспечивающее недопущение снижения номинальной начисленной заработной платы по сравнению с уровнем, достигнутым в 2016 году. Обеспечено внесение изменений в соглашения, заключенные между Минздравом России и высшими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации об обеспечении обязательного достижения в 2016–2018 гг. целевых показателей оптимизации сети медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, в части уточнения объемов средств, полученных для повышения заработной платы медицинских работников за счет реорганизации неэффективных медицинских организаций.

Дифференциация в уровнях соотношений средней заработной платы врачей и средней заработной платы в субъектах Российской Федерации (среднемесячного дохода от трудовой деятельности) снизилась с 3,2 раза в 2012 году до 1,7 раза в 2016 году, среднего медицинского персонала – с 2,5 до 1,5 раза.

В 2016 году органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья продолжалась работа по совершенствованию систем оплаты труда, ориентированных на увеличение доли выплат по окладам в структуре заработной платы до 55–60%. В 72 субъектах Российской Федерации введены новые системы оплаты труда, что позволило увеличить минимальные размеры должностных окладов врачей первого квалификационного уровня в среднем с 4 тыс. до 9 тыс. рублей.

В целях повышения средней заработной платы медицинских работников при одновременном повышении качества оказываемой медицинской помощи продолжается работа по созданию систем оплаты труда, стимулирующих к результату – перевод работников на «эффективный контракт».

Внедряемые в учреждениях системы стимулирования позволяют повысить уровень ответственности и экономической заинтересованности работников, нацеливают работника на выполнение задач учреждения при соблюдении собственных интересов, что улучшает качество оказываемых услуг. При этом показатели эффективности деятельности организаций и руководителей характеризуют основную деятельность организации, в первую очередь выполнение государственного задания (заказа), финансово-экономическую деятельность, а также работу с кадрами, а показатели эффективности деятельности работников содержат показатели производственной деятельности (объемов качества) и исполнительской дисциплины и увязываются с удовлетворенностью граждан качеством оказания медицинской помощи и отсутствием обоснованных жалоб. Также учитывается соблюдение трудовой дисциплины и кодексов профессиональной этики.

В большинстве субъектов Российской Федерации выплаты в рамках «эффективного контракта» устанавливаются в виде ежемесячных надбавок за высокие результаты работы, а в некоторых субъектах Российской Федерации в виде премии по итогам работы за месяц или квартал.

Со всеми работниками, переводимыми на «эффективный контракт», заключаются трудовые договоры (дополнительные соглашения к трудовым договорам), в которых указываются, в частности, показатели и критерии эффективности деятельности работника.

По данным субъектов Российской Федерации по состоянию на 1 января 2017 года на «эффективный контракт» переведено 2,3 млн. работников (82,8% от общей численности работников, занятых в здравоохранении).

В настоящее время в субъектах Российской Федерации организуется мониторинг эффективности новых систем стимулирования, направленных на результат.

В Омской области и Республике Хакасия переход практически всех работников медицинских организаций на эффективный контракт и осуществление стимулирующих выплат по результатам оценки показателей эффективности деятельности по заданным критериям обеспечил выполнение планов государственного задания по оказанию медицинской помощи.

По данным субъектов Российской Федерации лучшие практики внедрения «эффективного контракта» отмечаются в Ставропольском крае, Чувашской Республике, Республике Хакасия, Ленинградской, Тюменской, Костромской, Калининградской и Кировской областях.

В 2016 году на основе фотохронометражных исследований в 17 пилотных субъектах Российской Федерации утверждены типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта (приказ Минздрава России от 19 декабря 2016 г. № 973н).

Минздравом России была организована работа по обеспечению ведомственного контроля за своевременностью и полнотой выплаты заработной платы работникам подведомственных организаций. По состоянию на 1 апреля 2017 года просроченной задолженности по заработной плате перед работниками федеральных бюджетных, казенных учреждений и унитарных предприятий не имеется.

Обеспечено функционирование «горячих линий» по вопросам, связанным с повышением оплаты труда работников бюджетной сферы на официальном сайте Минздрава России и на официальных сайтах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», организован мониторинг решений, принятых по заявлениям граждан. По данным мониторинга, с января 2016 года по 1 апреля 2017 года на «горячие линии» поступило 2 993 обращений по вопросам уровня заработной платы, изменения условий оплаты труда, сроков выплаты заработной платы, 123 из которых были рассмотрены региональными трехсторонними комиссиями по регулированию социально-трудовых отношений.

### **Мероприятие 7.3. «Социальная поддержка отдельных категорий медицинских работников»**

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.04.2013 № 614-р утвержден Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года, на основе которого органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации разработаны кадровые программы, направленные на повышение квалификации медицинских кадров, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, предусматривающие дифференцированные меры

социальной поддержки медицинским работникам, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

Нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации предусмотрены меры материального стимулирования профессиональной подготовки, повышения квалификации, получения врачами второй специальности, осуществление доплат к стипендиям студентов, интернов, ординаторов, единовременные и ежемесячные выплаты молодым специалистам, оплата аренды жилья и др.

В целях повышения доступности медицинской помощи сельскому населению и повышения укомплектованности медицинских организаций, расположенных в сельской местности, медицинским кадрами с 2012 года осуществляются единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей медицинским работникам, имеющим высшее образование и прибывшим (переехавшим) на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, и заключившим договор сроком на 5 лет с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с частями 12.1–12.5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Программа).

Особенностями реализации Программы в 2016 году явились: увеличение возраста участников программы до 50 лет (до 35 лет – в 2012–2014 гг.; до 45 лет – в 2015 г.), распространение на поселки городского типа, повышение уровня софинансирования Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) с 50 % до 60 %, что позволило снизить нагрузку на бюджеты субъектов Российской Федерации, осуществляющих софинансирование Программы.

На осуществление единовременных выплат медицинским работникам из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2016 году были предусмотрены иные межбюджетных трансферты в размере 3 200,0 млн рублей в расчете на 5 333 участников Программы.

По состоянию на 30.12.2016 ФОМС перечислены средства на осуществление выплат 4 922 медицинским работникам (92,3% от запланированного числа участников Программы), при этом в 51 субъекте Российской Федерации уровень реализации программы составил 100%.

Вместе с тем, в бюджетах 4 субъектов Российской Федерации (Республика Алтай, Кабардино-Балкарская и Карачаево-Черкесская республики, Астраханская область) ассигнования на предоставление выплат в 2016 году предусмотрены не были.

По данным ФОМС, за период 2012–2016 гг. фактическая численность участников Программы составила 23 950 человек. Наибольшее число

участников программы за весь период реализации отмечается в Алтайском, Краснодарском

и Ставропольском краях, республиках Башкортостан, Дагестан и Бурятия, Московской области, наименьшее – в Магаданской, Мурманской, Сахалинской, Калининградской областях, Еврейской автономной области, Ненецком и Чукотском автономных округах.

В рамках имеющихся собственных полномочий в ряде субъектов Российской Федерации за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам со средним профессиональным образованием.

В 2016 году увеличилось число субъектов Российской Федерации, в которых реализуются программы единовременных компенсационных выплат указанным медицинским работникам, имеющим востребованные специальности или переехавшим на работу сельскую местность (в том числе «Земский фельдшер», «Сельский фельдшер»). Данные программы реализуются в 21 регионе (Тульская, Ленинградская, Волгоградская, Тверская, Томская, Ростовская и Ульяновская области, Алтайский край, республики Мордовия и Бурятия и др.), еще в 9 субъектах Российской Федерации аналогичные программы разработаны со сроком начала реализации с 2017 по 2020 года.

В 2016 году медицинским и фармацевтическим работникам, проживающим и работающим в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), занятым на должностях в федеральных государственных учреждениях, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.12.2014 № 1607 осуществлялись ежемесячные денежные выплаты на оплату жилых помещений и коммунальных услуг в размере 1 200 рублей в месяц.

#### **Мероприятие 7.4. «Развитие сети обучающих симуляционных центров»**

В 2016 году за счет субсидий из федерального бюджета созданы обучающие симуляционные центры для подготовки врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Ставрополь) и федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (г. Красноярск).

В обучающих симуляционных центрах Российской Федерации в 2016 году обучение мануальным навыкам для своевременного оказания в полном объеме необходимой медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и

новорожденным детям прошли 4 582 врача акушера-гинеколога, неонатолога и анестезиолога-реаниматолога, что позволило значительно улучшить качество оказания медицинской помощи женщинам и детям.

Создание во всех регионах России мощных центров многопрофильного симуляционного обучения обусловило необходимость формирования института инструкторов центров симуляционного обучения – специалистов, обладающих высокими организаторскими способностями, владеющими компьютерной техникой

и всем спектром оборудования, психологией обучения, способностью моделировать рабочий процесс, внедрять новые его элементы и анализировать результаты обучения, а также внедрение в работу центров научной составляющей (совершенствование компьютерных программ, роботизированных устройств и муляжей, методов индивидуальной оценки полученных навыков, моделирование учебного процесса и др.).

С целью продолжения в 2017 году реализации данного направления принято распоряжение Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2016 г.

№ 2770-р, утверждающее распределение в 2017 году субсидий, предоставляемых

из федерального бюджета федеральным государственным бюджетным учреждениям, находящимся в ведении Минздрава России, на финансовое обеспечение создания обучающих симуляционных центров.

#### **Мероприятие 7.5. «Внедрение профессиональных стандартов»**

В 2016 году разработано и утверждено приказами Минтруда России 4 профессиональных стандарта для специалистов в области здравоохранения («Младший медицинский персонал», «Специалист в области слухопротезирования (сурдоакустик)», «Провизор», «Врач-стоматолог»).

Разработаны проекты профессиональных стандартов для выпускников лечебного факультета («Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»), педиатрического факультета («Врач-педиатр участковый»), медико-профилактического факультета («Специалист по медико-профилактическому делу») и медико-биологического факультета («Врач-биохимик», «Врач-биофизик» и «Врач-кибернетик» – для выпускников, завершивших обучение по специальностям «Медицинская биохимия», «Медицинская биофизика» и «Медицинский кибернетик»), которые выступят базисом для формирования оценочных средств при проведении в 2017 году процедуры аккредитации специалистов, завершивших обучение по программам специалитета в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами по указанным специальностям.

В сложившейся ситуации особое значение приобретает поэтапное внедрение с 2016 года принципиально новой системы допуска к профессиональной

деятельности – аккредитации специалиста, основанной на независимой оценке профессиональным сообществом уровня подготовки специалиста.

В целях реализации поэтапного перехода к аккредитации Минздравом России создана соответствующая нормативная правовая база:

внесены изменения в часть 3 статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Федеральный закон от 29 декабря 2015 г. № 389-ФЗ «О внесении изменений

в отдельные законодательные акты Российской Федерации»);

установлены конкретные этапы и сроки перехода, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов (приказ Минздрава России от 25 февраля 2016 г. № 127н);

утверждено Положение об аккредитации специалистов, определяющее контингент специалистов, подлежащих аккредитации; порядок прохождения первичной, первичной специализированной и периодической аккредитации; формирования и организации работы аккредитационной комиссии (приказ Минздрава России от 2 июня 2016 г. № 334н);

установлен порядок выдачи свидетельства об аккредитации специалиста; форма свидетельства и технические требования к нему (приказ Минздрава России

от 6 июня 2016 г. № 352н).

В июле 2016 года впервые проведена аккредитация специалистов, получивших образование по программам специалитета в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами по специальностям «Стоматология» и «Фармация».

Определение соответствия лиц, получивших высшее образование по специальности «Стоматология», требованиям профессионального стандарта «Врач-стоматолог» было проведено в 56 образовательных организациях высшего образования, к аккредитации было допущено 4 694 выпускника, 97,72% из которых были аккредитованы.

Аккредитация лиц, получивших высшее образование по специальности «Фармация» на соответствие требованиям профессионального стандарта «Провизор» проводилась в 52 образовательных организациях высшего образования, из 3 037 допущенных выпускников успешно прошли аккредитацию 94,24%.

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

**Мероприятие 8.1. Формирование национальной системы содействия международному развитию (Формирование национальной системы содействия международному развитию в сфере охраны здоровья)**

В рамках Программы содействия международному развитию в области здравоохранения, содействия закреплению в «Стратегии странового сотрудничества Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2014–2020 годы», подписанной на 67-й сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) 21.05.2014 г., проведены мероприятия, направленные на усиление различных аспектов потенциала стран по борьбе с неинфекционными заболеваниями в 23 странах Восточной Европы и Центральной Азии.

#### **Двусторонние отношения**

Двустороннее сотрудничество в области здравоохранения всегда являлось одним из основных направлений в деятельности Министерства, что позволяло Российской Федерации активно влиять на процессы, происходящие в здравоохранении, вести сбалансированную политику продвижения своих интересов в международных организациях путем переговоров на двусторонней основе.

Работа в данном направлении определяется 88 Соглашениями по двустороннему сотрудничеству, из которых 25 подписаны на межправительственном уровне и 60 на межведомственном уровне. Среди них 16 соглашений являются бессрочными, 42 соглашения имеют автоматическую пролонгацию на 1,2,3,5 лет. Помимо соглашений двусторонние отношения формируются по целому ряду направлений сотрудничества, не требующих подготовки подписания какого-либо официального документа.

В целом, двусторонние соглашения являются правовой основой и создают юридическую базу для многосторонних горизонтальных программ сотрудничества.

В развитие данного направления в течение 2016 года на территории Российской Федерации проведен ряд, как экспертных встреч, так и переговоров на министерском уровне с представителями Туниса, Судана, Гвинеи, Намибии, Джибути, Палестины, Пакистана, Эфиопии, Египта, ОАЭ, принято и обеспечено участие в межведомственных совещаниях, заседаниях межправительственных комиссий и других мероприятиях.

#### **Мероприятие 8.2. Международное сотрудничество в сфере охраны здоровья, связанное с выполнением принятых на себя Российской Федерацией обязательств (Исполнение международных обязательств Российской Федерации в сфере охраны здоровья<sup>16</sup>)**

В 2016 году Минздрав России обеспечивал участие Российской Федерации в деятельности: Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), экономического блока пяти быстроразвивающихся стран (Бразилия, Россия, Индия, Китай, Южно-Африканская Республика (БРИКС), Шанхайской организации сотрудничества (ШОС), Организации

---

<sup>16</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».



Черноморского экономического сотрудничества (ЧЭС), Форума Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества (АТЭС), Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Совета Европы, Партнерства «Северное измерение» в области социального обеспечения и здравоохранения, Евразийского экономического союза (ЕАЭС), Содружества Независимых Государств (СНГ), Союзного государства.

Регулярные взносы в международные организации (ВОЗ, МАИР, ЮНЭЙДС, РКБТ, Роттердамская Конвенция) внесены в полном объеме.

Кроме того, в 2016 году предусмотрены иные бюджетные ассигнования для перечисления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования взносов в Международную ассоциацию социального обеспечения (МАСО) в рамках подпрограммы в размере 6 750,0 тысяч рублей. Исполнение составило 100,6 % от предусмотренных средств на оплату указанных расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В 2016 году принято участие в мероприятиях, проводимых МАСО: в открытии Координационного бюро МАСО для Евразии (Москва), в десятом Форуме технических комиссий МАСО (Женева), во Всемирном форуме социального обеспечения МАСО (Панама).

#### **Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)**

В 2016 году в рамках вновь подписанного двухгодичного соглашения о сотрудничестве между Министерством и Европейским региональным бюро ВОЗ на 2016–2017 годы, а также Страновой стратегии сотрудничества на период 2014–2020 годов.

В рамках указанной стратегии в 2016 году был запущен проект по развитию сети школьной медицины в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Его важным направлением стала практическая подготовка национальных кадров педиатров и педагогов, работающих с детьми в школах стран Восточной Европы и Центральной Азии, по приобретению навыков по оказанию неотложной помощи в ситуациях, при которых медицинская помощь должна оказываться в ограниченные временные промежутки.

Министерство совместно с офисом ВОЗ в Российской Федерации в 2016 году провели следующие значимые мероприятия: пресс-конференцию, посвященную Всемирному Дню борьбы с туберкулезом (март, 2016); круглый стол, приуроченный к Всемирному дню здоровья в 2016 г., посвященный теме сахарного диабета (апрель, 2016); круглый стол по вопросам устойчивости к противомикробным препаратам; международную научно-практическую конференцию «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции» (май 2016); совещание по Стратегии формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года (июнь, 2016); заседание Рабочей группы высокого уровня по туберкулезу (ноябрь, 2016); Образовательный семинар ВОЗ «Современные подходы в области профессиональных заболеваний с учетом особенностей Российской Федерации» (декабрь, 2016); семинар по Программному ведению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (декабрь, 2016); семинар «Актуальные вопросы борьбы против табака в России: региональные аспекты и

международный опыт» (декабрь, 2016); видеоконференцию с субъектами Российской Федерации по плану действий сектора здравоохранения по борьбе с вирусными гепатитами в Европейском регионе ВОЗ (декабрь, 2016).

**Реализация Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ)**

Седьмая сессия Конференции Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (далее – конференция) состоялась в г. Нью-Дели (Индия) 7–12 ноября 2016 года. В конференции приняли участие представители 136 Сторон Конвенции.

По итогам проведения конференции индийской стороной была представлена Делийская декларация, единогласно одобренная и принятая всеми странами.

**БРИКС**

В 2016 году в объединении БРИКС председательствовала Индия. Представители Минздрава России приняли участие в «Форуме здорового образа жизни БРИКС» с 10 по 11 сентября 2016 г. в Индии.

В период с 15 по 18 октября 2016 года в Индии прошли два семинара по вопросам здравоохранения, в работе которых представители Минздрава России и подведомственных ему организаций приняли участие: семинар по медикаментам и медицинскому оборудованию, а также семинар по туберкулезу и СПИДу.

В ноябре 2016 года в г. Дели (Индия) состоялась встреча старших должностных лиц стран БРИКС, а также 6-я встреча министров здравоохранения стран БРИКС.

Встреча министров прошла под председательством Министра здравоохранения и семейного благополучия.

Главами делегаций были подписаны планы действий, а также итоговая декларация, что ознаменовало завершение председательства Индии в объединении.

**Шанхайская организация сотрудничества (ШОС)**

В 2016 году Минздрав России принимал активное участие в согласовании проекта Совместного коммюнике, планируемого к принятию на заседании Совета глав правительств (премьер-министров) государств-членов ШОС (2-3 ноября 2016 года в г. Бишкек), а также проекта Плана основных мероприятий ШОС на 2017 год.

**Азиатско-Тихоокеанское экономическое сотрудничество (АТЭС)**

26-28 февраля 2016 года в г. Лиме (Республика Перу) Минздрав России в составе Российской межведомственной делегации принял участие в очередном Сопещании старших должностных лиц АТЭС в рамках Первого заседания Рабочей группы по здравоохранению и Инновационного форума наук о жизнедеятельности Азиатско-Тихоокеанского экономического сотрудничества.

20 августа 2016 году в г. Лиме (Республика Перу) состоялась 3-я встреча старших должностных лиц АТЭС, в рамках которой были приняты и утверждены Стратегический план Рабочей группы по здравоохранению (далее – РГЗО) на 2016–2020 годы и Рабочий план РГЗО на 2016 год, с учетом

российских комментариев документов по стратегии развития в рамках первого заседания РГЗО АТЭС.

### **Организация Черноморского экономического сотрудничества (ЧЭС)**

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2015 г. № 2721-р в рамках председательства Российской Федерации в ЧЭС с 1 января 2016 г. по 30 июня 2016 г. проведены два мероприятия под эгидой Минздрава России: заседание Рабочей группы ЧЭС по здравоохранению и фармацевтике (31 мая 2016 г.) и встреча Министров, ответственных за здравоохранение и фармацевтику стран-участниц ЧЭС (28 июня 2016 г.).

В ходе министерской встречи была принята, подготовленная российской стороной Декларация министров о сотрудничестве в области обеспечения качества, эффективности безопасности лекарственных средств. На указанной встрече был подписан Меморандум о взаимопонимании в сферах обмена информацией и сотрудничестве в области обеспечения качества лекарственных средств (российский проект).

Принято участие в заседании Рабочей группы 24 ноября 2016 г. в г. Стамбуле в рамках сербского председательства в ЧЭС. Обсуждены дальнейшие шаги по реализации Меморандума и подписанию Соглашения. Секретариатом ЧЭС представлен проект Меморандума о взаимопонимании между ЧЭС и ВОЗ по вопросу о налогообложении табачной продукции, который ранее обсуждался на заседаниях других рабочих органов ЧЭС, в ходе которых было предложено расширить спектр сфер взаимодействия в рамках такого меморандума.

### **Партнерство «Северное измерение» в области социального обеспечения и здравоохранения (ПСИЗБ)**

29 апреля 2016 года в г. Копенгаген (Дания) состоялось 26-е заседание комитета старших представителей и 7-я встреча сторон ПСИЗБ.

В рамках заседания обсуждались результаты деятельности экспертных групп ПСИЗБ, а также выборы директора Секретариата.

27-28 октября 2016 года Делегация Минздрава России приняла участие в 8-й встрече сторон и 12-й Ежегодной конференции ПСИЗБ в г. Сопот (Польша).

В ходе мероприятия заслушаны отчеты секретариата Партнерства, экспертных и целевых групп (ЭГ/ЦГ) по направлениям их работы (ВИЧ/СПИД и ассоциированные инфекции; первичная медицинская помощь и пенитенциарная система; алкогольная и токсикологическая зависимость; неинфекционные заболевания (НИЗ), связанные с образом жизни; антибиотикорезистентность; безопасность и охрана труда). Принят план работы ПСИЗБ на 2017 год.

В рамках председательства Российской Федерации в экспертной группе по первичному здравоохранению и в ЭГ по неинфекционным заболеваниям в 2016 г. Минздравом России были организованы следующие мероприятия в рамках Партнерства:

8 апреля 2016 г. в г. Москва (Россия) состоялось 11-е заседание экспертной группы по неинфекционным заболеваниям 2016 г. в ФГБУ «Государственный

научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России. В рамках заседания были представлены национальные планы работы по профилактике и снижению бремени неинфекционных заболеваний, обсуждались возможные направления сотрудничества в рамках Партнерства на 2016-2017 годы, действующие и запланированные проекты в рамках работы экспертной группы. Был обсужден и принят устав экспертной группы по неинфекционным заболеваниям в рамках Партнерства.

25 августа 2016 г. в г. Москва (Россия) состоялось 21-е заседание председателей и международных технических исполнителей.

В рамках заседания обсуждались прогресс в реализации Рабочего плана ПСИЗБ и следующие шаги, подготовка мероприятия ПСИЗБ на Ежегодном форуме Стратегии ЕС для региона Балтийского моря, финансовая поддержка проектов ПСИЗБ Европейской инициативной соседства и партнерства, подготовка предстоящего ЕКП.

30 ноября 2016 г. в г. Москва (Россия) состоялось 12-е совещание экспертной группы по неинфекционным заболеваниям ПСИЗБ в ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России.

Основные представители экспертных групп по НИЗ Партнерства выступили с докладами о результатах работы за 2016 год и предложениями по плану действий на 2017 год. Обсуждались вопросы сотрудничества с другими экспертными группами Партнерства по теме алкоголя.

#### **Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС)**

Российская Федерация возобновила свое членство с правом совещательного голоса в Координационном Совете Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) после 2-х летнего перерыва.

Ежегодный добровольный взнос Российской Федерации в ЮНЭЙДС, который выплачивает Минздрав России, составляет 500 тыс. долл. США.

#### **Международное агентство по изучению рака (МАИР)**

14 мая 2016 г. в г. Лион (Франция) представители Минздрава России приняли участие в работе 58-й сессии Руководящего совета Международного агентства по изучению рака.

Ранее Министерством здравоохранения Российской Федерации было принято решение о софинансировании в размере 30 тыс. евро конференции в честь 50-летия МАИР «Глобальный рак: возникновение, причины и пути предотвращения».

В июне 2016 года во время проведения конференции были представлены достижения Российской Федерации в области онкологии.

#### **Совет Европы**

Минздрав России в 2016 году принимал участие в работе Совета Европы в таких областях, как минимизация рисков здравоохранения от обращения контрафактной (фальсифицированной) медицинской продукции, переливание крови, трансплантация органов и тканей человека.

В рамках 20-летнего юбилея членства России в Совете Европы 26 апреля 2016 г. Минздрав России и Совет Европы организовали и провели

Международную конференцию «Права человека и биомедицина: этические и правовые аспекты донорства органов человека».

#### **Конвенции по охране и использованию трансграничных водотоков и международных озер**

Минздрав России принял участие в четвертой сессии Совещания Сторон Протокола по проблемам воды и здоровья к Конвенции по охране и использованию трансграничных водотоков и международных озер от 17 марта 1992 г., (14-16 ноября 2016 г., Женева), на котором принята Программа работы на 2017-2019 гг.

#### **Роттердамская конвенция**

Минздрав России принял участие в региональных совещаниях по подготовке к проведению 8-ой Конференции Сторон Роттердамской конвенции о процедуре предварительного обоснованного согласия в отношении отдельных опасных химических веществ и пестицидов в международной торговле, которое состоится в мае-апреле 2017 г. в г. Женеве.

#### **Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)**

В 2016 году специалисты и эксперты Минздрава России приняли участие в следующих мероприятиях в рамках Комитета ОЭСР по здравоохранению: заседания Комитета (28-29 июня и 7-8 ноября 2016 г.), совещание экспертов в области счетов здравоохранения и координаторов в области данных по расходам на здравоохранение, совещание национальных координаторов в области данных здравоохранения (12-14 октября 2016 г.), встреча Экспертной группы по индикаторам качества здравоохранения (3-4 ноября 2016 г.).

Проводится работа по предоставлению статистических данных Российской Федерации. В 2016 году Минздравом России заполнены вопросник ОЭСР по данным здравоохранения (OECD Health Data Questionnaire), совместный вопросник ВОЗ, ОЭСР, Евростата по счетам здравоохранения (Joint Health Accounts Questionnaire), совместный вопросник ВОЗ, ОЭСР, Евростата о нефинансовых ресурсах здравоохранения (Joint Questionnaire on Non-monetary Health Care Statistics).

Минздрав России также участвовал в исполнении Плана работы по взаимодействию Российской Федерации с Организацией экономического сотрудничества и развития на 2016 год, утвержденного Председателем Правительства Российской Федерации Д.А. Медведевым 14 февраля 2016 г. № 957п-П2.

#### **Евразийский экономический союз**

16 ноября 2016 г. на заседании Евразийского межправительственного совета члены Совета Евразийской экономической комиссии подписали пакет единых документов, необходимых для запуска и полноценной работы общего рынка лекарственных средств на территории Евразийского экономического союза (ЕАЭС).

По итогам работы Минздрава России ратифицированы Соглашение о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники) в рамках Евразийского экономического союза (Федеральный закон № 4-ФЗ от 31 января 2016 г.) и

Соглашения о единых принципах и правилах обращения лекарственных в рамках Евразийского экономического союза (Федеральный закон № 5-ФЗ от 31 января 2016 г.).

В целях реализации вышеуказанных Соглашений и формирования общего рынка обращения лекарственных средств и медицинских изделий в рамках Евразийского экономического союза подготовлено 40 проектов нормативных правовых актов в сфере обращения медицинских изделий и лекарственных средств для утверждения Советом Евразийской экономической комиссии.

Указанные акты Комиссии, утвержденные Советом Комиссии, позволят государствам – членам Союза проводить скоординированную политику в сфере обращения лекарственных средств и обеспечат гармонизацию и унификацию законодательств, в том числе установят единые требования к безопасности, эффективности, качеству лекарственных средств, производству и проведению доклинических и клинических исследований лекарственных средств, контролю (надзору), а также создают возможность запуска соответствующей информационной системы в рамках Союза.

#### **Содружество независимых государств (СНГ)**

Решением Совета глав правительств Содружества Независимых Государств от 7 июня 2016 г. (г. Бишкек) утверждены: Стратегия «Здоровье населения государств – участников Содружества Независимых Государств», Программа сотрудничества государств – участников Содружества Независимых Государств по профилактике и лечению сахарного диабета на 2016-2020 годы, Концепция сотрудничества государств – участников Содружества Независимых Государств в области противодействия онкологическим заболеваниям.

21 июня 2016 года (г. Астана) состоялось XXVI заседание Совета по сотрудничеству в области здравоохранения Содружества Независимых Государств, на котором были одобрены проекты Плана совместных действий государств – участников Содружества Независимых Государств по предупреждению негативного влияния табака на здоровье населения и Плана совместных действий государств – участников Содружества Независимых Государств по предупреждению распространения туберкулеза, подготовленные Минздравом России.

#### **Союзное государство**

Минздрав России в 2016 году участвовал в реализации программ и мероприятий Союзного государства «Оказание комплексной медицинской помощи отдельным категориям граждан Беларуси и России, подвергшихся радиационному воздействию вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», принятого постановлением Совета Министров Союзного государства от 12 мая 2016 г. № 26.

Была разработана и одобрена распоряжением Правительством Российской Федерации от 1 февраля 2016 г. № 126-р концепция программы Союзного государства «Разработка новых спинальных систем с использованием технологий прототипирования в хирургическом лечении детей с тяжелыми врожденными деформациями и повреждениями позвоночника» («Спинальные системы»).

В целях консолидации и координации деятельности систем здравоохранения в решении медико-демографических проблем 11 октября 2016 года в г. Москве проведена третья совместная коллегия Минздрава России и Министерства здравоохранения Республики Беларусь, посвященная охране материнства и детства.

11 октября 2016 г. подписан Меморандум о взаимопонимании между Минздравом России и Министерством здравоохранения Республики Беларусь о сотрудничестве в сфере непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

В рамках секции «Организация оказания медицинской помощи – важнейший ресурс здоровья нации. Взаимодействие в рамках Союзного государства Беларуси и России» подписаны: Меморандум о сотрудничестве государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» с государственным бюджетным образовательным учреждением дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России; Соглашение о научном и академическом сотрудничестве между Белорусским государственным медицинским университетом и федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет» имени И.И. Мечникова» Минздрава России; Договор о сотрудничестве учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» с государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Минздрав России в 2016 году принимал участие в заседаниях Совета Министров Союзного государства, Высшего Государственного Совета Союзного государства, заседаниях Парламентского Собрания Союзного государства.

## **Подпрограмма 9. «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья»**

### **Мероприятие 9.1. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности**

В 2016 году Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор) продолжено осуществление контрольно-надзорной деятельности, направленной на предупреждение нарушений законодательства Российской Федерации в области здравоохранения, а также на объективную и всестороннюю оценку ситуации и проблем в указанной сфере.

В целом Росздравнадзором в отчетном периоде проведены 21 910 проверок, включая лицензионный контроль, из них 1 513 составляют проверки органов государственной власти субъектов Российской Федерации, в том числе в сфере охраны здоровья, государственных внебюджетных фондов, а также контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных им

полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья, и 18 741 контрольное мероприятие в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения.

План контрольных мероприятий Росздравнадзором выполнен на 100 %.

Из 18 741 контрольного мероприятия плановые проверки составили 5 064 (27 %), внеплановые проверки – 13 677 (73 %), что больше по сравнению с 2015 годом на 652 контрольных мероприятия, а по сравнению с 2014 годом – на 2 059 контрольных мероприятий.

Анализируя структуру проверок, выявлено ежегодное увеличение количества проведенных внеплановых проверок. Данное положение дел свидетельствует о необходимости формирования риск-ориентированного подхода при проведении контрольных мероприятий и невозможности ухода от проведения плановых проверок в сфере здравоохранения.

Меры по оптимизации планирования государственного контроля в установленных сферах деятельности в части подготовки и согласования с Генеральной прокуратурой Российской Федерации ежегодного плана контрольных (надзорных) мероприятий позволили Росздравнадзору провести совместно с другими органами государственного контроля в 2016 году 2 102 проверки, при этом отмечается увеличение совместных плановых контрольных мероприятий по сравнению с 2015 годом практически в 7 раз.

Таким образом, достигается одна из важнейших целей оптимизации контрольно-надзорной деятельности – снижение административного бремени контроля юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

В 2016 году Росздравнадзором продолжена практика привлечения к проведению контрольных мероприятий аттестованных экспертов и экспертных организаций, что значительно повлияло на качество проведения контрольных мероприятий, а также на увеличение выявляемых нарушений при проведении проверочных мероприятий. Так, за отчетный период проведено 3 800 (20% от всех проведенных проверок) контрольных мероприятия с привлечением экспертов и экспертных организаций, из них – с привлечением экспертов – 2 570 проверочных мероприятий (13,7% от всех проведенных проверок) и 1 230 (6,5 % от всех проведенных проверок) с привлечением экспертных организаций.

Количество привлекаемых в 2016 году экспертов к мероприятиям в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности увеличилось в 1,8 раза (с 2 025 (в 2015 г.) до 3 573 экспертов (2016 г.).

Также в 2016 г. к проверочным мероприятиям в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности привлекались 156 экспертных организаций.

Таким образом, в 2016 году более чем на 20% увеличилось количество контрольных мероприятий, проводимых с участием аттестованных экспертов и аккредитованных экспертных организаций, а также, более чем на 28 % увеличилось количество проведенных проверок с участием аттестованных экспертов и более чем на 9% - количество проведенных проверок с привлечением экспертных организаций.



Совместная работа с экспертами и экспертными организациями поможет провести систематизацию основных нарушений обязательных требований и в дальнейшем проводить работу, направленную на профилактику нарушений обязательных требований.

В отчетном году выявлено 50 880 правонарушений, что в 1,5 раза больше чем в 2015 году, при этом в отношении одного юридического лица или индивидуального предпринимателя, осуществляющего деятельность в сфере здравоохранения, выявлялось свыше 6 правонарушений одновременно, с учетом нарушений, выявляемых при проведении лицензионного контроля.

Правонарушения допустили 7 573 юридических лица и индивидуальных предпринимателей, в том числе при проведении контрольных мероприятий по лицензионному контролю, что составляет 67 % от количества проверенных организаций. При этом 5 232 юридических лица и индивидуальных предпринимателей допускали правонарушения, представляющие непосредственную угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан, что в 1,8 раза больше чем в 2015 году.

В результате проверок 7 433 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей в деятельности 3 323 (44,7 % от числа проведенных) выявлены нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья.

Следует отметить, что в 2016 году выявлено большое количество нарушений медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи (7 744 нарушения в деятельности 3 074 медицинских организаций), что в свою очередь свидетельствует о низком уровне лицензионного контроля со стороны органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и (или) предоставлении ими лицензии на осуществление медицинской деятельности с нарушениями действующего законодательства Российской Федерации.

В 2016 г. в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» размещены: «Доклад о лицензировании отдельных видов деятельности», «Доклад об осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья граждан и об эффективности такого контроля (надзора)».

Благодаря контрольно-надзорным мероприятиям и принятым мерам по их результатам удалось сократить количество простаивающего медицинского оборудования, в том числе поставленного в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения, в том числе путем перераспределения простаивающего медицинского оборудования.

В рамках контроля за исполнением п. 3а перечня поручений Президента Российской Федерации от 09.11.2015 № Пр-2335 по итогам форума Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!» Росздравнадзором осуществляется мониторинг перераспределения невведенного в эксплуатацию и простаивающего медицинского оборудования из поставленного в рамках программы модернизации здравоохранения.

По данным оперативного сбора информации, предоставляемого территориальными органами Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации, общее количество медицинского оборудования, из поставленного в рамках реализации программы модернизации здравоохранения, планируемого к перераспределению – 391 ед. В 2016 году было перераспределено 335 ед. оборудования (85,7 %), не было перераспределено, но запланировано в дальнейшем - 56 ед. (14,3 %) медицинского оборудования в 13 регионах.

По причине простоя было перераспределено 245 ед. медицинского оборудования в 41 регионе, по причине неэффективного использования (не включающего простой аппарата) перераспределено 90 ед. оборудования в 15 субъектах Российской Федерации.

Перераспределение в 2016 году медицинского оборудования проводилось в 45 субъектах Российской Федерации (52,9% от общего количества регионов).

Проведенная консолидированная работа центрального аппарата и территориальных органов Росздравнадзора по контролю (надзору) в сфере здравоохранения способствовала в 2016 году достижению следующих социальных и экономических эффектов, а также снижению общественно опасных последствий, возникающих в результате несоблюдения законодательства подконтрольными объектами: восстановлены права на получение качественной и безопасной медицинской помощи 4 472 гражданам; защищены права 10 397 человек на получение качественной и безопасной медицинской помощи; защищены права 81 615 граждан на получение качественной лекарственной помощи; восстановлены права 3 273 человек на получение бесплатных лекарственных препаратов; восстановлены права 415 граждан на получение лекарственных препаратов в целях обезболивания.

В целях повышения доступности обезболивающей терапии в Росздравнадзоре с 7 апреля 2015 г. открыта «Горячая линия» для приема обращений граждан о нарушении порядка назначения и выписки лекарственных препаратов и решения вопросов качества предоставления медицинской помощи населению.

В период с 01.01.2016 по 31.12.2016 на «Горячую линию» поступило 3 492 обращения, из них по вопросам обеспечения обезболивающими лекарственными препаратами – 362 обращения. В экстренном порядке на «Горячей линии» за данный период было отработано около 1 704 обращений, которые касались вопросов обеспечения обезболивающими препаратами, противоопухолевыми препаратами онкологических больных, а также противосудорожными препаратами детей. По вопросам предоставления обезболивающих препаратов количество обращений в 2016 году уменьшилось на 50 %, что свидетельствует об эффективности работы «Горячей линии» по действенной помощи в защите прав граждан в сфере охраны здоровья, нуждающимся в обезболивающих препаратах.

В 2016 году по результатам всех контрольных мероприятий, в том числе лицензионного контроля, проведенных в отношении юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, органов исполнительной власти, по фактам допущенных правонарушений оштрафованы на общую сумму 183 619,5

тыс. рублей, оплачено административных штрафов на сумму 150 745, 6 тыс. рублей (82 %). У 21 организации за допущенные правонарушения судом принято решение о приостановлении действия лицензии, 3 лицензии за правонарушения – аннулированы.

## **Мероприятие 9.2. Государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств**

В 2016 году Росздравнадзором продолжалась работа по совершенствованию системы федерального государственного контроля в сфере обращения лекарственных средств в части их соответствия установленным требованиям и качеству, проверками 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.

Проведено 5 886 проверок в отношении 4 219 субъектов обращения лекарственных средств, в результате которых в деятельности 2 481 субъекта обращения лекарственных средств выявлены нарушения. Общая сумма наложенных штрафов составила 1 217 253,3 тыс. рублей.

В 2016 году Росздравнадзором обеспечена проверка качества 32 тыс. образцов лекарственных средств. Выявлено 533 серии 281 наименования недоброкачественных лекарственных средств, 11 серий 10 торговых наименований фальсифицированных лекарственных средств и 29 серий 17 наименований лекарственных средств, поступивших в обращение с нарушением законодательства Российской Федерации. В результате проведенных контрольно-надзорных мероприятий изъято 1 938 серий лекарственных средств, качество которых не отвечает установленным требованиям, что составило 0,81 % от общего количества серий, поступивших в 2016 году в гражданский оборот (2015 год – 0,9 %). Уничтожено 7 243 018 упаковок недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств, что в 2,7 раза превышает показатель 2015 года.

В рамках межведомственного взаимодействия с Федеральной таможенной службой проведены испытания качества 410 образцов 36 торговых наименований лекарственных препаратов зарубежного производства, что выше данного показателя за 2015 год на 13 %, пресечен ввоз 84 558 упаковок 6 торговых наименований 36 серий недоброкачественных лекарственных средств.

В 2016 г. подготовлен проект Федерального закона «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросу выпуска в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения» (далее – проект федерального закона) в рамках исполнения поручений Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации по совершенствованию нормативного правового регулирования в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных

препаратов, в части их выпуска в гражданский оборот и выведения данной сферы правоотношений из-под действия законодательства о техническом регулировании и приведения ее в соответствие с актами, составляющими право Евразийского экономического союза.

В 2016 г. проведена международная оперативно-профилактическая операция «Пангея», направленная на пресечение нелегальной торговли лекарственными средствами и медицинскими изделиями через «Интернет», итоги операции размещены на официальном сайте Росздравнадзора. Международная операция «Rangea» проводится под эгидой Интерпола с целью противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств и медицинских изделий. В 2016 году в ходе данной операции Росздравнадзором было проведено 299 контрольных мероприятий с МВД России и иными контролирующими органами, являющимися участниками операции. Проведен скрининг качества с использованием неразрушающего метода в отношении 296 образцов лекарственных средств, выявлено 36 образцов лекарственных средств, вызвавших сомнение в подлинности, выявлено 13 образцов препаратов, которые находились в обращении с нарушением законодательства Российской Федерации, а также 76 наименований незарегистрированных медицинских изделий

(2 882 единицы), 3 наименования фальсифицированных медицинских изделий (23 единицы).

Реализован комплекс дополнительных мер, направленных на пресечение оборота фальсифицированных, недоброкачественных, незарегистрированных лекарственных средств и медицинских изделий, а также незаконной предпринимательской деятельности организаций, оказывающих услуги без соответствующей лицензии.

В результате комплексной работы Росздравнадзора по привлечению внимания медицинских работников к важности вопроса безопасной фармакотерапии, обеспечению выполнения индустрией законодательных требований к фармаконадзору, повысилась эффективность выявления нежелательных реакций лекарственных средств, на 17 % по сравнению с 2015 годом увеличилось количество сообщений о побочных действиях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях и эпизодах терапевтической неэффективности лекарственных препаратов.

Гарантия качества как производимых в России, так и ввозимых из-за рубежа лекарственных средств является одной из основных задач государства в области охраны здоровья населения. К числу важнейших задач следует отнести не только насыщение собственного фармацевтического рынка этими лекарственными средствами, но выход на международный фармацевтический рынок, что может быть достигнуто путем обеспечения соответствия отечественных лекарственных средств требованиям мировых стандартов.

Федеральным законом от 31 января 2016 г. № 5-ФЗ ратифицировано Соглашение о единых принципах и правилах обращения лекарственных

средств в рамках Евразийского экономического союза (заключено 23 декабря 2014 г. в Москве, далее – Соглашение, Союз).

В целях подготовки к запуску общего рынка лекарственных средств в рамках Союза и реализации положений Соглашения Минздравом России совместно с другими заинтересованными органами Российской Федерации, Евразийской экономической комиссией (далее – Комиссия) и уполномоченными органами государств – членов Союза в 2016 году проведена масштабная работа по подготовке нормативных правовых актов второго уровня.

По состоянию на 31 декабря 2016 года, приняты 21 акт Совета Комиссии и 5 актов Коллегии Комиссии, которые позволят государствам – членам Союза проводить скоординированную политику в сфере обращения лекарственных средств и обеспечить гармонизацию и унификацию законодательств, в том числе установят единые требования к безопасности, эффективности, качеству лекарственных средств, производству и проведению доклинических и клинических исследований лекарственных средств, контролю (надзору) в сфере обращения лекарственных средств.

Указанными актами Комиссии утверждено в том числе: 9 общих документов и порядков формирования и ведения информационных ресурсов Союза:

правила регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения;

требования к маркировке лекарственных средств для медицинского применения и ветеринарных лекарственных средств;

требования к инструкции по медицинскому применению лекарственных препаратов и общей характеристике лекарственных препаратов для медицинского применения;

правила определения категорий лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта и по рецепту;

номенклатура лекарственных форм;

положение об Экспертном комитете по лекарственным средствам;

порядки формирования и ведения единого реестра зарегистрированных лекарственных средств Евразийского экономического союза и информационных баз данных в сфере обращения лекарственных средств;

порядок формирования и ведения реестра уполномоченных лиц производителей лекарственных средств Евразийского экономического союза;

порядок формирования и ведения реестра фармацевтических инспекторов Евразийского экономического союза.

2 документа по вопросам безопасности лекарственных средств:

правила надлежащей лабораторной практики Евразийского экономического союза в сфере обращения лекарственных средств;

правила надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза.

3 документа по вопросам эффективности лекарственных средств:

правила надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза;

правила проведения исследований биоэквивалентности лекарственных препаратов в рамках Евразийского экономического союза;

правила проведения исследований биологических лекарственных средств Евразийского экономического союза.

9 документов по контролю и обеспечению качества лекарственных средств:

правила надлежащей производственной практики Евразийского экономического союза;

правила надлежащей дистрибьюторской практики в рамках Евразийского экономического союза;

порядок аттестации уполномоченных лиц производителей лекарственных средств;

общие требования к системе качества фармацевтических инспекторов государств – членов Евразийского экономического союза;

правила проведения фармацевтических инспекций;

порядок обеспечения проведения совместных фармацевтических инспекций;

порядок взаимодействия государств-членов Евразийского экономического союза по выявлению фальсифицированных, контрафактных и (или) недоброкачественных лекарственных средств;

концепция гармонизации фармакопей государств-членов Евразийского экономического союза;

положение о Фармакопейном комитете Евразийского экономического союза.

В 2016 году организована работа по совершенствованию нормативной правовой базы Союза в сфере обращения лекарственных средств. Комиссией и государствами-членами Союза в период 2016-2018 годов осуществляется подготовка 67 документов Комиссии третьего уровня, утверждение которых направлено на формирование дополнительной нормативной базы Союза в части производства, требований к растительным и гомеопатическим лекарственным препаратам, доклиническому и клиническому изучению, и по ряду общих вопросов. Из указанных документов за Российской Федерацией закреплена подготовка 34 документов, за Минздравом России – 21 документ.

Основная цель, которую преследует Государственная фармакопея Российской Федерации – нормирование качества лекарственных средств, находящихся в обращении на отечественном фармацевтическом рынке.

С 1 января 2016 года введены в действие общие фармакопейные статьи и фармакопейные статьи, включенные в Государственную фармакопею Российской Федерации XIII издания.

В Государственную фармакопею XIII издания вошло 229 общих фармакопейных статей и 179 фармакопейных статей.

Впервые в Государственную фармакопею XIII издания вводится 99 общих фармакопейных статей, среди которых 30 – на методы анализа,

5 – на лекарственные формы и 12 – на методы определения фармацевтико-технологических показателей лекарственных форм. Кроме того, 2 общих фармакопейных статьи – на лекарственное растительное сырье и 3 – на методы его анализа, 7 – на группы иммунобиологических лекарственных препаратов и 31 – на методы их испытаний, 3 – на группы лекарственных препаратов из крови и плазмы крови человека и животных, 9 – на методы анализа лекарственных препаратов, полученных из крови и плазмы крови человека и животных.

В настоящее время ведется работа по подготовке XIV издания Государственной фармакопеи Российской Федерации, в которую планируется впервые включить общие фармакопейные статьи и фармакопейные статьи (далее – ОФС и ФС соответственно), регламентирующие качество биологических лекарственных препаратов. Часть указанных ОФС и ФС не содержатся в зарубежных фармакопеях и впервые планируются к введению в практику не только отечественного, но и мирового фармакопейного анализа.

Введение в действие ОФС и ФС Государственной фармакопеи Российской Федерации XIV издания будет способствовать дальнейшему совершенствованию системы стандартизации лекарственных средств в Российской Федерации.

Соглашение о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза (далее – Соглашение) заключено 23.12.2014 в Москве и ратифицировано Российской Федерацией согласно Федеральному закону от 31.01.2016 № 5-ФЗ.

Пунктом 1 статьи 3 Соглашения предусмотрено, что «Регулирование обращения лекарственных средств в рамках Союза осуществляется в соответствии с настоящим Соглашением, другими международными договорами, входящими в право Союза, решениями Комиссии и законодательством государств-членов. Решения Комиссии, регулирующие обращение лекарственных средств, разрабатываются на основе международных норм».

Выявляемость нарушений законодательства в сфере проведения доклинических и клинических исследований в 2016 году выше показателя 2015 года и составила 42,3 % по сравнению с 35,4 %, соответственно.

В рамках реализации поручений Президента Российской Федерации В.В. Путина инициирован приоритетный проект по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение»: «Внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя для защиты населения от фальсифицированных лекарственных препаратов и оперативного выведения из оборота контрафактных и недоброкачественных препаратов» («Лекарства. Качество и безопасность»).

Паспорт приоритетного проекта утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам 25 октября 2016 года.

### **Обеспечение государственного регулирования цен на лекарственные препараты для медицинского применения**

Росздравнадзором осуществляется мониторинг ассортимента и цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП) на фармацевтическом рынке (более 5,8 тыс. респондентов, предоставляющих данные по амбулаторному сегменту, и более 2,1 тыс. респондентов – по госпитальному сегменту).

В 2016 году уровень розничных цен на ЖНВЛП амбулаторного сегмента повысился на 1,4 %, в том числе в разрезе ценовых категорий: стоимостью до 50 руб. - на 1,6 %; стоимостью от 50 до 500 руб. – на 1,3 %; стоимостью свыше 500 руб. - на 0,9 %.

В то же время розничные цены на препараты, не включенные в перечень ЖНВЛП, повысились в 2016 году в среднем на 7,4%, в том числе в разрезе ценовых категорий: стоимостью до 50 руб. - на 18,6 %; стоимостью от 50 до 500 руб. - на 8,6%; стоимостью свыше 500 руб. - на 4,3 %.

### **Мероприятие 9.3. Государственный контроль за обращением медицинских изделий**

Продолжалась работа по обеспечению населения качественными, безопасными и эффективными медицинскими изделиями. В рамках исполнения государственной функции по контролю в сфере обращения медицинских изделий в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих производство, реализацию и эксплуатацию (применение) медицинских изделий проведено 5 523 проверки. В результате по фактам допущенных правонарушений сумма наложенных штрафов составила более 25 млн рублей, процент взысканных штрафов составил – 83,38 %. В ходе контрольных мероприятий ограничено обращение 3 318 021 единицы медицинских изделий, не соответствующих установленным требованиям.

Проведенная Росздравнадзором в 2016 году работа способствовала достижению социальных и экономических эффектов, снижению общественно-опасных последствий.

В целях реализации пункта 2 статьи 100 Договора о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014 г. Соглашение о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники) в рамках Евразийского экономического союза ратифицировано Федеральным законом от 31 января 2016 г. № 4-ФЗ (далее – Закон № 4-ФЗ).

В рамках реализации Закона № 4-ФЗ предусмотрено принятие 13 нормативных правовых актов.

Советом Евразийской экономической комиссии приняты решения от 12 февраля 2016 г. № 26 «О специальном знаке обращения медицинских изделий на рынке Евразийского экономического союза», № 27 «Об утверждении Общих требований безопасности и эффективности медицинских изделий, требований к их маркировке и эксплуатационной



документации на них», № 28 «Об утверждении Правил проведения технических испытаний медицинских изделий», № 29 «О Правилах проведения клинических и клинико-лабораторных испытаний (исследований) медицинских изделий», № 30 «Об утверждении Порядка формирования и ведения информационной системы в сфере обращения медицинских изделий», № 42 «Об утверждении перечня видов медицинских изделий, подлежащих отнесению при их регистрации к средствам измерений», № 46 «О Правилах регистрации и экспертизы безопасности, качества и эффективности медицинских изделий» (далее соответственно – решение № 46, Правила) и от 16 мая 2016 г. № 38 «Об утверждении Правил проведения исследований (испытаний) с целью оценки биологического действия медицинских изделий».

Принято распоряжение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 26 июля 2016 г. № 109 «О рабочей группе по координации работ по созданию и ведению номенклатуры медицинских изделий Евразийского экономического союза». Российской стороной ведется подготовка проектов документов Евразийской экономической комиссии по вопросам регулирования рынка медицинских изделий Евразийского экономического союза, планируемых к разработке в 2016-2018 годах (8 документов).

Распоряжением Коллегии от 1 марта 2016 г. № 17 одобрено решение Совета Евразийской экономической комиссии «Порядок применения уполномоченными органами государств-членов Евразийского экономического союза мер по приостановлению или запрету применения медицинских изделий, представляющих опасность для жизни и (или) здоровья людей, недоброкачественных, контрафактных или фальсифицированных медицинских изделий и изъятию их из обращения на территориях государств – членов Евразийского экономического союза», и подготовлен проект решения Совета Евразийской экономической комиссии «Требования к внедрению, поддержанию и оценке системы менеджмента качества медицинских изделий в зависимости от потенциального риска их применения».

В рамках законодательства Российской Федерации в сфере обращения медицинских изделий в 2016 году приняты следующие нормативные правовые акты:

постановление Правительства Российской Федерации от 9 апреля 2016 г. № 282 «О внесении изменений в перечень медицинских товаров, реализация которых на территории Российской Федерации и ввоз которых на территорию Российской Федерации и иные территории, находящиеся под ее юрисдикцией, не подлежат обложению (освобождаются от обложения) налогом на добавленную стоимость»;

постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2016 г. № 1581 «О внесении изменений в перечень медицинских товаров, реализация которых на территории Российской Федерации и ввоз которых на территорию Российской Федерации и иные территории, находящиеся под ее юрисдикцией, не подлежат обложению (освобождаются от обложения) налогом на добавленную стоимость»;

распоряжение Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 г. № 2229-р «Об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг»;

приказ Минздрава России от 18 июля 2016 г. № 521н «О внесении изменений в некоторые административные регламенты Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции и предоставлению государственных услуг в сфере обращения медицинских изделий и осуществления фармацевтической деятельности»;

приказ Минздрава России от 11 марта 2016 г. № 155н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по приему и учету уведомлений о начале осуществления деятельности в сфере обращения медицинских изделий (за исключением проведения клинических испытаний медицинских изделий, их производства, монтажа, наладки, применения, эксплуатации, в том числе технического обслуживания, а также ремонта)»;

приказ Минздрава России от 20 апреля 2016 г. № 249н «О внесении изменений в некоторые приказы Минздрава России в целях реализации Федерального закона от 29 июня 2015 г. № 160-ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

#### **Мероприятие 9.4. Развитие государственной судебно-медицинской экспертной деятельности.**

Государственная судебно-медицинская экспертная служба представляет обширную структурную сеть, включающую ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России (далее – РЦСМЭ) и 87 региональных бюро судебно-медицинской экспертизы, которые имеют в своем составе более одной тысячи (1 148) территориально обособленных подразделений (по состоянию на январь 2015 года – 1 148, в 2013 году – 1 130, в 2012 году – 1 150).

В 2016 году сотрудники РЦСМЭ приняли участие в идентификационных исследованиях погибших в авиакатастрофе воздушного судна Аэробус А-321 (2015, Синайский полуостров), авиакатастрофе воздушного судна Боинг-737 (2016, Ростов-на-Дону), авиакатастрофе воздушного судна Ту-154 (2016, г. Сочи) и др.

В отчетном году выполнено 607 судебно-медицинских экспертиз.

В 2016 году выпущено 9 методических рекомендаций, информационных и учебно-методических писем:

«Исследование костей стопы при экспертизе идентификации личности»;

«Экспертное значение ребер взрослого человека при судебно-медицинской экспертизе скелетированных останков»;

«Правила забора, хранения, доставки биоматериала для проведения биохимического исследования и трактовки биохимических показателей в судебно-медицинской практике»;

«Об определении дипиридамола при судебно-химическом исследовании биологического материала»;

«Скрининг лекарственных и наркотических веществ, их метаболитов в крови с использованием твердофазной экстракции»;

«Химико-токсикологический и судебно-химический анализ клозапина, рисперидона, сертиндола, оланзапина и арипипразола в вещественных доказательствах небиологического происхождения»;

«Химико-токсикологический и судебно-химический анализ рисперидона, сертиндола, оланзапина и арипипразола в биологических жидкостях»;

«Химико-токсикологический и судебно-химический анализ рисперидона, сертиндола, оланзапина и арипипразола во внутренних органах»;

«Судебно-медицинская оценка токсичности опиодов у взрослых и детей с персистирующей болью».

В 2016 г. были проведены:

совещание на тему: «Актуальные проблемы в организации работы и экспертной деятельности государственных судебно-медицинских учреждений страны. Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро СМЭ». г. Санкт-Петербург, 10-12 февраля 2016 г.;

международная научно-практическая конференция «Криминалистическое сопровождение расследования преступлений: проблемы и пути их решения» г. Москва, 19 февраля 2016 г.;

совещание (V круглый стол) по теме: «Проблемы уголовного преследования и защиты по делам о преступлениях, совершаемых медицинскими работниками при оказании родовспоможения», г. Санкт-Петербург, 16-17 марта 2016 г.;

Всероссийский научно-практический круглый стол по теме: «Проблемы выявления и расследования преступлений в сфере оказания медицинских услуг», г. Санкт-Петербург, 14-16 апреля 2016 г.;

Всероссийская научно-практическая конференция на тему: «Организация судебно-медицинской службы России на современном этапе: задачи, пути решения, результаты», г. Воронеж, 19-22 апреля 2016 г.;

международная научно-практическая конференция Следственного комитета Российской Федерации и академии Следственного комитета Российской Федерации по теме: «Оптимизация предварительного следствия», г. Москва, Россия, 19 мая 2016 г.;

научное совещание специалистов государственных судебно-медицинских – экспертных учреждений страны, г. Красноярск, Россия, 4-10 сентября 2016 г.;

Всероссийское совещание-семинар руководителей экспертно-криминалистических подразделений МВД России, г. Иркутск, Россия, 1-5 августа 2016 г.;

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «История Российского центра судебно-медицинской экспертизы в лицах и фактах, к 85-летию со дня образования», г. Москва, Россия, 24-25 ноября 2016 г. и др.

Судебно-психиатрическая экспертная служба (СПЭС) Российской Федерации на 1 января 2017 г. организована в 84 субъектах Российской Федерации, представлена 134 медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь.

Общий объем экспертной работы, выполненный судебно-психиатрическими экспертными учреждениями (СПЭУ) Российской Федерации в 2016 г., составил 266 тыс. освидетельствований (240 тыс. амбулаторных и 17 тыс. стационарных). Количество других видов судебно-психиатрических освидетельствований (заочных, посмертных) составило в 2016 г. – 9 060 (3,4 %).

Количество стационарных судебно-психиатрических экспертных коек в 2016 г. составила 1 859 единиц.

Количество отделений СПЭ для лиц, содержащихся под стражей, уменьшилось к 2016 г. до 23 (за период с 2009 г. были закрыты отделения для лиц, содержащихся под стражей в 12 субъектах Российской Федерации), при этом число коек уменьшилось на 32,6 %, составив 646 в 2016 г.

В 62 субъектах Российской Федерации функционируют стационарные отделения СПЭ для лиц, не содержащихся под стражей. По сравнению с 2015 г. их число увеличилось на 4,5 %, составив на 1 января 2017 г. – 1 213.

Число комплексных судебно-психиатрических экспертиз (психолого-психиатрических, сексолого-психиатрических и др.) увеличилось с 2015 г. на 1,5 %, составив 69,2 тыс. (26 %).

В 2016 г. число СПЭ увеличилось на 3,2% по сравнению с 2015 годом и, составило 199 639.

Невменяемыми были признаны в 2016 г. 11 409 человек. Их доля в общей численности прошедших освидетельствование составила 5,7 %, в 2015 г. – 5,8 %. Ограниченно вменяемыми были признаны 3 918 чел. (2,0 %), в 2015 г. – 1,8 %.

В целях совершенствования системы судебно-психиатрической экспертной деятельности в 2016 г. проведены следующие мероприятия:

- доработан и актуализирован «Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы»;
- подготовлены, утверждены и опубликованы 6 методических рекомендации;
- проведены циклы дополнительного профессионального образования и циклы повышения квалификации.

В 2016 г. в целях повышения уровня профессиональной подготовки специалистов, участвующих в проведении СПЭ, проведены:

18-20 мая 2016 г. VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее», в рамках конгресса проходило секционное заседание: «Социальные, правовые и клинические аспекты судебной психиатрии»;

7-8 апреля 2016 года - научно-практическая конференция «Современные вопросы диагностики, лечения и судебно-экспертной оценки психических нарушений», г. Санкт-Петербург; и др.

#### **Мероприятие 9.5. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор**

В 2016 году Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее – Роспотребнадзор) 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 мероприятий подпрограммы за 2016 год – снижение и стабилизация заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, а также предупреждение распространения инфекционных и паразитарных болезней на территории Российской Федерации обеспечены.

В 2016 году в Российской Федерации продолжилось снижение заболеваемости по большинству нозологий, в том по кори заболеваемость снизилась в 4,7 раза, по брюшному тифу – в 2,2 раза, бактериальной дизентерии (шигеллезу) – на 3,6 %, острому гепатиту В – на 16,2 %, острому гепатиту С – на 13,9 %, хроническому гепатиту В – на 6,1 %, хроническому гепатиту С – на 4,8 %, менингококковой инфекции – на 24,2 % (в том числе генерализованные формы – на 25,6 %), впервые выявленному бруцеллезу – на 15,4 %, геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) – на 34,7 %, клещевому вирусному энцефалиту (КВЭ) – на 12 %, иксодовым клещевым боррелиозам (ИКБ) – на 17,2 %, гранулоцитарному анаплазмозу человека (ГАЧ) – в 2,2 раза, сифилису, впервые выявленному - на 10,7 %, гонококковой инфекции – на 22,1 %, впервые выявленному туберкулезу – на 6,6 %, псевдотуберкулезу – на 34,9 %.

Одним из приоритетных направлений деятельности Роспотребнадзора являлась профилактика, своевременное выявление и предупреждение распространения инфекционных заболеваний, управляемых средствами вакцинопрофилактики.

Планомерно проводилась работа по увеличению охвата населения профилактическими прививками против гриппа. Так, за последние пять лет охват населения прививками против гриппа в России возрос в 1,3 раза.

Благодаря комплексным усилиям в преддверии эпидемического подъема заболеваемости гриппом 2016 - 2017 годов в стране привито против гриппа наибольшее количество населения за всю историю вакцинопрофилактики гриппа - 55,9 млн. человек (38,2 % от численности населения Российской Федерации), в том числе более 15 млн. детей.

Количество смертельных исходов от гриппа по сравнению с прошлым эпидсезоном по оперативным данным снизилось более чем в 20 раз.

Роспотребнадзором осуществлялся контроль за выполнением планов иммунизации против инфекций, входящих в национальный календарь профилактических прививок, и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Планы практически по всем видам прививок национального календаря выполнены полностью.

Благодаря систематическим мероприятиям по вакцинации населения, достигнуты минимальные показатели заболеваемости острым гепатитом В за весь период наблюдения. Так, показатель заболеваемости острым гепатитом В составил 0,94 на 100 тыс. населения, при целевом показателе в 2016 году – 1,2 на 100 тыс. населения.

После пика заболеваемости в 2014 году, благодаря принятым дополнительным мерам по профилактике кори, в Российской Федерации продолжается снижение заболеваемости корью. Всего в 2016 году зарегистрировано 178 случаев заболевания корью – 0,12 на 100 тыс. населения (при целевом показателе на 2016 год – 1,0 на 100 тыс. населения), что в 4,7 раза меньше, по сравнению с предыдущим годом.

В 2016 году Роспотребнадзором подготовлены и направлены в Европейскую региональную комиссию ВОЗ по сертификации ликвидации кори и краснухи документы, подтверждающие отсутствие циркуляции эндемичных вирусов кори и краснухи на территории Российской Федерации в 2015 году. Со стороны ЕРБ ВОЗ получено официальное заключение о подтверждении данного факта.

В 2016 году работа по поддержанию свободного от полиомиелита статуса страны осуществлялась в соответствии с обновленным «Национальным планом действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации на 2016-2018 годы».

Роспотребнадзором проводится систематическая работа по недопущению формирования очагов опасных, в том числе зоонозных инфекций. Оперативная организация межведомственной работы на региональном уровне позволила в максимально короткие сроки (в течение одного инкубационного периода) локализовать крупный очаг сибирской язвы, зарегистрированный в Ямало-Ненецком автономном округе летом 2016 года, связанный с эпизоотией среди оленей.

В число приоритетных направлений деятельности Роспотребнадзора входят эпидемиологический надзор за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и контроль за соблюдением законодательства в сфере защиты прав потребителей медицинских услуг.

В рамках работ по импортозамещению принимаются дополнительные организационные меры по продвижению российских товаров на внутреннем рынке, проводится поиск отечественных расходных материалов для производства питательных сред (микробиологический агар, рыбная мука, поджелудочная железа, желчь, сахара и др.), завершаются научно-исследовательские работы и организация производства 30 наименований новых питательных сред, внедряются в производство зарубежные технологии.

Учреждениями Роспотребнадзора разработаны диагностические праймеры для бактериальных и вирусных особо опасных инфекций, а также создан принципиально новый высокочувствительный метод ИММУНО-ПЦР.

В настоящее время Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора разработал и зарегистрировал в Российской Федерации 169 наборов реагентов для диагностики различных заболеваний человека и 49 ветеринарных тест-систем. Институт является единственным госпредприятием в Российской Федерации, которое получило европейскую марку на 214 наборов реагентов, предназначенных для молекулярной диагностики различных инфекционных заболеваний человека.

В целях снижения импортозависимости и обеспечения лекарственной безопасности, в стране налажен выпуск 23 генерических антиретровирусных препаратов (дженериков), в производстве участвуют 8 отечественных фармацевтических компаний.

Российская Федерация практически полностью обеспечена собственными питательными средами для выделения и культивирования возбудителей опасных инфекционных заболеваний, основным производителем которых является ФБУН «Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии» (ГНЦ ПМБ) Роспотребнадзора.

Осуществление мероприятий по контролю (надзору) за детскими и подростковыми организациями явилось одним из значимых направлений деятельности органов и организаций Роспотребнадзора в 2016 году, в том числе обеспечение стабильности санитарно-эпидемиологического и санитарно-гигиенического состояния организаций отдыха и оздоровления детей, безопасности организованных детских коллективов при перевозке железнодорожным транспортом.

По итогам летней оздоровительной кампании установлено, что за 5 лет удельный вес детей с высокой эффективностью оздоровления увеличился на 10 % (с 84 % в 2011 г. до 94 % в 2016 году).

В 2016 году Роспотребнадзором принято активное участие в реализации приоритетного комплекса мер, направленных на совершенствование системы обеспечения качественным горячим питанием обучающихся в общеобразовательных организациях. Увеличился охват горячим питанием школьников начальных классов, который в 2016 году составил 97 % (2015 год – 96,4 %), а также охват всех обучающихся двухкратным горячим питанием, который составил 29 % (2015 год – 27 %). При этом, в 2016 году отмечается снижение на 1,5 – 3 % удельного веса невыполнения норм питания практически по всем основным продуктам питания по сравнению с 2015 годом.

Актуализация санитарно-эпидемиологических требований к условиям обучения и воспитания детей позволила создать дополнительные места в дошкольных организациях за счет высвобождения площадей в связи с использованием компактной, легко трансформируемой мебели при оснащении дошкольных групп, открытия дополнительных групп на нерационально используемых площадях действующих детских садов; формирования дошкольных групп в качестве структурных подразделений образовательных организаций; открытия дошкольных групп на базе жилых домов и квартир, а также сократить число детей в возрасте от трех до семи лет, нуждающихся в дошкольном образовании в 4,5 раза.

Большое внимание Службой в 2016 году уделено надзору за условиями проживания, за влиянием вредных факторов на состояние среды обитания и здоровье населения.

В результате осуществления Роспотребнадзором комплекса мероприятий, направленных на реализацию поручений Правительства Российской Федерации, положений Федерального закона от 07.12.2011 № 416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении» количество населения Российской Федерации, обеспеченного доброкачественной питьевой водой, увеличилось в 2016 году на 6,9 млн. человек, улучшилось состояние источников централизованного питьевого водоснабжения и водопроводов, уменьшилось число нестандартных проб питьевой воды, подаваемой населению из распределительной сети централизованного водоснабжения.

Улучшилось состояние зон санитарной охраны водоисточников. В 2016 году по требованию Роспотребнадзора разработаны и согласованы проекты зон санитарной охраны для 792 водоисточников.

В текущем году по результатам проведенных в 2016 году мероприятий по контролю за объектами водоснабжения и водоотведения Роспотребнадзором совместно с Минстроем России подготовлен и направлен в Правительство Российской Федерации проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О водоснабжении и водоотведении» и в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях», предусматривающие наделение органов исполнительной власти в субъектах Российской Федерации полномочиями по контролю за согласованием и выполнением планов мероприятий приведения питьевой воды в соответствие с установленными требованиями качества и безопасности, а также введение штрафных санкций за неисполнение требований по разработке, согласованию планов, разработку или корректировку инвестиционных программ.

В 2016 году установлены основы для сотрудничества между Роспотребнадзором и МАГАТЭ в сферах, связанных с радиационной безопасностью населения и работников, в целях обеспечения непрерывной защиты людей и окружающей среды от ионизирующих излучений. Приняты меры по восстановлению контроля в 142 случаях его утери за источниками ионизирующего излучения, что позволило предотвратить необоснованное дополнительное облучение населения Российской Федерации.



В 2016 году Роспотребнадзором активно проводился комплекс мероприятий по подготовке и проведению XXI Чемпионата мира по футболу 2018 года FIFA и Кубка Конфедераций FIFA 2017 в Российской Федерации.

Организован и реализовывался мониторинг за показателями химической, биологической и радиационной безопасности в окружающей человека среде в местах расположения стадионов, проживания и предполагаемого отдыха гостей. Проводился лабораторно-инструментальный контроль строительных материалов, конструкций и оборудования, поступающего на строительные площадки Чемпионата мира по футболу.

Вопросы обеспечения безопасности и качества пищевой продукции в Российской Федерации являются одним из приоритетов государственной политики в области продовольственной безопасности.

Особое внимание в 2016 году обращено на недопустимость осуществления реэкспорта запрещенной к ввозу продукции через другие страны, в том числе государства-члены Таможенного союза.

При осуществлении санитарно-карантинного контроля на Государственной границе Российской Федерации не допущено к ввозу около 3 тыс. тонн «санкционной» пищевой продукции, изъято из оборота более 200 тонн продукции, запрещенной к ввозу в Российскую Федерацию.

При обнаружении в обороте фальсифицированной продукции территориальными органами Роспотребнадзора приняты меры, направленные на пресечение противоправных действий, отозваны и приостановлены действия сертификатов соответствия и деклараций о соответствии, снято с реализации более 100 тонн фальсифицированной молочной продукции.

Снижается доля проб отечественной продукции, не соответствующей гигиеническим нормативам по содержанию химических контаминантов (2016 год – 0,56 %) и микробиологическим загрязнителям (2016 год – 4,3 %).

Роспотребнадзором реализованы меры по снижению заболеваемости населения, обусловленной микронутриентной недостаточностью.

В рамках реализации поручения Президента Российской Федерации с целью создания национальной системы управления качеством пищевой продукции разработана Стратегия повышения качества пищевой продукции в Российской Федерации до 2030 года, которая утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.06.2016 № 1364-р.

В 2016 году Роспотребнадзором проведены мероприятия, направленные на реализацию государственной политики Российской Федерации в области защиты прав потребителей. Принято непосредственное участие в работе по пересмотру Руководящих принципов Организации Объединенных Наций для защиты интересов потребителей, утвержденных соответствующей резолюцией на 70-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН. Организована работа Консультативного совета по защите прав потребителей государств – участников СНГ, дискуссии на платформе Комитета по потребительской политике ОЭСР. В качестве со-председателя Роспотребнадзор провел первое заседание Межправительственной группы экспертов по законодательству в области защиты прав потребителей.

На дальнейшее обеспечение информационной открытости Службы и повышение уровня правовой просвещенности граждан по вопросам защиты их потребительских прав направлен государственный информационный ресурс в области защиты прав потребителей (ГИС ЗПП), размещенный на сайте Роспотребнадзора.

На портале ГИС ЗПП размещена вся действующая нормативная правовая база по защите прав потребителей, в открытом доступе находятся сведения обо всех органах и организациях Роспотребнадзора, оказывающих практическую консультативную и информационную помощь, данные об общественных объединениях потребителей; сведения о случаях нарушения требований технических регламентов с указанием на факты несоответствия продукции обязательным требованиям; судебная практика Роспотребнадзора в сфере защиты прав потребителей.

В целях надлежащего и неснижаемого уровня защиты всех базовых потребительских прав граждан при одновременном обеспечении доступности как можно большего спектра товаров (работ, услуг) и повышении качества потребления в целом Роспотребнадзором разработан проект Концепции государственной политики Российской Федерации в области защиты прав потребителей до 2025 года, который в настоящее время проходит процедуры межведомственного согласования.

Подготовлен и внесен в Правительство Российской Федерации проект федерального закона «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О защите прав потребителей» в целях совершенствования государственного управления в области защиты прав потребителей и усиления правовых гарантий защиты прав потребителей, приобретающих товары в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

В результате осуществления Роспотребнадзором комплекса мероприятий, направленных на снижение масштабов злоупотребления алкоголем, потреблением табака в 2016 году почти на 37 % снизилось количество больных, взятых под диспансерное наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизмом, на 24 % снизилась численность больных алкоголизмом, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, на 39 % снизилась распространенность потребления табака среди взрослого населения Российской Федерации.

При осуществлении федерального государственного надзора в установленных сферах деятельности в 2016 году территориальными органами Роспотребнадзора проведено 235 629 проверок, из них плановых проверок – 64 146. Выполнение ежегодного плана проведения плановых проверок Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека составило в 2016 году (по предварительным сведениям) 97 %, 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 – на 100 %.

## **Мероприятие 9.6 Организация обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

В рамках проводимой Роспотребнадзором работы выявлены имеющиеся в правовом регулировании пробелы, не позволяющие пресекать нарушения в сфере обращения пищевых продуктов. В этой связи Роспотребнадзор подготовил ряд законодательных инициатив.

Так, в целях установления уголовной ответственности за ввоз, производство и оборот фальсифицированной пищевой продукции Роспотребнадзором подготовлены проекты федеральных законов «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации в части усиления мер противодействия обороту фальсифицированной пищевой продукции» и «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части усиления мер противодействия обороту фальсифицированной пищевой продукции».

В настоящее время проект федерального закона «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части усиления мер противодействия обороту фальсифицированной пищевой продукции» внесен в Правительство Российской Федерации.

К числу главных итогов 2016 года следует отнести реализацию Роспотребнадзором этапа реформы контрольно-надзорной деятельности, как одного из ключевых направлений стратегического планирования Российской Федерации, направленного на обеспечение устойчивой и эффективной системы предупреждения, выявления и реагирования на угрозы санитарно-эпидемиологического благополучия.

Роспотребнадзор продолжает осуществлять мероприятия, направленные на минимизацию административного давления и снижение издержек со стороны предпринимательского сообщества.

Сформирована устойчивая тенденция снижения числа проведенных проверок, общее число которых за последние 5 лет снизилось почти на 40 %. В 2016 году количество проведенных проверок снизилось на 11 % по сравнению с 2015 годом - с 265 тыс. проверок до 235 тыс. проверок.

В результате «надзорных каникул» для предприятий, в течение трех лет не имевших серьезных нарушений установленных требований к ведению деятельности, снижено количество проверок, проведенных в отношении субъектов малого предпринимательства.

В деятельность Роспотребнадзора внедряются методы проектного управления. Роспотребнадзор является участником реализации приоритетного проекта «Реформа контрольно-надзорной деятельности», в связи с чем применены новые подходы при организации контрольно-надзорной деятельности, в частности, переход к модели управления рисками.

Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется Роспотребнадзором с применением риск-ориентированного подхода. Для планирования контрольно-надзорных мероприятий создан федеральный реестр субъектов и объектов надзора, сформированы перечни

объектов государственного надзора, которым присвоены категории риска в соответствии с Правилами отнесения деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей и (или) используемых ими производственных объектов.

Роспотребнадзором обеспечена доступность информации о подконтрольных объектах, подлежащих федеральному государственному санитарно-эпидемиологическому надзору, и присвоенных им категориях риска и критериях отнесения к ним.

Результатом применения риск-ориентированного подхода при организации контрольно-надзорных мероприятий стало сокращение плановых проверок на объектах низкого риска для населения по сравнению с 2015 годом более чем на 30 %. Освобождены от плановых проверок в связи с отнесением их к категории низкого риска около 500 тысяч объектов – 22 % от общего количества объектов, подлежащих государственному надзору.

Обеспечено межведомственное взаимодействие при осуществлении контрольно-надзорных мероприятий.

Ведется актуализация действующих ведомственных нормативных актов с целью выявления, систематизации и оценки избыточных, устаревших и дублирующих требований в области санитарно-эпидемиологического надзора на основании планов, подготовленных с учетом предложений не только органов государственной власти, но и бизнес-сообщества (РСПП, Опора России, Деловая Россия). С 2013 года разработано и пересмотрено более 200 санитарных правил и гигиенических нормативов.

В результате деятельности по санитарно-эпидемиологическому нормированию за истекший период 2016 года разработано 49 проектов нормативных актов санитарного законодательства, касающихся условий транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов, требований к физическим факторам на рабочих местах, требований к организациям социального обслуживания. Внесены изменения в ряд санитарных правил и гигиенических нормативов.

Роспотребнадзором составлены, размещены на официальном сайте нормативные акты, содержащие обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю при осуществлении федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей.

Реализуется пилотный проект по разработке и внедрению системы оценки результативности и эффективности контрольно-надзорной деятельности. Разработаны и утверждены приказом Роспотребнадзора показатели конечных общественно значимых результатов деятельности Роспотребнадзора, показатели оценки результативности и эффективности осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

В целях предупреждения нарушений юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями обязательных требований, устранения причин, факторов и условий, способствующих нарушениям обязательных требований, Роспотребнадзором, его территориальными органами проводятся

ежеквартальные публичные мероприятия с участием общественных организаций «Дни открытых дверей для предпринимателей».

Всероссийский день открытых дверей для предпринимателей направлен на повышение знаний среди предпринимательского сообщества о деятельности Роспотребнадзора, правах и обязанностях юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, о возможностях информационных ресурсов Роспотребнадзора.

В целях реализации требований Концепции развития механизмов предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном виде Роспотребнадзором обеспечен перевод наиболее востребованных государственных услуг в электронный вид. Внедрена система оценки гражданами качества предоставляемых Роспотребнадзором государственных услуг.

В 2016 году Роспотребнадзор продолжил последовательное решение задач, стоящих перед службой в сфере международного сотрудничества, включая вопросы сотрудничества в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и безопасности пищевой продукции.

Сотрудничество осуществлялось как со странами ближнего зарубежья, так и африканского и азиатско-тихоокеанского регионов. В 2016 году продолжилось предоставление помощи странам СНГ, Евразийского экономического союза (ЕАЭС), Шанхайской организации сотрудничества в деле борьбы с инфекциями и санитарной охраны территории.

В 2016 году Роспотребнадзором была продолжена реализация уже начатых программ и дан старт новым проектам по оказанию помощи странам-партнёрам, прежде всего из Содружества Независимых Государств (СНГ), по наращиванию потенциала в области борьбы с инфекционными болезнями. Содействие оказывается в области профилактики и противодействия ВИЧ/СПИД, реализации Международных медико-санитарных правил (2005 г.), снижения рисков завоза и распространения чумы из трансграничных очагов в целях построения единой системы предупреждения и реагирования на угрозы инфекции на евразийском пространстве.

Роспотребнадзор продолжил развивать двухстороннее сотрудничество с Гвинейской Республикой по вопросам борьбы с инфекционными заболеваниями. Создан Российско-Гвинейский научно-исследовательский Центр эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней в Гвинейской Республике.

В 2016 году Роспотребнадзор активно развивал сотрудничество по линии АТЭС-Россия-АСЕАН Восточноазиатского саммита (ВАС). По инициативе Роспотребнадзора начата работа по созданию в рамках механизма ВАС совещания старших должностных лиц и экспертов в области общественного здравоохранения.

В 2016 году Роспотребнадзором продолжена реализация в рамках компетенции обязательств, связанных с членством России во Всемирной торговой организации (ВТО) и Комиссии «Кодекс Алиментариус» (Кодекс), и

развития диалога с Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).

В 2016 году специалисты Роспотребнадзора продолжили отстаивать применяемые Роспотребнадзором меры в отношении торговых партнеров из третьих стран по предотвращению обманной практики в торговле, обеспечению жизни и здоровья населения в рамках работы комитетов ВТО по применению санитарных и фитосанитарных мер в торговле, комитетов ВТО по техническим барьерам в торговле.

Значительный вклад был внесен в подготовку доклада Российской Федерации к Первому Обзору торговой политики Российской Федерации в рамках ВТО, представленному на площадке ВТО в сентябре 2016 года и ознаменовавшему четырехлетний период членства России в данной организации.

Продолжена работа по сближению позиций России и стран-членов ЕАЭС с международными нормативами в рамках деятельности Комиссии «Кодекс Алиментариус».

Важным этапом сотрудничества с Комиссией «Кодекс Алиментариус» стало усовершенствование языковой политики организации. Так, на протяжении нескольких последних лет Роспотребнадзор прикладывал значительные усилия по расширению использования русского языка и его включению в число рабочих языков Комитета Кодекса по Европе. В 2016 году удалось добиться вынесения на рассмотрение этого вопроса на уровень Комиссии Кодекса. Решение будет принято в 2017 году.

Продолжено активное взаимодействие Роспотребнадзора с Комитетом ОЭСР по политике в сфере потребления (далее - Комитет) и Рабочей группой ОЭСР по безопасности потребительской продукции. В марте 2016 года Совет ОЭСР утвердил новую редакцию Рекомендаций Совета ОЭСР по защите потребителей в контексте электронной коммерции, действующих с 1999 года. Благодаря активному участию Роспотребнадзора в деятельности Комитета российские специалисты были включены в состав рабочей группы по пересмотру данного документа и приняли непосредственное участие в его разработке, что обеспечило учет предложений России в его итоговой редакции.

Кроме того, Роспотребнадзор принимает участие в работе над проектами соглашений о зоне свободной торговли между государствами-членами ЕАЭС и третьими странами в целях продвижения национальных интересов и получения выгод, необходимых для Российской Федерации.

В целях ведения странами-членами ЕАЭС согласованной политики в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в соответствии с Договором о Евразийском экономическом союзе от 29 мая 2014 года в 2016 году решением Высшего Евразийского экономического совета 31 мая 2016 года утверждено создание вспомогательного органа - Совета руководителей уполномоченных органов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения государств-членов Евразийского экономического союза.

В ходе первого заседания Совета в сентябре 2016 года Руководитель Роспотребнадзора – Главный государственный санитарный врач Российской Федерации А.Ю. Попова избрана Председателем Совета.

Создание Совета руководителей уполномоченных органов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения ЕАЭС стало важным этапом развития интеграции на евразийском пространстве. Деятельность Совета будет способствовать не только снижению рисков для жизни и здоровья населения стран-членов ЕАЭС, вызванных текущими региональными и глобальными угрозами, обеспечит содействие экономической интеграции через гармонизацию санитарных и противозидемических мероприятий, а также станет механизмом практического сотрудничества соответствующих ведомств государств-членов ЕАЭС.

Кроме того, в 2016 году на площадке ЕАЭС был создан Консультативный комитет по вопросам защиты прав потребителей государств-членов ЕАЭС. Ожидается, что работа Комитета будет способствовать формированию единых подходов в решении актуальных вопросов защиты прав потребителей на пространстве ЕАЭС, что в целом коррелируется с работой, проводимой в рамках Консультативного совета по защите прав потребителей.

Важным направлением деятельности Роспотребнадзора является взаимодействие с Евразийской экономической комиссией, которое продолжилось в 2016 году в рамках взаимодействия с Подкомитетом по санитарным мерам при Консультативном Комитете по техническому регулированию, применению санитарных, ветеринарных и фитосанитарных мер при Коллегии ЕЭК, в том числе в области установления требований к продукции и связанных с требованиями к продукции процессов в рамках технического регулирования.

За истекший период 2016 года Евразийской экономической комиссией одобрены акты Евразийского экономического союза, разработанные с участием Роспотребнадзора - Решение Совета Комиссии «Об утверждении Порядка разработки, утверждения, изменения и применения единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований и процедур» (одобрено распоряжением Коллегии Евразийской экономической комиссии от 22 марта 2016 года № 33).

Продолжена работа по пересмотру действующих документов, составляющих право Евразийского экономического союза, в том числе Единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), утвержденных Решением КТС от 28 октября 2010 года № 299.

Подготовлены, согласованы с федеральными органами исполнительной власти и направлены в ЕЭК проекты Решения Совета Евразийской экономической комиссии и Распоряжения ЕЭК, касающиеся вопросов внесения изменения в Единые санитарные требования в части исключения содержания фосфорнокислых соединений из состава рецептуры синтетических моющих и водосмягчающих средств; внесения изменения в Единые санитарные

требования в части изменения нормируемого показателя безопасности «Е-капролактама».

В соответствии с планом, утвержденным решением Совета Евразийской экономической комиссии от 1 октября 2014 года № 79, Роспотребнадзор определен разработчиком (соразработчиком) 24 проектов технических регламентов Евразийского экономического союза и изменений в принятые технические регламенты Таможенного союза.

В соответствии с поручениями Правительства Российской Федерации проводилась работа по внесению изменений в технические регламенты Таможенного союза в части установления требований к БАД, к пище, к детскому питанию, в части установления критериев понятий «легкочитаемость», «понятность», «контрастность фона» и других обязательных требований к маркировке пищевой продукции.

### **Мероприятие 9.7 Обеспечение реализации подпрограммы<sup>17</sup>**

В рамках данного мероприятия в течение 2016 года осуществлялись выплаты по оплате труда работников государственных органов; выплаты по оплате труда работников территориальных органов; выплаты с целью обеспечения функций государственных органов, в том числе территориальных органов; компенсация расходов на оплату стоимости проезда и провоза багажа при переезде лиц (работников), а также членов их семей при заключении (расторжении) трудовых договоров с организациями, финансируемыми из федерального бюджета, расположенными в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях; компенсация расходов на оплату стоимости проезда и провоза багажа к месту использования отпуска и обратно лицам, работающим в организациях, финансируемых из федерального бюджета, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях.

### **Подпрограмма Б. «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»**

**Мероприятие Б.1 «Совершенствование медицинской помощи населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда»**

**(Оказание медицинской помощи работникам отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда и населению отдельных территорий с опасными для здоровья человека физическими,**

---

<sup>17</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».



**химическими и биологическими факторами<sup>18)</sup>**

Медико-санитарное обеспечение работников отдельных отраслей промышленности и жителей отдельных территорий осуществляет Федеральное медико-биологическое агентство (далее – ФМБА России).

ФМБА России несет ответственность за здоровье и профессиональное долголетие работников предприятий Росатома, Роскосмоса, Минпромторга России, Россудостроения, Следственного комитета Российской Федерации и целого ряда других министерств и ведомств, а также спортсменов сборных команд Российской Федерации.

Под контролем ФМБА России находится здоровье жителей более 20 закрытых административно-территориальных образований, городов расположения атомных станций, ряда наукоградов.

Общая численность российских граждан, подлежащих обслуживанию ФМБА России, составляет около 10 млн человек.

Приоритетным разделом деятельности ФМБА России является промышленное здравоохранение – раздел государственного здравоохранения, представляющий комплекс социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья работников предприятий. Основные направления деятельности – предварительные и периодические медицинские осмотры работников, предсменные (послесменные), предрейсовые (послерейсовые) медицинские осмотры, работа персонала здравпунктов и цеховых врачебных участков.

Полнота охвата предварительными и периодическими медицинскими осмотрами работников предприятий, прикрепленных на медицинское обслуживание к ФМБА России, в 2016 году составила 98,4 %. Число работников со стажем более 5 лет, прошедших периодический медицинский осмотр в центрах профессиональной патологии, составило в 2016 году 60 249 человек.

Важной составляющей промышленного здравоохранения ФМБА России являются центры профпатологии.

По состоянию на 31 декабря 2016 года, служба профпатологии ФМБА России включает 14 центров профпатологии, созданных на базе многопрофильных специализированных медицинских организаций. Коечная мощность центров профпатологии составляет 745 коек круглосуточного стационара и 89 коек дневного стационара, на которых в 2016 году было пролечено соответственно 21 102 и 4 552 пациента. Укомплектованность штатами центров профпатологии составляет 75 %, оборудованием – 80 %.

С целью совершенствования и подготовки специализированных врачебных кадров, в том числе, для укомплектования цеховой службы, в ФГБОУ ИПК ФМБА России функционирует кафедра «Промышленное здравоохранение», с тематическим усовершенствованием по профпатологии.

---

<sup>18</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

Укомплектованность медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, врачами терапевтами участковыми цеховых участков в 2016 году составляет 94,6%, прошедших усовершенствование по профпатологии – 88,4%, укомплектованность врачами-профпатологами – 82,9%, что превышает плановый показатель (73,5%) на 9,4%.

Высокотехнологичная медицинская помощь в 2016 году оказывалась по 16 видам медицинской помощи и по 52 группам заболеваний в 26 медицинских организациях ФМБА России. По итогам 2016 года медицинскими организациями ФМБА России по ВМП пролечено 22633 пациента, из них 1847 детей, что приближается к 100% от плановых объемов (22634). 1 объем не освоен в ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России, поскольку назначенный на 18 декабря 2016 года на плановую госпитализацию и оперативное лечение ребенок заболел ОРВИ.

В 2016 году медицинские организации ФМБА России осуществляли медицинское обеспечение 4 запусков пилотируемых космических кораблей, 4 посадок космонавтов при их возвращении на Землю из космического полета, 8 непилотируемых космических объектов, в том числе одного с нового космодрома «Восточный».

Санаторно-курортное лечение – важная составляющая в поддержании здоровья работников предприятий отдельных отраслей промышленности.

На территории Северо-Кавказского региона расположено несколько здравниц ФМБА России. В феврале 2016 года санатории были объединены в подведомственный медицинский кластер – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Кавказский федеральный научно-клинический центр ФМБА России», который стал одним из крупнейших медицинских центров Российской Федерации. В 2016 году уже более 4 тыс. человек получили реабилитационную помощь.

ФМБА России активно направляет вектор усилий по внедрению технологии ядерной медицины в подведомственных организациях.

12 октября 2016 года в г. Димитровград Ульяновской области произошло историческое событие для отечественной ядерной медицины. На площадке строящегося Федерального высокотехнологичного центра медицинской радиологии Федерального медико-биологического агентства установили уникальный циклотрон – гигантский технологический комплекс протонной терапии, в котором вскоре получают инновационное лечение пациенты с онкологическими заболеваниями.

Строящийся федеральный высокотехнологичный центр медицинской радиологии представляет единственный в России большой комплекс замкнутого цикла ядерной медицины, в котором будут представлены все имеющиеся на сегодня методы диагностики и лечения. Максимальное количество пациентов данного центра – 1 200 больных в год.

Сдача объектов в эксплуатацию будет происходить поэтапно в течение 2017–2018 годов.

В 2016 году в рамках Федеральной адресной инвестиционной программы завершена реконструкция федерального государственного бюджетного

учреждения «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства», г. Санкт-Петербург.

После реконструкции клиника располагает 10 клиническими отделениями на 368 коек, включая два отделения реанимации и интенсивной терапии, что позволит принимать на стационарное лечение для оказания специализированной медицинской помощи до 15 тыс. больных, а также амбулаторно – до 60 тыс. детей в год.

Институт избран главной площадкой для обучения врачей и распространения передового опыта.

ФМБА России в 2016 году завершило строительство первой очереди комплекса зданий медико-санитарной части для социального обеспечения деятельности космодрома «Восточный» в г. Циолковский Амурской области для обеспечения медицинской помощью работающих персонал, членов их семей и прикомандированных сотрудников.

Введенные в эксплуатацию объекты здравоохранения позволят оказывать современную специализированную помощь всем жителям города Циолковский.

Медсанчасть космодрома «Восточный» Дальневосточного окружного медицинского центра ФМБА России полностью оснащена современным медицинским оборудованием, кадрами, прошла лицензирование и приступила к работе.

Примером успешного международного сотрудничества является открытие 22 октября 2016 года в Никарагуа (Манагуа) первого в Латинской Америке иммунобиологического предприятия по производству вакцин – Mechnikov, созданного Санкт-Петербургским научно-исследовательским институтом вакцин и сывороток и предприятием по производству бактериальных препаратов ФМБА России, который с 2014 года активно развивает сотрудничество со странами Центральной и Южной Америки, направленное на продвижение иммунобиологических и фармацевтических препаратов российского производства.

Mechnikov был построен всего за девять месяцев. Общий объем инвестиций составил 21 млн долларов США, из них 14 млн долларов инвестировала Российская Федерация.

Производственные мощности Mechnikov, расположенные на 9 тыс. кв. метрах, являются одним из самых передовых и самых современных на сегодняшний момент производств не только в Латинской Америке, но и в мире в целом.

#### *Развитие водолазной медицины*

В сфере медицинского обеспечения водолазных и кессонных работ для медицинских осмотров водолазов и кессонщиков сформированы и функционируют 24 водолазно-медицинские комиссии.

В 2016 году созданы водолазно-медицинские комиссии в Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Мурманский медицинский центр им. Н.И. Пирогова ФМБА России» (г. Мурманск) и Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения

«Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России» (г. Санкт-Петербург).

Всего за счет средств федерального бюджета осмотрено 600 водолазов и кессонщиков, из них – 5 человек признаны негодными к водолажным работам.

В 6 медицинских организациях работают врачи по водолазной медицине. В связи с отсутствием нормативов (порядка оказания медицинской помощи по данному профилю) имеется трудности с введением должностей «врач по водолазной медицине».

#### *Анализ инфекционной и паразитарной заболеваемости*

Среди населения, подлежащего обслуживанию ФМБА России в 2016 г. зарегистрировано 667 817 случаев инфекционных заболеваний, в том числе ОРВИ, грипп и паразитарные заболевания, что на 7,0 % больше, чем в 2015 г. (620 814 случаев). Суммарное число заболевших гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями в 2016 г. составило 605 631 случай (в том числе гриппом – 3 610 случаев). Заболеваемость гриппом в структуре ОРВИ составляет 0,6 %.

В целом эпидемическая обстановка в 2016 году оценивалась как относительно благополучная. В 2016 году не регистрировались случаи заболевания брюшным тифом, паратифом, холерой, дифтерией, полиомиелитом и гемофильной инфекцией.

Снижение инфекционной заболеваемости отмечалось по 15 нозологическим формам: острые кишечные инфекции, вызванные ротавирусами, хронические вирусные гепатиты, туберкулез, сифилис, микроспория – в 1,1 раза; укусы клещами, педикулез – в 1,2 раза; стрептококковая инфекция, грипп – в 1,3 раза; чесотка – в 1,4 раза; энтеровирусная инфекция – в 1,5 раза; клещевой вирусный энцефалит – в 1,7 раза; геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – в 2,2 раза; острые гепатиты – в 2,6 раза; псевдотуберкулез – в 3,5 раза.

В 2016 году отмечен рост заболеваемости по 10 нозологическим формам: коклюш, укусы животными, ОРВИ – в 1,1 раза; бактериальная дизентерия, острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными возбудителями, внебольничная пневмония – в 1,2 раза; вирус носительство гепатита В – в 1,3 раза; инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-инфекция – в 1,4 раза; острые кишечные инфекции, вызванные вирусом Норфолк, – в 1,7 раза.

В 2016 году не было зарегистрировано вспышек массовых инфекционных заболеваний в летних оздоровительных организациях, предназначенных для отдыха детей.

Заболеваемость дифтерией не регистрируется 13 лет. Эпидемиологическое благополучие обеспечивается за счет высокого уровня охвата профилактическими прививками детского и взрослого населения. Число детей своевременно привитых против дифтерии в декретированные сроки в возрасте 12 месяцев остается на высоком уровне 95 %, в возрасте 15-18 лет – 94 %, взрослые 18-35 лет – 94 %, 36-60 лет – 91 %, старше 60 лет – 92 %.

Случаи заболевания полиомиелитом среди населения, подлежащего обслуживанию ФМБА России, не регистрируются более 50 лет. Эпидемическое благополучие при данной инфекции обеспечивается за счет поддержания стабильно высоких показателей охвата профилактическими прививками детей в возрасте 12 и 24 месяцев на уровне 95,6 – 93,2 % и всего детского населения до 15 лет на уровне 99,5 %, в возрасте 15 – 18 лет – 99 %.

***Организация и проведение федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора***

Количество территориальных органов ФМБА России (межрегиональных и региональных управлений) на 1 января 2017 г. составило 38, федеральных государственных бюджетных учреждений здравоохранения – центров гигиены и эпидемиологии ФМБА России – 56.

За 2016 год территориальными органами ФМБА России проведено 3 576 проверок, из них 1 166 проверок, предусмотренных ежегодным планом проведения проверок, и 2 410 внеплановых проверок. Сводный план плановых проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей выполнен на 98 %.

Государственное задание Центрами гигиены и эпидемиологии ФМБА России по обеспечению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора выполнено на 100 %.

**Мероприятие Б.2 «Медико-биологическое и медико-санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации».**

**(Медицинское и медико-биологическое обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации<sup>19</sup>)**

Наиболее значимые обеспеченные в 2016 году спортивные мероприятия: Олимпийские Игры в Рио-де-Жанейро, международное ралли «Шелковый путь-2016» (Российская Федерация – Республика Казахстан), первые зимние молодежные российско-китайские игры (КНР, г. Харбин).

Всего в сборных командах в 2016 году работало 298 врачей, 239 массажистов и 37 психологов.

Показатель «Укомплектованность спортивных сборных команд Российской Федерации врачами и массажистами» в 2016 г. составил 98 %.

Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с ФМБА России подготовлен стандарт медицинского обеспечения лиц, проходящих спортивную подготовку, включающий систематический медицинский контроль, с учетом вида спорта, этапа спортивной подготовки (приказ Минздрава России от 1 марта 2016 года № 134н «О порядке организации медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься

---

<sup>19</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»).

Показатель «Количество внедренных инновационных технологий медико-биологического и медико-санитарного обеспечения в процесс подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта» в 2016 г. составил 5 технологий.

#### **Внедрены новые технологии:**

1. Методика диагностики психологического статуса и повышения психофизиологических адаптационных возможностей методом БОС-технологий;

Медицинские организации/организации, участвующие во внедрении:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России);

- Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы, Филиал № 1, Клиника спортивной медицины.

Виды спорта – санный спорт, фристайл, спортивная борьба, теннис, прыжки воду.

2. Методика динамического мониторинга функционального состояния и психофизиологических показателей спортсменов сборных команд в игровых видах спорта для врачей сборных команд Российской Федерации.

Медицинские организации/организации, участвующие во внедрении:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России);

- ФГБУ Учебно-тренировочный центр «Новогорск»;

- ГБОУ «Центр спорта и образования «Самбо-70» Москомспорта.

Виды спорта - баскетбол, гандбол.

3. Методика психодиагностической комплексной оценки ментальной подготовленности спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации.

Медицинские организации/организации, участвующие во внедрении:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России);

- ООО «Инфотель».

Виды спорта – баскетбол, бокс, вольная борьба, гольф, греко-римская борьба, гребной слалом, дзюдо, легкая атлетика, скалолазание, практическая стрельба, самбо, современное пятиборье, стендовая стрельба, стрельба из лука,

теннис, тяжелая атлетика, фехтование, фигурное катание, футбол, художественная гимнастика.

4. Технология подготовки эффективных самоинструкций для успеха спортивных выступлений у высококвалифицированных спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации по олимпийским видам спорта.

Медицинские организации/организации, участвующие во внедрении:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России);

- ООО «Инфотель».

Виды спорта – гольф, футбол, баскетбол.

5. Методика срочной мобильной диагностики травм головного мозга у высококвалифицированных спортсменов летних и зимних олимпийских видов спорта и прогноза их возвращения к профессиональной спортивной деятельности с учетом применения автоматизированной системы.

Медицинские организации/организации, участвующие во внедрении:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России);

- АНО «Новые спортивные технологии».

Виды спорта - спортсмены олимпийских видов спорта (зимние и летние виды спорта).

**Мероприятие Б.3 «Обеспечение функциональной готовности к оказанию медико-санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений)».**

В ФМБА России создана эффективная система обеспечения готовности к действиям в чрезвычайных ситуациях, оказанию медико-санитарной помощи пострадавшим.

Всего на базе подведомственных учреждений ФМБА России создано более 250 бригад квалифицированной и специализированной медицинской помощи: хирургических, травматологических, реанимационных, нейрохирургических, инфекционных и других.

Участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера:

- с 15 по 19 апреля 2016 года Мобильный отряд экстренной медицинской помощи ФГБУ СибФНКЦ принимал участие в ликвидации последствий паводка в районе села Могочино Молчановского района Томской области;

- 07.09.2016-30.09.2016 г. Проведение вакцинации населения и ликвидация медико-санитарных последствий после тайфуна «Лайонрок» на территории Приморского края.

Поддержание готовности сил и средств ФМБА России, предназначенных для реагирования в чрезвычайных ситуациях, осуществлялось путем участия в крупномасштабных командно-штабных учениях, межведомственных и объектовых учениях и тренировках. В ходе таких учений отработывались вопросы взаимодействия в организации мероприятий по вопросам радиационной, химической и биологической безопасности.

25-27 мая 2016 года Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России представил экспозицию на XII Всероссийском форуме-выставке «Современные системы безопасности – Антитеррор», специалисты данной медицинской организации развернули мобильный госпиталь из 2 операционных, 3 реанимационных, 2 перевязочных и 2 штабных машин. Участники выставки смогли ознакомиться с медицинским оборудованием, установленным в автомобилях.

Специалисты Федерального Сибирского научно-клинического центра ФМБА России (далее ФСНКЦ) в мае, июне, июле 2016 года на базе Сибирского регионального поисково-спасательного отряда сотрудники нештатного медицинского формирования СМБЭР в составе мобильных медицинских бригад ФГКУ «СРПСО МЧС России» приняли участие в учебно-тренировочных занятиях по программе INSARAG по теме: «Организация взаимодействия медицинских работников ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России и спасателей ФГКУ «СРПСО МЧС России» при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и в период с 6 по 8 сентября 2016 приняли участие и прошли международную аттестацию в составе ФГКУ «СРПСО МЧС России по программе INSARAG.

В период с 5 по 7 сентября 2016 года под руководством главного внештатного специалиста по гражданской обороне и чрезвычайным ситуациям ФМБА России Б.В. Баранкина на базе ЮОМЦ ФМБА России в г. Ростов-на-Дону организовано и проведено расширенное заседание Профильной комиссии по гражданской обороне и чрезвычайным ситуациям с проведением показательных учений по теме: «Действия бригад специализированной медицинской помощи в условиях ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на обслуживаемом объекте».

07.06.2016 г. ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России приняло участие в территориальной тренировке по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС на территории Новосибирской области. Тренировка проводилась с органами управления и силами МЧС России, органами управления, силами и средствами функциональных подсистем РСЧС. МОЭМП ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России принимает пострадавших из очага заражения хлором в г. Бердске Новосибирской области.

В период с 14 по 15 июня 2016 года Мобильный отряд экстренной медицинской помощи ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России принял участие в комплексном учении по теме: «Ведение поисковых и аварийно-спасательных



работ на объекте метрополитена и в электропоезде после совершения террористического акта» на станции «Площадь Ленина» МУП «Новосибирский метрополитен».

Как и в предыдущие годы, медицинские организации и специалисты ФМБА России активно привлекались к подготовке и проведению учений по вопросам радиационной безопасности, проводимых совместно с ОАО «Концерн Росэнергоатом» в рамках сотрудничества с МАГАТЭ. В ходе проведенных противоаварийных тренировок и учений совершенствовалась практика работы экспертных и технических групп Аварийного медицинского радиационно-дозиметрического центра (АМРДЦ) ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, отработывалась согласованность действий и принятых решений, вследствие чего повысился общий уровень работы экспертов и персонала специализированной радиологической бригады. Тренировочная деятельность АМРДЦ была направлена на отработку процедур аварийного реагирования, ведомственного и межведомственного взаимодействия.

Всего в 2016 г. АМРДЦ участвовал в проведении 12 учебно-тренировочных мероприятий, в том числе 3 международных.

В декабре 2016 года в поселке Оболенск Московской области проведены межведомственные тактико-специальные учения по ликвидации последствий чрезвычайной ситуации биологического характера. Отработаны вопросы взаимодействия учреждений ФМБА России и Роспотребнадзора при выявлении лиц с заболеваниями, вызванными микроорганизмами I и II группы патогенности.

В 2016 году ФМБА России продолжило выполнение задач по медико-санитарному сопровождению работ по уничтожению химического оружия.

В медицинском сопровождении работ по уничтожению химического оружия занято 12 медицинских организаций ФМБА России, 6 территориальных органов ФМБА России, ряд научно-исследовательских организаций.

В 2016 году ФМБА России в ходе медико-санитарного сопровождения работ по уничтожению химического оружия, решались следующие задачи:

медико-санитарное обеспечение эксплуатации объекта по уничтожению химического оружия;

медико-санитарное обеспечение персонала объектов завершивших активное уничтожение химического оружия, но продолжающих работы по обезвреживанию реакционных масс и работы по ликвидации деятельности процесса уничтожения химического оружия;

медико-санитарное обеспечение персонала занятого на работах по уничтожению бывшего объекта по разработке химического оружия;

оказание медицинской помощи персоналу объектов по хранению и уничтожению химического оружия;

изучение состояния окружающей среды и состояния здоровья населения, проживающего в зонах защитных мероприятий, устанавливаемых вокруг объектов по хранению и уничтожению химического оружия;

организация и осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора за выводимыми из эксплуатации объектами по наработке химического оружия и объектами по уничтожению химического оружия;

проведение научных исследований, направленных на решение медико-санитарных проблем уничтожения химического оружия.

Случаев острого отравления людей компонентами химического оружия, случаев острых и хронических профессиональных заболеваний у сотрудников и персонала объектов уничтожения химического оружия, а также случаев заболеваний у жителей санитарно-защитных зон указанных объектов, в 2016 году не выявлено.

В 2016 году специалистами Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центральная детская клиническая больница ФМБА России» продолжалось проведение комплексного медицинского обследования детского населения, проживающего в зонах защитных мероприятий, устанавливаемых вокруг объектов по хранению и уничтожению химического оружия.

Выявленные заболевания указывают на отсутствие воздействия неблагоприятного химического фактора на здоровье детского населения, проживающего в зонах защитных мероприятий, устанавливаемых вокруг объектов по хранению и уничтожению химического оружия.

Опыт ФМБА России при оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях с использованием мобильных медицинских комплектов позволяет применять силы и средства подведомственных медицинских организаций для проведения массовых медицинских обследований в условиях отсутствия стационарных медицинских организаций.

В августе-сентябре 2016 года был реализован проект «Выездная поликлиника» в районах Тульской области. Численность сводного медицинского отряда – 50 человек. В 30 населенных пунктах Тульской области было обследовано более 9,5 тыс. человек, из них свыше 2 тыс. детей. Более 100 пациентов направлены в подведомственные медицинские организации ФМБА России для получения высокотехнологичной медицинской помощи.

**Мероприятие Б.4 «Развитие и внедрение инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы, а также обеспечение безопасности пилотируемых космических программ, водолазных и кессонных работ» (мероприятие Б.3<sup>20</sup>)**

В результате выполнения научных исследований в 2016 году было разработано 25 инновационных технологий, основными из которых явились: «Дозиметрический контроль внешнего профессионального облучения. Общие требования», «Контроль ингаляционного поступления радионуклидов в

---

<sup>20</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

организм персонала на плутониевых производствах», «Определение дозы незапланированного или аварийного облучения персонала предприятий Госкорпорации «Росатом»», «Допустимые уровни монофакторного воздействия при поступлении изотопов плутония и америция через поврежденные кожные покровы», «Обоснование границ и условий эксплуатации санитарно-защитных зон и зон наблюдения радиационных объектов», «Подтверждение факта воздействия фосфорорганических отравляющих веществ на организм по результатам анализа биопроб», «Экспериментальное моделирование последствий поражения ЦНС при отравлениях веществами нейротоксического действия».

Итоги научных работ в 2016 году.

В области радиационной безопасности проведена оценка условий труда персонала реактора ЛФ-2 ФГУП «ПО «Маяк» после его модернизации.

Определен характер микрораспределения промышленных альфа-излучающих наночастиц в легких профессиональных работников предприятий ядерного топливного цикла. Полученные результаты помогут усовершенствовать методы внутренней дозиметрии инкорпорированных актинидов.

Выполнен анализ динамики показателей заболеваемости и смертности от острого инфаркта миокарда и острой коронарной недостаточности в когорте работников, подвергшихся профессиональному пролонгированному облучению. Проведена оценка частоты нерадиационных факторов риска у работников, подвергшихся профессиональному пролонгированному облучению. Результаты работ позволят совершенствовать экспертизу связи заболеваний с профессией, а также профилактику профессиональной и соматической патологии у работников атомной промышленности и ядерной энергетики.

Впервые при помощи полногеномного секвенирования экзома идентифицированы герминальные миссенс-мутации, которые определяют дефекты систем репарации, апоптоза, клеточного цикла, ответственные за высокую вероятность индукции вариаций числа копий ДНК под действием радиации. Результаты будут способствовать совершенствованию методологии определения уровня наследственной индивидуальной радиочувствительности.

На примере населения ЗАТО Северск проведена комплексная оценка состояния общественного здоровья и социально-экономических потерь общества, связанных с заболеваемостью и смертностью, складывающихся в современной обстановке.

Осуществлена реконструкция доз внутреннего облучения от  $\text{Pu}^{239}$  персонала Сибирского химического комбината (СХК) на основе модели «Дозы-2005» с использованием результатов исследования ингаляционного поступления радионуклида в период 1962-2013 гг. Результаты проведенных исследований создали основу для максимально объективной оценки доз внутреннего облучения персонала СХК с учётом конкретных условий производства и результатов индивидуальных измерений содержания радионуклида ( $\text{Pu}^{239}$ ) на протяжении всего периода производственной

деятельности. Проведение исследований позволило более адекватно проводить оценку "риска" эффектов радиационного воздействия и использовать эти данные при формировании групп персонала для проведения соответствующих лечебных и профилактических мероприятий.

Проведен ретроспективный мониторинг репродуктивного здоровья мужчин персонала основных цехов АЭС. Работа выполнена на фактических данных о деторождениях в семьях мужчин персонала основных цехов Калининской АЭС (736 случаев деторождений) и Курской АЭС (813), а также в контрольных группах (семьях мужчин г. Удомля (1 438) и г. Курчатова (1 284), не связанных с работой на АЭС), за период с 2001 по 2013 гг.

Проанализирован вклад органических соединений трития в дозовые нагрузки персонала Балаковской АЭС, Белоярской АЭС и Калининской АЭС, а также населения. Установлены пути распространения трития и его соединений на промплощадке и в зоне наблюдения.

Разработаны методики измерения содержания радионуклидов  $\text{Co}^{60}$ ,  $\text{Eu}^{152}$ ,  $\text{Cs}^{137}$  в теле пациента, а также методические рекомендации по расчёту доз от поступления данных радионуклидов в организм пациента.

В рамках исследования возможности применения существующих лекарственных средств в технологии фотон-захватной терапии (ФЗТ) злокачественных новообразований разработан метод количественного определения «тяжелых» элементов *in vivo* при помощи вычислительной компьютерной томографии и рентгеновской визуализации, разработана математическая модель оценки динамики биораспределения препаратов, исследованы распределения в организме лабораторных животных отобранных для ФЗТ лекарственных средств и проведены радиобиологические эксперименты оценки эффективности ФЗТ.

В области химической безопасности большое внимание уделяется вопросам защиты персонала объектов по уничтожению химического оружия (ОУХО) в период выведения их из эксплуатации, перепрофилирования и конверсии. Так разработан медико-санитарный паспорт территории зоны защитных мероприятий (ЗЗМ) ОУХО «Леонидовка», созданы базы данных о состоянии здоровья персонала и факторов производственной среды данного объекта, подготовлены персонифицированные заключения с медицинскими рекомендациями по результатам обследования персонала ОУХО. Аналогичная работа проводится и в отношении населения ЗЗМ.

Для обеспечения безопасности населения и охране окружающей среды при химических чрезвычайных ситуациях, связанных с техногенными авариями, катастрофами и террористическими актами сформирована масс-спектральная база данных для идентификации и количественного определения высококипящих токсичных органических соединений в моче с использованием гибридной системы квадруполь-линейная ионной ловушки и квадруполь-времяпролетного масс-спектрометра.

Разработан порядок доклинического тестирования, требования к дизайну клинического исследования и допуска в обращение специальных лекарственных средств (антидотов) для применения в условиях чрезвычайных

ситуаций, профилактики и лечения заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия высокотоксичных химических веществ.

Подготовлены санитарно-гигиенические требования по обеспечению безопасности персонала космодромов при работе с высокотоксичными компонентами ракетных топлив, определен порядок проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при работе с высокотоксичными компонентами ракетных топлив при осуществлении ракетно-космической деятельности.

Создана информационно-поисковая система оперативно-справочного обслуживания запросов при диагностике поражений, вызванных токсичными химическими веществами, в условиях чрезвычайных химических ситуаций и террористических актов. Система позволяет более оперативно реагировать на чрезвычайную ситуацию, сводя к минимуму последствия токсического воздействия отравляющих веществ на здоровье людей, что повысит эффективность восстановления работоспособности пострадавших и предупредит развитие осложнений. Данная система реализована как веб-ориентированное приложение и размещена в открытом доступе по адресу: <http://rihtop.ru/diagnoseassistant>.

В области биологической безопасности разработан иммунохроматографический тест для пангруппового выявления сальмонелл, предназначенный для выявления антигена сальмонелл различных серогрупп методом иммунохроматографического анализа в объектах окружающей среды, продуктах питания и пищевом сырье после обогащения в жидкой питательной среде.

В 2016 году создан макетный образец автоматического комплекса биологического контроля аэрозолей возбудителей инфекционных болезней и токсинов. Данный комплекс позволит в режиме реального времени выявлять наличие аэрозолей возбудителей инфекционных болезней и бактериальных токсинов в воздухе, а также их групповую принадлежность, не требуя специальной подготовки персонала, применения растворов, питательных сред.

В области создания инновационных лекарственных препаратов в 2016 году завершена разработка технологии и организовано производство новой лекарственной формы лекарственных препаратов неотложной помощи («Атропин», «Дибазол», «Дицинон», «Кетанов», «Лазикс», «Лидокаин», «Но-шпа») в шприцах предварительного наполнения. Данная форма найдет свое применение при укомплектовании медицинских упаковок пилотируемых космических станций.

Разработан лабораторный регламент получения высокоочищенной бутирилхолинэстеразы, иммобилизованной на наноразмерных частицах золота, как средства лечения отравлений фосфорорганическими соединениями (ФОС). Создаваемый препарат относится к препаратам нового класса, получивших название «биочистильщиков» (bioscavengers), и будет являться высокоэффективным средством профилактики и лечения острых отравлений ФОС.

Кроме того, в 2016 году проводилось изучение пространственной структуры функционально значимых рекомбинантных белков человека, включая белок теплового шока 70 и его нуклеотид-связывающий домен. Результаты работы будут использованы для выполнения экспериментов по кристаллизации данных белков на МКС с целью получения высококачественных кристаллов, позволяющих получить пространственные структуры исследуемых белковых объектов с высоким разрешением, что необходимо для создания новых инновационных лекарственных препаратов.

В области клинической медицины на основании исследования полиморфизма генов иммунного ответа разработаны новые генетические критерии риска развития и особенностей течения хронических лейкозов и В-клеточных опухолей лимфатической системы.

Изучена популяционная характеристика иммуногематологических параметров у доноров крови и ее компонентов, проживающих на территории Кировской области. Определены гены, носительство которых может приводить к увеличению риска закупоривания сосудов тромбом, заболеваниям сердечно-сосудистой системы, тромбозамболии и нарушениям гестационного процесса ввиду тромбоза плаценты, а также нарушению погружения эмбриона в слизистую оболочку матки.

Создан и обоснован способ лечения больных с глубокими отморожениями конечностей, включающий применение реологически активных препаратов, кровезаменителя волювен и иммунотропный препарат полиоксидоний в качестве иммунореабилитации.

Разработан метод комбинированного применения высокоэнергетических лазерных излучений в лечении постнекротических кист поджелудочной железы.

Разработана методология применения интраоперационной санационной фотодинамической терапии и послеоперационного внутривенного лазерного облучения крови при лечении гнойного перитонита.

Разработан способ ранней диагностики рака лёгкого и создан макет диагностической тест-системы для ранней диагностики этого заболевания.

Подготовлен проект методических рекомендаций по применению нейральных стволовых клеток у больных со спинальной травмой и способ объективизации оценки двигательных нарушений у спинальных пациентов с помощью анализа биомеханики движений, совмещенного с поверхностной ЭМГ.

Разработаны и обоснованы подходы к составлению индивидуальных программ диагностики и лечения гиперреактивности дыхательных путей у спортсменов в соответствии с требованиями МОК и WADA.

Определены препараты для базисной терапии, обеспечивающие долгосрочный контроль бронхиальной астмы и предотвращающие бронхоспазм, вызванный физической нагрузкой и другими факторами, а также лекарственные средства неотложной помощи, разрешенные для использования спортсменами.

Разработана и обоснована схема применения подогретой гелий-кислородной смеси у спортсменов.

Подготовлены ряд проектов Стандартов оказания медицинской помощи, в частности больным со стойкой формой кондуктивной тугоухости, нуждающимся в слуховых аппаратах костной проводимости; больным с сенсоневральной потерей слуха, нуждающимся в кохлеарной имплантации; при антибиотико-индуцированных поражениях желудочно-кишечного тракта у детей.

Определены хронобиологические подходы к коррекции гормональных нарушений при эндометриозах у женщин, проживающих в закрытых административно-территориальных образованиях, подлежащих медико-санитарному обеспечению ФМБА России, в том числе после проведенных гинекологических операций.

Подготовлены методические рекомендации «Комплексная диагностика донозологических нарушений у работников плавсостава».

В области профилактической медицины разработана технология первичной профилактики сахарного диабета 2 типа при абдоминальном ожирении с применением природных лечебных факторов эссентукского курорта.

Проведено комплексное мониторинговое состояние природных лечебных ресурсов (минеральные воды, природные пелоиды, биоклимат, рекреационные ландшафты) различных регионов Юга России, с учётом глобального изменения климата, процессов урбанизации и антропогенного загрязнения для прогнозирования перспективных направлений курортного развития.

Разработаны направления оптимизации качества пелоидов Сибирского региона для целей ресурсосбережения и природопользования.

Разработана система трехэтапной комплексной реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями после кардиохирургических вмешательств с применением природных и преформированных физических факторов.

Подготовлен Реестр курортов и лечебно-оздоровительных местностей юга западной Сибири.

**Мероприятие Б.5. Межбюджетный трансферт на компенсацию выпадающих доходов бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов (основное мероприятие Д.4 Обеспечение компенсации выпадающих доходов системы обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов<sup>21</sup>)**

По данному мероприятию осуществляются расходы федерального бюджета на предоставление иного межбюджетного трансферта бюджету

---

<sup>21</sup> приказ Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

### **Подпрограмма Г. «Управление развитием отрасли»**

**Мероприятие Г.1 Информационно-аналитическая поддержка реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Информационно-аналитическая поддержка реализации государственной программы)<sup>22</sup>**

Подготовлен аналитический отчет о выполнении мероприятий Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения (направлен письмом Минздрава России от 20 мая 2016 г. № 17-7/10/1-2630 в Аппарат Правительства Российской Федерации).

В 2016 году подготовлен и направлен в Палаты Федерального Собрания Российской Федерации Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2015 год.

На официальном сайте Минздрава России размещались в доступной форме с учетом запросов и потребностей референтных групп, а также в соответствии с принципами открытости, декларируемыми Концепцией открытости федеральных органов исполнительной власти, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 января 2014 г. № 93-р, материалы ключевых мероприятий, организованных и проведенных Минздравом России.

В 2016 году были подготовлены и размещены на официальном сайте Минздрава России следующие материалы:

уточненный годовой отчет о ходе реализации и оценке эффективности государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за 2015 год;

проект постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 год;

доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 год;

аналитическая справка динамики и причин смертности в Российской Федерации;

материалы итоговой коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год», включающие доклад Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой, презентацию Министра здравоохранения

---

<sup>22</sup> в соответствии с Федеральным законом от 1 декабря 2014 года № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год»,



Российской Федерации В.И. Скворцовой, графические материалы «Здравоохранение Российской Федерации итоги 2015 года».

В соответствии с пунктом 17 перечня документов стратегического планирования в сфере обеспечения национальной безопасности Российской Федерации, подлежащих разработке (корректировке) и утверждению в период 2016–2018 годов, утвержденного Президентом Российской Федерации 30.12.2015 № Пр-2736, Минздравом России при участии других заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и организаций разработан проект Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на среднесрочный период 2018 – 2025 гг. (срок исполнения поручения – до конца 2017 года). В настоящее время указанный проект передан на рассмотрение Центру стратегических разработок.

В рамках Федерального закона от 28 июня 2014 г. № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» Минздравом России 14 июня 2016 года утвержден План деятельности Минздрава России на период с 2016 до 2021 год. Проводится работа с субъектами Российской Федерации в рамках указанного Федерального закона.

Внесены изменения в план мероприятий («дорожную карту») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р, в части корректировки значений показателей по доли расходования средств на разные виды оказания медицинской помощи. В ежеквартальном и ежегодном формате осуществляется мониторинг показателей структурных преобразований системы оказания медицинской помощи и плана мероприятий, утвержденных вышеуказанным распоряжением Правительства Российской Федерации, о результатах которого направляется информация в Правительство Российской Федерации и Президенту Российской Федерации.

Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам 25 октября 2016 года утверждены паспорта следующих приоритетных проектов по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение»:

«Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации (Технологии и комфорт - матерям и детям)»;

«Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации (Развитие санитарной авиации)»;

«Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий (Электронное здравоохранение)»;

«Внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя для защиты населения от фальсифицированных лекарственных препаратов и оперативного выведения из оборота контрафактных и недоброкачественных (Лекарства. Качество и безопасность)».

В рамках проектной деятельности по подготовке приоритетных проектов в Минздраве России с участием представителей заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, представителей общественности, профессионального и экспертного сообществ была создана межведомственная рабочая группа по подготовке паспортов приоритетных проектов.

Состав, положение и план деятельности названной межведомственной рабочей группы определены приказом Минздрава России от 15.09.2016 № 706 «О межведомственной рабочей группе по подготовке паспортов приоритетных по направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение».

Кроме того, проведены видеоселекторные совещания с участием заместителей руководителей высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации и руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также определен ответственный за организацию проектной деятельности в Минздраве России.

Минздравом России утвержден приказ от 28 октября 2016 г № 806а «О ведомственном проектом офисе Министерства здравоохранения Российской Федерации» в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 октября 2016 г. № 2165-р.

Минздравом России утвержден приказ от 1 декабря 2016 г № 923 «Об организации проектной деятельности в Министерстве здравоохранения Российской Федерации», определяющий функциональную структуру и положение. Кроме того, разработаны планы-графики работ проектных комитетов по приоритетным проектам и сводный план проектной деятельности.

10 ноября 2016 г. утвержден план первоочередных мероприятий по организации проектной деятельности по направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение» на 2016 и 2017 годы.

Минздравом России согласован состав администраторов проектов, проводится работа по формированию составов рабочих органов по сопровождению приоритетных проектов по направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение».

По каждому проекту определены кандидатуры для обучения работе с прототипом автоматизированной информационной системы, а также определены контактные лица по работе с субъектами Российской Федерации.

Кроме того, ведомственным проектным офисом Минздрава России с учетом плана-графика подготовки, представленного Научно-образовательным центром проектного менеджмента Российской академии народного хозяйства и

государственной службы при Президенте Российской Федерации, подготовлены сводные планы следующих проектов:

«Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации (Технологии и комфорт - матерям и детям)»;

«Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации (Развитие санитарной авиации)»;

«Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий (Электронное здравоохранение)».

Проведена работа по погружению приоритетных проектов в качестве структурных элементов в проект государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Руководители и администраторы приоритетных проектов в декабре 2016 г. и в 2017 г. проходят обучение в Научно-образовательном центре проектного менеджмента РАНХиГС при Президенте Российской Федерации.

В ведомственный проектный офис Минздрава России поступила информация от 65 регионов, содержащая сведения о региональном проектном офисе; о кандидатурах ответственных лиц по каждому направлению приоритетных проектов; о выполнении мероприятий в соответствии с контрольными точками реализации проектов.

С начала реализации проектной деятельности представители Минздрава России приняли участие в 14 заседаниях проектного комитета, в 4 обучающих семинарах, проведено более 10 рабочих консультаций с представителями проектного комитета.

Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Перечнем показателей состояния национальной безопасности Российской Федерации, утвержденным Указом Президента Российской Федерации от 31.12.2015 № 684 «Об оценке и государственном мониторинге состояния национальной безопасности Российской Федерации» разработаны и утверждены при согласовании с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти 6 паспортов показателей состояния национальной безопасности.

В связи с деятельностью Минздрава России при согласовании проектов документов территориального планирования, поступивших из Минэкономразвития России, с учетом сведений о природных лечебных ресурсах и округах санитарной (горно-санитарной) охраны курортов и лечебно-оздоровительных местностей за 2016 год рассмотрено более 300 документов.

## **Мероприятие Г.2 Информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины**

Ключевым направлением информатизации Минздрав России определил развитие ключевых подсистем Единой государственной информационной

системы в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ), цель которых обеспечить единое информационное пространство в сфере здравоохранения для реализации электронных сервисов для пациентов и врачей, а также для информационной поддержки деятельности органов управления здравоохранением.

В 2016 году выполнен очередной этап развития ключевых подсистем ЕГИСЗ, в том числе разработка подсистемы «Регистр электронных медицинских документов» с целью обеспечения возможности хранения в электронных архивах медицинских организаций электронных медицинских документов. Единая национальная система электронных медицинских карт (далее – Система) создается на базе подсистемы «Интегрированная электронная медицинская карта» (далее – ИЭМК) ЕГИСЗ. Работы по интеграции с федеральным сегментом подсистемы ИЭМК ЕГИСЗ выполнены в 81 субъекте Российской Федерации, 39 % (6 811) медицинских организаций из 66 субъектов Российской Федерации передают сведения об оказанной медицинской помощи в подсистему.

Количество медицинских организаций, подключенных к Системе, составило 7 076, количество пациентов, по которым заведены электронные медицинские карты – 57 867 621, в том числе 31 773 919 пациентов по которым заведены электронные медицинские карты в подсистемах специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан ЕГИСЗ.

По итогам 2016 года, субъектами Российской Федерации достигнуты следующие результаты:

1. 70,5 % автоматизированных рабочих мест медицинского персонала подключены к медицинским информационным системам. 65 % автоматизированных рабочих мест медицинского персонала имеют доступ к системам непрерывного медицинского образования. в 65 субъектах Российской Федерации используют медицинские информационные системы, соответствующие базовым требованиям Минздрава России.

2. В 57 субъектах Российской Федерации в медицинских организациях результаты исследований лабораторной диагностики передают в электронном виде в региональные медицинские информационные системы. В 58 субъектах Российской Федерации в медицинских организациях результаты исследований лучевой диагностики передают в электронном виде в региональные медицинские информационные системы (далее – РМИС).

3. В 62 субъектах Российской Федерации в медицинских организациях льготные рецепты выписываются и передаются в аптечные организации в электронном виде.

4. 52 % (46,82 млн) от числа выписанных льготных рецептов переданы в электронном виде в аптечные организации.

В 28 субъектах Российской Федерации доля выписанных льготных рецептов, переданных в электронном виде в аптечные организации, составляет 100 %.

5. 21 % (2 097) медицинских организаций имеют доступ к центральному архиву медицинских изображений в 66 субъектах Российской Федерации.

В 2016 году Министром здравоохранения Российской Федерации утверждены «Методические рекомендации по обеспечению функциональных возможностей региональных медицинских информационных систем» Внедрение РМИС в медицинских организациях решает ряд задач по повышению качества оказания медицинской помощи, эффективному управлению ресурсами и совершенствованию сервисов для граждан.

Сервисы электронной записи к врачу обеспечивают своевременную запись пациентов на прием к врачу, предоставляют пациентам актуальное расписание работы врачей, организуют оптимальное распределение потоков пациентов, исключают необоснованные посещения медицинских организаций и длительное пребывание пациентов в очередях. Электронная запись для граждан – это сервис, который реализован сегодня практически во всех регионах.

В настоящее время предварительная самостоятельная запись осуществляется к следующим специалистам первичного приема: терапевт, педиатр, врач общей практики, стоматолог, гинеколог. Запись пациента к другим специалистам осуществляется по направлению врача-терапевта или врача-педиатра.

Гражданами используется несколько вариантов удаленной записи на прием к врачу с целью получения первичной медицинской помощи. Это запись через Интернет с помощью централизованных источников, таких как Единый портал государственных услуг или Региональная электронная регистратура. Также запись через Интернет может быть доступна непосредственно на сайте медицинской организации.

Для предварительной записи к врачу граждане могут использовать информационные киоски самостоятельного обслуживания (Инфомат). Актуальным источником для удаленной записи остается и обращение по телефону в Call-центр.

Региональные порталы большинства регионов предоставляют информацию о работе медицинских организаций и оказываемых ими услугах, реализована возможность отправки жалоб и предложений в электронном виде.

В 77 % (9 498) медицинских организаций ведется электронное расписание и предоставляется возможность гражданам записаться на прием к врачу на Едином портале государственных услуг (далее – ЕПГУ). Услуга осуществляется для жителей 80 регионов, из них 35 регионов представляют услугу записи на новой версии Единого портала государственных услуг, которая стала намного удобнее в 2016 году.

В 74 субъектах Российской Федерации внедрили автоматизированную систему управления приема и обработки вызовов с использованием ГЛОНАСС. Система диспетчеризации позволяет операторам в режиме онлайн на карте региона видеть расположение, направление движения машин Скорой медицинской помощи (далее - СМП), наличие свободных бригад, передавать вызовы на мобильные устройства (планшетные ПК) бригад СМП. Система диспетчеризации поддерживает следующие функции: прием, обработка, передача, контроль вызовов скорой медицинской помощи и управления выездными бригадами скорой медицинской помощи; передача данных вызова

на мобильное устройство бригады СМП; передача статуса бригады на пульт диспетчерской СМП; формирование графика работы персонала; формирование статистической отчетности; информационное взаимодействие с региональной медицинской информационной системой; формирование реестра счетов оказанных медицинских услуг; интеграция с геоинформационной системой; возможность интеграции с системой вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112».

В 2016 году осуществлен запуск первой очереди федерального телемедицинского сегмента ЕГИСЗ, который обеспечивает возможность проведения телемедицинских консультаций в режиме «Врач-Врач» между специалистами профильных медицинских ФГБУ Минздрава России и специалистами региональных медицинских организаций третьего уровня, заинтересованных в получении высококвалифицированной консультативной помощи, дистанционных консилиумов и видеоконференций между большим количеством медицинских организаций, вне зависимости от их территориального размещения, информационное обеспечение мероприятий, связанных с процессом трансляции знаний и распространения передового опыта. Федеральный уровень телемедицинской системы представлен 21-м ведущим ФГБУ Минздрава России (450 врачей-консультантов). В течение 2016 года к телемедицинской системе Минздрава России подключились 35 региональных медицинских организаций третьего уровня, проведено свыше 400 консультаций в экстренной, неотложной и плановой формах.

В целях максимальной автоматизации технологических процессов, связанных с проведением дистанционных консультаций, в 2016 году в рамках развития компоненты федерального сегмента ЕГИСЗ «Федеральная электронная регистратура» разработана подсистема «Телемедицинские консультации». Проходит опытная эксплуатация указанной подсистемы.

В 81-м субъекте Российской Федерации действуют региональные системы телемедицинских консультаций: 48 % (4 290) медицинских организаций Российской Федерации имеют доступ к системам или комплексам, обеспечивающим оказание телемедицинских услуг, в том числе, с использованием аппаратных решений видеоконференцсвязи. Основные направления консультирования: неврология, кардиология (в том числе по чтению ЭКГ и снимков компьютерной томографии), нейрохирургия, рентгенология, хирургия, акушерство и гинекология.

Для создания правовых основ использования информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья граждан Минздравом России разработан и внесен в Правительство Российской Федерации проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий и введения электронных форм документов в сфере здравоохранения».

Законопроектом предусматривается создание ЕГИСЗ, определяется ее оператор, состав обрабатываемых в ней сведений, правовые основы ее функционирования и информационного взаимодействия с иными

информационными системами, а также поставщики и пользователи информации.

Законопроект также вводит возможность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий путем проведения консультаций и консилиумов, обеспечивающих дистанционное взаимодействие врачей между собой, врача и пациента или его законного представителя, а также дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента.

### **Мероприятие Г.3 «Реализация функций центральных аппаратов исполнителей Программы» (Реализация функций аппаратов исполнителей и участников государственной программы)<sup>23</sup>**

В целях реализации государственной программы Минздравом России изданы приказы от 19 февраля 2013 г. № 86 «Об организации работы по формированию плана реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2015 годы.

С целью усиления контроля за ходом реализации мероприятий и контрольных событий Госпрограммы и организации работы по ее реализации приказом Минздрава России от 14.10.2014 № 618 «Об организации работы по реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» утвержден Порядок организации в Минздраве России работы по реализации Госпрограммы, определяющий функции структурных подразделений Минздрава России, ФМБА России, Росздравнадзора и ФОМСа в процессе выполнения мероприятий подпрограмм Госпрограммы.

В 2016 году с целью мониторинга реализации мероприятий государственной программы изданы приказы Минздрава России от 26 июля 2016 г. № 534 и от 7 декабря 2016 г. № 936 «О внесении изменений в детальный план-график реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 сентября 2014 г. № 558».

Для обеспечения эффективной координации деятельности соисполнителя и участников государственной программы за ходом исполнения основных мероприятий Госпрограммы создана Межведомственная комиссия по реализации мероприятий Госпрограммы, в состав которой вошли представители всех участников Госпрограммы (приказы Минздрава России от 12.11.2014 № 722 и от 21.11.2014 № 760).

Данные документы размещены на официальном сайте Минздрава России в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

В течение 2016 г. проводилась работа по подготовке изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

В 2016 году на обеспечение деятельности (оказание услуг) Федерального

---

<sup>23</sup> в соответствии с Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год»,

фонда обязательного медицинского страхования в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы использовано 501 658,8 тысяч рублей, что составляет 76,4% от утвержденной суммы на 2016 год. Неполное освоение средств связано с экономией, сложившейся по результатам проведенных торгов.

#### **Мероприятие Г.4. Совершенствование статистического наблюдения в сфере здравоохранения**

В работе по совершенствованию статистического наблюдения в сфере здравоохранения Минздрав России осуществляет взаимодействие с Росстатом, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, ведущими научно-исследовательскими институтами, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинскими информационными аналитическими центрами.

Ежегодно подготавливаются и размещаются на официальном сайте Минздрава России статистические сборники о ресурсах, сети деятельности медицинских организаций медицинской деятельности по всем профилям медицинской помощи, а также заболеваемости населения Российской Федерации, на основании форм государственного и отраслевого статистического наблюдения.

Кроме того, проводится работа по пересмотру форм первичной учетной медицинской документации на предмет сохранения форм, достаточных для формирования отчетных форм федерального статистического наблюдения.

В рамках проводимых Минздравом России работ по совершенствованию статистического инструментария для организации статистического наблюдения в сфере здравоохранения в 2016 году был подготовлен приказ Минздрава России от 29.06.2016 № 430н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность».

В отчетном периоде подготовлены 20 статистических сборников:

1. «Заболеваемость всего населения по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям с диагнозом, установленным впервые в жизни по субъектам Российской Федерации за 2014 – 2015 гг.».
2. «Заболеваемость всего населения по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям по субъектам Российской Федерации за 2014-2015 гг.».
3. «Заболеваемость взрослого населения по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям с диагнозом, установленным впервые в жизни, по субъектам Российской Федерации за 2014-2015 гг.».



4. «Заболеваемость взрослого населения по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям по субъектам Российской Федерации за 2014-2015 гг.».

5. «Заболеваемость детского населения в возрасте 0-14 лет по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям с диагнозом, установленным впервые в жизни по субъектам Российской Федерации за 2014-2015 гг.».

6. «Заболеваемость детского населения в возрасте 0-14 лет по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям по субъектам Российской Федерации за 2014-2015 гг.».

7. «Заболеваемость детского населения в возрасте 15-17 лет по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям с диагнозом, установленным впервые в жизни по субъектам Российской Федерации за 2014-2015 гг.».

8. «Заболеваемость детского населения в возрасте 15-17 лет по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям по субъектам Российской Федерации за 2014-2015 гг.».

9. «Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям с диагнозом, установленным впервые в жизни по субъектам Российской Федерации за 2014-2015 гг.».

10. «Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям по субъектам Российской Федерации за 2014-2015 гг.».

11. «Медико-демографические показатели в Российской Федерации в 2015 году».

12. «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации».

13. «Социально-значимые болезни» – до 1 июля 2016 года.

14. «Сельское здравоохранение» – до 1 июля 2016 года.

15. Деятельность и ресурсы медицинских организаций в 2015 году – 6 сборников: о врачебных кадрах, о среднем медицинском персонале, коечном фонде (число и обеспеченность, работа койки и длительность лечения, оборот койки и летальность), деятельности медицинских организаций).

Пересмотрено и утверждено приказами Росстата 7 форм федерального статистического наблюдения:

№ 19 «Сведения о детях-инвалидах», № 30 «Сведения о медицинской организации»,

№ 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»,

№ 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях»,

№ 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин»,

№ 15 «Сведения о медицинском наблюдении за состоянием здоровья лиц, зарегистрированных в национальном радиационно-эпидемиологическом регистре»,

№ 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Отменены 2 формы федерального статистического наблюдения:

№ 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам»,

№ 16 «Сведения о числе заболеваний и причинах смерти лиц, подлежащих включению в Российский Государственный медико-дозиметрический регистр в связи с аварией на Чернобыльской АЭС».

Пересмотрены и находятся на согласовании 11 унифицированных форм медицинской документации, используемые в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и 4 формы медицинской документации, используемые в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Подготовлены 6 информационных писем:

от 26.01.2016 № 13-2/79 – о порядке кодирования и выбора первоначальной причине смерти в случае летального исхода от гриппа,

от 09.06.2016 № 13-2/10/2-3537 – рекомендации по порядку изготовления, учета и хранения бланков «Медицинского заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами»,

от 01.07.2016 № 13-2/10/2-4009 – методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности,

от 18.07.2016 № 13-2/10/2-4396 – о совершенствовании службы медицинской статистики,

от 20.12.2016 № 13-2/10/2-8116 – рекомендации по порядку изготовления, учета и хранения бланков «Медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием»,

от 28.12.2016 № 13-2/10/2-8480 – инструкция по составлению формы федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека».

**Подпрограмма Д. «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации»<sup>24</sup>**

С целью оптимизации финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и изготовления и

<sup>24</sup> в соответствии с Федеральным законом от 1 декабря 2014 года № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год»,

доставки полисов обязательного медицинского страхования единого образца в Госпрограмму включена подпрограмма Д «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации».

Целями подпрограммы являются:

- 1) Реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования
- 2) Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования
- 3) Обеспечение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования
- 4) Установление единых требований к обеспечению территориальных программ обязательного медицинского страхования средствами обязательного медицинского страхования.

Определены задачи подпрограммы:

- 1) управление средствами обязательного медицинского страхования;
- 2) формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования;
- 3) финансовое обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации на основе единого подушевого норматива финансирования;
- 4) исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи и ее оплате медицинским организациям.

В состав подпрограммы включены следующие основные мероприятия:

Д.1. Финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

Д.2. Обеспечение застрахованных лиц полисами обязательного медицинского страхования единого образца;

Д.3. Управление средствами нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

Д.4. Обеспечение компенсации выпадающих доходов системы обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов.

Введены следующие целевые индикаторы данной подпрограммы:

Д.1 «Доля средств обязательного медицинского страхования в финансовом обеспечении программы государственных гарантий»;

Д.2 «Норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо»;

Д.3 «Обеспечение застрахованных лиц полисами обязательного медицинского страхования единого образца»;

Д.4 «Уровень использования средств нормированного страхового запаса».

**Мероприятие Д.1 Финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.**

В 2016 году продолжалась работа по развитию обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, направленная на усиление страховых принципов, в том числе роли и ответственности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, совершенствование способов оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, а также повышение доступности и качества медицинских услуг.

В 2016 году страховую деятельность в системе обязательного медицинского страхования осуществляли 52 страховые медицинские организации. В настоящее время в системе обязательного медицинского страхования застраховано 146,5 млн человек, медицинская помощь в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования оказывается в 8,5 тыс. медицинских организаций, функционирует 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В рамках совершенствования законодательных и нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования приняты федеральные законы:

от 19 декабря 2016 г. № 432-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год»;

от 28 декабря 2016 г. № 473-ФЗ «О внесении изменений в статьи 24 и 27 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и статью 2 Федерального закона «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»;

от 28 декабря 2016 г. № 472-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и организациями в целях совершенствования учета численности неработающих граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, разработан проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

Вводятся нормы, прекращающие обязательное медицинское страхование в отношении определенной категории застрахованных лиц и обеспечивающие признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным.

Предлагается усовершенствование механизма контроля за наличием у гражданина права на обязательное медицинское страхование.

Предлагаемые нововведения позволят исключить страхование граждан, не подлежащих обязательному медицинскому страхованию, усовершенствовать

персонифицированный учет застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, повысить качество планирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и бюджетов субъектов Российской Федерации.

В рамках реализации комплекса мер, направленных на дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования на основе страховых принципов, предусмотрено совершенствование пациентоориентированной модели, задачами которой является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи и защита их интересов в сфере обязательного медицинского страхования, привлечение граждан к прохождению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также к контролю за своим здоровьем.

Страховые медицинские организации должны стать в этой системе реальными защитниками прав пациента.

В этой связи предпринимаются меры по усилению роли страховых медицинских компаний в мероприятиях, направленных на информирование и сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи, предполагающие «ведение» застрахованных лиц, включая консультирование по вопросам оказания медицинской помощи, напоминание о праве выбора медицинской организации и врача, информирование о необходимости прохождения диспансеризации, организацию госпитализации застрахованного лица с учетом выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

Для обеспечения перечисленных функций страховых медицинских организаций проводится работа по формированию института страховых представителей.

Совместно со страховым сообществом Минздравом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования определён функционал страховых представителей, проработаны технологические процессы взаимодействия, разработана и внедрена специальная образовательная программа для подготовки необходимых специалистов, внесены необходимые изменения в нормативную базу, в том числе в Правила обязательного медицинского страхования.

Институт страховых представителей создается поэтапно.

С начала 2016 года организована работа контакт-центров территориальных фондов обязательного медицинского страхования, включающая организацию и контроль рассмотрения обращений граждан.

С 1 июля 2016 года в страховых медицинских организациях организована работа страховых представителей первого уровня, которые ведут учет устных обращений в электронном журнале; самостоятельно отвечают на типовые вопросы граждан, а также информируют о возможности прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. В страховых медицинских организациях созданы круглосуточные «горячие линии», по которым можно получить консультацию по вопросам организации оказания медицинской помощи. Параллельно осуществляется подготовка специалистов

на базах государственных медицинских ВУЗов, в том числе по программам дистанционного обучения.

В полной мере институт страховых представителей должен заработать с 2018 года, когда начнут функционировать страховые представители третьего уровня, деятельность которых направлена на работу с письменными обращениями застрахованных по вопросам качества оказанной медицинской помощи, а также на обеспечение индивидуального информирования и сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи по результатам диспансеризации.

Таким образом, страховая медицинская организация превращается в связующее звено между медицинскими организациями и застрахованными по вопросам получения медицинской помощи и помощника в разрешении возникающих при этом вопросов.

Организация службы страховых представителей не требует дополнительных средств обязательного медицинского страхования и трудовых ресурсов, так как может осуществляться за счёт финансовых и кадровых ресурсов страховых медицинских организаций.

На конец 2016 года осуществляют деятельность более 3000 страховых представителей первого уровня.

В 2016 году продолжалось внедрение единой тарифной политики и методов оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на основе клинко-статистических групп, начатое в 2012 году в рамках мероприятий по совершенствованию системы оплаты медицинской помощи.

Отличием клинко-статистических групп 2016 года от предыдущих стало: введение клинко-статистических групп для оплаты медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

значительное увеличение количества клинко-статистических групп для оплаты медицинской помощи, оказанной детскому населению.

Основным эффектом внедрения клинко-статистических групп стало улучшение показателей работы койки, в том числе за счет снижения средней длительности пребывания в стационаре. Кроме того, дифференцированная оплата медицинской помощи способствовала повышению доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи, в том числе доли оперативных хирургических вмешательств. Статистическая информация, формируемая в рамках системы клинко-статистических групп, может выступать основой для принятия управленческих решений при распределении объемов медицинской помощи, а также оценки деятельности, как соответствующих подразделений медицинских организаций, так и организаций в целом.

## **Мероприятие Д.2 Обеспечение застрахованных лиц полисами обязательного медицинского страхования единого образца**

Расходы на изготовление полисов обязательного медицинского страхования единого образца в 2016 году Федеральным фондом обязательного

медицинского страхования произведены в размере 894 160,0 тысяч рублей (35,8 % от планируемого объема).

### **Мероприятие Д.3 Управление средствами нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования**

Распоряжением Федерального фонда обязательного медицинского страхования сформирован нормированный страховой запас на цели, предусмотренные статьей 6 Федерального закона от 14 декабря 2015 г. № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год». Расходование средств нормированного страхового запаса на исполнение расходных обязательств Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2016 году не осуществлялось.

### **Подпрограмма И. «Развитие скорой медицинской помощи»<sup>25</sup>**

Данная подпрограмма включена в состав Госпрограммы во исполнение поручений Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 1 августа 2014 г. № ОГ-П12-5818, от 21 августа 2014 г. № ОГ-П12-6334, от 26 августа 2014 г. № ОГ-П12-6438 по вопросу дополнения Госпрограммы отдельной подпрограммой по развитию скорой, неотложной и экстренной специализированной медицинской помощи (указание Президента Российской Федерации В.В. Путина от 29 июля 2014 г. № Пр-1845).

### **Мероприятие И.1 Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации и мероприятие И.2 Развитие системы оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах**

В рамках реализации и оценки эффективности государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в части организации службы скорой медицинской помощи в Российской Федерации в 2016 году проведена следующая работа.

В 2016 году в службе скорой медицинской помощи Российской Федерации функционировала 2 458 станций (отделений) скорой медицинской помощи, работали 15 107 врачей, 90 975 человек среднего медицинского персонала, 7 910 человек младшего медицинского персонала и 53 934 человека прочего персонала.

Работу станций (отделений) скорой медицинской помощи Российской Федерации обеспечивали 20 768 автомобилей скорой медицинской помощи, из них 27,6 % имели срок эксплуатации до 3 лет, 29,3 % – от 3 до 5 лет, 43,1 % – более 5 лет.

---

<sup>25</sup> в соответствии с Федеральным законом от 1 декабря 2014 года № 384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Федеральным законом от 14 декабря 2015 г. № 359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год»,

В 2016 году выполнено 45,4 млн выездов бригад скорой медицинской помощи. Медицинская помощь при выездах была оказана 45,6 млн пациентов.

Число выездов бригад скорой медицинской помощи по времени доезда до места вызова в срок до 20 минут составило 88,3 %, от 21 до 40 минут – 8,0 %, свыше 40 минут – 3,7 %.

В рамках программы поддержки автомобильной промышленности на 2016 год, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 января 2016 г. № 71-р, в субъектах Российской Федерации обновлен парк санитарного автотранспорта с высокой степенью износа.

В субъекты Российской Федерации поставлено 2 154 автомобилей скорой медицинской помощи класса В, а также 113 реанимобилей на шасси российского производства.

Для ФМБА России, выполняющего функции по организации оказания медицинской помощи в ряде субъектов Российской Федерации, поставлено 40 автомобилей класса С.

За счет реализации программы на 37 % обновлен автопарк автомобилей скорой медицинской помощи класса В со сроком эксплуатации свыше 5 лет и на 19 % – класса С.

Последовательное преодоление накопившегося 48 % износа машин (со сроком эксплуатации более 5 лет) позволит в дальнейшем сохранить и повысить эффективность системы оказания медицинской помощи.

В 2016 году предпринят ряд мер, направленных на совершенствование организации службы скорой медицинской помощи.

Минздравом России совместно с профессиональным сообществом подготовлены и внесены изменения в приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н, утверждающий Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (далее – Порядок), которые устанавливают возможность включения в состав выездных бригад скорой медицинской помощи средних медицинских работников в должности «медицинская сестра». Таким образом, оказывать скорую медицинскую помощь смогут студенты старших курсов медицинских образовательных организаций, получившие сертификат медицинской сестры.

Кроме того, новый Порядок исключает должности «санитар-водитель» и «фельдшер-водитель скорой медицинской помощи», а также регламентирует функциональные обязанности водителя автомобиля скорой медицинской помощи, закрепляет количественный состав бригад, включая водителя: 3 человека для общепрофильной и 4 человека для специализированной выездных бригад скорой медицинской помощи.

Для формирования узкопрофильных бригад Порядком предусмотрено формирование экстренных консультативных бригад скорой медицинской помощи, в состав которых включен врач-специалист. Среди других важных изменений: снижение класса автомобиля для психиатрических бригад и исключение избыточного медицинского оборудования в оснащении автомобилей скорой медицинской помощи.



Внесенные изменения направлены на обеспечение правовой и социальной защиты медицинских работников и на оптимизацию материально-технического оснащения автомобилей скорой помощи и укладок скорой помощи.

В целях оптимизации состава укладок и наборов без ущерба для их содержимого внесены изменения в приказ Минздрава России от 7 августа 2013 г. № 549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи».

В целях своевременного оказания скорой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (далее – ДТП) проведена работа с субъектами Российской Федерации, направленная на актуализацию действующих нормативных актов, регламентирующих оказание скорой медицинской помощи пострадавшим при ДТП, а также установление зон ответственности медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, на автомобильных дорогах федерального и регионального значения.

Отработаны схемы маршрутизации пострадавших с мест ДТП. При этом ведется работа по их актуализации в соответствии с оптимизацией системы медицинских организаций в субъектах Российской Федерации.

Пути эвакуации оптимизируются с учетом работы системы ГЛОНАСС, которой оснащены 96% санитарного автопарка и 94% станций скорой помощи.

Особую важность имеет создание трассовых пунктов скорой помощи вдоль автодорог, количество которых с 2012 года увеличилось с 29 до 64 в 2016 году.

В результате показатель 20 минутного доезда скорой медицинской помощи в 2016 году при ДТП был достигнут в 94 % случаев.

В целях совершенствования организации оказания скорой специализированной медицинской помощи Минздравом России разработан приоритетный проект «Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации» (далее – Проект), которым предусматривается оказание экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации, с использованием новых воздушных судов, произведенных на территории Российской Федерации и оснащенных медицинским модулем.

Паспорт Проекта, утвержденный президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 25 октября 2016 г. № 9), направлен в 34 субъекта Российской Федерации для подготовки региональных программ развития оказания медицинской помощи в экстренной форме с использованием санитарной авиации.

#### ***Деятельность Всероссийской службы медицины катастроф***

В 2016 году на территории Российской Федерации зарегистрировано около 2 тыс. чрезвычайных ситуаций, сопровождающихся медико-санитарными последствиями. Общее число пострадавших составило более 14 тыс. человек.

Наибольшее количество чрезвычайных ситуаций зарегистрировано в г. Москве – 139, в Московской области – 95, в Республике Башкортостан – 89.

Из общего числа пострадавших госпитализировано в различных федеральных округах от 45,3 % в Сибирском федеральном округе до 61,7 % в Центральном федеральном округе.

Служба медицины катастроф Минздрава России решает многоплановый комплекс задач, связанных не только с организацией и оказанием медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях и их медицинской эвакуацией, но и с разработкой предложений и реализацией конкретных мероприятий по повышению готовности к реагированию и действиям при чрезвычайных ситуациях.

В 2016 году служба медицины катастроф Минздрава России участвовала в ликвидации медико-санитарных последствий, в том числе следующих крупных чрезвычайных ситуаций:

авария на шахте «Северная» 25 февраля 2016 г. и 28 февраля 2016 г. в Республике Коми, пострадало 53 человека, 36 человек погибло;

авария пассажирского самолета Боинг-737-800 19 марта 2016 г. в Ростовской области, 62 погибших;

утопление отдохавших в детском лагере «Сямозеро» 19 июня 2016 г. в Республике Карелия, пострадал 51 человек, из них 47 детей, погибло 13 детей;

вспышка сибирской язвы 9 августа 2016 г. в Ямало-Ненецком автономном округе, пострадало 97 человек, из них 56 детей, погиб 1 ребенок;

прохождение тайфуна «Лайонрок» 31 августа 2016 г. в Приморском крае, пострадало 871 человек, из них 98 детей, погибло 2 человека;

вспышка острой кишечной инфекции 27 октября 2016 г. в Республике Дагестан, пострадало 1 148 человек, из них 811 детей;

автомобильная авария 4 декабря 2016 г. на 926 км автодороги Ханты-Мансийск – Тюмень, пострадало 34 человека, из них 28 детей, погибло 10 человек, в том числе 8 детей;

авария самолета Ту-154 Минобороны России 25 декабря 2016 г. в Краснодарском крае, 92 погибших.

В 2016 году проведены тактико-специальные учения службы медицины катастроф в рамках подготовки к проведению в г. Сочи мероприятий чемпионата мира по автомобильным гонкам класса «Формула-1», Всемирных хороших игр, а также Чемпионата мира по горнолыжному спорту среди молодежи.

В целях повышения уровня профессиональной подготовки специалистов службы медицины катастроф территориальными центрами медицины катастроф регионов проведено свыше 14 тыс. учений, занятий и тренировок с представителями медицинских организаций и формирований службы медицины катастроф, в том числе более 3 тыс. командно-штабных учений, 5,5 тыс. штабных тренировок и 5,6 тыс. тактико-специальных учений, в которых приняли участие более 40 тыс. человек.

Минздравом России совместно с органами государственной власти субъектов Российской Федерации проведен мониторинг оснащения и

технического состояния парка автомобилей скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. По результатам мониторинга установлено, что на балансе медицинских организаций субъектов Российской Федерации состоит 22 806 автомобилей скорой медицинской помощи.

*Справочно: 7 177 автомобилей класса "А"(31,5 %), 13 900 – класса "В" (61 %), 1 729 – класса "С"(7,5 %)), из которых 7 443 (32,5 %) автомобиля имеют срок эксплуатации до 3 лет, 4 318 (19 %) - от 3 до 5 лет, 11 045 (48,5 %) - более 5 лет. При этом срок эксплуатации свыше 5 лет имеют 4 289 автомобилей класса "А"(39 %), 6 204 автомобиля класса "В"(56 %) и 552 автомобиля класса "С"(5 %).*

Наиболее тяжелая ситуация с заменой санитарного автотранспорта сложилась в следующих субъектах Российской Федерации (более 75 % всего автотранспорта со сроком эксплуатации свыше 5 лет): Ненецкий автономный округ, Чувашская Республика, Республика Хакасия, Удмуртская Республика, Тамбовская область, Брянская область, Республика Адыгея, Забайкальский край.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 23.01.2016 № 71-р «Об утверждении программы поддержки автомобильной промышленности на 2016 год» Минпромторгу России предусмотрено выделение бюджетных ассигнований в размере 3 млрд рублей в целях закупки 1 241 автомобиля скорой медицинской помощи класса В, а также 110 реанимобилей на шасси российского производства для нужд медицинских организаций, подведомственных органам государственной власти Российской Федерации в сфере охраны здоровья. В 2016 г. в регионы направлено 2 154 автомобиля скорой медицинской помощи класса В и 113 реанимобилей на шасси российского производства. За счет этого на 37 % обновлен автопарк автомобилей класса В со сроком эксплуатации свыше 5 лет и на 19% - класса С.

Заканчивается второй год правоприменения Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. Минздравом России совместно с профессиональным сообществом подготовлены изменения в приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н (ред. от 05.05.2016) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (зарегистрировано в Минюсте России 16.08.2013 № 29422), утверждающий Порядок.

Внесенные изменения устанавливают возможность включения в состав выездных бригад скорой медицинской помощи средних медицинских работников в должности «медицинская сестра». Таким образом оказывать скорую медицинскую помощь смогут студенты старших курсов медицинских образовательных организаций, получившие сертификат медицинской сестры. Кроме того новый Порядок исключает должности «санитар-водитель» и «фельдшер-водитель скорой медицинской помощи», а также регламентирует функциональные обязанности водителя автомобиля скорой медицинской помощи, закрепляет количественный состав бригад, включая водителя: 3 человека для общепрофильной и 4 человека для специализированной выездных бригад скорой медицинской помощи. Для формирования

узкопрофильных бригад Порядком предусмотрено формирование экстренных консультативных бригад скорой медицинской помощи, в состав которых включен врач-специалист. Среди других важных изменений, вносимых документом: снижение класса автомобиля для психиатрических бригад и исключение избыточного оборудования автомобилями скорой медицинской помощи. Вносимые изменения направлены на обеспечение правовой и социальной защиты медицинских работников и на оптимизацию материально-технического оснащения автомобилями скорой помощи и укладок скорой помощи.

Также переработан приказ Минздрава России от 7 августа 2013 г. № 549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован в Минюсте России 09.09.2013 № 29908). В целях оптимизации состава укладок и наборов без ущерба для их содержимого принят приказ Минздрава России от 22.01.2016 № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован в Минюсте России 24.02.2016 № 41191)

### **Мероприятие И.3 Информатизация системы оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах и мероприятие И.4 Совершенствование деятельности Всероссийской службы медицины катастроф**

По состоянию на 1 января 2016 г. на региональном и муниципальном уровнях имеются свыше 26 тыс. мобильных медицинских формирований медицины катастроф, в том числе 2648 штатных в составе ТЦМК. В регионах функционируют 46 мобильных медицинских отрядов (11 штатных), 242 бригады экстренного реагирования (93 штатные), более 4,5 тыс. бригад специализированной медицинской помощи (249 штатные), более 14,3 тыс. бригад скорой медицинской помощи.

В более 3,8 тыс. региональных и муниципальных медицинских организаций, на которые возложены задачи по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, предусмотрено при необходимости выделение свыше 264 тыс. лечебных коек, в том числе почти 49,0 тыс. – хирургических, 3,6 тыс. – нейрохирургических, 34 тыс. – травматологических, более 5,5 тыс. – ожоговых и др.

**Функциональная подсистема Резервов медицинских ресурсов** объединяет федеральный резерв медицинских ресурсов Минздрава России и резервы медицинских ресурсов субъектов Российской Федерации (в том числе местные и объектовые резервы медицинских ресурсов), создаваемые соответственно Минздравом России, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и администрациями организаций.

В 2016 г. специалисты ВЦМК «Защита» Минздрава России принимали участие в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (далее – ЧС).

В 2016 г. была оказана медицинская помощь при медицинском обеспечении массовых мероприятий 1 159 пациентам, в том числе специализированную - 65 пациентам.

Специалисты Центра медицинской эвакуации провели медицинскую эвакуацию 1 017 человек, из них 369 – воздушным транспортом, в том числе 16 российских граждан эвакуированы из-за рубежа. Выполнены 85 вылетов, в том числе 27 – за рубеж.

В соответствии с Планом проведения учений и штабных тренировок с ТЦМК на 2016 г. в рамках подготовки специалистом медицины катастроф к медицинскому обеспечению проведения Кубка конфедераций FIFA 2017 года и чемпионата мира по футболу FIFA 2018 года ВЦМК «Защита» провел 10 учений со специалистами медицины катастроф субъектов Российской Федерации.

В 2016 г. специалисты ВЦМК субъектов Российской Федерации принимали участие в ликвидации медико-санитарных последствий более 1,8 тыс. ЧС, в которых пострадало свыше 14,8 тыс. чел., в том числе 4,6 тыс. детей. Медицинская помощь оказана 10 452 пострадавшим, в том числе 4 654 детям. В оказании медицинской помощи участвовали 4,5 тыс. выездных медицинских бригад, в том числе свыше 3,7 тыс. бригад СМП, 819 специализированных бригад СМП.

В целях повышения уровня профессиональной подготовки специалистов Службы ТЦМК регионов проведено свыше 14 тыс. учений.

Служба медицины катастроф субъектов Российской Федерации в режиме повседневной деятельности осуществляет выполнение различных задач, связанных с оказанием медицинской помощи населению:

осуществляется медицинское обеспечение мероприятий, связанных с массовым пребыванием людей, такие как, мероприятия, посвященные государственным праздникам (например, празднование Победы в Великой Отечественной войне), различные фестивали (рок-фестиваль «Нашествие»), в период подготовки и проведения крупных спортивных мероприятий, религиозных праздников (Крещение, Пасха, и др.), других мероприятий;

осуществляется постоянный мониторинг готовности сил и средств ВСМК в предпраздничные и праздничные дни;

постоянно отрабатываются вопросы маршрутизации пострадавших в ЧС и мониторинг состояния пострадавших при ЧС в медицинских организациях;

контроль за соблюдением правил противопожарной безопасности в медицинских организациях, с круглосуточным пребыванием пациентов.

Специалисты ТЦМК в режиме повседневной деятельности продолжают активно работать по оказанию медицинской помощи пострадавшим в ДТП на федеральных автомобильных дорогах.

В ряде субъектов Российской Федерации в ТЦМК созданы трассовые службы, призванные сократить время прибытия медицинских бригад к

пострадавшим в ДТП на автодорогах, что имеет важнейшее значение для спасения жизни и здоровья пострадавших.

В 2016 г. в 16 субъектах Российской Федерации работало 69 трассовых пунктов. Медицинскими работниками трассовых пунктов была оказана помощь более 18 тыс. пострадавших в ДТП, почти 14 тыс. пострадавшим помощь оказывалась с привлечением авиамедицинских бригад.

Всего на федеральных автомобильных дорогах (ФАД) работает около 150 штатных выездных бригад медицинской помощи. Деятельность трассовых служб, в том числе за счет штатных медицинских формирований ТЦМК, позволила сократить время прибытия медицинских бригад к месту дорожно-транспортного происшествия на 50 %.

При ликвидации медико-санитарных последствий крупных ДТП в Ленинградской области (январь), Республике Дагестан (июль), Республике Крым (август), Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (декабрь) благодаря грамотным действиям бригад СМП указанных субъектов Российской Федерации спасли жизнь 76 человек, пострадавших в указанных ЧС.

19.06.2016 произошло опрокидывание плавсредств незарегистрированной тургруппы детей из «Парк-отеля Сямозеро» на озере Сямозеро в Республике Карелия, в результате которого пострадал 51 человек, том числе 47 детей, 13 из них погибли.

На месте ЧС работали 5 бригад СМП, 1 авиамедицинская бригада, 1 бригада скорой медицинской помощи ТЦМК. К оказанию медицинской и медико-психологической помощи привлекались бригада психологов РПНД Карелии, бригада ВЦМК «Защита», 3 психиатра из ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

1 августа 2016 г. в г. Махачкала (Республика Дагестан) в банкетном зале произошел взрыв баллона с бытовым газом, в результате которого пострадало 28 человек, в том числе 2 ребенка. Спасено 25 человек.

В июле 2016 г. была зарегистрирована вспышка сибирской язвы в Ямало-Ненецком автономном округе. Всего было госпитализировано 97 человек, в том числе 56 детей. Всего проведена вакцинация 14 476 человек, из них 655 детей.

В ходе проведения комплекса противоэпидемических мероприятий населению было сделано почти 300 тыс. прививок, что позволило удержать санитарно-эпидемиологическую обстановку на территории Дальневосточного федерального округа под контролем.

В ноябре 2016 г. зафиксирована вспышка острой кишечной инфекции с водным путем передачи в г. Махачкале (Республика Дагестан) с общим числом пострадавших 2 715 человек.

На федеральном уровне в 2016 г. специалисты Полевого многопрофильного госпиталя ФГБУ «ВЦМК «Защита» Минздрава России (далее – ПМГ) принимали участие в ликвидации медико-санитарных последствий 2 чрезвычайных ситуаций (далее – ЧС): взрыва газового баллона в Махачкале и ДТП в Республике Крым.

В 2016 г. специалисты ПМГ оказали медицинскую помощь при медицинском обеспечении массовых мероприятий 1 159 пациентам, в том

числе специализированную 65 пациентам. Специалисты Центра медицинской эвакуации провели медицинскую эвакуацию 1 017 человек, из них 369 – воздушным транспортом, в том числе 16 российских граждан эвакуированы из-за рубежа. Выполнены 85 вылетов, в том числе 27 – за рубеж.

На базе ВЦМК «Защита» на 36 циклах повысили свои профессиональные знания 612 специалистов из 44 регионов Российской Федерации. Специалистами Центра медицинской эвакуации ВЦМК «Защита» подготовлено 285 специалистов авиамедицинских бригад.

Государственное задание выполнено по количеству проведенных циклов и по количеству слушателей.

В соответствии с Планом проведения учений и штабных тренировок с Территориальными ЦМК на 2016 г. в рамках подготовки СМК к медицинскому обеспечению проведения Кубка конфедераций в 2017 г. и Чемпионата мира по футболу в 2018 г. ВЦМК «Защита» провел 10 ТСУ с СМК субъектов Российской Федерации.

В 2016 г. специалисты Службы субъектов Российской Федерации принимали участие в ликвидации медико-санитарных последствий более 1,8 тыс. ЧС, в которых пострадало свыше 14,8 тыс. человек, в том числе 4,6 тыс. детей. Медицинская помощь оказана 10 452 пострадавшим, в том числе 4 654 детям. В оказании медицинской помощи участвовали 4,5 тыс. выездных медицинских бригад, в том числе свыше 3,7 тыс. бригад СМП, 819 специализированных бригад СМК. В целях повышения уровня профессиональной подготовки специалистов Службы ТЦМК регионов проведено свыше 14 тыс. учений, занятий и тренировок с медицинскими организациями и формированиями СМК, в том числе более 3 тыс. КШУ, 5,5 тыс. ШТ и 5,6 тыс. ТСУ, в которых приняли участие более 40 тыс. человек.

Более 70 бригад специализированной медицинской помощи СМК (штатные формирования ТЦМК) принимают непосредственное участие в ликвидации медико-санитарных последствий ДТП на ФАД в 15 субъектах Российской Федерации - в Республиках Ингушетия, Бурятия, Татарстан, Тыва, Астраханской, Брянской, Воронежской, Кемеровской, Липецкой, Московской, Саратовской, Свердловской, Ярославской областях; в Алтайском и Ставропольском краях.

В рамках пилотного проекта, для прикрытия ФАД М-10 с использованием авиации МЧС России ведется дежурство авиамедицинских бригад ТЦМК Московской, Тверской, Новгородской и Ленинградской областей.

Всего на ФАД работает около 150 штатных выездных бригад медицинской помощи. Деятельность трассовых служб, в том числе за счет штатных медицинских формирований ТЦМК, позволила сократить время прибытия медицинских бригад к месту дорожно-транспортного происшествия на 50 %.

В рамках повышения квалификации специалистов, задействованных в службе медицины катастроф, в организациях последипломного образования в субъектах Российской Федерации прошли последипломное обучение более 16 тыс. специалистов, в том числе: специализацию – 2,1. тыс. человек, общее усовершенствование – 9,8 тыс. человек, тематическое усовершенствование –

4,5 тыс. человек, ординатуру – более 200 человек, из них обучение непосредственно по вопросам медицины катастроф – 2 400 человек.

В учебных подразделениях ТЦМК субъектов Российской Федерации подготовлено по программам первой помощи 72 165 человек, в общем числе подготовленных: доля водителей составила 12 %, сотрудников МЧС России – 15 %, МВД России – 14 %, медицинских работников СМП – 26 %, прочих – 33 %.

### **Развитие государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья**

Минздравом России в 2016 году завершена работа по реализации Комплекса мер, направленных на развитие инфраструктуры и ГЧП в здравоохранении, утвержденного приказом Министерства от 4 февраля 2015 г. № 37.

Совместными усилиями, в том числе в рамках деятельности Координационного совета Минздрава России по ГЧП, нами сформированы отраслевые подходы к реализации ГЧП, запущены и продолжается работа над пилотными проектами на федеральном уровне, создана правовая и методологическая база реализации проектов ГЧП, проводится мониторинг и тиражирование лучших практик.

Некоторые вопросы требуют продолжения совместных действий. Вместе с тем можно констатировать, что ГЧП в здравоохранении развивается.

На данный момент здравоохранение является лидером в социальной сфере по количеству реализуемых проектов ГЧП.

На конец 2016 года в здравоохранении на разных стадиях в формате ГЧП реализовывалось более 70 проекта, из них уже на стадии строительства и эксплуатации – 61 проект. В рамках реализуемых проектов ГЧП в здравоохранении планируется привлечь инвестиций 61 млрд рублей, при этом общий объем частных инвестиций в проектах ГЧП достигает – 57 млрд рублей, что составляет порядка 10 % от общего объема инвестиций в проектах ГЧП во всех отраслях.

К регионам – лидерам реализации ГЧП-проектов в сфере здравоохранения можно отнести Самарскую, Новосибирскую, Московскую, Ульяновскую области г. Москва и г. Санкт-Петербург.

08.06.2016 состоялось открытие первой очереди объекта первого федерального концессионного соглашения, заключенного 23.12.2015 между Минздравом России и АО «Инновационный медико-технологический центр (Медицинский Технопарк)», основные условия которого были утверждены распоряжением Правительства Российской Федерации от 19.03.2015. В эксплуатацию введено более 2 000 кв. метров производственных площадей. На объекте установлена и запущена эксплуатация оборудования по производству эндопротезов, всего комплекса экзопротезов и конструкций для спинальной хирургии, компонентов и конечных аппаратно-программных комплексов для реабилитации.



21.10.2016 Правительством Российской Федерации принято распоряжение № 2212-р о заключении концессионного соглашения по созданию Центра спортивной медицины в г. Сочи как единого инновационного центра, специализирующегося в области спортивной медицины, прежде всего в лечении спортивных травм.

Полномочия концедента по данному инфраструктурному проекту закреплены за находящимся в ведении Минздрава России ФМБА России, которым проводится работа по подготовке конкурсной документации и проекта концессионного соглашения.

В 2016 году Минздравом России на основании решения Координационного совета Минздрава России по ГЧП (протокол от 14.09.2016 № 07/23/190) инициирована подготовка федерального концессионного проекта в отношении Центра микрохирургии глаза в г. Екатеринбург. Цель проекта – реконструкция, включая оснащение, объекта здравоохранения за счет собственных средств концессионера и (или) привлеченных им средств в соответствии с установленными концессионным соглашением технико-экономическими показателями для осуществления непрерывной медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по специальности «офтальмология».

Планируемый срок завершения мероприятий по структурированию проекта, принятия Правительством Российской Федерации решения о заключении концессионного соглашения и подписания указанного соглашения – III-IV квартал 2017 года.

13.05.2016 Правительством Российской Федерации принято постановление № 408 о согласовании инвестиционного проекта и параметров инвестиционного договора по развитию учебной инфраструктуры ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России. В настоящее время проводится работа по согласованию конкурсной документации.

Вместе с тем Минздравом России подготовлен и проходит процедуру межведомственного согласования проект постановления Правительства Российской Федерации, предусматривающий реализацию пилотного инвестиционного проекта по привлечению внебюджетных инвестиций, направленного создание современного кампуса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России.

На различных этапах подготовки в Минздраве России и подведомственных Минздраву России учреждениях находятся более 20 инвестиционных проектов с использованием различных механизмов привлечения внебюджетных инвестиций с планируемым объемом инвестиций в федеральную инфраструктуру более 10 млрд. рублей.

В целях расширения инструментария привлечения инвестиций в развитие и модернизацию инфраструктуры здравоохранения в 2016 году была продолжена работа по созданию соответствующих правовых условий.

Принят Федеральный закон от 03.07.2016 № 275-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях», предусматривающий, в том числе: возможность заключать концессионные соглашения без конкурса по решению Правительства Российской Федерации и переложить расходы на подготовку документации на концессионера, а также внедрение мониторинга исполнения концессионных соглашений.

Федеральным законом от 03.02.2016 № 360-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» внесены поправки в Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 224-ФЗ), которым предусмотрена возможность передачи частному партнеру имущества, которое не входит в состав объекта («иное имущество»), возможность эксплуатации объекта публичной стороной в случае, если техническое обслуживание объекта осуществляет частный партнер, сокращение максимального срока проведения уполномоченным органом оценки эффективности проектов и определения их сравнительного преимущества – со 180 до 90 дней и другие изменения.

В 2016 году Минздравом России совместно с заинтересованными органами разработан проект федерального закона «О концессионных соглашениях», предусматривающий возможность участия федеральных государственных учреждений здравоохранения на стороне концедента в обязательствах по концессионному соглашению. Законопроект одобрен Правительством Российской Федерации и распоряжением от 14.03.2017 № 449-р внесен в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации.

Минэкономразвития России и Минздравом России в 2016 году подготовлены законопроект «О внесении изменений в Земельный кодекс Российской Федерации», устанавливающий возможность предоставления без проведения торгов земельных участков по инвестиционным договорам в отношении находящихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества лицу, с которым заключен такой договор, а также изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 10.08.2007 № 505 и от 03.04.2008 № 234, предусматривающие системное использование такого механизма привлечения частных инвестиций в федеральную инфраструктуру как инвестиционные договора.

16 января 2016 года вступили в силу изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 28.11.2013 № 1087, определяющие возможность заключения контрактов жизненного цикла на выполнение работ по проектированию, строительству и реконструкции объектов здравоохранения, включая закупку медицинского оборудования, предусмотренного проектной документацией.

Продолжается работа по методическому сопровождению применения механизмов ГЧП на региональном уровне.

Минэкономразвития России совместно с Минздравом России и другими заинтересованными федеральными органами исполнительной власти в 2016 году разработаны и направлены в органы государственной власти субъектов Российской Федерации:

- методические рекомендации по реализации проектов ГЧП;
- методические материалы по дополнению государственных программ субъектов Российской Федерации в социальной сфере мероприятиями по развитию ГЧП.

В целях развития и внедрения взаимодействия органов власти и организаций частного сектора в здравоохранении, привлечения частного капитала для развития инфраструктуры здравоохранения, повышения эффективности государственного управления Минздравом России продолжается работа по тиражированию успешных практик в данной сфере.

В 2016 году проведен очередной отраслевой конкурс на лучший проект взаимодействия органов государственной власти и организаций частного сектора (далее – Конкурс). Конкурс проводился по четырем номинациям.

Лауреаты Конкурса были объявлены 05.12.2016 в рамках Международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения – 2016», г. Москва.

Вместе с этим были отмечены СМИ, активно участвующие в освещении вопросов взаимодействия органов власти и организаций частного сектора.

Конкурс показал интерес заинтересованных органов власти, представителей бизнеса, экспертного сообщества и СМИ к такой форме оценки и тиражирования успешных практик в данной сфере.

Минздравом России принято решение о ежегодном проведении указанного мероприятия.

Основными направлениями деятельности по вопросам привлечения частных инвестиций в сферу здравоохранения на 2017 год являются:

- запуск пилотных проектов в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения федеральной собственности с использованием внебюджетных инвестиций;
- совершенствование методической основы реализации проектов ГЧП на федеральном и региональном уровне;
- внесение изменений в Федеральный закон № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях», предусматривающих возможность участия федеральных государственных учреждений на стороне концедента в обязательствах по концессионному соглашению в отношении объектов здравоохранения;
- внесение изменений в земельное законодательство Российской Федерации, определяющих возможность предоставления без проведения торгов земельных участков по инвестиционным договорам в отношении находящихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества лицу, с которым заключен такой договор, а также предоставления земельных участков без торгов в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации для размещения объектов здравоохранения;

- внесение изменений в постановления Правительства Российской Федерации от 10.08.2007 № 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 03.04.2008 № 234 «Об обеспечении жилищного и иного строительства на земельных участках, находящихся в федеральной собственности», снимающих ограничения для системного использования такого механизма привлечения инвестиций как инвестиционные договоры, в том числе в отношении объектов здравоохранения федеральной собственности;

- содействие тиражированию лучших практик применения ГЧП в здравоохранении, проведение ежегодного Всероссийского конкурса «Лучший проект государственно-частного взаимодействия в здравоохранении».

Принимаемые меры должны стать основой системного использования инструментария ГЧП для модернизации инфраструктуры здравоохранения в целях повышения уровня доступности и качества медицинских услуг.

#### **Федеральная адресная инвестиционная программа**

Отчет о ходе реализации федеральной адресной инвестиционной программы за 2016 год направлен в Минэкономразвития России письмами от 26.01.2017 № 11-5/10/2-433 и от 02.02.2017 № 11-5/10/2-656.

Отчетные материалы размещены на сайте <http://faip.gov.economy.ru> 26 января 2017 года.

#### **4.2. Характеристика вклада основных результатов в решение задач и достижение целей государственной программы.**

Достигнуты положительные результаты в состоянии здоровья населения.

В целом сформирована современная эффективная система охраны материнства и детства. За период с 2012 по 2016 годы младенческая смертность снизилась почти на 41 %, смертность детей в возрасте 0-17 лет – на 30%, материнская смертность с 2011 года – почти в два раза.

С 2013 года началось широкомасштабное проведение массовых профилактических осмотров и комплексного скрининга здоровья (диспансеризация современного типа). За период 2013 – 2016 годов диспансеризацию прошли 87,6 млн взрослых лиц и 79,2 млн детей. Увеличилась выявляемость онкологических заболеваний на ранних стадиях с 44 % в 2005 году до 55 % в 2016 году, при снижении одногодичной летальности за этот период с 32 до 23 % и пятилетней выживаемости с 50 до 53 %.

Расширен охват населения профилактическими прививками. Так, за период с 2011 года по 2016 год доля населения вакцинированного от сезонного гриппа увеличилась в 1,8 раза, что позволило снизить заболеваемость гриппом в 3,6 раза. Введение в 2014 году вакцинации детей против пневмококковой инфекции позволило снизить смертность детей первого года жизни от пневмоний на 43 %, а от гриппа и ОРЗ – в два раза.

Достигнуты весомые результаты по снижению смертности и заболеваемости туберкулезом за последние годы. С 2012 по 2016 год отмечено

снижение смертности на 26,4 %. Заболеваемость туберкулезом за последние 8 лет сократилась более чем на 30 %.

В целом достроена современная служба экстренной специализированной медицинской помощи больным с жизненно-угрожающими состояниями. С 2008 года введены в эксплуатацию 546 межрайонных сосудистых центров и 1 524 травматологических центров различного уровня, что позволило снизить смертность от инсультов более чем на 34 %, от дорожно-транспортных происшествий на 20 % за период с 2011 по 2016 годы.

Увеличены объемы высокотехнологичной медицинской помощи. За период с 2011 года по 2016 год количество пролеченных по ВМП больных увеличилось в 3 раза, количество медицинских организаций, выполняющих данный вид медицинской помощи – в 3,7 раза.

Укреплена материально-техническая база здравоохранения. За период с 2011 года по 2016 год построено более 2 тыс. (в том числе ФАПов и ФП более 1 400 единиц) и отремонтировано более 20 тыс. объектов здравоохранения.

Подробная информация о результатах основных мероприятий отражена в отчетных материалах реализации государственной программы.

**4.3. Сведения о достижении значений показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы, федеральных целевых программ.**

Таблица 16 с обоснованием отклонений по показателям (индикаторам), плановые значения по которым не достигнуты, прилагается.

**4.4. Сведения о достижении значений показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы, в региональном разрезе.**

Таблица 16а в региональном разрезе с обоснованием отклонений по показателям (индикаторам), плановые значения по которым не достигнуты, прилагается.

**4.5. Запланированные, но недостигнутые результаты с указанием нереализованных или реализованных не в полной мере основных мероприятий и ведомственных целевых программ (в том числе контрольных событий).**

Детальные уточненные сведения об эффективности реализации контрольных событий плана реализации и детального плана-графика реализации государственной программы приведены в таблице 17 приложения к годовому отчету.

**4.6. Анализ факторов, повлиявших на ход реализации государственной программы.**

Ухудшение социально-экономической ситуации в Российской Федерации (уровень жизни населения, уровень безработицы и другие социально-экономические индикаторы), связанной с продолжением действий санкций со стороны США и ЕС на протяжении 2016 года, оказало негативное влияние на ход реализации государственной программы.

Недостаточный уровень финансирования здравоохранения и других отраслей социальной инфраструктуры, влияющих на здоровье населения,

привело к снижению доступности и качества оказываемой медицинской помощи населению Российской Федерации в ряде субъектов Российской Федерации и, как следствие, ряд целевых показателей Госпрограммы не был достигнут. Тем не менее, в этих условиях сохранение позитивного тренда снижения смертности и роста продолжительности жизни населения, даже более низкими темпами, является важным достижением отрасли здравоохранения.

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

Природно-климатические риски, обусловленные зависимостью функционирования отрасли от природно-климатических условий. Так, в 2016 году на территории Российской Федерации зарегистрировано около 2 тыс. чрезвычайных ситуаций, сопровождавшихся медико-санитарными последствиями. Общее число пострадавших составило более 14 тыс. человек, что повлияло на достижение показателей Госпрограммы.

**4.7. Анализ фактических и вероятных последствий влияния указанных факторов на основные параметры государственной программы.**

Перечисленные недостиженные результаты могут быть достигнуты в 2017 году при изменении внешних детерминант здоровья в позитивном направлении.

**5. Результаты реализации ведомственных целевых программ и основных мероприятий в разрезе подпрограмм государственной программы и результаты реализации мероприятий федеральных целевых программ.**

За отчетный период ведомственная целевая программа в структуре государственной программы Российской Федерации отсутствует.

**6. Результаты реализации мер государственного и правового регулирования.**

Таблица 19 приложений.

**7. Результаты использования бюджетных ассигнований федерального бюджета и иных средств на реализацию мероприятий государственной программы**

Таблица 20 приложений.

*7.1. Информация о кассовых расходах федерального бюджета, бюджетов государственных внебюджетных фондов, консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и фактических расходах государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов.*

Таблицы 20 и 21 приложений.

Таблица 21 «Информация о расходах федерального бюджета, бюджетов государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и юридических лиц на реализацию целей государственной программы

Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (тыс. руб.)» сформирована на основании сведений, полученных от субъектов Российской Федерации на запросы Минздрава России от 11.01.2017 № 13-0/10/2-76 и от 14.03.2017 № 13-3/10/2-1719.

Анализ использования бюджетных ассигнований на реализацию государственной программы по расходам федерального бюджета в 2016 году показал отклонение кассового исполнения расходов федерального бюджета на реализацию Госпрограммы данным Федеральное казначейства по ФМБА России и ряду участников Госпрограммы (таблица).

**Таблица «Информация от соисполнителя и участников Госпрограммы о несоответствии отчета по кассовому исполнению расходов федерального бюджета на реализацию Госпрограммы данным Федеральное казначейства (ежемесячный отчет по состоянию на 01.01.2017)»**

Участник Госпрограммы	Данные отчета реализации Госпрограммы, таблица 20	Данные Федерального казначейства	Разница	Информация ФОИВ о несоответствии отчета по кассовому исполнению расходов федерального бюджета на реализацию Госпрограммы данным Федеральное казначейства на запрос Минздрава России от 6.03.2017 № 13-3/10/2-1486
МЧС России	126 123,97	126 147,70	23,73	Остаток средств в сумме 23,73 тыс. руб. образовался в результате корректировки государственного задания в рамках выделенного финансирования; были уточнены расходы по профилю медицинской помощи «онкология».
Минобороны России	454 269,89	456 727,50	2 457,61	В 2016 году образовались остатки неиспользованной субсидии в размере 2457,61 тыс. руб., в том числе: кредиторская задолженность 180,91 тыс. руб. - погашена в январе 2017 года; остатки неиспользованной субсидии 2276,7 тыс. руб., которые образовались в результате отсутствия донорских органов.
МИД России	89 825,20	90 149,95	324,75	Вынесено решение об уменьшении объема субсидий на финансовое обеспечение государственного задания на оказание услуг (выполнение работ) в декабре 2016 года на сумму 354,2 тыс. руб.

ФМБА России	358 448,09	358 497,66	49,57	На начало года отражен неиспользованный остаток лимитов бюджетных обязательств в сумме 49,57 тыс. руб., перечисленных на открытый Региональному управлению комплекса «Байконур» счет в подразделении Банка России, так как учреждение находится за пределами Российской Федерации и не обслуживается в органе Федерального казначейства.
-------------	------------	------------	-------	--

### *7.2 Информация о фактических сводных показателях государственных заданий*

Таблица 22 приложений.

### **8. Аналитический отчет о выполнении мероприятий приоритетных национальных проектов**

Таблица 14 приложений.

### **9. Сведения о затратах на закупку импортных товаров и услуг в рамках реализации государственной программы Российской Федерации и сведения о затратах на закупку инновационной продукции, высокотехнологичной продукции в рамках реализации государственной программы Российской Федерации**

Таблицы 25.1 и 25.2 приложений.

### **10. Информация о внесенных ответственным исполнителем изменениях в государственную программу.**

В составе Госпрограммы с 2015 года дополнительно выделены две подпрограммы: подпрограмма Д. «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» и подпрограмма И. «Развитие скорой медицинской помощи».

По сравнению с предыдущей редакцией Госпрограммы изменены ее задачи; изменен состав соисполнителей и участников Госпрограммы.

В соответствии с пунктом 28 Положения об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 октября 2016 г. № 1050, в составе проекта Госпрограммы отражены приоритетные проекты по направлению «Здравоохранение». Осуществлена синхронизация наименований и значений показателей приоритетных проектов с показателями Госпрограммы.

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 7 ноября 2016 г. № 1137 в составе Госпрограммы сформирован специальный раздел по опережающему развитию Дальнего Востока.

Проектом Госпрограммы учитываются основные положения Федерального Конституционного закона от 21 марта 2014 г. № 6-ФКЗ «О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых Субъектов – Республики Крым и города федерального значения Севастополя», в частности, добавлены показатели для данных



регионов в приложение № 2 (по форме таблицы 1а) «Сведения о показателях (индикаторах) государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» по субъектам Российской Федерации».

В соответствии с требованиями пункта 8 Порядка во исполнение поручения Правительства Российской Федерации от 13 ноября 2014 г. № ДК-П13-8419 с целью реализации постановления Правительства Российской Федерации от 30 сентября 2014 г. № 999 в состав Госпрограммы включены Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и г. Байконура на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»; Правила предоставления субсидий из федерального бюджета в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование капитальных вложений в объекты государственной собственности субъектов Российской Федерации, которые осуществляются из бюджетов субъектов Российской Федерации, или в целях предоставления соответствующих субсидий из бюджетов субъектов Российской Федерации местным бюджетам на софинансирование капитальных вложений в объекты муниципальной собственности, которые осуществляются из местных бюджетов; Правила финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями; Правила предоставления субсидий на закупку авиационной услуги органами государственной власти субъектов Российской Федерации для оказания медицинской помощи с применением авиации.

По сравнению с предыдущей редакцией Госпрограммы изменены состав и значения *ключевых* целевых показателей (индикаторов) Госпрограммы.

В целях снижения стоматологической заболеваемости в России путем внедрения методов профилактики основных стоматологических заболеваний в подпрограмму 1 включено новое основное мероприятие 1.6 «Первичная профилактика стоматологических заболеваний среди населения Российской Федерации». С целью повышения эффективности диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертонией, в подпрограмму 1 включено новое основное мероприятие 1.7 «Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией». В подпрограмму 1 включено новое основное мероприятие 1.8 «Проведение пострегистрационных клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических для профилактики и лечения инфекций».

Основное мероприятие 2.7 «Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» перенесено в основное мероприятие И.1 подпрограммы И «Развитие скорой медицинской помощи».

Вместо указанного основного мероприятия, с целью совершенствования оказания медицинской помощи методом трансплантации органов человека и

эффективного использования донорского ресурса в подпрограмму включены основное мероприятие 2.7 «Развитие системы донорства органов человека в целях трансплантации».

**11. Предложения по дальнейшей реализации государственной программы.**

Предложения по дальнейшей реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» включены в постановление Правительства Российской Федерации от 31 марта 2017 г. № 394 «О внесении изменений и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».

**12. Оценка эффективности реализации государственной программы в отчетном году прилагается.**

**13. Предложения об изменении форм и методов управления реализацией государственной программы, о сокращении (увеличении) финансирования и (или) корректировке, досрочном прекращении основных мероприятий или государственной программы в целом.**

Предложения о внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» отражены в постановлении Правительства Российской Федерации от 31 марта 2017 года № 394 «О внесении изменений и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».



Сведения о достижении значений показателей (индикаторов) государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", подпрограмм государственной программы

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)	
			2015 год		2016 год		
			факт	план	факт		план
1	2	3	4	5	6	7	
<b>Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения"</b>							
			факт 2015 г.	план 2016 г.	январь-декабрь 2016 г.*		
1	Смертность от всех причин (на 1000 населения)	человек	13	12,3	12,9	<p>По сравнению с 2015 годом наблюдается снижение показателя смертности от всех причин на 0,7 %. Снижение смертности населения от всех причин наблюдалось в 20 субъектах Российской Федерации, недостижение указанного показателя - в 57 субъектах Российской Федерации.</p> <p>Минздравом России совместно с главными внештатными специалистами подготовлены и согласованы региональные планы по снижению смертности от основных причин, включая болезни системы кровообращения, новообразования, туберкулез, дорожно-транспортные происшествия, болезни органов дыхания и органов пищеварения, младенческую смертность.</p> <p>В 2016 году данные планы скорректированы с учетом демографической ситуации в регионах.</p> <p>Также проведены совещания с главными внештатными специалистами Минздрава России, главными внештатными специалистами Минздрава России в федеральных округах и главными внештатными специалистами субъектов Российской Федерации, на которых представлены подробные рекомендации по дальнейшей работе с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, руководителями медицинских организаций и медицинским сообществом по разработке, реализации и мониторингу региональных планов по снижению смертности от основных причин в 2016 году.</p> <p>Минздрав России продолжает проводить мониторинг качества оказания медицинской помощи населению по 19 сигнальным показателям. Данный мониторинг позволяет оперативно выявлять наиболее проблемные моменты в организации медицинской помощи и принимать необходимые меры для их решения.</p> <p>Осуществлялся мониторинг эффективности мероприятий по снижению смертности, проводимых в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в рамках которого проводился еженедельный и ежемесячный сбор информации, предоставляемой участковыми врачами-терапевтами (фельдшерами) и врачами общей практики, обслуживающими население по территориально-участковому принципу.</p> <p>Минздравом России взята на контроль работа органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, в которых недостигнуты плановые значения показателя, по реализации планов по снижению смертности.</p>	
2	Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	человек	6,5	7,8	6,0	Положительное отклонение	
3	Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	человек	635,3	677,2	614,1	Положительное отклонение	
4	Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	человек	12,2	12,1	10,8	Положительное отклонение	

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
5	Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	человек	205,1	196,1	201,6	<p>В 2016 году наблюдается снижение показателя смертности от новообразований на 0,3% по сравнению с 2014 годом и на 1,7 % по сравнению с 2015 годом.</p> <p>Кроме того отмечается по сравнению с 2015 годом снижение показателя одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями на 1,7% и увеличение 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями на 0,8 %.</p> <p>Минздравом России совместно с с главными внештатными специалистами подготовлены и согласованы региональные планы по снижению смертности от основных причин, включая болезни системы кровообращения, новообразования, туберкулез, дорожно-транспортные происшествия, болезни органов дыхания и органов пищеварения, младенческую смертность.</p> <p>В 2016 году данные планы скорректированы с учетом демографической ситуации в регионах.</p> <p>Также проведены совещания с главными внештатными специалистами Минздрава России, главными внештатными специалистами Минздрава России в федеральных округах и главными внештатными специалистами субъектов Российской Федерации, на которых представлены подробные рекомендации по дальнейшей работе с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, руководителями медицинских организаций и медицинским сообществом по разработке, реализации и мониторингу региональных планов по снижению смертности от основных причин в 2016 году.</p> <p>Минздрав России продолжает проводить мониторинг качества оказания медицинской помощи населению по 19 сигнальным показателям. Данный мониторинг позволяет оперативно выявлять наиболее проблемные моменты в организации медицинской помощи и принимать необходимые меры для их решения.</p> <p>Осуществлялся мониторинг эффективности мероприятий по снижению смертности, проводимых в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в рамках которого проводился еженедельный и ежемесячный сбор информации, предоставляемой участковыми врачами-терапевтами (фельдшерами) и врачами общей практики, обслуживающими население по территориально-участковому принципу.</p> <p>В субъектах Российской Федерации, не достигших в отчетном году плановых значений указанного показателя Минздравом России взята под контроль работа органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по реализации планов по снижению смертности от злокачественных новообразований и повышению их выявляемости на ранних стадиях.</p>
6	Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	человек	9,2	11,8	7,5	Положительное отклонение
7	Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	литров	10,5	11,3	10,3	Положительное отклонение
8	Распространенность потребления табака среди взрослого населения	процентов	33	33,5	32,0	Положительное отклонение
9	Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	человек	57,8	64,9	53,3	Положительное отклонение

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
10	Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения)	человек	37,1	40,2	37,2	Значения показателя «Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения)» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294, на 2014–2020 годы были рассчитаны с учетом фактических значений 2013 года на основе данных формы федерального статистического наблюдения № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках» и отражены на уровне 40,2 ежегодно. С 2015 года форма ФСН № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках» отменена и фактическое значение показателя «Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения)» рассчитывается в соответствии с новой ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации», утвержденной приказом Росстата от 25.12.2014 № 723. Минздрав России изменил методологию сбора данных о врачах, исключив обучающихся (аспиранты, ординаторы, интерны) и врачей, работающих в образовательных организациях подготовки кадров системы здравоохранения, научно-исследовательских институтах, аппаратах органов управления здравоохранением и Роспотребнадзора. Расчеты данного показателя в 2016 году проведены в соответствии с формой ФСН № 30 и учитывают только врачей, оказывающих медицинскую помощь в медицинских организациях.
11	Количество среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача	человек	2,4	2,4	2,4	Отклонение от планового значения отсутствует.
12	Отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации	процентов	156,0	159,6	155,3	На недостижение целевых показателей отраслевой «дорожной карты» здравоохранения повлияло в частности увеличение фактической средней заработной платы в субъектах Российской Федерации по сравнению с прогнозируемой при незначительном изменении уровня фактической заработной платы отдельных категорий медицинских работников (врачей, среднего и младшего медицинского персонала) от прогнозируемого. Определенную роль в этом сыграли решения ряда субъектов Российской Федерации о корректировке целевых показателей по заработной плате региональных «дорожных карт» в сторону уменьшения по сравнению с отраслевой «дорожной картой» в связи с ограниченными источниками финансовых средств в регионах на повышение оплаты труда медицинских работников.

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
13	Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации	процентов	88,0	86,3	86,3	Отклонение от планового значения отсутствует.
14	Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации	процентов	54,8	70,5	56,5	На недостижение целевых показателей отраслевой «дорожной карты» здравоохранения повлияло в частности увеличение фактической средней заработной платы в субъектах Российской Федерации по сравнению с прогнозируемой при незначительном изменении уровня фактической заработной платы отдельных категорий медицинских работников (врачей, среднего и младшего медицинского персонала) от прогнозируемого. Определенную роль в этом сыграли решения ряда субъектов Российской Федерации о корректировке целевых показателей по заработной плате региональных «дорожных карт» в сторону уменьшения по сравнению с отраслевой «дорожной картой» в связи с ограниченными источниками финансовых средств в регионах на повышение оплаты труда медицинских работников.
15	Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) и младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации	процентов	78,0	81,4	75,9	На недостижение целевых показателей отраслевой «дорожной карты» здравоохранения повлияло в частности увеличение фактической средней заработной платы в субъектах Российской Федерации по сравнению с прогнозируемой при незначительном изменении уровня фактической заработной платы отдельных категорий медицинских работников (врачей, среднего и младшего медицинского персонала) от прогнозируемого. Определенную роль в этом сыграли решения ряда субъектов Российской Федерации о корректировке целевых показателей по заработной плате региональных «дорожных карт» в сторону уменьшения по сравнению с отраслевой «дорожной картой» в связи с ограниченными источниками финансовых средств в регионах на повышение оплаты труда медицинских работников.

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
16	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	лет	71,39	72,64	71,87	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении является интегральным демографическим показателем. Относительно низкий уровень ОПЖ в России в значительной степени связан с высоким уровнем смертности мужчин в трудоспособном возрасте (25–45 лет). Значительный разрыв показателей смертности у мужчин и женщин (в 3,6 раза) приводит к существенной разнице между показателями ожидаемой продолжительности жизни у данных групп населения (в 2013 году разница составляла 11,17 лет; в 2016 году – 10,56 лет). Как следствие фактическое значение интегрального показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2016 году ниже запланированного уровня.
<b>Подпрограмма 1. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи</b>						
1.1	Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей	процентов	96	95	95,7	Положительное отклонение
1.2	Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты	процентов	Не менее 97	97	102,9	Положительное отклонение
1.3	Охват диспансеризацией взрослого населения	процентов	21,6	23	21,5	Диспансеризация взрослого населения проводится во всех субъектах Российской Федерации в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 03.02.2015 №36ан. Отдельные категории граждан проходят диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры в рамках других нормативных правовых актов (государственные гражданские служащие, сотрудники МВД России, военнослужащие, диспансеризация граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и т.п.). В связи с тем, что прохождение диспансеризации носит добровольный характер и часть граждан проходит диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры в рамках других нормативных правовых актов, а также на основе международного опыта по отклику населения на общественные явления (который берется за основу при проведении эпидемиологических исследований, не только в отношении здравоохранения, но и в других сферах жизни социума составляет 70 %) отмечается снижение достигнутого значения показателя охвата диспансеризацией взрослого населения до 21,5 %. Кроме того, охват диспансеризацией затруднен из-за высокого процента внутренней миграции населения; дефицита врачебных кадров, задействованных в проведении диспансеризации; низкой мотивацией граждан к её прохождению.
1.4	Потребление овощей и бахчевых культур в среднем на потребителя в год (за исключением картофеля)	кг	99,5	115	-	В соответствии с планом выпуска публикаций Росстата информационно-аналитические материалы ""Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах (по итогам обследования бюджетов домашних хозяйств)" за 2016 год планируются к выпуску 31 августа 2017 года
1.5	Потребление фруктов и ягод в среднем на потребителя в год	кг	71	78	-	В соответствии с планом выпуска публикаций Росстата информационно-аналитические материалы ""Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах (по итогам обследования бюджетов домашних хозяйств)" за 2016 год планируются к выпуску 31 августа 2017 года
1.6	Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст.	процентов	53,7	53,5	54,7	Положительное отклонение

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
1.7	Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез	процентов	66,7	69,3	69,3	Положительное отклонение
1.8	Заболелаемость дифтерией (на 100 тыс. населения)	человек	0	0,01	0,0	Отклонение от планового значения отсутствует.
1.9	Заболелаемость корью (на 1 млн. населения)	человек	5,8	5	1,2	Положительное отклонение
1.10	Заболелаемость краснухой (на 100 тыс. населения)	человек	0,02	1	0,03	Положительное отклонение
1.11	Заболелаемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения)	человек	0,13	1	0,76	Положительное отклонение
1.12	Заболелаемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения)	человек	1,12	0,9	0,94	С 2014 года наблюдается положительная тенденция к снижению заболеваемости острым вирусным гепатитом В (по сравнению с 2014 годом - на 26 %, по сравнению с 2015 годом - на 16 %), однако фактическое значение показателя в 2016 году не достигает планового в связи с недостаточной информированностью населения по вопросам здоровьесберегающего поведения, низкой активностью первичного звена здравоохранения по профилактике острого гепатита В, дефицитом и недостаточной квалификацией медицинских кадров, в первую очередь, первичного звена здравоохранения.
1.13	Охват иммунизацией населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки	процентов	более 95	95	более 95	Положительное отклонение
1.14	Охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки	процентов	более 95	95	более 95	Положительное отклонение
1.15	Охват иммунизацией населения против кори в декретированные сроки	процентов	более 95	95	более 95	Положительное отклонение
1.16	Охват иммунизацией населения против краснухи в декретированные сроки	процентов	более 95	95	более 95	Положительное отклонение
1.17	Охват иммунизацией населения против эпидемического паротита в декретированные сроки	процентов	более 95	95	более 95	Положительное отклонение
1.18	Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных	процентов	66,1	73,4	77,6	Положительное отклонение



№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
1.19	Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года	процентов	26,3	24,7	26,33	Недостижение планового показателя за 2016 год связано с преимущественным оказанием наркологической помощи социально-адаптированными пациентам либо в коммерческих клиниках либо у частных врачей-наркологов, что ведет к сокращению обращаемости за наркологической помощью в государственные учреждения данной категории пациентов. Следствием этого является преимущественное взятие под диспансерное наблюдение пациентов с тяжелыми, малокурабельными формами течения алкоголизма и наркомании, что влечет за собой повышенную потребность в госпитализациях в наркологический стационар и увеличению частоты повторных поступлений данной категории больных.
1.20	Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года	процентов	28,5	28,73	30,19	Недостижение планового показателя за 2016 год связано с преимущественным оказанием наркологической помощи социально-адаптированными пациентам либо в коммерческих клиниках либо у частных врачей-наркологов, что ведет к сокращению обращаемости за наркологической помощью в государственные учреждения данной категории пациентов. Следствием этого является преимущественное взятие под диспансерное наблюдение пациентов с тяжелыми, малокурабельными формами течения алкоголизма и наркомании, что влечет за собой повышенную потребность в госпитализациях в наркологический стационар и увеличению частоты повторных поступлений данной категории больных.
1.21	Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также в специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на государственную социальную помощь и не отказавшихся от получения социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов)	процентов	99,2	95,5	99,6	Положительное отклонение.
1.22	Удовлетворение спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей (от числа лиц, включенных в Федеральный регистр 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)	процентов	99,2	98	99,7	Положительное отклонение.
1.23	Смертность от самоубийств (на 100 тыс. населения)	человек	17,1	18,6	15,6	Положительное отклонение
<b>Подпрограмма 2. Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе, скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации</b>						
2.1	Доля абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением	процентов	66,7	44,5	48,4	Положительное отклонение
2.2	Доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от числа лиц, состоящих на диспансерном учете	процентов	37,3	29,5	39,5	Положительное отклонение

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
2.3	Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента)	человек	10,56	8,94	10,81	Положительное отклонение
2.4	Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных наркоманией среднегодового контингента)	человек	11,2	9,61	11,08	Положительное отклонение
2.5	Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента)	человек	12,76	11,92	12,95	Положительное отклонение
2.6	Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет (на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента)	человек	10,5	9,61	10,41	Положительное отклонение
2.7	Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года	процентов	20,8	20,89	20,2	Положительное отклонение
2.8	Смертность от ишемической болезни сердца (на 100 тыс. населения)	человек	337,9	377,9	325,9	Положительное отклонение
2.9	Смертность от cerebrovasкулярных заболеваний (на 100 тыс. населения)	человек	198,3	219,1	190,2	Положительное отклонение
2.10	Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более	процентов	52,9	52,8	53,3	Положительное отклонение
2.11	Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями	процентов	23,6	24,6	23,2	Положительное отклонение
2.12	Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут	процентов	87	87,2	88,3	Положительное отклонение
2.13	Больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий	процентов	4,2	4,1	3,9	Положительное отклонение
2.14	Доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови	процентов	99	100	99	В связи с отсутствием правовых оснований для издания проекта постановления Правительства Российской Федерации "О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови Республики Крым и города федерального значения Севастополь", указанные станции переливания крови не вошли в Программу развития службы крови
2.15	Количество больных, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь	человек	823200	750 000	963100	Положительное отклонение (предварительные данные)
2.16	Доля лиц с диагнозом активного туберкулеза, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом активного туберкулеза, установленным впервые в жизни	процентов	8,6	9,6	8,5	Положительное отклонение
2.17	Доля лиц с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни, находящихся в учреждениях, исполняющих наказания, от общего числа больных с диагнозом ВИЧ-инфекции, установленным впервые в жизни	процентов	11,9	12,3	13,0	Отклонение показателя от планового значения обусловлено увеличением доли впервые выявленных лиц, ранее не обследованных, поступивших в СИЗО в 2016 году
<b>Подпрограмма 3. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины</b>						
3.1	Число диагностических исследований, проведенных с использованием технологий ядерной медицины	единиц	247847	316 500	266 866	Недостаточная укомплектованность высокопрофессиональными специалистами в области ядерной медицины, низкая оснащенность медицинских организаций специализированным оборудованием, высокая стоимость определенных видов исследований

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
3.2	Количество больных, пролеченных с использованием технологий ядерной медицины	человек	29441	64 000	27 651	Недостаточная укомплектованность высокопрофессиональными специалистами в области ядерной медицины для работы по технологиям лучевой протонной и фотонной терапии, позитронно-эмиссионной томографии, низкая оснащенность медицинских организаций специализированным оборудованием. В целях повышения доступности медицинской помощи, связанной с использованием технологии ядерной медицины, во исполнение пункта 7 плана мероприятий (дорожной карты) "Развитие центров ядерной медицины", утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 23.10.2015 № 2144-р, приказом Минздрава России от 29 сентября 2016 г. № 751н в номенклатуру медицинских услуг, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н, внесены изменения в части включения медицинских услуг, связанных с использованием технологий лучевой протонной терапии.
3.3	Доля исследователей в возрасте до 39 лет включительно в общей численности исследователей (работающих в федеральных государственных учреждениях, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, ФАНО России, финансирование которых осуществляется по государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», без совместителей и лиц, выполнявших работу по договорам гражданско-правового характера)	процентов	34,7	33,8	35,6	Положительное отклонение
3.4	Число исследователей, прошедших стажировку за рубежом (или направленных на работу/стажировку в зарубежные организации) из числа работающих в федеральных государственных учреждениях, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, ФАНО России финансирование которых осуществляется по государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», без совместителей и лиц, выполнявших работу по договорам гражданско-правового характера	человек	133	100	159	Положительное отклонение
3.5	Количество введенных в эксплуатацию центров коллективного пользования (нарастающим итогом)	единиц	X	4	10	Положительное отклонение
3.6	Количество зарегистрированных инновационных препаратов, защищенных международными патентами (нарастающим итогом)	единиц	X	1	1	Отклонение от планового значения отсутствует
3.7	Количество новых разработанных диагностических тест-систем (в год)	единиц	18	5	17	Положительное отклонение
3.8	Количество новых лекарственных средств, доведенных до стадии клинических исследований (в год)	единиц	9	1	7	Положительное отклонение
3.9	Количество зарегистрированных клеточных продуктов (в год)	единиц	X	-	-	С 2017 года
3.10	Количество научных работников с индивидуальным индексом Хирша больше 10 (нарастающим итогом)	человек	530	53	1061	Положительное отклонение
<b>Подпрограмма 4. Охрана здоровья матери и ребенка</b>						
4.1	Доля обследованных беременных женщин в первом триместре беременности по алгоритму комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности	процентов	88,6	55	87,9	Положительное отклонение

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
4.2	Охват неонатальным скринингом (доля новорожденных, обследованных на врожденные и наследственные заболевания, от общего числа родившихся живыми)	процентов	95	95	более 95	Положительное отклонение
4.3	Охват аудиологическим скринингом (доля детей первого года жизни, обследованных на аудиологический скрининг от общего числа детей первого года жизни)	процентов	97,5	95	более 95	Положительное отклонение
4.4	Показатель ранней неонатальной смертности (на 1000 родившихся живыми)	человек	2,43	3,15	-	Указанный показатель будет рассчитан после подведения итогов официальной государственной статистики Росстатом за 2016 год
4.5	Смертность детей в возрасте 0-17 лет (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)	человек	-	95	69	Положительное отклонение
4.6	Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах (от общего числа женщин с преждевременными родами)	процентов	46,6	60	49,8	Недостижение планового значения показателя обусловлено отсутствием перинатальных центров в ряде субъектов Российской Федерации, в связи с чем родоразрешение женщин с преждевременными родами осуществляется в родильных домах. Данный показатель будет достигнут после ввода в эксплуатацию перинатальных центров, строительство которых осуществляется в 2013-2017 годах в рамках Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации.
4.7	Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре (доля выживших от числа новорожденных, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре)	процентов	86,5	81,5	87,8	Положительное отклонение
4.8	Больничная летальность детей (доля умерших детей от числа поступивших)	процентов	0,24	0,27	0,22	Положительное отклонение
4.9	Охват пар «мать – дитя» химиопротекцией ВИЧ-инфекций в соответствии с действующими стандартами	процентов	87,2	85,6	88,2	Положительное отклонение
4.10	Число абортотворений (на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет)	единиц	20,9	27,9	20,8	Положительное отклонение
<b>Подпрограмма 5. Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям.</b>						
5.1	Охват санаторно-курортным лечением пациентов	процентов	17,1	21	21	Отклонение от планового значения отсутствует
5.2	Охват медицинской реабилитацией пациентов от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи	процентов	12	12	14	Положительное отклонение
5.3	Охват медицинской реабилитацией детей-инвалидов от числа нуждающихся	процентов	82,15	75	87,7**	Положительное отклонение
<b>Подпрограмма 6. Оказание паллиативной помощи, в том числе детям</b>						
6.1	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым (на 100 тыс. взрослого населения)	коек	6	4,4	7,3	Положительное отклонение
6.2	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям (на 100 тыс. детского населения)	коек	1,8	1,76	2,0	Положительное отклонение
<b>Подпрограмма 7. Кадровое обеспечение системы здравоохранения</b>						
7.1	Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных организациях дополнительного профессионального образования	человек	50265	46 600	47978	Положительное отклонение

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
7.2	Количество подготовленных кадров высшей квалификации в интернатуре, ординатуре, аспирантуре по программам подготовки научно-педагогических кадров в государственных организациях дополнительного профессионального образования	человек	1211	1450	1130	Объем государственного задания для реализации образовательных программ высшего образования устанавливается исходя из данных о количестве направленных на обучение в рамках квоты и контрольных цифр приема граждан, ежегодно устанавливаемых организациями приказами Министерства образования и науки Российской Федерации. Так, объем государственного задания для реализации программ высшего образования в государственных организациях дополнительного профессионального образования составил 1189 человек, из которых выполнено 1130 человек (58 человек-движение контингента). Кроме того, отклонение от плановых значений обусловлено отменой подготовки специалистов по программам интернатуры.
7.3	Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных организациях высшего образования	человек	172889	166 000	164871	Уменьшение объема реализации услуги связано с сокращением количества заявок на обучение по программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов в сфере здравоохранения.
7.4	Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных профессиональных образовательных организациях, осуществляющих подготовку специалистов среднего звена	человек	610	610	610	Отклонение от планового значения отсутствует
7.5	Количество обучающихся, прошедших подготовку в обучающих симуляционных центрах	человек	60000	130000	130000	Отклонение от планового значения отсутствует
7.6	Доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации	процентов	86,3	83	86,0	Положительное отклонение
7.7	Доля аккредитованных специалистов	процентов	X	-	-	С 2017 года
<b>Подпрограмма 8. Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья</b>						
8.1	Количество реализованных совместных международных проектов в области здравоохранения	единиц	10	22	22	Отклонение от планового значения отсутствует
<b>Подпрограмма 9. Экспертиза и контрольно - надзорные функции в сфере охраны здоровья</b>						
9.1	Выполнение плана проверок	процент	95,3	90,5	97,00	Положительное отклонение
9.2	Выполнение мероприятий по обеспечению контроля (надзора)	процент	100	100	100,00	Отклонение от планового значения отсутствует
<b>Подпрограмма Б. Медико - санитарное обеспечение отдельных категорий граждан</b>						
Б.1	Доля охвата периодическими медицинскими осмотрами лиц из числа работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий	процентов	98,7	97,1	98,4	Положительное отклонение
Б.2	Укомплектованность врачами-профпатологами	процентов	75,6	73,5	82,90	Положительное отклонение
Б.3	Укомплектованность спортивных сборных команд Российской Федерации врачами и массажистами	процентов	97	98	98	Отклонение от планового значения отсутствует
Б.4	Количество внедренных инновационных технологий медико-биологического и медико-санитарного обеспечения в процесс подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта по годам	единиц	28	30	5	В связи с изменением методики расчета показателя (использование годовых значений показателя вместо нарастающего итога)

№ п/п	Показатель (индикатор)	Единица измерения	Значения показателей (индикаторов) государственной программы, подпрограмм государственной программы			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец отчетного года (при наличии)
			2015 год		2016 год	
			факт	план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
Б.5	Количество мероприятий по обеспечению постоянной готовности к оказанию медико-санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного и природного характера, инфекционных заболеваний и при массовых неинфекционных заболеваниях (отравлениях)	единиц	700	700	700	Отклонение от планового значения отсутствует
Б.6	Количество гигиенических нормативов и государственных стандартных образцов	единиц	5	4	4	Отклонение от планового значения отсутствует
Б.7	Количество инновационных технологий медико-биологического и медико-санитарного обеспечения в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы, а также обеспечения безопасности пилотируемых космических программ, водолазных и кессонных работ	единиц	24	20	25	Положительное отклонение
<b>Подпрограмма Г. Управление развитием отрасли</b>						
Г.1	Доля мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», запланированных на отчетный год, которые выполнены в полном объеме	процентов	98,8	95	95,0	Отклонение от планового значения отсутствует
Г.2	Доля медицинских организаций, внедривших систему управления качеством медицинских услуг	процентов	90	90	90	Отклонение от планового значения отсутствует
Г.3	Доля отчетной медицинской документации, представленной в электронном виде в соответствии с едиными стандартами	процентов	10	40	40	Отклонение от планового значения отсутствует

\* - в соответствии с планом выпуска публикаций Росстата информационно-аналитические материалы "Естественное движение населения Российской Федерации" за 2016 год планируются к выпуску 8 июня 2017 года

\*\* - по оперативным данным субъектов Российской Федерации



Сводная таблица значений показателей (индикаторов) государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" в разрезе субъектов Российской Федерации						
Наименование показателя (индикатора)	Единица измерения	Наименование субъекта Российской Федерации	Значения показателей (индикаторов)			Обоснование отклонений значений показателя (индикатора) на конец 2016 года (при наличии)
			2015 год	2016 год		
			факт	план	январь-декабрь*	
1	2	3	4	5	6	7
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Алтайский край	14,2	13,7	14,0	В соответствии с письмом минздрава Алтайского края от 28.03.2017 № 22-14/ПМЗ/148 основным негативным фактором, оказывающим влияние на уровень общей смертности в крае, является более высокий, чем в РФ и СФО удельный вес лиц старших возрастов в возрастной структуре населения края. Медианный возраст населения края на начало 2015 г. (39,32 лет) превышает показатель РФ (38,36 лет) на 2,5% и СФО (36,83 лет) на 8,1% и имеет тенденцию к нарастанию. Удельный вес лиц старше 85 лет вырос за 3 года на 12,3%, а за 5 лет на 38,4%. В крае разработан и реализуется комплексный межведомственный план дополнительных мероприятий по снижению смертности от ведущих причин. Мероприятия плана разработаны на основе анализа ведущих причин смертности, соответствуют Концепции демографического развития Алтайского края до 2025 г., утвержденной распоряжением Губернатора края от 31.07.2015 г. «Об утверждении Концепции демографического развития Алтайского края до 2025 г.».
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Амурская область	13,9	13,5	13,7	В соответствии с письмом минздрава Амурской области от 06.02.2017 № 02/1-1352 недостижение целевого показателя связано со снижением численности населения в результате высокого миграционного оттока населения в другие субъекты Российской Федерации, в том числе трудоспособного возраста. Общее снижение численности населения на 14% обусловлено естественной убылью населения и на 86% - миграционным оттоком из области. За период с 2012 по 2015 годы в результате миграционного обмена область потеряла 15 тыс. 125 человек.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Архангельская область	13,6	12,3	13,6	В соответствии с письмом минздрава Архангельской области от 05.04.2017 № 01-01-14/225 среди основных причин смертности в области отмечается рост смертности от новообразований на 3,7% (+72 человека), от болезней системы кровообращения на 0,6% (при снижении числа умерших на 28 человек), от дорожно-транспортных происшествий на 9,5% (+13 человек). Показатель смертности обусловлен, в том числе, увеличением продолжительности жизни (на 6 месяцев в 2015 году по сравнению с 2014 годом) и постарением населения на фоне миграционного оттока (численность лиц старше трудоспособного возраста составляет 25,6%, в возрасте 65 лет и старше составляет 13,8%, убыль за счет миграции - 83,6%). Среди умерших граждан старше трудоспособного возраста лица в возрасте старше 75 лет составляют 59,0%. В регионе продолжена реализация мероприятий, направленных на снижение смертности населения. Минздравом Архангельской области разработаны и согласованы с главными внештатными специалистами Минздрава России региональные планы по снижению смертности от основных причин на 2017 год. В критерии оценки эффективности деятельности руководителей медицинских организаций, в «эффективный контракт» медицинских работников включены ключевые (сигнальные) индикаторы мониторинга реализации мероприятий по снижению смертности от основных причин в 2017 году.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Астраханская область	12,3	12,0	12,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Белгородская область	14,0	13,3	13,9	Согласно письму Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области от 05.04.2017 № 10-05/231м одной из причин роста показателя смертности от всех причин за 2016 год является увеличение смертности населения от новообразований, в т.ч. от злокачественных новообразований, которые в свою очередь находятся на втором месте в общей структуре смертности. На 2017 год планируется реализация проекта развития онкологической службы, предусматривающего следующие мероприятия: создание отделения химиотерапии на базе ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» в Старооскольском районе, обучение врачей первичного звена методикам раннего выявления злокачественных новообразований на «рабочем месте» (на базе ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»); увеличение охвата населения онкоскринингом, проведение широкомасштабной информационной кампании. Результатом проекта должно стать снижение показателя смертности населения до 202,0 на 100 тыс. населения в 2019 году путем совершенствования системы организации раннего выявления злокачественных новообразований. Несмотря на положительную динамику данного показателя, отмечается рост показателя, который происходит за счет увеличения количества лиц старше трудоспособного возраста, что подтверждается увеличением средней продолжительности жизни в 2016 году в сравнении с 2015 годом, и вместе с этим влечет увеличение смертности в данной возрастной категории населения.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Брянская область	15,8	15,5	15,6	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Брянской области от 28.03.2017 № 2ДЗ-1378 причины недостижения показателя следующие: низкая активность первичного звена здравоохранения по раннему выявлению и профилактике заболеваний, поздняя госпитализация пациентов с острыми нарушениями в профильные отделения; дефицит медицинских кадров, в первую очередь, первичного звена здравоохранения. Распоряжением Правительства области от 20 февраля 2015 г. № 56-рп утверждена Концепция демографической политики в Брянской области на период до 2019 года, которая представляет собой систему целей, задач и приоритетов деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления в сфере регулирования демографической политики. В целях межведомственной координации, контроля за реализацией мер по улучшению демографической ситуации, с 2006 года в соответствии с Положением и ежегодным планом работает Координационный совет по демографической политике.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Владимирская область	16,5	14,9	16,4	Согласно письму департамента здравоохранения Владимирской области от 06.02.2017 № ДЗ-947-07-3 причинами недостижения показателя следующие: высокий процент лиц пожилого возраста - 28,4%, смертность лиц трудоспособного возраста за 2016 год (по предварительным данным) составляет 6,2 на 1000 населения; рост смертности от внешних причин смерти - убийства (за 12 мес. умерло на 24 человека больше, чем за период прошлого года) и от случайных утоплений (за 12 мес. утонуло на 18 человек больше, чем в 2015 году); нехватка медицинского персонала, в первую очередь первичного звена (учреждения здравоохранения испытывают потребность в 750-800 врачах и в 900 средних медицинских работниках).
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Волгоградская область	13,8	12,4	13,6	В соответствии с письмом комитета здравоохранения Волгоградской области от 04.04.2017 № 14-07-1323 для снижения смертности населения Волгоградской области от основных управляемых причин смерти комитетом здравоохранения Волгоградской области утверждены региональные планы по снижению смертности от основных причин на 2017 год, согласованные главными внештатными специалистами Минздрава России. В каждой медицинской организации утверждены собственные планы по снижению смертности от основных причин.

Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Вологодская область	14,8	13,6	15,0	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Вологодской области от 07.02.2017 № 2-1/177 невыполнение показателя связано с увеличением смертности от болезней органов дыхания (вследствие эпидемии гриппа в 2015-2016 гг.). В области реализуется План мероприятий, направленный на снижение смертности на 2014-2016 годы, утвержденный приказом департамента здравоохранения от 14.11.2014 №443. В целях анализа роста смертности от основных причин и принятия мер, направленных на снижение смертности населения области при департаменте здравоохранения области приказом № 338 от 19.06.2015 года создана рабочая группа, в состав которой входят специалисты департамента здравоохранения и главные внештатные специалисты департамента здравоохранения области. Департаментом здравоохранения утвержден приказ от 05.05.2015 года № 287 «О реализации мониторинга мероприятий по снижению смертности в 2015 году», организован ежеседельный и ежемесячный мониторинг показателей смертности населения региона. Кроме того, согласно письму департамента здравоохранения Вологодской области от 06.04.2017 № 19-0990/17 в соответствии с протоколом секторного совещания, проводимого Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 9 февраля 2017 года № ОГ-П12-29пр, разработан и утвержден интегрированный план мероприятий, направленных на снижение смертности от основных причин на 2017-2019 годы (приказ департамента здравоохранения №106 от 1 марта 2017 года)
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Воронежская область	15,4	14,3	15,2	Согласно письму департамента здравоохранения Воронежской области от 05.04.2017 № 81-11/1866 накопление в популяции возрастных лиц привело к росту числа умерших. Доля пожилого населения (старше 65 лет) на 20% выше, чем в Российской Федерации (в 2015 г. по ВО - 16,7%, по РФ - 13,9%). Доля населения старше 80 лет выросла до 4,2%, на 1% выше среднероссийского значения (РФ в 2015 - 3%).
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	г Москва	10,0	9,6	10,0	В соответствии с письмом департамента здравоохранения г. Москвы от 04.04.2017 № 20-13-1674/17-1 в г. Москве ежегодно увеличивается доля граждан пожилого возраста в общей численности населения, что закономерно ведет к росту количества умерших и общих коэффициентов смертности, в том числе от новообразований
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	г Санкт-Петербург	11,9	12,1	11,7	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	г Севастополь	15,2	13,0	14,1	-
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Еврейская автономная область	15,4	14,0	15,0	В соответствии с письмом правительства Еврейской автономной области от 04.04.2017 № 03-20/1780 недостижение показателя смертности от всех причин связано с дефицитом врачей первичного амбулаторного звена, низкой обеспеченностью врачами, в том числе узких специальностей (кардиологов, анестезиологов, реаниматологов, невропатологов и др.).
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Забайкальский край	12,9	11,6	12,3	В соответствии с письмом минздрава Забайкальского края от 05.04.2017 № 3358 основными причинами недостижения планового значения показателя являются территориальные особенности края (значительная протяженность, неудовлетворительное качество дорог), ограничивающие доставку больных в региональные специализированные центры, поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью и, как следствие, тяжесть состояния больных. Минздравом Забайкальского края проведены мероприятия по созданию завершённой системы лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями от профилактики до реабилитации с организацией современной сети первичных сосудистых центров. В крае организована работа 2-х травмоцентров первого уровня, 4-х травмоцентров второго уровня и девяти травмоцентров третьего уровня. Для работников ФАПов, СВА, УБ приобретено 103 планшетов для осуществления телеконсультаций, в том числе теле-ЭКГ. В круглосуточном режиме организована работа горячей телефонной линии Минздравом края по вопросам доступности и качества медицинской помощи, обеспечения прав пациентов и лекарственному обеспечению
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Ивановская область	16,1	15,1	16,0	Согласно письму департамента здравоохранения Ивановской области от 31.03.2017 № 06-07-3690 недостижение целевого уровня показателя смертности от всех причин связано с уменьшением общей численности населения Ивановской области и преобладанием лиц старших возрастных групп - старением популяции. Реализуются региональные планы мероприятий по снижению смертности от основных причин на 2017 год, согласованные с главными внештатными специалистами Минздрава России. Организована система выездных форм работы, телемедицины, система передачи по телефону ЭКГ из районов области в ОБУЗ «Кардиологический диспансер» для осуществления консультаций кардиолога и определения дальнейшей тактики ведения пациента
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Иркутская область	13,7	12,9	13,3	В соответствии с письмом минздрава Иркутской области от 05.04.2017 № 02-54-5591/17 в области ведется активная работа по повышению эффективности диагностики, ежемесячно проводятся секторные совещания с руководителями медицинских организаций области по вопросам снижения смертности населения. В течение трех последних лет в Иркутской области сохраняется стойкая тенденция к снижению показателя смертности населения. В 2016 году в сравнении с 2015 годом показатель смертности снизился на 2,2% (с 1363,1 на 100 тыс. населения до 1333,2 на 100 тыс. населения). Это 714 сохраненных жизни.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Кабардино-Балкарская Республика	8,8	8,7	8,5	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Калининградская область	13,3	12,2	12,6	Недостижение показателя произошло за счет увеличения смертности от транспортных несчастных случаев, в том числе ДТП (письмо минздрава Калининградской области от 03.04.2017 № 01-04/2093).
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Калужская область	15,1	15,2	15,1	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Камчатский край	11,4	11,3	11,6	В соответствии с письмом минздрава Камчатского края от 05.04.2017 № 21.03/3018 увеличение показателя смертности от всех причин за 2016 год произошло за счет снижения численности населения края на 0,4%, а также за счет увеличения смертности от онкологии и смертности от ДТП
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Карачаево-Черкесская Республика	9,6	9,5	9,4	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Кемеровская область	14,5	13,8	14,3	В соответствии с письмом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 28.03.2017 № 1450 в Кемеровской области население старше 60 лет составляет 20,06%, ежегодно прирастая на 2,5 - 2,8%, что свидетельствует о старении населения. В структуре общей смертности доля умерших в возрасте старше 60 лет составляет 76,6%. Это как правило лица, отягощенные несколькими хроническими заболеваниями, часто занимающиеся самолечением, поздно обращающиеся за медицинской помощью
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Кировская область	15,2	14,8	14,9	Согласно письму минздрава Кировской области от 05.04.2017 № 1481-41-01-01 в феврале 2017 года было проведено 2 совещания с главными врачами медицинских организаций, главными внештатными специалистами минздрава Кировской области, посвященные анализу смертности населения в 2016 году и разработке комплекса мер, направленных на снижение смертности. В области наблюдается «эффект ускоренного старения» населения, когда численность лиц старших возрастных групп увеличивается ускоренными темпами, растет их удельный вес в общей структуре численности населения, и эти тенденции в ближайшей перспективе будут сохраняться.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Костромская область	16,0	15,7	15,6	Положительное отклонение



Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Краснодарский край	13,1	12,1	12,9	В соответствии с письмом минздрава Краснодарского края от 03 04 2017 № 48-3803/17-08-08 количество умерших за 12 месяцев 2016 года в крае сократилось на 156 человек, или на 0,2% по сравнению с соответствующим периодом 2015 года. В Краснодарском крае более десяти лет проводится ежемесечный мониторинг смертности. Это стало возможным благодаря сотрудничеству с органами ЗАГС и территориальным органом Росстата по Краснодарскому краю. За 12 месяцев 2016 г в крае умерло 4032 чел. инкретивых, что на 136 человек больше, чем за аналогичный период 2014 года. Удельный вес не жителей края среди умерших составил в 2016г. – 5,6%, в 2015г. – 5,9%, 2014г. – 5,3%. Еще одной отличительной особенностью края является высокий удельный вес населения старше трудоспособного возраста и сельского населения, что также оказывает влияние на показатели смертности.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Красноярский край	12,7	12,3	12,5	В соответствии с письмом минздрава Красноярского края от 06 04 2017 № 71/02-10/5175 недостижение планового показателя обусловлено ростом случаев смерти от отравлений, в том числе суррогатами алкоголя, ростом числа самоубийств. В течение ряда лет в крае отмечается тенденция снижения общей смертности населения.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Курганская область	16,1	13,9	15,8	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Курганской области от 31 03 2017 № 01-10/2406 основными причинами недостижения показателя являются нехватка медицинских работников первичного звена укомплектованность первичного звена здравоохранения физическими лицами врачей - 78,34%, обеспеченность врачами кадрами - 23,17 на 10 тыс. населения, что отрицательно влияет на эффективность оказания медицинской помощи в рамках трехуровневой системы; ежегодное сокращение численности населения области (в среднем на 7%); увеличение доли населения старшего возраста (возраст населения области старше 70 лет составляет 11,3%), поздняя диагностика заболеваний, низкая приверженность населения к здоровому образу жизни.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Курская область	16,3	13,2	16,1	В соответствии с письмом комитета здравоохранения Курской области от 04 04 2017 № 10 3-05-03-03/42 в 2016 году на фоне снижения смертности от ряда значимых заболеваний, в том числе от туберкулеза на 14,6%, болезней системы кровообращения на 3,9%, дорожно-транспортных происшествий на 8,7%, зарегистрировано повышение показателя смертности от новообразований на 5,4%, от болезней органов дыхания на 11,2% и от болезней системы пищеварения на 4,4%.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Ленинградская область	14,1	13,0	14,0	В соответствии с письмом комитета по здравоохранению Ленинградской области от 05 04 2017 № 10-1103/17-01 причины недостижения показателя следующие: регрессивный тип населения, рост смертности лиц старших возрастов, отсроченные случаи смерти лиц пожилого возраста после эпидемии гриппа в I квартале; влияние атмосферно-климатических условий в регионе, отмечавшихся в течение IV квартала.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Липецкая область	15,4	13,5	15,2	В соответствии с письмом управления здравоохранения Липецкой области от 04 04 2017 № 27/01-08/196427/01-12/02-202 основными причинами недостижения показателя являются: возрастной состав населения области в сторону увеличения абсолютной численности и удельного веса лиц старше трудоспособного возраста (23,9% - в 2013 году до 27,5% в 2016 году), увеличение смертности населения в возрасте старше 80 лет. Мероприятия по снижению смертности - внесение изменений в Закон Липецкой области от 2 декабря 2004 года № 141-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан в Липецкой области» в части обеспечения бесплатными лекарственными препаратами лиц с острым коронарным синдромом после чрескожного коронарного вмешательства со стентированием коронарных артерий. Реализация нового приоритетного регионального проекта «Сельское здравоохранение», в рамках которого планируется строительство 25 центров общей врачебной практики с доведением общего количества общих врачебных практик, осуществляющих деятельность в сельском здравоохранении, до 69 единиц. Строительство нового хирургического корпуса ГУЗ «Липецкой областной онкологический диспансер» с интегрированными операционными, оснащенными современным 3Д видеодиагностическим оборудованием, хирургическими лазерами, операционными микроскопами и современными ангиографами. Заключено соглашение о взаимодействии с управлением социальной защиты населения Липецкой области об осуществлении медико-социальной помощи и систематического наблюдения за гражданами пожилого возраста в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Магаданская область	11,8	12,3	11,3	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Московская область	13,0	12,6	13,1	Согласно письму минздрава Московской области от 07 04 2017 № 12ИСХ-3203/2017 число умерших в области в 2016 году увеличилось за счет лиц без определенного места жительства, лиц, проживавших в других субъектах России и не наблюдавшихся в учреждениях здравоохранения Московской области. Доля умерших жителей Московской области осталась на уровне 2015 года (90,4% от всех умерших). В целях снижения уровня смертности разработан План дополнительных мероприятий, направленных на снижение смертности населения в Московской области на период 2017 года.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Мурманская область	11,5	10,9	11,5	В соответствии с письмом минздрава Мурманской области от 06 02 2017 № 08-05/881-ЛУ отклонение фактического значения показателя от планового связано с уменьшением в 2016 году численности населения. В сравнении с 2015 годом, отмечается снижение числа умерших (-96 чел.)
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Ненецкий автономный округ	9,3	10,6	8,8	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Нижегородская область	15,6	13,4	15,4	В соответствии с письмом минздрава Нижегородской области от 05 04 2017 № 315-03-06-7479/170 недостижение показателя произошло по следующим причинам: 1. На 7,9% увеличилась смертность от болезней органов дыхания и составила 42,2 на 100 тыс. населения (в 2015 году 39,1) за счет роста хронических заболеваний нижних дыхательных путей; 2. На 4,7% увеличилась смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний и составила 13,4 на 100 тыс. населения (в 2015 году 12,8) за счет роста смертности от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); 3. На 6,9% увеличилась смертность от внешних причин и составила 110,0 на 100 тыс. населения (в 2015 году 102,9) за счет роста случайных отравлений алкоголем. В Нижегородской области принимаются следующие меры по снижению смертности и повышению продолжительности жизни населения: разработаны и утверждены планы снижения смертности населения Нижегородской области от основных причин на 2016 год. Планы согласованы с главными внештатными специалистами Приволжского федерального округа и Министерством здравоохранения Российской Федерации; разработан и утвержден план первоочередных мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекций в Нижегородской области на 2016-2017 годы. План согласован с главным внештатным специалистом по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Минздрава России.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Новгородская область	17,6	16,5	17,4	Согласно письму департамента здравоохранения Новгородской области от 05 04 2017 № ЗН-1939 И высокий уровень смертности обусловлен высоким уровнем старших возрастных групп, низкой мотивацией населения к ведению здорового образа жизни, распространенностью алкоголизма, наркомании, табакокурения.

Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Новосибирская область	13,1	11,8	13,1	В соответствии с письмом минздрава Новосибирской области от 03.04.2017 № 2074-01/24 доля граждан старше трудоспособного возраста ежегодно растет (с 22,7% в 2012 году до 24,3% в 2016 году), что свидетельствует о демографическом старении населения Новосибирской области. В структуре смертности населения от всех причин, доля данной группы населения выросла с 72,2% в 2014 году до 75,0% в 2016 году. Многолетняя тенденция снижения численности трудоспособного населения Новосибирской области (с 1 655 193 чел. в 2012 году до 1 598 729 чел. в 2016 году) и увеличение численности населения старше трудоспособного возраста (с 610 103 чел. в 2012 году до 671 524 чел. в 2016 году) повлияло на недостижение показателя.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Омская область	13,4	12,4	13,3	Согласно письму минздрава Омской области от 05.04.2017 № 2527 в 2016 году по сравнению с 2015 годом отмечена тенденция к увеличению численности населения в возрасте старше трудоспособного на 2,6%, что формирует тенденцию к увеличению доли умерших в возрасте старше трудоспособного. Так, если в 2014 году на население в возрасте старше трудоспособного приходилось 22,6% от общего числа умерших, то в 2016 году – 23,7%. Соответственно и рост общей смертности в значительной степени был обусловлен увеличением числа умерших в возрасте старше трудоспособного. В рамках мероприятий, направленных на снижение смертности населения Омской области от внешних причин смерти, осуществляется реализация комплексного межведомственного плана мероприятий по профилактике суицидального поведения населения в Омской области на 2016 – 2017 годы, утвержденного Губернатором Омской области, Председателем Правительства Омской области В.И. Назаровым 15 марта 2016 года.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Оренбургская область	14,1	12,2	13,5	В соответствии с письмом минздрава Оренбургской области от 30.03.2017 № 3121/10 недостижение показателя обусловлено демографическим старением населения.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Орловская область	16,4	15,8	16,3	Согласно письму департамента здравоохранения Орловской области от 04.04.2017 № 62-01-21/794 в структуре смертности населения Орловской области ведущее место занимает патология сердечно-сосудистой системы, в том числе - ИБС, цереброваскулярные заболевания. С целью оптимизации оказания медицинской помощи в 2016 году внесены изменения в маршрутизацию пациентов (сосудистые центры), проводится работа по улучшению деятельности первичного звена.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Псковская область	14,9	14,7	14,5	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Пермский край	14,2	13,5	13,8	В соответствии с письмом минздрава Пермского края от 22.02.2017 № СЗД-34-01-02-195 в целях реализации мероприятий, направленных на снижение смертности населения Пермского края, в мае 2015 года был создан оперативный штаб по реализации мероприятий, направленных на снижение смертности населения Пермского края. В 2016 году штаб продолжил свою работу, и было проведено 18 заседаний штаба.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Приморский край	13,5	12,5	13,6	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Приморского края от 13.04.2017 № 18-3571 в структуре смертности от основных причин 47,7% (12476 чел.) приходится на смертность от болезней системы кровообращения; 17,1% (4481 чел.) – от новообразований, в том числе злокачественных, 9,1% (2368 чел.) - от внешних причин; 4,2% (1096 чел.) - от болезней органов дыхания, 2,6% - (683 чел.) от некоторых инфекционных и паразитарных болезней. Разработаны и согласованы с внештатными специалистами минздрава планы по снижению смертности от основных причин. Снизилась смертность в трудоспособном возрасте на 2,9% с 617,9 на 100 тыс населения в 2015 году до 600,0 на 100 тыс населения в 2016 году.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Псковская область	18,2	17,5	17,9	В соответствии с письмом государственного комитета Псковской области по здравоохранению и фармации от 24.03.2017 № ЗД-02-0636 на недостижение показателя повлиял рост числа онкологических заболеваний.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Адыгея	13,0	12,3	12,9	В соответствии с письмом минздрава Республики Адыгея от 05.04.2017 № 3390 недостижение показателя смертности от всех причин обусловлено увеличением продолжительности жизни граждан. Возрастной состав населения республики характеризуется преобладанием лиц старших возрастных групп, их доля составила 25,0%. В структуре умерших удельный вес лиц старше трудоспособного возраста составил 78,4%, увеличившись в сравнении с 2015 годом на 0,4%.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Алтай	10,9	11,2	10,0	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Башкортостан	13,3	12,8	12,8	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Бурятия	11,4	11,8	11,2	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Дагестан	5,4	5,5	5,2	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Ингушетия	3,3	3,5	3,3	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Калмыкия	9,8	9,6	9,7	В соответствии с письмом минздрава Республики Калмыкия от 30.03.2017 № 056/01361 в течение последних трех лет общая смертность от всех причин в Республике Калмыкия снизилась на 2,0%.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Карелия	15,3	13,4	14,8	В соответствии с письмом минздрава Республики Карелия от 06.04.2017 № 2703/13 1-08/МЗ- недостижение целевого индикатора показателя смертности от всех причин произошло за счет недостижения целевых индикаторов по младенческой смертности, смертности от дорожно-транспортных происшествий и смертности от новообразований.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Коми	12,3	11,9	12,3	В соответствии с письмом минздрава Республики Коми от 03.04.2017 № 5975/01-29 наиболее значимый вклад в показатель общей смертности в регионе происходит за счет лиц пожилого возраста, причем в динамике данный показатель имеет четкую тенденцию к росту, тогда как вклад в показатель лиц трудоспособного возраста наоборот снижается. В 2016 году доля лиц старше трудоспособного возраста составила 65,7% от общего числа умерших (2015 год - 65,2%, 2014 год - 63,9%).
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Крым	15,4	13,2	15,2	В соответствии с письмом минздрава Республики Крым от 31.03.2017 № 01/2095-01-01 основными причинами смертности являются болезни системы кровообращения, новообразования, несчастных случаев, отравлений и травм.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Марий Эл	13,7	13,5	13,2	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Мордовия	14,2	13,5	14,1	В соответствии с письмом минздрава Республики Мордовия от 27.03.2017 № 03-06/1778 в республике проживает 38,1% сельского населения. Показатель смертности сельского населения в старших возрастах, по данным статистики, превышает смертность городских жителей пожилой возрастной группы на 28%.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Саха (Якутия)	8,6	8,7	8,4	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Северная Осетия - Алания	10,7	10,5	10,3	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Татарстан (Татарстан)	12,0	11,6	11,6	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Тыва	10,3	10,9	9,8	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Республика Хакасия	13,5	12,2	12,8	В соответствии с письмом минздрава Республики Хакасия от 07.04.2017 № 2701-04 отклонение целевого показателя общей смертности произошло за счет превышения показателей смертности от ДПП, онкологии.

Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Ростовская область	13,9	13,5	13,9	Согласно письму Минздрава Ростовской области от 30 03 2017 № 22-1 3 2 7/1288 в области реализуется межведомственный «План мероприятий, направленный на снижение смертности в Ростовской области в 2015-2018 гг». Создана и функционирует межведомственная комиссия по реализации мер, направленных на снижение смертности населения (утверждена Постановлением Правительства Ростовской области от №476 от 23 07 2015). С учетом анализа показателей смертности по основным классам причин по итогам 2016 года Минздравом Ростовской области разработаны планы по снижению смертности от основных причин на 2017 год в соответствии с установленными целевыми показателями. Все планы согласованы, их реализации находится под контролем главных внешних специалистов Минздрава России, министра здравоохранения Ростовской области, заместителя Губернатора Ростовской области
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Рязанская область	15,9	14,9	15,9	В соответствии с письмом Минздрава Рязанской области от 03 04 2017 № ОМ/11-3218 причинами отклонений от планового значения индикатора следующие: сокращение численности населения за 2016 год 3,1 тыс. человек, высокая доля лиц в возрасте 65 лет и старше в общей численности населения - 17,7%. В области проводится планомерная работа по вопросам снижения уровня смертности и повышения уровня рождаемости. Создана межведомственная комиссия под председательством заместителя Председателя Правительства, в составе которой представители всех заинтересованных министерств и ведомств. Создан координационный совет при министерстве здравоохранения по междисциплинарному взаимодействию для достижения основных индикаторных показателей здоровья населения Рязанской области и контроля за исполнением плана мероприятий по сокращению числа умерших. Утвержден план мероприятий по снижению смертности от основных причин.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Самарская область	14,2	12,6	13,9	В соответствии с письмом Минздрава Самарской области от 05.04.2017 № 30-15/207 недостижение целевого значения показателя связано с демографической ситуацией в Самарской области. В Самарской области идет опережающее по сравнению с ПФО и страной в целом старение населения (население старше трудоспособного возраста в 2015 году составляло 25,8%, в 2016 - 26,3%). За 5 лет удельный вес населения старше трудоспособного возраста вырос на 10,5%, что не может не сказаться на уровне смертности. В 2016 году умерло на 0,4% больше лиц старше трудоспособного возраста, чем в 2015 году, их удельный вес составил 74,5%
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Саратовская область	14,2	14,0	14,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Сахалинская область	13,2	12,5	13,1	В соответствии с письмом Минздрава Сахалинской области от 31 03 2017 № 313-2146/17 анализ причин смертности в области показал, что сохраняется превышение числа умерших от новообразований, в том числе злокачественных, на 58 чел. (5,2%) и от болезней органов дыхания на 57 чел. (14,1%) Создана межведомственная комиссия по реализации мер, направленных на снижение смертности населения Сахалинской области, утвержденная распоряжением Правительства Сахалинской области от 02 03 2016 №99-р. Продолжается работа с главами муниципальных образований по реализации демографической политики
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Свердловская область	14,2	12,8	14,0	В соответствии с письмом Минздрава Свердловской области от 0304 2017 № 03-01-82/3130 на показатель смертности населения в 2016 году продолжают влиять следующие группы факторов: изменение возрастной структуры населения в сторону роста доли населения старше 75 лет, отрицательное влияние на здоровье населения хронической алкоголизации (за 12 месяцев 2016 года отмечается увеличение числа умерших от дегенерации нервной системы, вызванной алкоголем, на 35 случаев, или на 57,4%, к аналогичному периоду 2015 года, зарегистрирована смерть от алкогольной полиневропатии, которая в 2015 году не регистрировалась. Всего от непосредственного токсического действия алкоголя на различные органы и системы организма умерли 2054 человека), рискованное поведение молодого поколения, приводящее к заражению ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и наркотической зависимости. В Свердловской области предпринимаются меры по предупреждению роста смертности населения, проводятся еженедельный и ежемесячный мониторинг количества вызовов скорой и неотложной медицинской помощи и мониторинг смертности на 1,6 тысячах терапевтических участков, анализируются причины смерти; еженедельные выездные либо видеоселекторные совещания с руководителями медицинских организаций Свердловской области по разбору причин роста смертности, заседания межведомственной комиссии по реализации мер, направленных на снижение смертности населения на территории Свердловской области; мероприятия межведомственной Программы демографического развития Свердловской области на период до 2025 года (постановление Правительства Свердловской области от 27 08 2007 № 830-ПП); реализация Комплексного плана мероприятий по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области на 2014-2018 годы (распоряжение Правительства Свердловской области от 08 09 2014 № 1099-РП), заседания межведомственного Координационного совета по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области (распоряжение Правительства Свердловской области от 08 09 2014 № 1099-РП)
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Смоленская область	16,4	13,8	16,1	Согласно письму департамента Смоленской области по здравоохранению от 31 03 2017 № ИСХ03769 плановый показатель не достигнут т.к. имеет место рост смертности по отдельным внешним причинам. Так смертность от случайных отравлений алкоголем возросла на 16,1%, от утоплений на 15,6%, от убийств на 3,7%. С целью снижения числа умерших от внешних причин в регионе особое внимание уделяется межведомственному взаимодействию с главами муниципальных образований и городских округов, МВД, МЧС, СМИ, органами социального развития, образования, другими ведомствами и структурами. В области работает Межведомственная комиссия по реализации мер, направленных на снижение смертности и повышение рождаемости населения Смоленской области, в которую входят представители Управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по Смоленской области, аналогичные комиссии работают в каждом муниципальном образовании региона, где рассматриваются вопросы снижения смертности, в том числе от внешних причин.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Ставропольский край	11,6	11,7	11,7	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Тамбовская область	16,0	15,8	15,8	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Тверская область	17,7	16,8	17,6	В соответствии с письмом Минздрава Тверской области от 12 04 2017 № 2503 недостижение планового значения обусловлено: а) некорректируемые в рамках деятельности Министерства здравоохранения и медицинских организаций Тверской области: низкий уровень жизни, низкое качество продуктов и рациона питания, безработица, употребление суррогатов алкоголя, технического спирта, крутогоutchная работа предприятий общепита, отпускающих алкоголь населению, - «рюмочных». Высокая доля населения, старше трудоспособного возраста (28,7%), б) корректируемые: низкая мотивация населения к приверженности к здоровому образу жизни, низкая информированность граждан о факторах риска развития и возможности профилактики хронических неинфекционных заболеваний. В ежедневном режиме осуществляется мониторинг тяжелых, диагностически сложных больных, пациентов, заболевших пневмонией, решаются вопросы оптимальной маршрутизации больных, диспансеризации, диспансерного наблюдения детей первого года жизни. В 2016 году создан центр медицинской профилактики, основная задача которого - повышение медицинской грамотности населения, увеличение скрининговых программ.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Томская область	11,5	11,8	11,4	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Тульская область	17,1	17,0	17,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Тюменская область без автономии	11,6	11,2	11,5	Согласно письму департамента здравоохранения Тюменской области от 06 02 2017 № 83/20 рост данного показателя происходит за счёт увеличения количества лиц старше трудоспособного возраста (в 2015 г. - 294296 - 20% от всей численности населения, в 2016 - 305603 - 21% от всей численности населения, темп прироста - 5,8%)

Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Удмуртская Республика	12,9	12,2	12,6	В соответствии с письмом Минздрава Удмуртия от 27 03 2017 № 03173/08-07 основными причинами смертности являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и внешние причины (несчастные случаи, травмы, отравления). В Удмуртской Республике ежегодно утверждается Региональный план мероприятий по сокращению смертности в Удмуртской Республике от основных причин. Предусмотренные мероприятия Плана направлены на повышение информированности населения и проведение профилактических мероприятий, на совершенствование медицинской помощи по соответствующему профилю заболеваний, а также на повышение квалификации медицинских работников
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Ульяновская область	14,9	14,2	14,8	В соответствии с письмом министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области от 06 04 2017 № 73-ИОГВ-08 01/5275исх достигнуто снижение смертности в классе болезней системы кровообращения, болезней органов дыхания, от туберкулеза всех форм, новообразований, болезней органов пищеварения, внешних причин смерти.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Хабаровский край	13,4	12,3	13,1	В соответствии с письмом Минздрава Хабаровского края от 04 04 2017 № 05 03-11-6098 недостижение целевого показателя обусловлено 1. Продолжающимся снижением численности населения края. Несмотря на естественный прирост населения, составивший в 2016 году 466 человек (0,3 на 1 000 населения) в крае сохраняется отрицательная миграция. За 2016 год миграционный отток населения составил 1 586 чел. 2. Ростом продолжительности жизни населения. В 2012 года показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении составлял 67,13 года, в 2013 году – 67,92 года, в 2014 году – 68,01 года, в 2015 году – 68,72 . Рост продолжительности жизни повлек за собой постарение населения (доля граждан пожилого возраста в структуре населения превысила 22,3%). В структуре общей смертности на эту категорию лиц приходится 70,2% смертей Исторически показатели общей смертности в крае всегда превышала среднероссийский, что обусловлено климатическими условиями, обширностью территории, низким качеством жизни. Кроме того, в период экономической нестабильности, наблюдается снижение государственной поддержки Северных территорий, что способствует оттоку, в большей степени молодого населения. Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Ханты-Мансийский авт. округ-Югра	6,4	6,2	6,2	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Челябинская область	13,9	12,9	13,6	В соответствии с письмом минздрава Челябинской области от 04 04 2017 № 01/692 целевой показатель не достигнут в связи с ростом смертности от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний на 7,8%, недостаточной динамикой снижения смертности от новообразований. С целью снижения смертности населения в Челябинской области разрабатываются планы по снижению смертности от каждой из основных причин в 2017 году с индивидуальными целевыми показателями для каждого муниципального образования.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Чеченская Республика	4,9	5,1	4,7	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Чувашская Республика (Чувашии)	13,1	12,8	13,1	В соответствии с письмом минздрава Чувашской Республики от 04 04 2017 № 03/18-2643 по официальным данным Чувашията наблюдается снижение численности населения Чувашской Республики, что отразилось на показателях смертности.
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Чукотский авт округ	9,6	10,6	10,0	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Ямало-Ненецкий авт. округ	5,2	5,3	5,2	Положительное отклонение
Смертность от всех причин (на 1000 населения)	Человек	Ярославская область	15,6	15,0	15,7	В соответствии с письмом департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 07 04 2017 № ИХ19-1681/17 в 2016 году в области наблюдается снижение смертности практически по всем классам основных причин (за исключением органов пищеварения). Основной причиной превышения планового показателя и увеличения показателя смертности на 0,6% по сравнению с 2015 годом является "постарение" населения. Ежегодно отмечается увеличение доли лиц старших возрастных групп и увеличение показателя смертности в этой группе (доля лиц старше трудоспособного возраста в области составляет 28%). Доля лиц старше трудоспособного возраста в структуре общей смертности составляет 79,8%. При этом количество умерших в трудоспособном возрасте по сравнению с аналогичным периодом прошлого года уменьшилось на 3,1%.
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Алтайский край	7,6	8,7	7,2	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Амурская область	7,7	9,8	5,2	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Архангельская область	6,1	7,1	5,9	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Астраханская область	8,0	8,3	5,8	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Белгородская область	6,3	6,1	6,2	Согласно письму департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области от 05 04 2017 № 10-05/231м рост показателя младенческой смертности объясняется увеличением патологии, связанной с проблемами, возникающими в перинатальном периоде и снижением рождаемости. Для стабилизации и улучшения демографической ситуации и повышения качества оказания медицинской помощи на территории региона департаментом здравоохранения и социальной защиты населения области проведена стратегическая сессия по разработке проектов по приоритетным направлениям развития здравоохранения. Основным мероприятием является создание модуля «Здоровье женщины» на базе информационной системы РС ЕГИСЗВ с функциями дистанционного оказания медицинской помощи и своевременного консультирования (телемедицина)
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Брянская область	7,9	7,8	7,7	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Владимирская область	6,7	6,5	6,2	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Волгоградская область	6,4	9,5	5,9	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Вологодская область	5,8	7,5	6,6	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Воронежская область	4,9	7,0	4,9	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	г Москва	6,0	6,6	5,7	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	г Санкт-Петербург	4,4	4,6	3,9	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	г Севастополь	4,8	5,3	4,8	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Еврейская автономная область	12,8	12,8	16,2	В соответствии с письмом правительства Еврейской автономной области от 04 04 2017 № 03-20/1780 недостижение показателя обусловлено рядом причин: наблюдался дефицит кадров акушер-гинекологов и особенно врачей неонатологов; отсутствовал УЗИ аппарат экспертного класса для перинатальной диагностики плода, отсутствовала маршрутизация беременных; отсутствовало межведомственное взаимодействие, отсутствовало взаимодействие с перинатальным центром Хабаровского края. Причины организационного характера устранены.
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Забайкальский край	7,7	6,9	6,0	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Ивановская область	5,5	5,9	5,9	Отклонение от плановых значений отсутствует
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Иркутская область	7,0	8,0	6,2	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Кабардино-Балкарская Республика	6,8	6,5	6,7	Согласно письму Минздрава КБР от 31 03 2017 № 23-12/2450 показатель младенческой смертности не достигнут по причине снижения рождаемости в 2016 г. на 3,7% (несмотря на снижение абсолютного числа умерших детей в возрасте до 1 года на 3 ребенка)

Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Калининградская область	6,1	6,0	4,5	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Калужская область	8,7	7,7	6,8	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Камчатский край	9,4	10,0	9,0	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Карачаево-Черкесская Республика	8,4	8,5	8,9	В соответствии с письмом Минздрава Карачаево-Черкесской Республики от 06.02.2017 № 485 младенческая смертность в 2016 году по предварительным данным составила 50 случаев, в число которых вошли 4 случая декабря 2015 года, которые были зарегистрированы в 2016 году. В целях улучшения качества оказания медицинской помощи женщинам Министерством здравоохранения КЧР осуществляется постоянный контроль за выполнением стандартов и клинических рекомендаций (протоколов) оказания медицинской помощи при акушерской и гинекологической патологии. Ежегодно приглашают специалисты Ростовского НИИ акушерства и педиатрии, которые проводят мастер-классы по УЗИ, совместные разборы каждого случая младенческой смертности и критических акушерских ситуаций. Решается вопрос по снижению дефицита кадров и повышению квалификации в службе родовспоможения.
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Кемеровская область	6,7	8,1	7,2	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Кировская область	4,2	6,8	5,0	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Костромская область	7,0	7,5	7,6	Согласно письму департамента здравоохранения Костромской области от 28.03.2017 № 1014 в области отсутствуют медицинские учреждения III уровня, что повлияло на достижение показателя.
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Краснодарский край	5,4	6,2	5,0	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Красноярский край	6,3	8,5	6,0	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Курганская область	5,8	7,8	6,5	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Курская область	4,7	7,4	6,0	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Ленинградская область	6,0	5,8	4,2	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Липецкая область	7,4	8,1	7,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Магаданская область	5,1	7,8	3,7	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Московская область	4,9	7,0	4,5	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Мурманская область	5,8	6,8	3,9	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Ненецкий автономный округ	5,3	5,2	1,3	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Нижегородская область	6,8	7,4	6,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Новгородская область	6,0	7,7	4,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Новосибирская область	6,1	7,8	6,1	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Омская область	6,8	7,3	6,3	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Оренбургская область	6,9	9,0	6,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Орловская область	9,1	9,2	6,5	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Пензенская область	4,3	7,5	5,6	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Пермский край	5,9	7,8	5,7	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Приморский край	7,8	8,7	6,6	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Псковская область	7,7	8,6	7,6	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Адыгея	7,5	7,4	4,6	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Алтай	9,9	9,8	10,2	В соответствии с письмом Минздрава Республики Алтай от 02.02.2017 № 623 показатель не достиг целевого значения в связи со снижением рождаемости («демографическая яма» 90 годов), несоблюдением маршрутизации беременных женщин в медицинских организациях согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Алтай от 31.03.2014г № 89 «О внедрении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» (за исключением использования репродуктивных технологий), утвержденного приказом Минздрава России от 1 ноября 2012 года № 572н, увеличением числа новорожденных с врожденными пороками развития не совместимых с жизнью. В целях снижения младенческой смертности в Республике Алтай реализуются следующие мероприятия - привлечение специалистов акушер-гинекологов, неонатологов в медицинские организации республики; - неукоснительное соблюдение маршрутизации беременных женщин согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Алтай от 31.03.2014г № 89 «О внедрении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» (за исключением использования репродуктивных технологий), утвержденного приказом Минздрава России от 1 ноября 2012 года № 572н в медицинских организациях); - в целях транспортировки пациентов из районов республики приобретен транспортный инкубатор оснащенный ИВЛ, с возможностью симбастрелии для новорожденных, в том числе для детей с экстремально низкой массой тела; - планируется увеличение показателей по проведению пренатальной (дородовой) диагностики беременных женщин на первом этапе до 90%(2016г - 87,1%), на втором этапе до 85% (2016-84,2%) обследования в БУЗ РА «Перинатальный центр» на врожденные пороки развития у плода; - планируется увеличение числа беременных женщин состоящих на учете до 95% (2016-93,2%) в программе АИС «Мониторинг беременных».
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Башкортостан	7,3	7,2	6,0	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Бурятия	7,0	8,3	6,5	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Дагестан	12,0	13,5	10,1	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Ингушетия	11,2	13,2	10,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Калмыкия	8,0	7,4	7,1	Положительное отклонение

Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Карелия	5,7	6,3	6,9	В соответствии с письмом Минздрава Республики Карелия от 06.04.2017 № 2703/13 1-08/МЗ-и увеличение количества умерших детей за 2016 года и соответственно увеличение показателя младенческой смерти обусловлено регистрацией смерти 4 детей, умерших в федеральных медицинских организациях (поздняя неонатальная смертность после 2 операций на сердце в связи со своевременно выявленным пороком и направлением на ролоратрешение и оперативное лечение в федеральную клинику, ранняя неонатальная смерть недоношенного ребенка в связи с врожденным пороком сердца (своевременно выявлен и направлен) постнеонатальная смертность экстремально низкой массы тела недоношенного ребенка (22 недели - 540гр в возрасте 4 месяцев в федеральной клинике, постнеонатальная смерть от неучтенного иммунодефицита в федеральной клинике в возрасте 6 месяцев), регистрацией смерти детей (3 случая) от врожденных пороков развития, которые пренатально были своевременно выявлены, в связи с которыми женщины отказались от прерывания беременности, регистрацией 3 случаев синдрома внезапной смерти на дому, а также регистрацией случая смерти новорожденного ребенка (г. Москва) 2 месяца в результате ДТП на территории Республики Карелия. Проводится ведомственный контроль качества оказания медицинской помощи в случаях младенческой смертности, рецензирование медицинской документации по случаям младенческой смертности, клинико-анатомические конференции по разбору случаев младенческой и перинатальной смертности, анализ исполнения поручений оказания медицинской помощи, анализ первичной медицинской документации проводится при выездях кураторами районов
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Коми	4,4	5,7	5,6	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Крым	6,3	6,4	5,1	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Марий Эл	7,6	7,5	5,2	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Мордовия	4,3	7,5	4,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Саха (Якутия)	7,9	8,8	7,0	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Северная Осетия-Алания	9,4	9,6	7,1	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Татарстан	6,0	6,7	5,3	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Тыва	14,6	15,5	11,3	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Республика Хакасия	8,9	9,3	8,6	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Ростовская область	6,6	7,8	6,6	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Рязанская область	6,2	8,2	4,5	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Самарская область	5,6	6,5	5,1	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Саратовская область	7,0	6,8	6,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Сахалинская область	6,2	5,9	3,6	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Свердловская область	5,5	6,5	5,8	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Смоленская область	7,7	7,8	6,5	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Ставропольский край	8,1	8,5	8,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Тамбовская область	3,7	5,2	3,8	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Тверская область	6,6	8,4	7,3	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Томская область	4,8	7,1	4,8	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Тульская область	6,8	6,9	6,5	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Тюменская область без автономии	6,1	6,6	4,9	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Удмуртская Республика	5,6	8,3	5,3	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Ульяновская область	6,5	8,3	6,8	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Хабаровский край	6,4	9,9	5,9	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Ханты-Мансийский авт. округ-Югра	4,9	5,5	4,1	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Челябинская область	6,5	7,8	5,9	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Чеченская Республика	11,7	12,0	10,2	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Чувашская Республика (Чувашия)	3,3	4,9	3,2	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Чукотский авт. округ	17,5	20,3	16,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Ямало-Ненецкий авт. округ	7,1	9,5	5,4	Положительное отклонение
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	Человек	Ярославская область	6,0	6,9	5,2	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Алтайский край	582,6	676,4	593,7	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Амурская область	508,1	740,0	484,9	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Архангельская область	781,9	700,8	786,3	В соответствии с письмом Минздрава Архангельской области от 05.04.2017 № 01-01-14/5225 за январь-декабрь 2016 года показатель смертности от болезней системы кровообращения по сравнению с аналогичным периодом 2015 года повысился на 0,6% и составил 786,3 на 100 тысяч населения, при этом умерло на 28 человек меньше. Среди умерших от болезней системы кровообращения 83,4% составляют лица старше трудоспособного возраста. В области разработаны и согласованы с главными внештатными специалистами Минздрава России планы мероприятий по сокращению смертности от ишемической болезни сердца, цереброваскулярных болезней, а также план мероприятий по снижению смертности населения от острого коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения на 2017 год. Также предусмотрены комплекс мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: диспансеризация определенных групп населения; работа 10 Центров здоровья, 220 школ здоровья, в т.ч. школ артериальной гипертензии, инсульта, 14 кабинетов отказа от табака, проведение информационно-разъяснительной работы с населением по профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы через средства массовой информации, обучение граждан раннему вызову скорой медицинской помощи. Будет продолжена работа «Телефона здоровья», включая постоянные рубрики «Задай вопрос кардиологу», «Задай вопрос неврологу», сайт <a href="http://zdorove29.ru">zdorove29.ru</a> , проведение профилактических акций.
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Астраханская область	586,7	681,9	546,9	Положительное отклонение

Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Белгородская область	788,2	813,5	767,3	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Брянская область	831,0	935,2	749,8	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Владимирская область	795,8	990,0	832,5	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Волгоградская область	738,7	706,5	701,2	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Вологодская область	822,7	757,7	815,7	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Вологодской области от 07.02.2017 № 2-1/177 недостижение показателя связано с возрастной структурой населения - увеличивающейся долей населения старше трудоспособного возраста, в связи с тем, что основная часть случаев смерти от болезней системы кровообращения приходится на данную возрастную группу. В целях снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в области организована работа 4 первичных сосудистых отделений на базе БУЗ ВО «Вологодская городская больница № 1», БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница № 2», БУЗ ВО «Великоустюжская ЦРБ», БУЗ ВО «Тотемская ЦРБ», которые оснащены компьютерными томографами, реанимационным оборудованием
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Воронежская область	658,2	795,9	619,5	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	г Москва	531,2	530,0	528,7	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	г Санкт-Петербург	697,3	731,7	690,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	г Севастополь	887,7	721,7	844,2	Согласно письму департамента здравоохранения г. Севастополя от 22.02.2017 № 1091/04-19 из общих причин, повлиявших на рост смертности от БСК можно назвать рост численности населения города Севастополь в целом, в том числе рост случаев смертей не учтенного в переписи населения (беженцы, сезонные рабочие, временно проживающие и т.д.), особенности прикрепленного населения (высокая доля лиц старше 65 лет, страдающих хроническими заболеваниями, имеющие тяжелые осложнения ОИМ и ОНМК в анамнезе, имеющие инвалидность), поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью и низкая грамотность населения в вопросах первичной и вторичной профилактики заболеваний, а так же отсутствие проводимой в предыдущие годы систематической и эффективной системы профилактических мероприятий и как следствие - недостаточный охват населения диспансеризацией, периодическим и профилактическими осмотрами. Низкая укомплектованность первичного звена амбулаторно-поликлинических учреждений врачами участковой службы и узкими специалистами, а также врачами и средним медицинским персоналом в специализированных отделениях, дефицит площадей медицинских организаций
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Еврейская автономная область	830,9	701,0	821,8	В соответствии с письмом правительства Еврейской автономной области от 04.04.2017 № 03-20/1780 отклонение показателя обусловлено дефицитом врачей первичного амбулаторного звена, отсутствием врачей-кардиологов в районных больницах, недостаточным количеством в ОГБУЗ «Областная больница» врачей-кардиологов (в кардиологическом отделении 1 кардиолог), недостаточным оснащением ЛПУ, в том числе ОГБУЗ «Областная больница» аппаратурой для диагностики и лечения болезней системы кровообращения (УЗИ аппараты экспертного класса, ангиограф, система кардиопульса), недостаточной профилактической работой среди населения по предупреждению сердечно-сосудистых заболеваний. Определенное отрицательное влияние оказывает финансовая несостоятельность населения, которая не позволяет обеспечить приверженность к лекарственной терапии
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Забайкальский край	571,0	533,1	464,4	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Ивановская область	608,2	640,0	592,8	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Иркутская область	666,5	663,7	652,2	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Кабардино-Балкарская Республика	490,4	539,0	458,3	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Калнинградская область	601,2	682,2	578,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Калужская область	833,9	792,1	793,5	Согласно письму минздрава Калужской области от 05.04.2017 № 04-03/1226-17 плановое значение показателя не достигнуто по ряду причин - в 2016 году на территории области отмечалась вспышка заболеваний тяжелым гриппом и гриппоподобных инфекций, приведшая к отсроченной летальности от сосудистых причин у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями; - в ряде случаев отмечалась поздняя обращаемость пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения за медицинской помощью, а так же наличие тяжелой сопутствующей патологии у пациентов На сайтах министерства Калужской области, медицинских организаций и образовательных учреждений размещены методические рекомендации, информационно-просветительские материалы по вопросам здорового образа жизни и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Во время проведения массовых профилактических акций всем обратившимся раздаются методические рекомендации по правильному питанию, правильному хранению продуктов питания, здоровому образу жизни, каждому желающему измеряется артериальное давление, уровень сахара в крови, проводятся необходимые консультации. В 2017 году продолжают функционировать региональный сосудистый центр и три первичных сосудистых отделений по оказанию медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Камчатский край	602,1	614,5	590,9	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Карачаево-Черкесская Республика	481,8	527,1	439,0	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Кемеровская область	580,5	670,0	547,1	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Кировская область	811,8	919,1	722,4	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Костромская область	801,2	701,0	818,4	Согласно письму департамента здравоохранения Костромской области от 28.03.2017 № 1014 причинны недостижения следующие географические особенности области (удаленность отдельных муниципальных образований от специализированных медицинских учреждений); отсутствие сформированной сети первичных сосудистых центров на северо-востоке области (Мантурово, Шарья); дефицит врачебных кадров, недостаточное проведение тромболитической терапии пациентам с острым коронарным синдромом вне зон транспортной доступности регионального сосудистого центра, в том числе на догоспитальном уровне, недостаточно активное диспансерное наблюдение пациентов на амбулаторном этапе, отсутствие вертолета с медицинским модулем для транспортировки.

Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Краснодарский край	545,6	677,2	594,4	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Красноярский край	457,1	609,1	548,0	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Курганская область	603,5	675,5	601,3	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Курская область	795,3	708,2	762,5	В соответствии с письмом комитета здравоохранения Курской области от 04.04.2017 № 10-3-05-03-03/42 недостижение показателя смертности от болезней системы кровообращения обусловлено низким уровнем приверженности населения к ведению здорового образа жизни, к выполнению рекомендаций медицинских работников. Среди умерших высокая доля граждан относящихся к категории социально неблагополучных. В области ежегодно проводится диспансеризация отдельных групп населения (в 2016 году диспансеризация проведена 161650 гражданам Курской области), по результатам которой доля лиц направленных на второй этап диспансеризации увеличилась на 21% по сравнению с прошлым годом. Количество лиц находящихся на диспансерном наблюдении с гипертонической и ишемической болезнью сердца увеличилось на 10%.
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Ленинградская область	716,8	715,7	735,2	В соответствии с письмом комитета по здравоохранению Ленинградской области от 05.04.2017 № 10-1103/17-01 наибольший удельный вес смертности от БСК в области отмечен в возрастной категории старше 70 лет у лиц с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Причиной недостижения показателя значительное количество случаев тяжелого течения гриппа и гриппоподобных инфекций, приведших к отсроченной летальности от сосудистых причин в I квартале 2016 года, усугубление хронических заболеваний со смертельными исходами на фоне резких перепадов температуры воздуха и атмосферного давления в регионе в IV квартале 2016 года.
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Липецкая область	573,2	749,5	616,3	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Магаданская область	547,7	648,5	509,8	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Московская область	677,1	750,0	642,0	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Мурманская область	657,3	650,0	616,9	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Ненецкий автономный округ	445,4	513,4	399,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Нижегородская область	795,1	733,0	654,9	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Новгородская область	991,1	994,2	924,5	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Новосибирская область	662,8	700,5	646,1	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Омская область	554,0	680,2	522,7	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Оренбургская область	676,5	703,3	608,2	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Орловская область	955,1	1020,0	934,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Пензенская область	876,9	881,2	825,0	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Пермский край	725,4	717,0	692,1	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Приморский край	648,5	621,5	647,2	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Приморского края от 13.04.2017 № 13-3571 в 2016 году умерло 12476 чел, в 2015 году – 12532 чел, на 56 чел. меньше. В 2016 году показатель превышает плановое значение на 4,1%, при снижении показателя на 0,2% по сравнению с 2015 г. (648,5). Разработан и согласован с главными внештатными специалистами Минздрава план мероприятий по снижению смертности от болезней системы кровообращения на 2017 год и план мероприятий по сокращению смертности от cerebrovasкулярных болезней в 2017 году.
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Псковская область	1086,5	1090,0	1065,9	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Адыгея	673,0	672,8	651,9	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Алтай	422,3	529,4	420,3	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Башкортостан	510,1	600,0	508,5	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Бурятия	468,2	590,0	462,9	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Дагестан	224,4	258,0	208,1	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Ингушетия	155,3	176,4	148,5	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Калмыкия	450,4	505,3	454,3	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Карелия	749,4	729,0	707,8	Положительное отклонение



Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Коми	579,7	504,1	559,7	В соответствии с письмом министра здравоохранения Республики Коми от 03.04.2017 № 5975/01-29 причина невыполнения следующие: 1. Отдаленность районов РК от Республиканского сосудистого центра № 2 (ГУ РК «Кардиологический диспансер»), первичного сосудистого отделения (ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница № 1»), имеющих в своем составе отделение рентгенохирургических методов лечения, что приводит к невозможности использования современных методов лечения ОКС (ангиопластика, стентирование) в первичных сосудистых отделениях гг. Печора, Воркута и др. отдаленных районов Республики Коми. 2. Неудовлетворительная работа общей лечебной сети в отношении диспансеризации пациентов с болезнями системы кровообращения, своевременного направления для дообследования в республиканские учреждения и назначения адекватной терапии этим пациентам. 3. Кадровые проблемы: нехватка врачей-кардиологов в учреждениях здравоохранения г. Сиктыктара, Ухта, Воркуты и др., нехватка врачей функциональной диагностики, ведущая к повсеместной задержке обследования больных с болезнями системы кровообращения. Утверждена проектная инициатива «Организация и развитие сети сосудистых центров в Республике Коми». Предусматривается развитие санитарной авиации, строительство вертолетной площадки в г. Ухте. С 1 января 2017 года начата реализация проекта «Развитие санитарной авиации», целью которого является обеспечение к 2019 году госпитализации 90% пациентов из труднодоступных районов республики по экстренным показаниям в течение первых суток. Данный проект позволит оказать существенное влияние на динамику снижения смертности от болезней кровообращения и дорожно-транспортных происшествий.
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Крым	1007,2	832,1	945,1	В соответствии с письмом министра здравоохранения Республики Крым от 31.03.2017 № 01/2095-01-01 основными причинами недостижения показателя являются недостаточная укомплектованность медицинским персоналом первичного звена городских и сельских районов, недостаточное оснащение медицинских организаций специализированным диагностическим и лечебным медицинским оборудованием
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Марий Эл	525,8	673,4	538,1	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Мордовия	459,4	663,0	430,2	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Саха (Якутия)	387,1	420,0	370,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Северная Осетия-Алания	687,5	677,5	655,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Татарстан (Татарстан)	607,3	650,0	601,3	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Тыва	349,2	370,2	338,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Хакасия	640,7	621,0	595,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Ростовская область	617,1	720,5	614,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Рязанская область	780,9	839,8	633,2	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Самарская область	600,3	677,2	582,3	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Саратовская область	713,1	673,0	720,1	В соответствии с письмом министра здравоохранения Саратовской области от 01.02.2017 № 05-01-03/773 значение показателя обусловлено ростом числа случаев смерти в группе 65 и более лет. В области создана сеть сосудистых центров (шесть первичных и один региональный). Внедрение на всех этапах оказания медицинской помощи больным с инфарктом миокарда тромболитической терапии позволило почти в 2 раза превысить целевой индикатор по тромболитису (46,25% при целевом - 25%). В рамках государственно-частного партнерства на базе НУЗ «Отделенческая больница на станции Ершов ОАО «РЖД» организовано первичное сосудистое отделение, где в 2017 году будет оказываться медицинская помощь пациентам с острыми сосудистыми заболеваниями из Ершовского и прилегающих районов
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Сахалинская область	629,9	653,9	587,0	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Свердловская область	690,0	702,0	676,0	В соответствии с письмом министра здравоохранения Свердловской области от 03.04.2017 № 03-01-82/130 негативным фактором, который спровоцировала декомпенсацию хронических заболеваний системы кровообращения у отдельных граждан и случаи внезапной смерти в общественных местах, стали погодные условия. Необычно жаркая и сухая погода, установившаяся на Среднем Урале с первых дней августа, сохранилась до конца месяца.
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Смоленская область	704,1	725,0	686,4	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Ставропольский край	671,6	668,4	666,4	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Тамбовская область	667,5	673,0	655,3	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Тверская область	941,8	860,0	938,8	В соответствии с письмом Минздрава Тверской области от 12.04.2017 № 2503 высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения обусловлен как поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, вследствие низкой медицинской грамотности населения, так и нарушением схем маршрутизации пациентов и протоколов ведения больных (по результатам ведомственного контроля). В структуре населения региона отмечается максимальная доля лиц старше трудоспособного возраста (28,7%). Данная категория входит в группу риска по болезням системы кровообращения. Большинство пациентов имеют сопутствующие заболевания, ухудшающие прогноз для выздоровления и жизни при болезнях системы кровообращения. Завершено формирование сети сосудистых центров в Тверской области. В каждой медицинской организации разработаны планы мероприятий по улучшению демографической ситуации. Открыты кабинеты (36) и отделения медицинской профилактики (9) во всех поликлиниках области
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Томская область	507,5	525,0	492,4	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Тульская область	733,3	906,8	737,1	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Тюменская область без автономии	571,3	627,0	568,4	Положительное отклонение

Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Удмуртская Республика	604,7	664,0	547,7	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Ульяновская область	879,8	874,1	817,8	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Хабаровский край	646,6	677,2	643,8	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Ханты-Мансийский авт округ-Югра	257,4	287,5	253,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Челябинская область	634,6	677,2	622,6	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Чеченская Республика	264,8	271,8	263,8	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Чувашская Республика(Чувашия)	489,3	594,5	456,1	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Чукотский авт округ	475,9	444,3	404,0	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Ямало-Ненецкий авт округ	204,6	211,0	201,9	Положительное отклонение
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	Человек	Ярославская область	717,5	766,1	673,7	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Алтайский край	9,9	9,2	9,4	В соответствии с письмом Минздрава Алтайского края от 28.03.2017 № 22-14/ЛМЗ/148 доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до места ДТП менее 20 минут составляет более 98%, доля госпитализации пострадавших при ДТП в травмоцентры 1 и 2 уровня составляет более 82% от всех госпитализаций при транспортных травмах. Меры по снижению смертности от ДТП в крае реализуются в составе комплексного межведомственного плана дополнительных мероприятий по снижению смертности. Мероприятия, входящие в компетенцию органов здравоохранения направлены на совершенствование службы скорой помощи. С этой целью на 10% обновлен парк санитарного автотранспорта (получено 2 реанимобиля класса «С» и 38 автомобилей класса «В»), осуществлен первый этап по созданию единой центральной диспетчерской службы с передачей ряда функций по оперативному управлению выездными бригадами диспетчерской КГКУЗ «Красной центр медицины катастроф».
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Амурская область	14,1	12,0	10,2	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Архангельская область	12,6	15,8	13,8	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Астраханская область	6,7	8,7	7,7	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Белгородская область	13,5	15,0	12,7	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Брянская область	18,5	12,7	13,2	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Брянской области от 28.03.2017 № 2ДЗ.1378 приняты меры по достижению показателя: несоблюдение маршрутизации при оказании медицинской помощи пациентам с сочетанными травмами, наличие противопоказаний для транспортировки пациентов в травмоцентры 1 уровня. Департаментом здравоохранения Брянской области внесены изменения в приказ № 404 от 20 мая 2015 года «Об организации оказания медицинской помощи в ДТП», которым утвержден порядок организации оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на территории области, также осуществляется контроль за маршрутизацией пациентов при ДТП в травматологические центры по уровням оказания медицинской помощи.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Владимирская область	18,5	16,9	16,6	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Волгоградская область	12,4	11,9	11,2	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Вологодская область	7,7	9,1	7,1	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Воронежская область	13,1	13,3	12,3	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	г Москва	4,0	3,7	4,1	В соответствии с письмом департамента здравоохранения г. Москвы от 04.04.2017 № 20-13-1674/17-1 рост числа умерших на 1,4% (7 человек) обусловлен, в том числе, ежегодным ростом числа транспортных средств в г. Москве.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	г Санкт-Петербург	8,5	10,3	6,5	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	г Севастополь	12,8	12,2	16,8	Согласно письму департамента здравоохранения г. Севастополя от 22.02.2017 № 1091/04-19 рост показателя прежде всего связан с резким увеличением транспортных средств (ТС) в Севастополе, значительным увеличением количества населения, низким качеством автомобильных дорог, плохими транспортными связями, отсутствием на дорогах автоматических средств фиксации превышения водителями скоростного режима. Имеет место значительный прирост транспортных средств в курортный сезон, и как следствие увеличение ДТП, в том числе тяжелых аварий связанных с мотоциклетным транспортом. Немаловажное значение для повышения уровня ДТП в городе Севастополе имеет плохая видимость на автомобильных дорогах, связанная с низкой освещенностью в период ограничения электроэнергии во время режима ЧС в Севастополе и Республике Крым с ноября 2015 года по май 2016 года. Низкая медицинская грамотность сотрудников ГИБДД, МЧС, водителей. Не смотря на высокую долю доезда СМП на место ДТП до 20 минут (98%), доля до госпитальных смертей (на месте до приезда скорой помощи) составила 54%. В то же время, показатель госпитальной летальности, в связи с высокой организацией и качеством оказания помощи остается низким - 4,84 в 2015г и 5,83 в 2016г.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Еврейская автономная область	19,6	10,8	14,5	В соответствии с письмом правительства Еврейской автономной области от 04.04.2017 № 03-20/1780 отклонение показателя обусловлено значительным количеством летальных исходов на месте ДТП до приезда скорой медицинской помощи
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Забайкальский край	10,6	11,2	10,7	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Ивановская область	12,8	12,5	9,1	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Иркутская область	15,9	10,3	12,6	В соответствии с письмом минздрава Иркутской области от 05.04.2017 № 02-54-5591/17 показатель смертности от дорожно-транспортных происшествий в области уменьшился на 21,3% с 16,1 на 100 тыс. населения в 2015 году до 12,6 на 100 тыс. населения в 2016 году. Недостижение планового значения показателя обусловлено значительной удаленностью ряда территорий от травматологических центров 1 и 2 уровня, а также высоким уровнем смертельных исходов на месте ДТП до приезда бригады скорой медицинской помощи. В рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП, на базе медицинских организаций Иркутской области организованы 24 травматологических центра для оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на автомобильных дорогах М-53 и М-55 «Байкал»
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Кабардино-Балкарская Республика	9,2	6,3	6,6	Согласно письму Минздрава КБР от 31.03.2017 № 23-12/2450 в связи с тяжестью полученной сочетанной травмы несовместимой с жизнью увеличилось число погибших на месте происшествия.

Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Калининградская область	9,5	7,7	9,3	Согласно письму Минздрава Калининградской области от 03.04.2017 № 01-04/2093 66,8% от всех погибших в ДТП погибает на месте, 14% - в 1-ые сутки после поступления, что связано с тяжестью дорожно-транспортных происшествий.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Калужская область	19,5	15,0	15,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Камчатский край	13,9	11,4	16,1	94% случаев смерти от травм, несовместимых с жизнью в результате ДТП были зарегистрированы на месте аварий (умершие в момент аварии или в первые минуты после аварии). При этом время доезда автомобилей скорой медицинской помощи в Камчатском крае соответствует нормативам. Доля вызовов со временем доезда до 20 минут составляет 93,6%. С целью снижения смертности от ДТП осуществляется межведомственное взаимодействие между Главным управлением МЧС по Камчатскому краю, УГИБДД УМВД России по Камчатскому краю и Министерством здравоохранения Камчатского края. Организованы ежеквартальные совместные практические тренировки, взаимный обмен оперативной информацией, что позволяет своевременно принимать решения о направлении достаточного числа бригад скорой помощи на место ДТП, а также совместные действия по ликвидации последствий ДТП и оказанию медицинской помощи пострадавшим. Вопросы безопасности дорожного движения и смертности от внешних причин регулярно рассматриваются на Правительственных комиссиях (письмо Минздрава Камчатского края от 05.04.2017 № 21.03/3018).
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Карачаево-Черкесская Республика	23,8	21,0	21,1	В соответствии с письмом Минздрава Карачаево-Черкесской Республики от 06.02.2017 № 485 показатель вырос за счет роста смертности на месте происшествия в догоспитальном периоде, что связано с получением травм несовместимых с жизнью. В республике действуют 7 травматологических центров различного уровня, оснащенных в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, что позволило снизить смертность от ДТП в сравнении с 2015 годом на 11,3%.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Кемеровская область	10,2	12,7	7,8	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Кировская область	14,6	15,9	12,7	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Костромская область	14,1	11,2	8,3	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Краснодарский край	16,0	17,0	15,7	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Красноярский край	16,4	12,5	12,1	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Курганская область	21,4	16,1	16,5	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Курганской области от 31.03.2017 № 01-10/2406 основными причинами недостижения показателя являются: ежегодное увеличение количества автотранспорта, неудовлетворительное состояние дорог и дорожной инфраструктуры, отсутствие культуры управления автомобильным транспортом, в том числе управление в состоянии опьянения, около 80% пострадавших погибают в момент аварии и после нее до прибытия бригады скорой медицинской помощи по причине травм, несовместимых с жизнью или от осложнений. С целью уменьшения смертности от дорожно-транспортных происшествий функционирует в круглосуточном режиме шесть травмологических пунктов (далее - ТМП) на автодорогах области в местах повышенной аварийности, которые прикрывают ФАД общей протяженностью 263 км (36%), на каждом ТМП в круглосуточном режиме работает бригада в составе 1 фельдшера и 1 водителя санитарного автомобиля класса В, работают два травматологических центра 2 уровня и 2 региональных травматологических центра (в 2016 г. помощь в травмоцентрах получили около 800 чел.).
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Курская область	13,4	11,3	12,2	В соответствии с письмом комитета здравоохранения Курской области от 04.04.2017 № 10.3-05-03-03/42 с целью снижения смертности от дорожно-транспортных происшествий на территории области функционирует 11 травматологических центров 1-2 уровня. Дополнительно на базе нового здания ОБУЗ «Фатежская ЦРБ» будет организована работа травмоцентра 2 уровня. Число пострадавших в ДТП получающих медицинскую помощь в травмоцентрах 1-2 уровня составила в 2016 году 78%. В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 августа 2016 № 1695-р и от 23 ноября 2016 № 2501-р в Курскую область поставлено 22 автомобиля скорой медицинской помощи. Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до 20 минут до места ДТП увеличена с 85 до 94,7%. В 2017 году за счет средств областного бюджета будет завершено строительство станции скорой медицинской помощи по ул. Энгельса в г. Курске.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Ленинградская область	25,4	19,7	19,3	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Липецкая область	13,6	12,8	13,4	В соответствии с письмом управления здравоохранения Липецкой области от 04.04.2017 № 27/01-08/-196427/01-12/02/-202 основными причинами недостижения показателя являются: травмы несовместимые с жизнью диагностируются у 80% пострадавших, в результате чего смерть наступала в течение 10 минут.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Магаданская область	2,7	9,2	4,8	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Московская область	9,3	8,6	10,2	Согласно письму Минздрава Московской области от 07.04.2017 № 12ИСХ-3203/2017 три четверти пострадавших погибли на месте ДТП до приезда СМП. Показатель доезда машин СМП до места ДТП составил в 2016 году 97,5%. Большинство смертельных исходов при ДТП обусловлено несовместимыми с жизнью тяжелыми сочетанными повреждениями. Особенностью Московской области является транзитный характер потока автотранспорта, высокая степень автомобилизации и интенсивности движения. Количество автомобилей, проходящих ежедневно через территорию Подольска составляет 1,3 млн. ед. При Правительстве Московской области работает Межведомственная комиссия по безопасности дорожного движения.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Мурманская область	5,6	8,2	6,0	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Ненецкий автономный округ	0,0	6,6	6,8	В соответствии с письмом Департамента здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа от 02.02.2017 № 1119 показатель составил 6,8, в абсолютных значениях это составило 3 человека. Так как среднегодовая численность населения округа в 2016 году - 43606 человек, а расчет показателей идет на 100 тысяч населения, поэтому малое число погибших в ДТП дает высокий показатель смертности от данной причины (закон малых чисел). Из трех пострадавших, на месте происшествия погибли два человека, и один умер в стационаре от травм не совместимых с жизнью.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Нижегородская область	11,2	11,3	10,0	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Новгородская область	20,7	17,8	19,7	Согласно письму департамента здравоохранения Новгородской области от 05.04.2017 № 3Н-1939. И недостижение показателя связано с увеличением количества травм, несовместимых с жизнью, полученных при ДТП.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Новосибирская область	7,8	10,7	7,0	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Омская область	3,6	7,8	5,1	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Оренбургская область	16,1	13,5	13,4	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Орловская область	15,3	15,8	13,3	Положительное отклонение

Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Пензенская область	15,6	14,3	15,7	В соответствии с письмом минздрава Пензенской области от 31 03 2017 № 1450 достижение показателя обусловлено тяжестью полученных пострадавшими в ДТП травм: - доля погибших на месте ДТП - 73,8% (2015 г. - 71,6%), - количество погибших на догоспитальном этапе (при эвакуации) - 2,5% (2015 г. - 0,9%), - доля погибших в стационаре - 23,7% (2015 г. - 27,5%). Приказом Министерства от 07 04 2014 № 135 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи больным по профилю «травматология и ортопедия», утвержденного приказом Минздрава России от 12 11 2012 № 901н, утверждена маршрутизация пострадавших при ДТП. С 2010 года в области на дорогах федерального значения сформирована сеть травмоцентров 1, 2 и 3 уровней. Введена единая система диспетчеризации служб скорой медицинской помощи. В 2016 году в область поступило 48 автомобилей скорой помощи и дополнительно развернуты 15 бригад скорой медицинской помощи. Проведенные мероприятия позволили обеспечить 20 минутный доезд к месту ДТП в 94,1%, что соответствует установленному индикативу - 94% В 2016 году ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области» организовал проведение тактико-специальных учений (ТСУ) по повышению качества оказания медицинской помощи пострадавшим, в том числе при ДТП.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Пермский край	15,4	20,5	11,5	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Приморский край	11,4	12,1	9,3	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Псковская область	18,5	21,0	14,6	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Адыгея	24,7	19,0	21,3	В соответствии с письмом минздрава Республики Адыгея от 05 04 2017 № 3390 в результате ДТП умерло 96 жителей республики, в том числе 77 человек трудоспособного возраста и 2 детей. При этом 79,9% от числа пострадавших погибли на месте аварии или на догоспитальном этапе, 20,1% - в медицинских организациях, причем 72% из них - в первые сутки, что свидетельствует о тяжести полученных сочетанных травм, не совместимых с жизнью. В целях снижения смертности населения от дорожно-транспортных происшествий, совершенствования медицинской помощи при травмах в Республике Адыгея проводятся мероприятия по: - увеличению числа обучаемых на базе ГБУЗ Республики Адыгея «Адыгейский республиканский центр медицины катастроф» участников дорожного движения и сотрудников служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП, - обновлению парка машин скорой медицинской помощи, оснащению машин современным медицинским оборудованием
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Алтай	25,6	20,0	14,3	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Башкортостан	14,4	14,0	10,5	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Бурятия	15,5	18,0	12,9	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Дагестан	14,5	15,0	14,9	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Ингушетия	3,2	6,0	2,7	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Калмыкия	19,2	16,8	20,1	В соответствии с письмом минздрава Республики Калмыкия от 30 03 2017 № 056/01361 число погибших на месте ДТП составило 81,3% и остается достаточно высоким в сравнении с 2012 годом (71%), число пострадавших в ДТП, умерших на догоспитальном этапе осталось на том же уровне (3 человека). В анализе госпитальной летальности обращает на себя внимание значительное снижение умерших в больницах на 48% (27 человек в 2012 году, 14 человек в 2016 году). В 2016 году доля пострадавших в ДТП, умерших до суток составила 64,3%
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Карелия	12,4	11,2	11,6	В соответствии с письмом минздрава Республики Карелия от 06 04 2017 № 2703/13 1-08/МЗ-и количество погибших в ДТП в абсолютных цифрах уменьшилось (78 погибших в 2015г и 73 в 2016г). Смертность в основном связана с изначально тяжелыми полученными травмами, на месте ДТП погибло 75,6% пострадавших. С целью сокращения времени прибытия бригад скорой медицинской помощи на место ДТП Министерством здравоохранения Республики Карелия определены зоны совместной ответственности медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь пострадавшим в ДТП, на наиболее аварийно-опасных участках автомобильных дорог Республики Карелия федерального, регионального и местного значения с учетом кратчайшей транспортной доступности (приказ Министерства от 8 июля 2016 года № 1258 «Об организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в Республике Карелия»). В соответствии с этим приказом определена маршрутизация пострадавших в ДТП в травматологические центры. Также в 2016г в республике Карелия за счет бюджетов разных уровней обновлен парк автомобилей скорой помощи, дополнительно поступил 51 автомобиль. Эффект от перечисленных мероприятий ожидается в 2017 и последующих годах.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Коми	14,7	11,8	11,4	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Крым	17,8	11,9	17,3	В соответствии с письмом минздрава Республики Крым от 31 03 2017 № 01/2095-01-01 основными причинами смертности от ДТП являются травмы несовместимые с жизнью, задержка скорой помощи, неправильно оказанная первая помощь или бездействие очевидцев. Также значительный прирост транспортных средств в курортный сезон, и как следствие, увеличение ДТП, в том числе тяжелых аварий связанных с мотоциклетным транспортом.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Марий Эл	12,9	12,1	13,7	В соответствии с письмом минздрава Республики Марий Эл от 03 04 2017 № 2084 на месте ДТП до приезда скорой медицинской помощи погибло 75,5% от всех умерших в результате ДТП. Согласно распоряжению Правительства Российской Федерации от 10 августа 2016 года № 1695-р в республику поступило 16 автомобилей скорой медицинской помощи класса «В». Доля выездов скорой медицинской помощи со временем доезда до места ДТП менее 20 минут увеличилась с 92% до 95%. Доля пострадавших в результате ДТП, госпитализированных в травмоцентры 1 и 2 уровня, от всех пострадавших, госпитализированных в стационары, составила 95%. Приказом минздрава Республики Марий Эл от 13 апреля 2016 г. № 569 утвержден комплекс мер по реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на территории Республики Марий Эл.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Мордовия	14,2	13,2	14,9	В соответствии с письмом минздрава Республики Мордовия от 27 03 2017 № 03-06/1778 на достижение показателя повлияло следующее неудовлетворительное состояние дорожного полотна, эксплуатация технически неисправных транспортных средств, управление автотранспортом нетрезвыми водителями.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Саха (Якутия)	7,7	9,5	6,6	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Северная Осетия-Алания	12,5	13,1	13,9	В соответствии с письмом минздрава Республики Северная Осетия-Алания от 06 02 2017 № 411/н превышение показателя смертности от ДТП произошло за счет увеличения числа ДТП с тяжелыми сочетанными травмами с 710 в 2015 г до 752 в 2016 г. Налажены четкая маршрутизация пострадавших в медицинские организации и алгоритм транспортировки пострадавших машинами скорой помощи. Проведено совещание со службой ГИБДД. При Территориальном центре медицины катастроф функционирует Учебный центр по обучению водителей транспортных средств, сотрудников служб участвующих в ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий, приемом оказания первой помощи пострадавшим в ДТП. На базе центра прошли обучение все сотрудники МЧС и до 30% сотрудников ГИБДД. Проводится анализ причин смертности от ДТП. Реализуется План по снижению смертности пострадавших от ДТП.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс населения)	Человек	Республика Татарстан (Татарстан)	12,2	17,7	11,1	Положительное отклонение

Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Тыва	33,2	28,0	24,5	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Хакасия	11,8	10,7	12,1	В соответствии с письмом минздрава Республики Хакасия от 07.04.2017 № 2701-04 по причине смерти на месте ДТП и до 2-х часов и в первые сутки пострадавшие при ДТП погибли и умерли от полученных тяжелых травм, тяжелых сочетанных повреждений, черепно-мозговые травмы, сложные повреждения, травмы органов грудной клетки и брюшной полости. У пострадавших умерших в медицинских организациях, госпитализированных во времени доезда и по маршрутизации в сроки более 7 дней имелись также тяжелые повреждения, которые явились причиной смерти. Сочетанные повреждения явились одной из трех основных причин смертности населения у людей в возрасте до 40 лет данная причина выходит на первое место. Частота осложнений, приведших к смерти при сочетанных травмах достигает 80% и более. Мероприятия, проводимые Минздравом Хакасии, по снижению смертности от ДТП: организована работа единой диспетчерской службы (ЕДС) в составе Государственного казенного учреждения здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский центр медицины катастроф» в соответствии с приказом Минздрава Хакасия № 1341 от 1 декабря 2015 года; организовано взаимодействие по работе ЕДС с медицинскими организациями, ГУ МЧС России по Республике Хакасия, МВД России по Республике Хакасия, проведен обучающий семинар на тему «Алгоритмы действия работников скорой медицинской помощи по организации оказания первичной медико-санитарной помощи вне медицинской организации пострадавшим при дорожно-транспортном происшествии, главным внештатным специалистом Минздрава России проведен выезд и анализ организации медицинской помощи по профилю травматологии (ДТП) с выездными организационно-методическими мероприятиями в государственные учреждения здравоохранения Республики Хакасия.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Ростовская область	7,3	10,2	6,9	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Рязанская область	17,6	10,7	16,0	В соответствии с письмом минздрава Рязанской области от 03.04.2017 № Ом/11-3218 в 2016г. поступило в травмоцентры области пострадавших от ДТП на 3,6% меньше, чем в 2015г. Умерло в результате травм, полученных при ДТП, в травмоцентрах на 44,6% меньше предыдущего года. Все пострадавшие имели сочетанные виды травм. Число погибших на месте ДТП в 2016 году по сравнению с 2015г. уменьшилось на 14,3%. Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до места ДТП до 20 минут за 12 месяцев 2016 года – 95,6%. Число пострадавших в ДТП, умерших в стационарах Рязанской области за 2016 г. на 46,2% меньше предыдущего года. Доля пострадавших в ДТП, госпитализированных в травмоцентры 1 и 2 уровня от всех пострадавших в результате ДТП, госпитализированных во все стационары субъекта, составила 75,35%. В целях совершенствования оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в феврале 2017г. издан приказ, уточняющий маршрутизацию пострадавших в ДТП, зоны ответственности медицинских организаций, алгоритмы действия медицинского персонала при оказании медицинской помощи пострадавшим в ДТП.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Самарская область	8,8	9,7	8,1	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Саратовская область	12,8	12,0	12,1	В соответствии с письмом Минздрава Саратовской области от 01.02.2017 № 05-01-03/773 значение показателя обусловлено тяжестью полученных травм, приводящих к смерти, до приезда бригад скорой медицинской помощи. Определены основные направления работы по снижению травматизма и совершенствованию медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Участки федеральных автомобильных дорог, проходящих по территории Саратовской области, закреплены за медицинскими организациями области, разработаны схемы доставки и медицинской эвакуации пострадавших в ДТП, алгоритмы взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи лицам, получившим дорожно-транспортные травмы различной степени тяжести. Основной акцент сделан на увеличение охвата обучением оказанию первой помощи при травмах на дорогах, сокращение времени доезда скорой помощи к месту ДТП, деятельности травмоцентров.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Сахалинская область	19,2	12,8	15,0	В соответствии с письмом минздрава Сахалинской области от 31.03.2017 № 313-2146/17 основными причинами, приводящими к ДТП, являются нарушение правил дорожного движения, как водителями, так и пешеходами, несоблюдение скоростного режима участниками движения. Смертность носит немедленный характер из-за гибели пострадавших на месте ДТП от тяжести полученных травм (70% и более). С целью снижения смертности от ДТП разработана маршрутизация пострадавших в учреждения здравоохранения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи при травмах. В области функционируют 8 травмоцентров, расположенных вдоль региональных и федеральных трасс. Работает передвижной пункт медицинского освидетельствования водителей на состоянии опьянения.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Свердловская область	9,4	12,0	8,5	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Смоленская область	13,3	13,0	12,1	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Ставропольский край	12,7	12,3	14,4	В соответствии с письмом Минздрава Ставропольского края от 03.02.2017 № 0113/853 67% смертей происходит на месте ДТП до приезда скорой медицинской помощи.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Тамбовская область	17,5	18,0	16,3	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Тверская область	18,5	15,7	17,7	В соответствии с письмом Минздрава Тверской области от 12.04.2017 № 2503 высокий уровень смертности от дорожно-транспортных происшествий обусловлен тяжестью полученных при ДТП травм, несовместимых с жизнью. По данным Центра медицины катастроф, в результате ДТП на территории области, в 80,6% случаев пострадавшие погибают на месте (34% – на Федеральных автодорогах М-9 и М-10), 8,1% смертей происходит во время транспортировки санитарным транспортом на догоспитальном этапе.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Томская область	6,2	8,3	6,5	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Тульская область	19,7	17,0	15,6	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Тюменская область без автономии	10,8	19,4	13,2	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Удмуртская Республика	10,3	12,0	10,1	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Ульяновская область	14,6	12,0	8,0	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Хабаровский край	12,1	13,4	8,9	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Ханты-Мансийский авт. округ - Югра	13,0	17,0	11,4	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Челябинская область	15,1	11,8	9,6	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Чеченская Республика	2,9	2,5	6,3	В соответствии с письмом Минздрава Чеченской Республики от 31.03.2017 № 1014 рост показателя произошел из-за роста ДТП. В целях снижения смертности от дорожно-транспортных происшествий, утверждены зоны ответственности учреждений здравоохранения ЧР по оказанию медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на федеральной автомобильной дороге М-29 «Кавказ». Разработаны и внедрены схемы доставки пострадавших при ДТП в учреждениях здравоохранения с целью сокращения времени прибытия экстренных медицинских служб на место ДТП. Медицинскую помощь пострадавшим обеспечивают по зонам ответственности 4 учреждения здравоохранения.

Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Чувашская Республика (Чувашия)	16,9	13,9	14,9	В соответствии с письмом минздрава Чувашской Республики от 04.04.2017 № 03/18-2643 показатель не достигнут за счет тяжести полученных травм, 76% от общего числа погибших погибает на месте ДТП по причине травм несовместимых с жизнью, до оказания медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи. Сохраняется высокий показатель смертности в стационарах до 7 суток – 37,5%, что свидетельствует об ухудшении дорожной травмы. В целях снижения смертности от ДТП проведено картирование Чувашской Республики по наиболее частому возникновению случаев ДТП со смертельным исходом, проводится мониторинг соблюдения маршрутизации пациентов и анализ причин смерти в результате ДТП (превышение скоростного режима, вождение в состоянии алкогольного опьянения и пр.), проводится анализ времени досуда бригады скорой медицинской помощи при каждом ДТП. С 2015 года изменен принцип маршрутизации пострадавших при ДТП. В 2016 году была обеспечена медицинская эвакуация 94,2% пациентов в травматологические центры первого и второго (высшего) уровней.
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Чукотский автономный округ	5,9	1,9	0,0	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Ямало-Ненецкий автономный округ	9,2	10,1	9,9	Положительное отклонение
Смертность от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения)	Человек	Ярославская область	17,2	14,9	16,5	В соответствии с письмом департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 07.04.2017 № ИХ19-1681/17 основной причиной смертности от ДТП является тяжесть полученных травм – 71,6% от общего числа погибших погибает на месте ДТП по причинам травм несовместимых с жизнью до оказания медицинской помощи.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Алтайский край	232,9	219,0	221,8	В соответствии с письмом Минздрава Алтайского края от 28.03.2017 № 22-14/ПМЗ/148 целью снижения смертности от онкологических заболеваний в крае разработан и реализуется комплексный план дополнительных мероприятий. Основные направления плана активизация работы по первичной профилактике онкологических заболеваний среди населения края, с проведением профилактических акций «Скажи раку нет», «Дискада женского здоровья», «Неделя мужского здоровья» и профилактических программ в СМИ, работа с группами повышенного риска на основе регистра раковых семей. Реализация мероприятий плана позволила добиться снижения одногодичной летальности (до 24,8%), 5 летней выживаемости (до 54,7%) и смертности от новообразований, в том числе злокачественных. По предварительным данным в 2016 г. уровень смертности от новообразований снизился на 3,0%, умерло меньше на 184 человека, в трудоспособном возрасте число умерших снизилось на 105 человек.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Амурская область	199,8	167,6	201,0	В соответствии с письмом минздрава Амурской области от 06.02.2017 № 02/1-1352 ежегодное нарастание доли населения старше трудоспособного возраста в структуре населения области, которые и составляют наибольшую долю среди больных, страдающих онкологическими заболеваниями и имеющими медицинские противопоказания к комплексному лечению злокачественных новообразований
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Архангельская область	229,5	218,4	237,9	В соответствии с письмом минздрава Архангельской области от 05.04.2017 № 01-01-14/3225 за 12 месяцев 2016 года от новообразований умерло 2686 человек, что на 72 человека больше значения 2015 года, показатель смертности выше на 3,7% показателя смертности аналогичного периода 2015 года и составил 237,9 на 100 тыс. населения. В структуре умерших 77,7% составляли лица старше трудоспособного возраста. С целью снижения смертности от онкологических заболеваний в 2017 году в области предусмотрены следующие мероприятия: реализация плана мероприятий по снижению смертности населения от новообразований на 2017 год, согласованного с главными внештатными специалистами Минздрава России, и Концепции развития онкологической помощи до 2020 года, продолжить ведение регистра пациентов с онкологическими заболеваниями, организации областного дистанционного центра компетенций в ГБУЗ Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер» по вопросам оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, проведение выездных форм работы и кураторство учреждений здравоохранения первичного звена специалистами ГБУЗ Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер», скрининг населения на онкологические заболевания в рамках диспансеризации взрослого населения, скрининг женского населения в центрах женского здоровья «Белая роза» в г. Архангельск, г. Северодвинск, Котлас; открытие центра женского здоровья в Устьянском районе; информационно-разъяснительная работа с населением через средства массовой информации, кабинеты (отделения) медицинской профилактики, телефон «горячей линии» о факторах риска развития онкологических заболеваний; работа 14 кабинетов отказа от табака, проведение семинаров, конференций для специалистов по вопросам оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях; проведение массовых профилактических акций
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Астраханская область	192,6	191,0	189,5	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Белгородская область	193,7	204,0	199,0	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Брянская область	238,5	196,8	241,6	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Брянской области от 28.03.2017 № ДЗ-1378 причинами недостижения показателя низкая активность первичного звена здравоохранения по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний, дефицит медицинских кадров, в первую очередь, первичного звена здравоохранения, несвоевременная обращаемость населения за медицинской помощью. С целью снижения смертности от новообразований в области усилен контроль за проведением информирования населения по основным факторам риска возникновения злокачественных новообразований, по вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний, также активизирована работа первичного звена здравоохранения по выявлению онкологических заболеваний на ранних стадиях с использованием выездных форм работы, с максимальным охватом диспансерным наблюдением населения, анкетированием
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Владимирская область	226,2	202,1	236,9	Согласно письму департамента здравоохранения Владимирской области от 06.02.2017 № ДЗ-947-07-3 с целью снижения смертности от новообразований в области принимаются следующие меры: 1. Утвержден план мероприятий «дорожная карта» (приказ департамента здравоохранения от 01.02.2017 № 53). 2. Во всех учреждениях здравоохранения открыты смотровые кабинеты, ведется контроль за их работой. 3. На 2017 год приказом департамента здравоохранения утвержден план диспансеризации населения в объеме 23% населения находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации и подлежащего диспансеризации в текущем году (223681 человек) с разбивкой по районам и учреждениям здравоохранения. Ведется еженедельный мониторинг выполнения плана и результатов обследования. Губернатором Владимирской области на Глав органов местного самоуправления возложена обязанность обеспечения явки прикрепленного населения на медицинские осмотры
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Волгоградская область	235,4	202,0	232,7	В соответствии с письмом комитета здравоохранения Волгоградской области от 04.04.2017 № 14-07-1323 рост заболеваемости новообразованиями в регионе наблюдается на фоне существенного роста показателя активного выявления больных, который вырос более чем в 2 раза – с 6,9% в 2010 году до 18,3% в 2015 году и 22,5% по итогам 12 месяцев 2016 года. В целях снижения смертности от онкологических заболеваний в 2017 году запланировано организация постоянного действующего «Колл-центра» с целью оперативного решения вопросов по записи на консультации к врачам-специалистам, повышению доступности диагностических исследований в Волгоградском областном онкологическом диспансере, изменение системы работы смотровых кабинетов, включая систематическое повышение квалификации кадров, ежеквартальное проведение дней открытых дверей в Волгоградском областном онкологическом диспансере и в медицинских организациях, имеющих первичные онкологические кабинеты.

Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Вологодская область	213,3	202,0	212,3	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Вологодской области от 07.02.2017 № 2-1/177 причинами высокого показателя смертности от онкологических заболеваний являются изменение демографической компоненты (уменьшение общей численности населения и распределения по половозрастному составу), рост доли злокачественных новообразований приходится на лиц пожилого возраста, более выражен он у женской популяции. В области продолжается реализация мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Проводятся скрининговые мероприятия по выявлению злокачественных новообразований на ранних стадиях. В целях снижения смертности от рака молочной железы с 2015 года в рамках ППГ введен тариф дневного стационара химиотерапии I для со средним тарифом - 78,0 тыс руб. В соответствии с рекомендациями Минздрава РФ дополнен план мероприятий по снижению смертности от онкологических заболеваний на 2016 год, скорректированный план направлен в Минздрава РФ
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Воронежская область	189,5	196,3	183,5	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	г Москва	238,9	196,2	256,6	В соответствии с письмом департамента здравоохранения г. Москвы от 04.04.2017 № 20-13-1674/17-1 пятилетняя выживаемость больных злокачественными новообразованиями возросла на 1,5% по сравнению с 2015 годом за счет внедрения современных методов комбинированного и комплексного лечения с использованием новых высокоэффективных противоопухолевых лекарственных препаратов.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	г Санкт-Петербург	278,9	250,4	240,4	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	г Севастополь	212	243,2	212,5	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Еврейская автономная область	205,1	200,0	231,4	В соответствии с письмом правительства Еврейской автономной области от 04.04.2017 № 03-20/1780 отклонение показателя вызвано рядом причин: остается проблемой выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях, отсутствуют первичные онкологические кабинеты; снижена онкологическая настороженность врачей первичного звена и жителей области к данному виду заболеваний, позднее обращение пациентов в специалистам, остро стоит проблема отсутствия врачей-онкологов в районах, недостаточная профилактическая работа среди населения.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Забайкальский край	185	171,0	185,8	В соответствии с письмом минздрава Забайкальского края от 05.04.2017 № 3358 причинами высокого показателя смертности от онкологических заболеваний являются изменение демографической компоненты (уменьшение общей численности населения и распределения по половозрастному составу), рост доли злокачественных новообразований приходится на лиц пожилого возраста, более выражен он у женской популяции. В целях снижения смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) в крае постоянно проводится информирование населения СМИ, выступления на радио, телевидении, публикации в печати. Для реализации раннего выявления онкологических заболеваний запущен пилотный проект материального премирования медицинского работника, участвующего в выявлении злокачественных новообразований (далее - ЗНО) у жителей Чернышевского, Сретенского, Нерчинского, Балейского районов, п. Первомайский, издано распоряжение Министерства здравоохранения Забайкальского края от 26 сентября 2016 года № 1248, реализация данного проекта началась с 01 октября 2016 года. Врачи-онкологи ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер» в составе выездных бригад, выездных акций «Ярмарка здоровья», «День борьбы с раком» проводят профилактический осмотр населению районов Забайкальского края для выявления новообразований.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Ивановская область	215,9	211,4	207,9	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Иркутская область	210,7	192,7	211,8	В соответствии с письмом минздрава Иркутской области от 05.04.2017 № 02-54-5591/17 выявлены злокачественные новообразования на ранних стадиях (I-II стадии) в 2016 г. 52,5%. Доля больных с ЗНО, выявленных активно за 2016 год составляет 19,6%. Высокие показатели запущенности, один из ведущих показателей, влияющих на смертность от онкологических заболеваний. Показатели несвоевременной диагностики максимальны при новообразованиях печени и внутрипеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, трахеи, бронхов, легкого, желудка. В 2016 году в муниципальных образованиях Иркутской области создана персонализированная база данных по группам риска. В 2016 году была внедрена очередная четвертая скрининговая программа по ранней диагностике колоректального рака. В настоящее время в Иркутской области отработаны 3 скрининговые программы. В 2016 году состоялось открытие корпуса высокотехнологичной химиотерапии с внутритрансплантацией костного мозга государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной онкологический диспансер», проведен ряд конференций и семинаров с международным участием
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Кабардино-Балкарская Республика	140,3	132,0	132,1	В сравнении с аналогичным периодом 2015 г. показатель смертности от новообразований снижен на 8,2%, показатель достигнут на 99,9% (письмо Минздрава КБР от 31.03.2017 № 23-12/2450)
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Калининградская область	196,2	199,3	197,9	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Калужская область	221,0	225,0	232,1	Согласно письму минздрава Калужской области от 05.04.2017 № 04-03/1226-17 плановое значение показателя не достигнуто по ряду причин: - несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью, и как следствие - недостаточный процент выявляемости онкологических заболеваний на ранних стадиях; - рост онкологических заболеваний, в связи с увеличением продолжительности жизни населения, - трудно диагностируемой локализации злокачественных новообразований (рак легкого 1-2 ст- 18,7%, желудка 26,3%, колоректальный рак-39,2%) С целью снижения смертности от новообразований врачами - онкологами и медицинскими работниками первичного звена активно осуществляются мероприятия по информированию населения о факторах риска возникновения злокачественных новообразований, по вопросам профилактики, онкологической настороженности и раннего выявления онкологических заболеваний.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Камчатский край	179,8	169,5	190,3	Согласно письму Минздрава Камчатского края от 05.04.2017 № 21.03/2018 почти 10% умерших в 2016 году от злокачественных новообразований составляли лица, не наблюдавшиеся в учреждениях здравоохранения. За последние пять лет в Камчатском крае количество лиц, умерших от новообразований увеличилось на 9,2% (с 531 человека в 2012 году до 602 человек в 2016 году), в том числе на 4,6% от злокачественных новообразований (с 546 человек в 2012 году до 571 человека в 2016 году). Опыт краевого онкологического диспансера показал эффективность работы по раннему активному выявлению ЗНО (Дни открытых дверей, выезды в районы края). В ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер» осваиваются, совершенствуются и внедряются новые хирургические методы лечения, которые ранее на территории Камчатского края не применялись. Внедрен метод фото динамической диагностики и терапии при злокачественных новообразованиях. Организовано взаимодействие с ведущими центрами России.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Карачаево-Черкесская Республика	145,6	139,0	135,8	Положительное отклонение

Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Кемеровская область	238,3	215,0	242,8	В соответствии с письмом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 28.03.2017 № 1450 в 2016 году показатель распространенности злокачественных новообразований 54,6% злокачественных новообразований диагностированы в I - II стадиях. Удельный вес больших злокачественных новообразований IV стадии среди впервые выявленных - 14,8%, что ниже чем по Российской Федерации на 5,6%. Рост смертности обусловлен смертностью пациентов, умерших в срок более 5 лет на фоне проведенного лечения.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Кировская область	223,1	210,5	234,7	Согласно письму Минздрава Кировской области от 05.04.2017 № 1481-41-01-01 в области была разработана программа совершенствования онкологической помощи Кировской области при участии главного онколога ПФО и МЗ РТ, член-корреспондента РАН, профессора Хасанова Р.И. Издаются распоряжения министерства здравоохранения Кировской области от 25.01.2017 № 42 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» на территории Кировской области.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Костромская область	234,5	200,0	242,0	Согласно письму департамента здравоохранения Костромской области от 28.03.2017 № 1014 причины недостижения следующие: отсутствие медицинских кадров в первичном звене, высокая нагрузка на врачей - онкологов; позднее выявление злокачественных новообразований; недостаточная приверженность населения к профилактическим мероприятиям и раннему обращению к специалистам.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Краснодарский край	204,6	197,0	197,1	В соответствии с письмом Минздрава Краснодарского края от 05.04.2017 № 48-3803/17-08-08 численность населения края за 2016 год увеличилась на 61 тысячу человек, которые прибыли на территорию Краснодарского края с уже имеющимися онкологическими заболеваниями, в том числе и на поздних стадиях.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Красноярский край	187,9	206,2	208,2	В соответствии с письмом Минздрава Красноярского края от 06.04.2017 № 71/02-10/5175 недостижение планового показателя составило 0,96%, что свидетельствует о стабилизации показателя смертности от новообразований и эффективности принимаемых в крае мер, направленных на снижение смертности от новообразований. В соответствии с письмом Минздрава Красноярского края от 06.02.2017 № 71/05-05/1518 в целях дальнейшего снижения смертности от новообразований в Красноярском крае проводятся скрининговые исследования на раннее выявление онкологических заболеваний в различных возрастных группах населения (компьютерная томография органов грудной клетки у стажированных курильщиков, работают смотровые кабинеты, проводится диспансеризация населения, предварительные и периодические медицинские осмотры, включая обращения пациентов при оформлении медицинских справок на оружие, управление транспортными средствами).
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Курганская область	255,8	229,5	260,9	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Курганской области от 31.03.2017 № 01-10/2406 основными причинами недостижения показателя являются: высокий процент лиц пожилого возраста (возраст населения старше 70 лет составляет 11,3%), более 47% умерших от онкологических заболеваний - в возрасте 70 лет и старше; большой удельный вес сельского населения, малоприверженного к здоровому образу жизни, низкая онкологическая настороженность, как у населения, так и у медицинского персонала первичного звена, вследствие чего - поздняя диагностика новообразований, нехватка медицинских работников первичного звена.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Курская область	230,9	213,3	242,9	В соответствии с письмом Комитета здравоохранения Курской области от 04.04.2017 № 10-3-05-03-03/42 увеличение показателя смертности происходит в связи с постоянным увеличением старшей возрастной категории впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями. Для снижения смертности от онкологических заболеваний в г. Железногорске Курской области и еще в 5 муниципальных образованиях действует программа женского здоровья. С целью раннего выявления онкологических заболеваний в области внедрен маммологический скрининг женщин. У 51% женщин рак молочной железы выявлен в I-2 стадиях, что гарантирует высокий процент излечения. В 2017 году будет продолжено строительство объекта «Курский областной онкологический диспансер III пусковой комплекс». В рамках государственно-частного партнерства в области осуществляет свою деятельность Центр позитронно-эмиссионной томографии.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Ленинградская область	240	201,6	238,9	В соответствии с письмом комитета по здравоохранению Ленинградской области от 05.04.2017 № 10-1103/17-01 причины недостижения показателя следующие: старение населения (регрессивный тип населения), высокая смертность среди лиц пожилого возраста, недостаточная работа по выявлению новообразований на ранних стадиях.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Липецкая область	197,7	196,0	199,1	В соответствии с письмом управления здравоохранения Липецкой области от 04.04.2017 № 2701-08-19642/01-12/02-202 неисполнение показателя обусловлено увеличением смертности среди лиц старше трудоспособного возраста, страдающих данной патологией больше 5 лет.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Магаданская область	208,7	196,1	192,0	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Московская область	218,7	210,0	206,7	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Мурманская область	184,6	173,6	199,7	В соответствии с письмом Минздрава Мурманской области от 06.02.2017 № 08-05/881-ЛУ рост показателя смертности от злокачественных новообразований объясняется следующими факторами: старение населения, недостаточная оснащенность современным диагностическим и лечебным оборудованием ГОБУЗ «Мурманский областной онкологический диспансер».
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Ненецкий автономный округ	158,4	135,5	143,0	В соответствии с письмом Департамента здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа от 02.02.2017 № 1119 целевые показатели по снижению смертности от новообразований имеют значительный «скачок снижения» в 10-13%, что для Ненецкого автономного округа, не имеющего развитой онкологической службы (вследствие незначительной численности населения - 43 838) и имеющего климатогеографические особенности практически не выполнимы. Онкологическая помощь населению предоставляется только специалистами первично-онкологического кабинета. При этом уровень смертности от злокачественных новообразований в регионе значительно ниже общероссийских показателей. Департаментом проведены следующие мероприятия: 1) Совместно с медицинскими организациями, проводится работа по повышению своевременной выявляемости новообразований на ранних стадиях и увеличению числа лиц с годичной выживаемостью. 2) Принят план по снижению смертности от онкологических заболеваний. 3) В рамках Координационного совета по здравоохранению проведено обсуждение мер по улучшению раннего выявления онкопатологии медицинскими организациями. 4) Разрабатывается план по увеличению выявления онкологических заболеваний на I и II стадиях заболевания. 5) Налажено прямое сотрудничество с ФГБУ НИИ Онкологии им. Н.Н. Петрова.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Нижегородская область	218,6	202,6	188,9	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Новгородская область	224,8	212,5	205,4	Положительное отклонение



Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Новосибирская область	204,1	201,2	203,9	В соответствии с письмом минздрава Новосибирской области от 03.04.2017 № 2074-01/24 в области отмечается увеличение количества больных, отказавшихся от проведения специального лечения, а также больных, которым были установлены противопоказания к проведению специального лечения, что явилось следствием увеличения среднего возраста заболевших злокачественными новообразованиями и наличия у данного контингента больных тяжелой сопутствующей патологии, препятствующей специальному проведению противоопухолевого лечения.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Омская область	186,8	202,4	185,8	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Оренбургская область	232,5	215,0	224,8	В соответствии с письмом минздрава Оренбургской области от 30.03.2017 № 3121/10 в 2016 г. отмечается снижение показателя на 3,3%.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Орловская область	255,6	230,0	253,7	Согласно письму департамента здравоохранения Орловской области от 04.04.2017 № 62-01-21/794 на достижение показателя повлияло следующее: экологические факторы, лекарственное обеспечение Мероприятия, запланированные к осуществлению в 2017 году, прежде всего направлены на повышение выявляемости онкопатологии на ранних стадиях и на повышение онконастороженности в первичном звене.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Пензенская область	212,9	202,8	201,9	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Пермский край	203,1	196,1	197,0	В соответствии с письмом минздрава Пермского края от 22.02.2017 № СЭД-34-01-02-195 в течение 2016 г. в крае отмечается тенденция к снижению смертности от новообразований на 3% ниже значения за аналогичный период 2015 г. В Пермском крае проведены следующие мероприятия, направленные на снижение смертности от злокачественных новообразований: разработаны буклеты «Второе сердце мужчины», «Штопидная железа», «Рак тела матки», «Простые правила в борьбе против рака», «Секреты Вашего спокойствия», «Азбука здорового питания», «10 шагов в борьбе против рака», «Рак шейки матки: объем 1800 экземпляров и распространены среди пациентов в медицинских организациях края, внедрены высокоэффективные радиологические, химиотерапевтические и комбинированные хирургические методы лечения с использованием высокотехнологических методов оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, организованы выездные передовичной поликлиники ГБУЗ ПК «Пермский краевой онкологический диспансер», в том числе в составе мультиспециализированных врачебных бригад в 20 муниципальных образованиях Пермского края, где зафиксирован высокий показатель смертности от онкологических заболеваний, с целью оценки эффективности оказания медицинской помощи, а также организационно-методической помощи специалистам, определены показатели выявляемости онкологических заболеваний на втором этапе диспансеризации определенных групп взрослого населения в разрезе медицинских организаций.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Приморский край	229,1	196,1	232,5	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Приморского края от 13.04.2017 № 18-3371 основной причиной смертности являлся запущенность злокачественных новообразований – 68% и прогрессирование рака у ранее леченных больных, обусловленное биологической природой злокачественной опухоли – 38% случаев (в течение жизни умирает 20-30% больных 1-2 стадий независимо от лечения). В структуре умерших 80% составили лица старше трудоспособного возраста. В 2016 г. по сравнению с 2014 г. отмечено увеличение до 53,5% доли злокачественных новообразований (в 2015 г. - 52,8%) выявленных на 1-2 стадиях, индикаторный показатель – 53,5% в 1 стадии выявлено 30,5%, во 2 стадии – 23,0%, в 3 стадии – 15,6% злокачественных новообразований. С 2014 г. по 2016 г. доля злокачественных новообразований 4 стадии снизилась и составила 25,2% (в 2014 г. – 24,7%, в 2015 г. – 27,6%). На основании проведенного факторного анализа для улучшения оказания онкологической помощи населению Приморского края разработана Программа мероприятий, направленных на профилактику, раннее выявление злокачественных новообразований и снижение смертности от новообразований в Приморском крае на период 2017-2019 годы.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Псковская область	254,6	225,1	248,4	В соответствии с письмом государственного комитета Псковской области по здравоохранению и фармации от 24.03.2017 № 3Д-02-0636 активное выявление злокачественных новообразований в области остается на крайне низком уровне из-за неэффективности диспансеризации, практически отсутствует диспансеризация пациентов с хроническими заболеваниями, что обусловлено кадровым дефицитом первичного звена. Принимаемые меры, направленные на достижение показателей: 1. В 2017 году в ГБУЗ «Псковский областной онкологический диспансер» будет введена в эксплуатацию вся диагностическая и радиотерапевтическая база, что положительно отразится на сокращении сроков обследования и качестве лечения онкобольных. 2. Принимаются меры по контролю за установлением причины смерти жителей Псковской области (ежемесячно проводится выборка умерших от злокачественных новообразований в ЗАГСе и качеством оформления медицинских справок о смерти). 3. Ежегодно разрабатывается комплексный план по снижению смертности от злокачественных новообразований на территории Псковской области, и принимаются меры к его выполнению. 4. Проводится анализ и разбор случаев установления злокачественных новообразований посмертно (на вскрытии), а также анализ причин запущенных случаев злокачественных новообразований. 5. Проводится обучение врачей первичного звена алгоритму выявления злокачественных новообразований визуальных локализаций, акушерок смотровых кабинетов проведено осмотров на выявление онкопатологии и забору материала на цитологическое исследование.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Адыгея	227,4	212,8	217,2	В соответствии с письмом минздрава Республики Адыгея от 05.04.2017 № 3390 от новообразований умерло на 4,5% человек меньше по сравнению с прошлым годом. Несмотря на оснащение государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Адыгея «Адыгейский республиканский клинический онкологический диспансер» современным диагностическим и лечебным оборудованием, организацией выездных форм работы, позитивные тенденции: увеличение удельного веса больных, выявленных на ранних стадиях, с 50,8% в 2015 году до 53,3% в 2016, а также увеличение показателя 5-летней выживаемости до 55,7% при индикаторном показателе 52,8% и снижение однократной летальности больных до 24,0% против 25,5% в 2015 году, не выполнен плановый показатель по активному выявлению на ранних стадиях больных ЗНО (план-3,5%, факт-2,4%). В целях активизации ранней диагностики онкологических заболеваний принимаются меры по укомплектованию средним медицинским персоналом смотровых кабинетов.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Алтай	153,4	150,0	144,9	Положительное отклонение

Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Башкортостан	158,6	143,0	164,5	В соответствии с письмом минздрава Республики Башкортостан от 03.04.2017 № 12-05/425 на достижение показателя повлияло недостаточный уровень выявляемости онкологической патологии на ранних стадиях в первичном звене, в ряде случаев недостаточная онкологическая настроенность медицинских работников, формальный подход к диспансеризации взрослого населения, недостаточная укомплектованность врачами-онкологами и кадровый дефицит первичного звена, постепенное увеличение лиц старше трудоспособного возраста в структуре населения, высокая стоимость лекарственных препаратов. Имеет место также низкая культура населения с невысоким уровнем медицинской активности, наличие вредных привычек, курение и злоупотребление алкоголем, особенно у лиц мужского пола.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Бурятия	171,8	175,2	177,1	В соответствии с письмом минздрава Республики Бурятия от 04.04.2017 № 10-01-11-2012-1/17 причины роста показателя следующие: - среди умерших от ЗНО, лица старше трудоспособного возраста составили 75,1%, имеющие высокую долю коморбидной патологии; - несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью (35%), - постарение населения (в 2016 г. рост лиц старше трудоспособного возраста на 2,1% в сравнении с 2015 г.) Для достижения планового значения «Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)» в 2017 году запланировано: - реализация мероприятий регионального плана по снижению смертности от онкологических заболеваний, - реализация мероприятий медиа-плана по повышению информированности населения по профилактике, раннему выявлению злокачественных новообразований и формированию приверженности населения к здоровому образу жизни; - проведение скрининговых исследований по раннему выявлению рака репродуктивной сферы, - увеличение количества телемедицинских консультаций пациентов из сельских районов республики; - использование выездных форм работы с оказанием консультативной специализированной медицинской и организационно-методической помощи; - расширение применения современных методов диагностики и лечения, методов комбинированной терапии, - мониторинг выявления рака, в т.ч. визуальных форм, на ранних стадиях.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Дагестан	72,7	69,4	72,4	-
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Ингушетия	56,7	50,0	53,4	В соответствии с письмом минздрава Республики Ингушетия от 06.02.2017 № 22/406 основное количество умерших составляют лица старше трудоспособного возраста, обратившихся за медицинской помощью с сопутствующими хроническими заболеваниями. Отсутствие возможности оказания высокотехнологичной помощи по профилю «онкология», дефицит коек также влияют на сложившуюся ситуацию. В целях профилактики и раннего выявления онкозаболеваний в республике проводится акция выходного дня «Победим рак!», в рамках которой на базе медицинских организаций республики проводится маммография, флюорография, ПСА, осмотр онколога, дни открытых дверей в онкологическом диспансере. Осуществляются выезды врачей в отдаленные районы. Всего по результатам проведенных акций обследовано 3685 чел., выявлено онкологических заболеваний-75. Разработаны и реализуется план мероприятий по снижению смертности от основных классов причин, в том числе от онкологических заболеваний, в который, в том числе, включены мероприятия по профилактике и раннему выявлению указанных заболеваний, введено в эксплуатацию и оснащено современным медицинским оборудованием онкологического диспансера со стационаром на 100 коек.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Калмыкия	161,9	143,7	175,2	В соответствии с письмом минздрава Республики Калмыкия от 30.03.2017 № 056/01361 достижение показателя объясняется сохраняющимся дефицитом врачебных кадров в сельской местности - 25,6 на 10 тыс. населения, по РК - 44,0 на 10 тыс. населения, РФ - 37,2 на 10 тыс. насел. Как следствие, недостаточный охват медицинским наблюдением лиц старше трудоспособного возраста, высокой удельный вес запущенных случаев злокачественных новообразований в 4 стадии - 42,7%.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Карелия	241,9	207,0	240,7	В соответствии с письмом минздрава Республики Карелия от 06.04.2017 № 2703/13 1-08/МЗ-и высокий уровень смертности от новообразований в значительной мере определен постарением населения. За период 2013-2016 годов численность населения старше трудоспособного выросла на 4,6% (на 7246 человек).
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Коми	204,3	188,8	206,1	В соответствии с письмом минздрава Республики Коми от 03.04.2017 № 5975/01-29 причинами достижения индикаторного показателя смертности от новообразований, в том числе злокачественных, являются: 1. Низкий уровень диспансерного наблюдения пациентов с предраками, недостаточный уровень онконастороженности у врачей общей лечебной сети, что приводит к увеличению числа позднего выявления злокачественности злокачественными новообразованиями, не выявление первичной злокачественности, запущенности. 2. Увеличение удельного веса больных возрастными группами старше 70 лет. 3. Рост числа больных, имеющих сопутствующие заболевания. Мероприятия по снижению смертности от новообразований реализуются с использованием принципов проектного управления. Утверждена проектная инициатива «Повышение эффективности ранней диагностики злокачественных новообразований и доступности специализированной онкологической помощи в Республике Коми в 2016-2018 году».
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Крым	211,6	177,8	227,6	В соответствии с письмом минздрава Республики Крым от 31.03.2017 № 01/2095-01-01 основными причинами достижения показателя являются: позднее реагирование граждан и сохранение недостаточной результативности работы смотровых кабинетов, профилактических и диспансерных осмотров населения, динамического наблюдения за больными с хроническими заболеваниями.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Марий Эл	190,8	168,4	188,2	В соответствии с письмом минздрава Республики Марий Эл от 03.04.2017 № 2084 высокий уровень показателя смертности от онкологических заболеваний обусловлен: изменением возрастной структуры населения с увеличением в популяции доли старших возрастных групп, поздней обращаемостью населения за медицинской помощью и недостаточной приверженностью населения к здоровому образу жизни. В рамках мероприятий, проводимых для снижения смертности и улучшения качества оказания медицинской онкологической помощью определены маршрутизация пациентов, группы наблюдения больных с хронической и предраковой патологией на уровне первичного звена, ведение регистра онкологических больных. В амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения (подразделениях) открыты первичные онкологические кабинеты.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Мордовия	187,2	184,2	175,7	Положительное отклонение

Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Саха (Якутия)	129,6	125,3	134,8	В соответствии с письмом минздрава Республики Саха от 06.04.2017 № 11-01-20/237 основными причинами недостижения показателя являются: 1. Скрытое течение рака легкого, желудка, печени, поджелудочной железы, ободочной кишки и пищевода, локализации которые в структуре смертности ЗНО составляют более 60%; 2. Позднее обращение больных за медицинской помощью связанное со сложными транспортными схемами региона, сезонность транспортного обслуживания, в основном воздушное сообщение внутри района, удаленность ЦРБ от г. Якутска (сервированные районы) Ежемесячно проводится мониторинг онкологических показателей районов с целью улучшения диспансерного наблюдения и показателей по онкологии. Врачи онкологи дистансеря является кураторами районов, поддерживают связь с врачами ЦРБ, оказывают консультативную и практическую помощь. Ежегодно направляются в ЦРБ анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями, анализ разборов запущенных случаев, методические письма и рекомендации.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Северная Осетия-Алания	169,2	168,0	163,0	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Татарстан (Татарстан)	195,3	182,5	194,8	В соответствии с письмом минздрава Республики Татарстан от 03.04.2017 № 09-01/4624 локализация рака характеризуется трудностью диагностики, зачастую имеют длительное бессимптомное течение, и проявляются клинически уже на поздней стадии заболевания. В целях снижения смертности населения Республики Татарстан от злокачественных новообразований в 2017 году реализуются следующие мероприятия: на базе учреждений здравоохранения первичной медико-санитарной помощи функционируют 69 первичных онкологических кабинетов, 6 первичных онкологических отделений, 3 межмуниципальных онкологических отделения, с мая 2017 года в рамках программы государственных гарантий запускается проект государственно-частного партнерства - услуги томотерапии (лучевой терапии) в объеме 723 человек в год, распоряжением Кабинета министров Республики Татарстан от 31.05.2016 № 983-р в республике утвержден проектный офис по разработке программы мер государственного регулирования здоровьесбережения населения трудоспособного возраста, содержащий в том числе мероприятия по внедрению онкоскрининга в 5 крупных промышленных предприятиях.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Тыва	125	112,0	118,6	В соответствии с письмом минздрава Республики Тыва от 29.03.2017 № 139 основными причинами смертности населения от злокачественных новообразований являются: недостаточное выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях, обусловлено недостаточным уровнем материально-технической базы республиканского онкологического диспансера и медицинских организаций первичного звена, позднее обращение больных за медицинской помощью, на фоне скрытого течения фоновых заболеваний, дефицит врачебных кадров, необходимо доукомплектовать первичные онкологические кабинеты врачами онкологами; низкий уровень онкодиспансерности у медицинских работников общей лечебной сети; недостаточная мотивация населения к прохождению диспансеризации и профилактических осмотров. Удельный вес умерших больных в запущенных стадиях 43,3%, в динамике с 2015г увеличение на 0,9%. За текущий период прирост смертности увеличен за счет смертности от злокачественных новообразований кровяной системы 60,0%, легкого на 20,0%, поджелудочной железы 15%, печени 12,0%
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Хакасия	206,7	193,1	210,9	В соответствии с письмом минздрава Республики Хакасия от 07.04.2017 № 2701-04 одной из причин недостижения показателя является не полная доступность диагностических и лечебных возможностей онкологической службы Республики Хакасия. Оснащенность онкологической службы Республики Хакасия - это только отделение хирургии и химиотерапии. Онкодиспансер не имеет компьютерного томографа, магнитно-резонансного томографа, отсутствуют все виды лучевой терапии. Динамика одногодичной летальности отражает не только позднюю выявляемость ЗНО, наблюдаемую в Республике Хакасия, но и отсутствие адекватного лечения, такого как лучевая дистанционная терапия, лучевая контактная терапия. Ежемесячно проводится видеоселекторные совещания с Руководителями государственных медицинских организаций по вопросу смертности населения от основных причин, достигнута целевых индикаторов, с последующим анализом и коррекцией мероприятий. Откорректированы планы мероприятий по сокращению смертности от онкологических заболеваний, в части увеличения выявляемости злокачественных новообразований на ранних стадиях.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Ростовская область	167,4	196,1	170,1	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Рязанская область	232,9	229,8	212,1	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Самарская область	201,3	199,5	197,2	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Саратовская область	191,8	186,0	187,1	В соответствии с письмом минздрава Саратовской области от 01.02.2017 № 05-01-03/773 с целью снижения смертности от онкологических заболеваний завершена модернизация онкологической службы с технологическим переоснащением (4 линейных ускорителя в двух диспансерах), что позволило обеспечить онкологических больных специализированным лечением на современном уровне. С момента ввода в эксплуатацию линейных ускорителя пролечено 1724 пациента. Отмечается снижение смертности от новообразований по сравнению с 2015 годом на 2,1%. В структуре причин общей смертности онкологические заболевания занимают второе место - 13,4% от общего числа умерших.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Сахалинская область	228,9	205,8	241,2	В соответствии с письмом минздрава Сахалинской области от 31.03.2017 № 313-2146/17 основными причинами роста показателя являются: наличие заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста (77,8% от общего числа умерших), отказ пациентов от дообследования для уточнения диагноза, поздняя выявляемость онкологических заболеваний Доля злокачественных новообразований (далее - ЗНО), выявленных на ранних стадиях (I-II стадии) за январь - декабрь 2016 года составила 50,1%. В связи с чем, необходимо продолжить работу по мониторингу населения региона на прохождении диспансеризации, профилактических осмотров и к ведению здорового образа жизни Принимаемые меры с целью снижения смертности от онкологических заболеваний - в 2016 году дополнительно к 6 имеющимся медицинским комплексам приобретено еще 8 мобильных диагностических комплексов. В текущем году планируется приобрести еще 6, в том числе 3 маммографа и 3 флюорографа - в 2017 году дополнительно будут созданы условия для диагностики онкопатологии в 3-х районах области в связи с открытием там КТ - кабинетов - утвержден и принят к реализации региональный План мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний на 2016-2018 годы - осуществляется реализация Плана мероприятий по сокращению смертности от онкологических заболеваний в 2017 году в Сахалинской области, согласованного с главным внештатным специалистом онкологом Минздрава России М.И. Давыдовым

Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Свердловская область	220,8	208,0	221,9	В соответствии с письмом Минздрава Свердловской области от 03.04.2017 № 03-01-82/3130 факторами, влияющими на смертность населения от злокачественных новообразований являются увеличение доли пожилых людей в популяции; экологическая ситуация на территории (Свердловская область относится к промышленным регионам страны, где уровень техногенного загрязнения окружающей среды выше среднероссийского), условия труда, наследственная предрасположенность. В 2017 году Министерством здравоохранения Свердловской области продолжена работа по снижению смертности от злокачественных новообразований: открытие торакального отделения на базе ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», проведение в ежесменном режиме противораковых комиссий, выездная работа врачей-кураторов ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», выездная работа врачей-информационного продукта «Медофис» на рабочих местах районных онкологов, проведение семинаров по вопросам ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований для врачей первичного звена в режиме телеконференций на базе Министерства здравоохранения Свердловской области и ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», информационно-просветительная работа по профилактике онкологических заболеваний с населением Свердловской области.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Смоленская область	210,4	198,1	206,6	Согласно письму департамента Смоленской области по здравоохранению от 31.03.2017 № ИСХ03769 целевой показатель не достигнут за счет смертности лиц пожилого возраста с III - IV стадиями опухолевого процесса (позднее обращение за медицинской помощью), что затрудняет или делает невозможным проведение радикального лечения, которое сохраняет им жизнь. Утвержден план мероприятий по снижению смертности от новообразований на 2017 год, который согласован с главным специалистом онкологом Минздрава России, главным специалистом по медицинской профилактике Минздрава России, главным специалистом по медицинской реабилитации Минздрава России.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Ставропольский край	173,4	188,2	180,6	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Тамбовская область	195,3	198,4	187,4	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Тверская область	250,8	210,3	261,7	В соответствии с письмом Минздрава Тверской области от 12.04.2017 № 2503 высокий уровень показателя обусловлен высоким уровнем распространения факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (злоупотребление алкоголем, табачными изделиями), поздней обращаемостью населения за медицинской помощью, выявляемостью заболеваний в терминальной стадии, низкой онконастороженностью врачей. Низким процентом и качеством диспансеризации - на 2-й этап диспансеризации направляются не все пациенты II и III групп здоровья. Недостаточной работой смотровых кабинетов. Наибольший рост смертности отмечается у лиц пожилого возраста. При этом показатель смертности лиц трудоспособного возраста в течение последних 4 лет снижается. Разработан и реализуется «План мероприятий по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний в целях снижения смертности населения Тверской области от новообразований на 2016-2020 годы», осуществляются выезды в районы главного внештатного онколога Министерства здравоохранения области с консультативной и методической помощью.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Томская область	217,6	206,0	203,9	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Тульская область	259,5	233,1	255,2	В соответствии с письмом Минздрава Тульской области от 06.02.2017 № 15-05-08/1351 основными причинами недостижения показателя являются: поздняя обращаемость населения за медицинской помощью и регистрация смертей инородных, высокая доля населения старшего трудоспособного возраста. С целью ранней диагностики онкологических заболеваний проводятся следующие мероприятия: повышение информированности населения, проведение диспансеризации населения, направленной на выявление факторов риска развития онкологических заболеваний, повышение онкологической настороженности среди медицинского персонала, выездные формы работы (кураторство районной области специалистами онкологами), расширение сети смотровых и первичных онкологических кабинетов, выездные формы работы специалистов ГБУЗ «Тульский областной онкологический диспансер» с целью оказания организационно-методической помощи лечебным учреждениям области; разбор всех случаев выявленных злокачественных новообразований IV стадии и смертности; проведение «дней открытых дверей» для пациентов в поликлинике ГБУЗ «Тульский областной онкологический диспансер» с осмотром пациентов и консультированием по вопросам профилактики и лечения онкологических заболеваний.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Тюменская область без автономии	147,8	139,8	136,4	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Удмуртская Республика	180,8	165,4	189,0	В соответствии с письмом Минздрава Удмуртии от 27.03.2017 № 03173/08-07 особый вклад в повышение уровня смертности вносит население старшего трудоспособного возраста (74,6% среди всех умерших от ЗНО составляет данная категория граждан). Указом Главы Удмуртской Республики 2017 год объявлен Годом профилактики злокачественных новообразований. В настоящее время утвержден межведомственный план мероприятий. С целью повышения доступности медицинской помощи, в том числе для прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров гражданам трудоспособного возраста в медицинских организациях республики организовано проведение Дней открытых дверей в субботу дни.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Ульяновская область	225,0	224,3	224,3	Отклонение от плановых значений отсутствует
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Хабаровский край	202,8	196,1	187,5	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Ханты-Мансийский авт округ-Югра	109,1	110,0	107,4	Положительное отклонение
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Челябинская область	240,1	199,1	238,8	В соответствии с письмом Минздрава Челябинской области от 04.04.2017 № 01/692 причинами недостижения показателя являются высокий уровень онкологической заболеваемости (2016 год - 438,2 на 100 тыс. населения), накопление контингента онкологических больных, состоящих на диспансерном учете. Минздравом Челябинской области совместно с главным специалистом онкологом Минздрава области разработан План мероприятий по сокращению смертности от онкологических заболеваний. Во всех муниципальных образованиях Челябинской области подготовлены планы мероприятий («Дорожные карты») по раннему выявлению злокачественных новообразований (I - II стадии) и снижению смертности от онкологической патологии, которые включают вопросы организации раннего выявления злокачественных новообразований, подготовки медицинского персонала, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по вопросам онкологии, индикативные показатели до 2018 года.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Чеченская Республика	86	81,3	83,4	В соответствии с письмом Минздрава Чеченской Республики от 31.03.2017 № 1014 основными причинами недостижения показателя являются: улучшение диагностики онкологических заболеваний и улучшения регистрации причин смерти.

Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс населения)	Человек	Чувашская Республика(Чувашия)	164,4	141,8	165,5	В соответствии с письмом министра Чувашии от 04.04.2017 № 03/18-2643 Показатель смертности от онкологических заболеваний по итогам 2016 г. возрос по сравнению с 2015 годом на 0,2%, что связано с высокой долей умерших от злокачественных новообразований старше трудоспособного возраста (75,7% по итогам 2016 года). В целях дальнейшего совершенствования мероприятий по снижению смертности от онкологических заболеваний организована ранняя диагностика онкопатологий, в том числе выездные скрининговые маммографические исследования, проводятся разборы случаев смерти от злокачественных новообразований и запущенных случаев онкологических заболеваний. В 2016 году в целях профилактики поздней обращаемости пациентов усилены образовательные мероприятия для населения, пациентов и их родственников, основной целью которых является повышение информированности в вопросах профилактики, диагностики, лечения онкологических заболеваний, психологическая поддержка, формирование мотивации к выздоровлению, реабилитации и адаптации пациентов.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс населения)	Человек	Чукотский авт округ	112,6	128,4	157,2	В соответствии с письмом Департамента социальной политики Чукотского автономного округа от 06.04.2017 № 1-03/2996 рост смертности связан с выявлением больных на поздних стадиях, отсутствием должного внимания пациентов к своему здоровью и, в ряде случаев, атипичным течением процесса. В 2017 году Департамент социальной политики Чукотского автономного округа начинает программу по раннему выявлению онкологических заболеваний. Принято решение о закупке магнитно-резонансного томографа, другого диагностического оборудования, запланировано обучение врачей первичного звена.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Ямало-Ненецкий авт округ	96,3	78,5	93,5	Согласно письму департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 04.04.2017 № 1801-12-04/213.1 отмечается повышение выявляемости онкологических заболеваний в 2016 году в запущенных стадиях, увеличение доступности специализированной медицинской помощи по профилю "онкология" (увеличение кошечного фонда) Приказом департамента здравоохранения автономного округа от 23.09.2015 № 707-о на базе регионального онкологического центра Салехардской окружной клинической больницы был организован врачебный онкологический консилиум (далее ВОК). В 2016 году приняты врачи-онкологи в больницы гг. Салехард, Новобриск, Новый Уренгой, Надым. В настоящее время во всех городских и центральных районных больницах имеются врачи-онкологи.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)	Человек	Ярославская область	238,8	235,8	224,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Алтайский край	22,6	27,9	22,5	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Амурская область	18,5	33,0	14,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Архангельская область	4,3	5,6	4,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Астраханская область	21,5	23,1	14,1	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Белгородская область	1,2	2,0	0,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Брянская область	9,8	12,4	7,8	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Владимирская область	4,5	9,2	4,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Волгоградская область	12,4	12,7	10,8	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Вологодская область	5,1	6,9	4,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Воронежская область	3,8	8,4	3,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	г Москва	2,2	3,0	2,1	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	г Санкт-Петербург	5,0	7,0	3,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	г Севастополь	11,8	12,1	13,2	Согласно письму департамента здравоохранения г. Севастополя от 22.02.2017 № 1091/04-19 медико-экономические показатели связаны с ростом населения в результате миграции и связанными с этим особенностями структуры прикрепленного взрослого населения (высокий процент лиц пожилого и старческого возраста), ростом случаев смертей не утленного в переписки населения (беженцы, сезонные рабочие, отдыхающие и т.д.), отсутствием проводимой в предыдущие годы систематической и эффективной системы профилактических мероприятий; недостаточный охват диспансеризацией и медицинскими профилактическими осмотрами из-за дефицита кадров в первичном звене здравоохранения; первичные онкологические кабинеты начали функционировать в конце 2016 года из-за недостатка кадров, поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью и низкой грамотностью населения в вопросах первичной и вторичной профилактики заболеваний.
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Еврейская автономная область	34,5	33,1	29,5	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Забайкальский край	14,0	12,5	9,8	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Ивановская область	3,8	6,4	3,1	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Иркутская область	26,2	32,3	22,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Кабардино-Балкарская Республика	9,7	10,5	7,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Калининградская область	5,4	8,5	4,8	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Калужская область	4,8	9,0	4,9	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Камчатский край	9,4	14,2	7,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Карачаево-Черкесская Республика	2,6	6,8	1,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Кемеровская область	19,5	25,9	17,4	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Кировская область	5,8	8,2	4,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Костромская область	3,2	3,8	1,8	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Краснодарский край	6,6	12,4	5,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Красноярский край	12,5	15,9	13,5	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Курганская область	24,3	27,5	23,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Курская область	9,2	10,7	7,9	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Ленинградская область	7,1	11,6	6,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Липецкая область	2,7	4,3	2,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Магаданская область	5,4	12,4	3,4	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс населения)	Человек	Московская область	3,8	7,8	3,2	Положительное отклонение

Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Мурманская область	5,9	6,1	3,9	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Ненецкий автономный округ	0,0	3,8	2,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Нижегородская область	4,6	8,0	2,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Новгородская область	5,5	8,6	4,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Новосибирская область	18,4	15,5	14,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Онская область	11,2	14,2	10,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Оренбургская область	11,8	13,0	7,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Орловская область	2,1	3,1	1,8	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Пензенская область	4,2	6,5	4,0	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Пермский край	13,3	13,7	8,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Приморский край	26,0	23,5	22,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Псковская область	8,9	11,2	9,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Адыгея	9,1	12,1	8,0	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Алтай	9,3	16,5	6,0	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Башкортостан	6,6	9,5	6,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Бурятия	8,2	14,0	5,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Дагестан	3,0	5,8	2,5	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Ингушетия	3,9	9,2	2,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Калмыкия	11,0	16,0	12,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Карелия	8,4	9,3	7,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Коми	10,3	12,5	7,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Крым	18,4	12,3	14,5	В настоящее время остается высокой частота не распознанного туберкулеза на ранних этапах заболевания, что объясняется изменениями, происшедшими в эпидемиологии и клинической картине туберкулеза (письмо министра Республики Крым от 31.03.2017 № 01/2095-01-01)
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Марий Эл	6,3	6,5	5,1	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Мордовия	3,8	4,8	2,9	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Саха (Якутия)	5,0	8,7	4,8	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Северная Осетия-Алания	6,8	10,0	6,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Татарстан (Татарстан)	4,4	6,0	3,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Тыва	46,5	60,7	47,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Хакасия	13,1	12,4	8,4	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Ростовская область	15,1	21,0	14,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Рязанская область	3,0	7,2	2,0	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Самарская область	9,5	13,0	7,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Саратовская область	6,5	11,3	5,0	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Сахалинская область	9,2	14,5	9,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Свердловская область	15,5	13,8	13,0	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Смоленская область	12,9	14,4	10,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Ставропольский край	5,2	10,5	4,8	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Тамбовская область	4,3	6,2	3,5	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Тверская область	10,3	12,8	7,5	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Томская область	4,5	5,8	4,2	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Тульская область	7,4	11,2	6,3	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Тюменская область без автономии	12,8	17,4	8,6	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Удмуртская Республика	9,3	12,7	6,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Ульяновская область	12,2	12,3	11,0	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Хабаровский край	16,7	18,0	12,9	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Ханты-Мансийский авт. округ-Югра	5,1	5,7	3,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Челябинская область	12,3	12,4	11,1	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Чеченская Республика	3,5	9,6	2,7	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Чувашская Республика (Чувашия)	5,1	6,4	4,4	Положительное отклонение
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Чукотский авт. округ	15,8	12,9	23,9	В соответствии с письмом Департамента социальной политики Чукотского автономного округа от 06.04.2017 № 1-03/2996 основной причиной роста показателя стало снижение численности населения, увеличение хронических форм туберкулеза с лекарственной чувствительностью, социальный состав умерших, большое число больных фиброзно-кавернозным туберкулезом от всех больных деструктивными формами. Причиной накопления данного контингента является социальный статус больных, более 90% из них ведут асоциальный образ жизни, не работают или имеют низкие доходы, страдают алкоголизмом и бытовым пьянством, табакокурением, к лечению относятся безответственно, отсюда и недостаточная эффективность лечения, приводящая к хроническим формам.
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Ямало-Ненецкий авт. округ	10,9	9,5	5,2	Положительное отклонение

Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	Человек	Ярославская область	4,3	6,2	3,4	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Алтайский край	8,9	14,8	4,6	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Амурская область	14,6	14,3	6,8	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Архангельская область	11,1	11,0	н/д	-
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Астраханская область	8,2	6,9	7,2	В соответствии с письмом минздрава Астраханской области от 27 03 2017 № 01-20-04099 потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год) снизилось на 12,2% с 8,2 до 7,2 литров
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Белгородская область	5,1	5,1	5,1	Отклонение от плановых значений отсутствует
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Брянская область	8,2	8,2	8,16	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Владимирская область	13,8	8,2	7,2	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Волгоградская область	7,8	6,0	4,45	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Вологодская область	7,1	9,1	7,56	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Воронежская область	11,7	4,5	н/д	Значения будут сформированы по итогам I квартала 2017 года
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	г Москва	12,0	12,9	н/д	-
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	г Санкт-Петербург	6,1	4,8	6,0	-
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	г Севастополь	8,4	11,3	н/д	Согласно письму департамента здравоохранения г Севастополя от 22 02 2017 № 1091/04-19 расчет показателя органами здравоохранения г Севастополя не осуществляется.
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Еврейская автономная область	7,2	7,1	7,2	-
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Забайкальский край	6,5	9,3	5,4	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Ивановская область	8,8	9,5	7,8	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Иркутская область	12,1	11,7	11,67	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Кабардино-Балкарская Республика	1,2	3,0	1,1	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Калининградская область	6,6	10,8	6,2	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Калужская область	7,6	8,8	6,9	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Камчатский край	10,8	10,6	10,6	Отклонение от плановых значений отсутствует
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Карачаево-Черкесская Республика	1,3	8,6	1,3	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Кемеровская область	7,5	9,4	9,4	Отклонение от плановых значений отсутствует
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Кировская область	8,8	11,5	8,6	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Костромская область	5,6	7,2	4,9	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Краснодарский край	6,3	12,8	11,2	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Красноярский край	10,4	8,4	8,2	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Курганская область	15,3	11,3	11,2	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Курская область	11,5	11,3	10,6	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Ленинградская область	6,2	10,3	6,0	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Липецкая область	5,9	7,2	7,2	Отклонение от плановых значений отсутствует
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Магаданская область	12,4	15,8	11,5	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Московская область	12,7	15,5	10,4	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Мурманская область	9,5	11,8	9,5	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Ненецкий автономный округ	10,25	11,8	9,96	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Нижегородская область	6,7	7,7	6,6	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в пересчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Новгородская область	8,0	12,4	н/д	Согласно письму департамента здравоохранения Новгородской области от 05 04 2017 № 3Н-1939 И по данным Новгородстата за 2016 год разработка показателя исключена из перечня статистических работ.





Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Удмуртская Республика	7,7	8,7	7,5	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Ульяновская область	12,9	5,3	5,48	В соответствии с письмом министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области от 06.04.2017 № 73-ИОГВ-08.01/5275ИСХ недостижение показателя связано с желанием людей признать вред приема большого количества алкоголя, низкой обращаемостью населения по поводу оказания медицинской помощи при отказе от алкоголя, с отсутствием понимания у населения, что человек сам ответственен за своё здоровье.
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Хабаровский край	12,3	11,3	11,2	Предварительные данные
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Ханты-Мансийский авт округ-Югра	9,8	9,9	8,8	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Челябинская область	7,5	10,6	7,2	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Чеченская Республика	н/д	1	н/д	В соответствии с письмом Минздрава Чеченской Республики от 31.03.2017 № 1014 территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Чеченской Республике показатель не отслеживается
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Чувакская Республика(Чувашия)	6,3	7,2	6,0	Положительное отклонение
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Чукотский авт округ	11,3	16,0	н/д	В соответствии с письмом Департамента социальной политики Чукотского автономного округа от 06.04.2017 № 1-03/2996 указанный показатель рассчитывается Федеральной службой по регулированию алкогольного рынка, на сегодняшний день данные не опубликованы
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Ямало-Ненецкий авт округ	12,0	10,5	н/д	Согласно письму департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 04.04.2017 № 1801-12-04/213.1 мониторинг показателя не проводится.
Потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (на душу населения в год)	Литр	Ярославская область	10,2	10,2	10,15	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Алтайский край	40,0	45,0	30,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Амурская область	39,8	39,0	39,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Архангельская область	33,0	32,0	32,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Астраханская область	22,5	32,0	31,6	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Белгородская область	21,7	28,1	21,5	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Брянская область	39,5	36,1	36,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Владимирская область	45,0	43,9	43,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Волгоградская область	27,7	40,5	24,2	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Вологодская область	23,3	27,0	22,6	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Воронежская область	19,5	56,8	47,5	Данные предварительные, сформированы по итогам анкетирования населения
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	г Москва	32,6	42,0	29,5	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	г Санкт-Петербург	27,2	26,1	31,5	Согласно письму Комитета по здравоохранению г Санкт-Петербурга от 01/16-121/17-3-1 от 31.03.2017 во исполнение Федерального закона от 23.02.2013 №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака» руководителем учреждений, подведомственных Комитету по здравоохранению и администрациям районов Санкт-Петербурга, изданы распоряжения о запрете курения табака в помещениях и на территориях учреждений здравоохранения. Используется система информационного обеспечения Интернет-сайтов, на которых постоянно обновляется раздел антипропаганда табакокурения. Ежегодно издается более 100 000 единиц полиграфической продукции: буклетов, брошюр, плакатов. Социальная реклама по теме «Антипропаганда табакокурения» размещается на улицах и площадях города, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в газете «Петербургский дневник». Доля лиц, прошедших диспансеризацию, имеющих фактор риска – курение табака, снизилась с 17,8% в 2013 году до 12,0% - в 2016. Число лиц, обученных в школах пациентов в 2016 году, выросло на 29% по сравнению с 2015 годом.
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	г Севастополь	н/д	28,1	н/д	Согласно письму департамента здравоохранения г Севастополя от 22.02.2017 №1091/04-19 расчет показателя органами здравоохранения г Севастополя не осуществляется
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Еврейская автономная область	49,0	54,8	н/д	В соответствии с письмом правительства Еврейской автономной области от 04.04.2017 № 03-20/1780 социологические опросы не проводились.
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Забайкальский край	21,1	30,9	45,2	В соответствии с письмом минздрава Забайкальского края от 05.04.2017 № 3358 в 2016 году начат эпидемиологический мониторинг распространенности табакокурения среди жителей Забайкальского края старше 18 лет. Центры здоровья Забайкальского края за год приняты более 40 тыс. граждан, из них около 27 тыс. - дети и подростки. В 2017 году будет продолжен мониторинг, сформирован комплексный план мероприятий по снижению показателя.
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Ивановская область	37,2	35,4	35,4	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Иркутская область	29,3	28,1	28,1	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Кабардино-Балкарская Республика	7,8	19,7	6,1	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Калининградская область	37,2	28,1	28,2	Отмечается снижение показателя в динамике, что обусловлено начатой активной профилактической работой первичного звена (письмо Минздрава Калининградской области от 03.04.2017 № 01-04/2093)
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Калужская область	37,5	49,8	35,4	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Камчатский край	37,0	39,0	37,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Карачаево-Черкесская Республика	23,0	28,1	22,8	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Кемеровская область	30,0	30,0	30,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Кировская область	20,0	39,0	20,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Костромская область	28,0	31,0	30,8	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Краснодарский край	29,0	28,1	28,1	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Красноярский край	33,4	41,7	33,4	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Курганская область	33,0	31,8	31,6	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Курская область	30,3	32,6	29,9	Положительное отклонение

Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Ленинградская область	13,6	26,1	11,1	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Липецкая область	42,0	44,0	38,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Магаданская область	30,8	37,4	30,5	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Московская область	31,0	32,5	29,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Мурманская область	34,9	39,7	32,2	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Ненецкий автономный округ	41,4	36,0	37,3	-
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Нижегородская область	33,0	31,5	30,3	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Новгородская область	н/д	40,0	н/д	Согласно письму департамента здравоохранения Новгородской области от 05.04.2017 № ЗН-1939/И по данным Новгородстата за 2016 год разработка показателя исключена из перечня статистических работ.
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Новосибирская область	26,6	30,5	26,6	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Омская область	28,9	28,1	28,1	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Оренбургская область	20,5	20,0	19,9	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Орловская область	39,5	39,5	39,4	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Пензенская область	16,8	29,0	27,4	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Пермский край	32,2	29,3	29,2	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Приморский край	36,9	36,4	н/д	-
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Псковская область	34,7	36,3	34,7	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Адыгея	26,0	25,2	20,9	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Алтай	47,8	50,0	39,9	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Башкортостан	44,7	43,0	42,8	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Бурятия	33,0	32,0	30,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Дагестан	24,9	25,0	24,9	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Ингушетия	29,0	28,1	28,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Калмыкия	н/д	29,1	22,7	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Карелия	16,6	28,1	27,8	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Коми	31,8	31,0	13,2	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Крым	н/д	н/д	32,7	-
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Марий Эл	8,4	28,1	7,4	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Мордовия	32,0	30,0	29,8	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Саха (Якутия)	28,1	28,1	28,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Северная Осетия - Алания	52,0	49,0	49,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Татарстан (Татарстан)	36,0	35,0	35,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Тыва	23,6	25,3	12,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Республика Хакасия	34,2	28,1	32,8	В соответствии с письмом министра Республики Хакасия от 07.04.2017 № 2701-04 недостоверность показателя связано с недостаточным объемом выборки (1000 человек) в 2016 г. и в связи с большой вероятностью арифметической погрешности (до 5%) Увеличение объема выборки респондентов до 2000 человек возможно при проведении социологических исследований, которые в 2016 г. не были проведены из-за отсутствия финансирования (в размере 150 тыс. руб.) в связи с дефицитом республиканского бюджета.
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Ростовская область	н/д	26,1	26,1	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Рязанская область	29,0	33,3	30,7	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Самарская область	30,0	30,5	29,9	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Саратовская область	31,0	36,0	28,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Сахалинская область	49,0	44,0	44,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Свердловская область	40,7	33,5	38,0	В соответствии с письмом министра Свердловской области от 03.04.2017 № 03-01-82/3130 ввиду отсутствия официальных статистических данных о распространенности потребления табака среди взрослого населения, а также методики мониторинга показателя, фактическое значение показателя рассчитано исходя из финансового объема продажи табачных изделий на территории Свердловской области в 2016 году (без учета продаж электронных сигарет «vape»), средней стоимости одной пачки сигарет и среднегодовой численности взрослого населения
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Смоленская область	11,1	26,1	11,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Ставропольский край	32,0	32,0	32,0	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Тамбовская область	54,0	53,0	42,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Тверская область	32,4	42,0	30,4	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Томская область	47,6	49,8	47,3	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Тульская область	28,9	34,0	26,8	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Тюменская область без автономии	26,9	26,6	26,5	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Удмуртская Республика	26,1	36,5	29,7	Положительное отклонение

Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Ульяновская область	37,6	34,8	35,1	В соответствии с письмом министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области от 06.04.2017 № 73-ИОГВ-08.01/5275ИСХ недопущение планового показателя связано с нежеланием курящих людей признать свою зависимость от табака, низкой обращаемостью населения по поводу оказания медицинской помощи при отказе от курения, с отсутствием понимания у населения, что человек сам ответственен за свой здоровье, с недостаточным исполнением других исполнительных органов государственной власти (правоохранительных, торгово-промышленного сектора) Федерального закона от 23.02.2013г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Хабаровский край	28,94	28,9	28,5	Предварительные данные
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Ханты-Мансийский авт округ-Югра	31,5	50,2	28,9	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Челябинская область	29	28,1	28,05	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Чеченская Республика	н/д	26,1	н/д	В соответствии с письмом Минздрава Чеченской Республики от 31.03.2017 № 1014 территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Чеченской Республике показатель не отслеживается
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Чувашская Республика(Чувашия)	22,1	22,0	20,0	Положительное отклонение
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Чукотский авт округ	48,9	26,1	н/д	В соответствии с письмом Департамента социальной политики Чукотского автономного округа от 06.04.2017 № 1-03/2996 мониторинг по данному показателю не ведется Территориальным органом Росстата в Чукотском автономном округе
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Ямало-Ненецкий авт округ	41,0	26,1	26,1	Отклонение от плановых значений отсутствует
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Процент	Ярославская область	28,5	56,0	28,0	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Алтайский край	107,1	82,0	100,1	В соответствии с письмом Минздрава Алтайского края от 28.03.2017 № 22-14/ПМЗ/148 основные меры по снижению первичной заболеваемости туберкулезом направлены на повышение охвата профилактическими осмотрами, повышение приверженности пациентов к лечению, снижение доли бациллярных форм. В сравнении с 2015 г. уровень первичной заболеваемости снизился на 6,7%
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Амурская область	76,9	80,4	67,1	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Архангельская область	32,7	47,9	29,7	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Астраханская область	104,6	61,3	96,4	В соответствии с письмом минздрава Астраханской области от 06.02.2017 № 01-20-01551 с целью активного выявления данной категории населения принято к исполнению распоряжение министерства здравоохранения Астраханской области от 22.07.2015 № 1160р «Об организации годовых обходов». Среди впервые заболевших туберкулезом постоянное население Астраханской области составило 81%, контингенты ФСИН – 6%, иностранные граждане – 2%, лица, не имеющие постоянной регистрации места жительства – 4%, выявленные посмертно – 7%. Основную долю (80%) среди впервые выявленных больных составили безработные граждане, что подтверждает социально обусловленный характер заболевания. В рамках взаимодействия с УФСИН списки освобожденных из туберкулезной больницы №1 ФКУЗ МСЧ 30 ФСИН России передаются в областной противотуберкулезный диспансер. При Правительстве Астраханской области продолжает работу межведомственная комиссия по профилактике и борьбе с туберкулезом, со СПИДом и заболеваниями, передающимися половым путем.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Белгородская область	27,1	37,1	21,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Брянская область	59,1	54,1	53,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Владимирская область	46,2	48,9	36,6	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Волгоградская область	68,6	59,5	63,9	В соответствии с письмом комитета здравоохранения Волгоградской области от 04.04.2017 № 14-07-1323 среди впервые выявленных больных 61,4% составляют неработающие граждане в трудоспособном возрасте. С целью достижения целевых значений в 2017 году планируется продолжить проведение мероприятий, направленных на профилактику туберкулеза на территории региона и осуществление контроля за эффективностью лечения больных туберкулезом.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Вологодская область	23,7	32,0	23,8	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Воронежская область	31,4	44,3	28,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	г Москва	14,6	33,8	28,6	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	г Санкт-Петербург	22,7	29,6	33,5	-
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	г Севастополь	55,9	59,1	52,8	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Еврейская автономная область	124,1	51,9	122,3	В соответствии с письмом правительства Еврейской автономной области от 04.04.2017 № 03-20/1780 в течение последних 20 лет показатель первичной заболеваемости туберкулезом превышает показатель по РФ в 2 и более раза, что является результатом следующих причин: наличие на территории ЕАО медицинской организации системы УФСИН, концентрирующей у себя больных с туберкулезом с территории ДФО, ограниченные возможности системы здравоохранения субъекта (кадровое обеспечение, лекарственное, санаторно-курортное, хирургическое лечение туберкулеза), что не позволяет радикально изменить ситуацию в положительную сторону

Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Забайкальский край	69,1	58,9	69,3	В соответствии с письмом Минздрава Забайкальского края от 05.04.2017 № 3358 снижение показателя в 2016 году не произошло по причине увеличения охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез с 75% в 2015 году до 85% в 2016 году. Организован прокат социальной рекламы по профилактике туберкулеза на электронных экранах на территории городского округа «Город Чита». Подготовлены и изданы санитарно-просветительные материалы для населения по профилактике туберкулеза (буклеты, листовки). Постоянно транслируются материалы по профилактике туберкулеза по видеопанельям и радиоточкам в медицинских организациях Забайкальского края.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Ивановская область	42,0	44,0	42,8	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Иркутская область	119,1	112,2	108,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Кабардино-Балкарская Республика	39,0	33,6	43,1	Согласно письму Минздрава КБР от 31.03.2017 № 23-12/2450 рост значения показателя связан с увеличением количества профосмотров населения
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Калининградская область	50,8	67,0	43,6	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Калужская область	49,0	48,4	40,2	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Камчатский край	74,7	63,3	74,5	Согласно письму Минздрава Камчатского края от 05.04.2017 № 21.03/3018 распространению туберкулезной инфекции на территории Камчатского края способствуют иностранные граждане и лица без гражданства, больные туберкулезом, выезжающие на территорию Камчатского края для осуществления трудовой деятельности. Остается острой проблема с заболеваемостью туберкулезом среди населения Корякского округа. На районы Корякского округа приходится более 1/3 всех заболевших активным туберкулезом, у коренного населения отсутствует приверженность к здоровому образу жизни. В 2016 году повысился процент больных, выявленных при профилактических осмотрах всеми методами — 68,7% (2015 год - 66,4%)
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Карачаево-Черкесская Республика	27,2	35,0	27,2	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Кемеровская область	110,6	87,2	102,5	В соответствии с письмом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 28.03.2017 № 1450 в 2016 году отмечено снижение числа больных с диагнозом активный туберкулез, установленный впервые в жизни на 7,3%. В общем числе выявленных, доля больных контингента пенитенциарных учреждений составляет 12,2%. Каждый третий из впервые выявленных больных туберкулезом страдает ВИЧ-инфекцией. Количество впервые выявленных случаев сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией увеличилось за 3 года в 1,4 раза.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Кировская область	54,9	46,5	45,3	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Костромская область	37,6	34,1	32,8	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Краснодарский край	44,8	52,3	38,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Красноярский край	77,9	67,6	82,1	В соответствии с письмом Минздрава Красноярского края от 06.04.2017 № 71/02-10/5175 показатель заболеваемости туберкулезом в крае снизился по отношению к 2015 году. В то же время уровень профилактических осмотров на туберкулез увеличился за 5 лет с 63,9 до 72,8%, что способствовало увеличению количества больных туберкулезом, впервые выявленных профилактически.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Курганская область	102,4	81,2	97,6	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Курганской области от 31.03.2017 № 01-10/2406 основными причинами снижения показателя являлись повышение обследованной и выявляемости туберкулеза, в том числе при проведении всех видов профосмотров, включая диспансеризацию определенных групп взрослого населения (обследовано 77,7% населения Курганской области в 2016 году, в 2015 году — 76,1%); динамичное снижение численности населения Курганской области.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Курская область	45,2	46,4	40,3	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Ленинградская область	48,52	45,3	45,2	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Липецкая область	40,4	44,8	32,8	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Магаданская область	60,1	57,6	56,2	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Московская область	36,5	45,5	31,7	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Мурманская область	38,4	40,4	37,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Ненецкий автономный округ	43,8	40,0	20,5	Положительное отклонение

Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Нижегородская область	41,9	37,8	38,8	В соответствии с письмом минздрава Нижегородской области от 05.04.2017 № 315-03-06-7479/170 недостижение показателя обусловлено ростом доли сочетанной инфекции ВИЧ-туберкулез в структуре заболеваемости с 20,2% в 2015 году до 22,4% в 2016 году. Тем не менее показатель заболеваемости туберкулезом снизился на 7,4% к уровню предыдущего года. Для снижения заболеваемости туберкулезом в 2016 году были приняты следующие меры: - Ранее выявление больных туберкулезом (охват населения профилактическими осмотрами – 71,1%); - На проведение туберкулинодиагностики населения Нижегородской области было направлено более 38,0 млн. рублей. Туберкулинодиагностика проведена в полном объеме - В течение 2016 года проведена заключительная дезинфекция в 1437 очагах туберкулеза, в т.ч. в 1415 домашних и 22 организованных очагах. - Своевременное и адекватное лечение больных туберкулезом (эффективность лечения впервые выявленных больных лекарственно-чувствительным туберкулезом – 81,5%)
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Новгородская область	49,7	46,5	46,2	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Новосибирская область	105,8	102,3	97,3	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Омская область	82,5	67,0	84,0	Согласно письму минздрава Омской области от 05.04.2017 № 2527 на заболеваемость туберкулезом в регионе по-прежнему оказывает негативное влияние распространение ВИЧ-инфекции. Так, среди впервые заболевших туберкулезом в 2016 году вырос удельный вес больных ВИЧ-инфекцией и составил 22,3% против 18,1% в 2015 году (5,1% в 2012 году). С учетом сложившейся динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией темпы роста заболеваемости туберкулезом, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, превысили запланированные темпы снижения заболеваемости туберкулезом. Следует также отметить увеличение среди впервые заболевших туберкулезом рост численности неработающего населения с 27 процентов в 2015 году до 60,1% в 2016 году, имеющих низкую приверженность к лечению
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Оренбургская область	78,5	49,5	75,0	Уровни заболеваемости туберкулезом отражают реальные закономерности эпидемического процесса, связанные с историческими и географическими особенностями территории большой приток лиц, освободившихся из УФСИН, мигрантов из территорий с высокими и сверхвысокими уровнями заболеваемости туберкулезом, сопутствующая эпидемия ВИЧ-инфекции (письмо минздрава Оренбургской области от 30.03.2017 № 3121/10).
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Орловская область	30,2	39,3	26,8	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Пензенская область	38,7	43,6	35,1	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Пермский край	71,6	59,5	77,2	В соответствии с письмом минздрава Пермского края от 22.02.2017 № СЭД-34-01-02-195 превышение показателя связано со следующими причинами: 1. Пермский край является эндемическим районом по заболеваемости ВИЧ-инфекцией, на территории края расположено большое количество исправительных учреждений, что в свою очередь напрямую связано с увеличением значения показателя "зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез". 2. Ранняя выявляемость заболевания вследствие организации выездных форм работы поликлиник, использования передвижных флюорографов, проведения скрининг-исследований на туберкулез (квантин тесты и туберкулиновая проба) Несмотря на то, что значение показателя "зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез" превысило плановое значение, по данным за 12 месяцев 2016 года, наблюдается снижение смертности от туберкулеза с 13,3 до 8,7 промилле
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Приморский край	137,2	108,0	128,1	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Приморского края от 13.04.2017 № 18-3571 отмечается снижение показателя по сравнению с 2015 годом на 6,6% неблагоприятная обстановка обусловлена рядом факторов: социальное (высокий уровень миграции населения, значительное число больных, отбывающих уголовное наказание в учреждениях ГУФСИН), климатических (фактор холода и влажности), экологические. Данные факторы не позволяют достичь среднероссийских показателей по снижению смертности и заболеваемости от туберкулеза. Разработан и согласован с главным внештатным фтизиатром минздрава план мероприятий по снижению смертности и заболеваемости от туберкулеза на 2017 год.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Псковская область	54,4	52,9	45,0	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Адыгея	49,2	49,4	48,0	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Алтай	72,5	65,0	63,9	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Башкортостан	42,5	42,0	41,9	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Бурятия	88,5	76,0	78,1	В соответствии с письмом минздрава Республики Бурятия от 04.04.2017 № 10-01-11-2012-17 эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Бурятия за последние 5 лет остается напряженной. В целях достижения планового значения показателя в 2017 году запланировано проведение следующих мероприятий: - увеличить охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез до 82%, в том числе флюорографическим методом до 77%, туберкулинодиагностикой до 95%; - увеличить процент определения лекарственной чувствительности возбудителя впервые выявленным больным туберкулезом с бактериовыделением, подтвержденным микроскопией и (или) посевом, с 93% до 98%; - увеличить в 2 раза применение хирургических методов лечения, в том числе проведение клапанной бронхоскопии при деструктивных формах туберкулеза; - проведение химиопрофилактики туберкулеза лицам с уровнем CD4 +лимфоцитов менее 350кл./мм3 с выполнением индикаторного показателя до 93%; - увеличить 2-х кратное флюорографическое обследование ВИЧ-инфицированных больных с 76,4% до 79%; - продолжить финансирование из средств республиканского бюджета мероприятий по обеспечению бесплатным продуктовым пайком больных туберкулезом на период лечения (постановление Правительства Республики Бурятия от 27.03.2012 № 153)

Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Дагестан	32,2	39,7	30,1	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Ингушетия	54,5	54,3	52,0	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Калмыкия	67,7	62,0	65,4	В соответствии с письмом министра Республики Калмыкия от 30 03 2017 № 056/01361 рост заболеваемости произошел за счет граждан иностранных государств, лиц БОМЖ (выявлено больных среди иностранных граждан в 2016г -5 человек, в 2015г -0 чел), лиц БОМЖ в 2016г -1 человек, в 2015г. -0 чел). Практически не снижается заболеваемость среди лиц, находящихся в УФСИН (выявлено в 2016 г. - 14 чел, 2015г - 15 чел)
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Карелия	48,1	45,9	35,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Коми	46,3	53,5	51,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Крым	74,4	75,4	67,2	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Марий Эл	52,7	53,5	51,9	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Мордовия	50,2	48,9	47,4	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Саха (Якутия)	69,3	72,0	59,1	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Северная Осетия-Алания	43,0	44,6	43,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Татарстан(Татарстан)	39,5	46,0	36,8	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Тыва	147,9	126,2	176,9	В соответствии с письмом министра Республики Тыва от 29 03 2017 № 139 рост показателя заболеваемости в регионе за 2016г можно объяснить ростом охвата всеми видами профилактических осмотров с 86,2% до 89,6% или на 3,9%, при этом идет рост показателя выявляемости флюорографическим обследованием с 1,5 на 1000 обследованных в 2015г до 1,8 в 2016г. Из общего числа выявленных больных за 2016г выявлены активно при профилактических осмотрах 66,7% больных, из них 315 больных туберкулезом выявлены методом флюорографии, что составило 65,8% от общего числа всех взятых на учет с туберкулезом органов дыхания. За 2015г. 59,2% больных выявлены активно, из них 61,0% выявлены при флюорографическом обследовании. За 2014г - 56,5% выявлены активно при профилактических осмотрах, из них 53,0% больных выявлены флюорографическим методом обследования.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Республика Хакасия	59,9	53,3	53,2	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Ростовская область	38,9	51,9	39,9	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Рязанская область	45,4	46,2	34,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Самарская область	61,4	56,8	77,1	В соответствии с письмом министра Самарской области от 05 04 2017 № 30-15/207 недопущение целевого значения показателя связано с замедлением темпов снижения заболеваемости, причиной которой явилось увеличение доли больных сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез с 22,9% в 2013 году до 35,8% в 2016 году (в 1,6 раза), а также наличием сопутствующих заболеваний - алкоголем и наркоманией. В 2016 году ВИЧ-инфекцию имел практически каждый третий впервые выявленный больной туберкулезом. Активные контингенты пополняются не только за счет постоянных жителей, но и за счет прибывающих из ГУФСИН, иностранных граждан, жителей других регионов страны.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Саратовская область	51,9	49,9	47,4	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Сахалинская область	65,5	57,7	62,8	В соответствии с письмом министра Сахалинской области от 31 03 2017 № 313-2146/17 охват профилактическими осмотрами и флюорографическими исследованиями населения Сахалинской области составил 72,9%. С целью снижения заболеваемости туберкулезом осуществляется межведомственное взаимодействие с органами системы исполнения наказаний по выявлению и лечению туберкулеза у лиц в местах лишения свободы.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Свердловская область	93,3	77,4	86,7	В соответствии с письмом Министра Свердловской области от 0304 2017 № 03-01-82/130 превышение значения показателя обусловлено следующими факторами: большой площадью территории области, тяжелыми климатическими условиями, высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. На территории Свердловской области имеется высокая концентрация учреждений Федеральной системы исполнения наказаний (ФСИН), которая является одной из самых крупных в стране, включает 37 колоний и СИЗО, что оказывает влияние на эпидемиологию туберкулеза.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Смоленская область	61,4	52,3	58,3	Согласно письму департамента Смоленской области по здравоохранению от 31 03 2017 № ИСХ03769 в сравнении с 2015 годом показатель снижлся на 5,4%, однако плановый показатель не достигнут в связи с увеличением охвата профилактическими осмотрами на туберкулез и увеличением выявляемости заболевания. С целью снижения показателя заболеваемости туберкулезом в регионе продолжается активная профилактическая работа в очагах туберкулезной инфекции, работа по повышению эффективности лечения больных туберкулезом в целях предотвращения возникновения новых случаев заболевания туберкулезом.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Ставропольский край	37,2	44,5	33,8	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Тамбовская область	40,3	49,7	34,8	Положительное отклонение

Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Тверская область	59,0	51,9	53,9	В соответствии с письмом Минздрава Тверской области от 12.04.2017 № 2503 превышение планового значения показателя обусловлено следующими причинами: - увеличение числа случаев выявления туберкулеза у иностранных граждан, в том числе среди трудовых мигрантов, с 5,5% до 5,7% от всех выявленных случаев туберкулеза; - рост выявления туберкулеза из так называемой группы риска «БОМЖ» с 2,8% до 3,3% в 2016 году. - в связи с вводом в эксплуатацию нового диагностического оборудования (рентгеновского, бактериологического) стало выявляться больше малых форм туберкулеза.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Томская область	68,6	60,0	63,6	В соответствии с письмом департамента здравоохранения Томской области от 05.04.2017 № 60-2055 на фоне снижения уровня первичной заболеваемости туберкулезом на территории Томской области так же отмечается снижение смертности от данной патологии, что, прежде всего, основано на раннем выявлении и лечении указанной нозологической формы и связано с активной работой фтизиатрической службы по раннему выявлению и лечению пациентов.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Тульская область	58,0	47,0	54,1	В соответствии с письмом минздрава Тульской области от 27.03.2017 № 15-03-08/3305 в структуре впервые выявленных по Тульской области доля больных туберкулезом в УФСИН возросла с 9% в 2015г. до 10,8% в 2016г., иностранных граждан – 12,2%. Отмечается снижение заболеваемости туберкулезом постоянного населения области, по сравнению с 2015г., на 9,7%.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Тюменская область без автономии	80,0	82,2	78,6	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Удмуртская Республика	59,2	56,3	50,8	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Ульяновская область	68,7	56,1	65,7	В соответствии с письмом министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области от 06.04.2017 № 73-ИОГВ-08.01/5275ИСКХ недостижение планового показателя связано с: 1. большим количеством больных туберкулезом, оторвавшихся от лечения (10%); 2. большим количеством впервые выявленных больных нигде не работающих (9%) в т.ч. 70% пациентов имеющих признаки дезадаптации; 3. высоким уровнем заболеваемости с сочетанной патологией ТБ+ ВИЧ-инфекция, 4. улучшением диагностики туберкулеза (КТ, ПЦР, Вастек)
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Хабаровский край	107,5	81,9	103,0	В соответствии с письмом Минздрава Хабаровского края от 04.04.2017 № 05.03-11-6098 эпидемическая ситуация по заболеваемости туберкулезом в крае, несмотря на снижение заболеваемости, продолжает оставаться напряженной. Это обусловлено неблагоприятными территориальными и климатическими условиями (длительный холодный сезон, низкая плотность населения), экономической нестабильностью, высоким уровнем МЛУ туберкулеза среди больных, что способствует поддержанию «бациллярного ядра» на высоком уровне – 1,2 на 1000 больных. Кроме того, на территории края находится много учреждений УФСИН, среди контингентов которых впервые выявленный туберкулез составляет 14%.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Ханты-Мансийский авт округ-Югра	59,6	50,0	53,0	В соответствии с письмом депздрава Югры от 05.04.2017 № 07-исх-5368 недостижение планового значения целевого показателя обусловлено увеличением числа впервые выявленных больных туберкулезом в пенитенциарных учреждениях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры до 84 (2015г. - 63) в результате чего заболеваемость туберкулезом в пенитенциарных учреждениях автономного округа увеличилась на 53% (с 1783,7 в 2015 г. до 2730,8 в 2016г.)
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Челябинская область	63,8	52,3	58,3	В соответствии с письмом минздрава Челябинской области от 04.04.2017 № 01/692 причинами роста числа впервые зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез, являются: рост числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных с подтвержденным туберкулезом (в 2015 году выявлено с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом 2 270 человек). С целью достижения индикативного показателя принимаются следующие меры. Ведется работа по взаимодействию с учреждениями системы ГУФСИН на территории области в части выявления и лечения больных туберкулезом, совместно с Управлением здравоохранения Администрации г. Челябинска с целью привлечения к профилактическим осмотрам проведены публичные акции с флюорографическим обследованием населения.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Чеченская Республика	30,7	35,9	26,5	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Чувашская Республика(Чувашия)	52,3	51,5	49,0	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Чукотский авт округ	156,3	82,8	172,2	В соответствии с письмом Департамента социальной политики Чукотского автономного округа от 06.04.2017 № 1-03/2996 высокие показатели основных эпидемиологических показателей по туберкулезу на фоне достаточного уровня охвата населения округа рентгено-флюорографическими профилактическими осмотрами на туберкулез (охват профилактическими осмотрами в 2016 году составил 86,9%) связаны с социальными факторами (81% больных впервые выявленных в 2016 году – коренные жители, из них 55,0% больных составляют работающие граждане, ведущие асоциальный образ жизни, многие страдают алкоголизмом, имеют низкий социальный уровень жизни) С ФБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России ведутся переговоры о командировании в текущем году специалистов в Чукотский автономный округ, для оказания практической помощи по совершенствованию организации фтизиатрической помощи населению округа, для принятия действенных организационно – управленческих решений, в том числе решения вопроса о целесообразности воссоздания противотуберкулезного диспансера на территории округа. По итогам рабочей встречи со специалистами ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России будет разработан актуальный на 2017 год план первоочередных мероприятий по организации фтизиатрической помощи населению.
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Ямало-Ненецкий авт округ	34,4	45,0	42,0	Положительное отклонение
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения)	Человек	Ярославская область	37,9	41,2	34,0	Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Алтайский край	70,44	72,4	70,74	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15.03.2017. В соответствии с письмом Минздрава Алтайского края от 28.03.2017 № 22-14/ПМЗ/148 реализация плана дополнительных мероприятий по снижению смертности в 2016 году позволила добиться снижения смертности в сравнении с 2015 годом, в основных возрастных группах населения (младенческой (на 5,3%), детской (на 18,0%), преждевременной (на 4,7%)), что и обеспечило рост величин показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении по сравнению с 2015 годом на 0,3 года. Вместе с тем, темпы снижения смертности еще недостаточны для достижения планового значения показателя. Эффективность мер по снижению смертности и росту ОПЖ находится на постоянном контроле в Правительстве региона, а также у руководства и специалистов Минздрава края.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Амурская область	67,27	67,0	68,28	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Архангельская область	70,70	71,0	70,80	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Астраханская область	71,36	71,8	72,20	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Белгородская область	72,61	73,2	72,87	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Согласно письму департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области от 05 04 2017 № 10-03/231м несмотря на положительную динамику данного показателя, отмечается недостижение показателя, связанное с сокращением численности населения трудоспособного возраста и увеличением уровня младенческой смертности. В 2016 году Губернатором Белгородской области инициирован глобальный социальный значимый проект «Управление здоровьем», направленный на совершенствование системы первичного звена здравоохранения
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Брянская область	70,36	71,7	70,92	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом департамента здравоохранения Брянской области от 28 03 2017 № 2ДЗ-1378 причинами недостижения показателя следующие: сокращение численности населения в трудоспособном возрасте, увеличение доли населения старшей возрастной группы.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Владимирская область	69,82	72,7	70,28	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Волгоградская область	71,98	73,4	72,49	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом комитета здравоохранения Волгоградской области от 04 04 2017 № 14-07-1323 для достижения целевого значения в 2017 году в области будет продолжено проведение мероприятий, направленных на: - формирование здорового образа жизни; - профилактику заболеваний; - снижение смертности от основных классов причин; - развитие гериатрической службы региона; - проведение мероприятий по профилактике медицинских абортов; - увеличение объемов по ВМП на ЭКО.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Вологодская область	70,40	71,8	70,24	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Согласно письму департамента здравоохранения Вологодской области от 06 04 2017 № 19-0990/17 причинами недостижения планового значения являются: 1. Рост показателя младенческой смертности. Показатель младенческой смертности в области за 2016 год составил 6,6 на 1000 родившихся живыми (2015 год – 5,8 на 1000 родившихся живыми), рост на 13,8%. Рост младенческой смертности за 2016 год обусловлен увеличением смертности среди детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела при сроке беременности до 28 недель, увеличением смертности детей первого года жизни на дому в семьях социального неблагополучия. 2. Недостаточное снижение смертности населения трудоспособного возраста. По итогам 2016 года наблюдается снижение смертности трудоспособного возраста по сравнению с 2015 годом на 0,2% - с 623,8 до 622,4 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, но для достижения показателя необходимо дальнейшее снижение смертности в данной возрастной группе населения
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Воронежская область	71,67	72,6	72,08	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	г Москва	76,77	76,0	77,09	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	г Санкт-Петербург	74,42	75,4	74,90	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	г Севастополь	70,67	73,0	71,64	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Еврейская автономная область	65,04	66,8	65,88	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Забайкальский край	67,34	68,6	68,33	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Ивановская область	70,62	72,0	70,77	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Иркутская область	67,37	70,0	68,20	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Кабардино-Балкарская Республика	74,61	75,3	75,12	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Калининградская область	70,58	72,0	71,92	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Калужская область	70,73	72,4	71,18	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Камчатский край	68,56	70,5	68,66	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Карачаево-Черкесская Республика	74,44	74,0	74,72	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Кемеровская область	68,31	70,5	68,72	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Кировская область	71,11	71,9	71,71	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Костромская область	70,38	72,7	70,87	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Краснодарский край	72,53	74,1	72,83	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Красноярский край	69,69	71,2	70,01	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом министра здравоохранения Красноярского края от 06 04 2017 № 71/02-10/5175 недостижение целевого показателя обусловлено рядом причин: рост смертности от самоубийств лиц трудоспособного возраста, алкоголизация населения, которая обусловила рост числа случаев отравлений алкоголем и его суррогатами.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Курганская область	69,03	70,9	69,43	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом департамента здравоохранения Курганской области от 31 03 2017 № 01-10/2406 основной причиной недостижения показателя является низкая примерная смертность населения к здоровому образу жизни.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Курская область	70,80	72,5	70,94	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Ленинградская область	71,23	73,4	71,70	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом комитета по здравоохранению Ленинградской области от 03 04 2017 № 10-1103/17-01 в области сохраняется достаточно высокий уровень смертности среди мужчин старше трудоспособного возраста (60-69 лет) среди социально неблагополучных слоев населения
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Липецкая область	71,07	72,0	71,62	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом управления здравоохранения Липецкой области от 04 04 2017 № 2/701-08/-196427/01-12/02/-202 невыполнение показателя связано с высоким уровнем смертности от несчастных случаев, в том числе в результате дорожно-транспортных происшествий, травм и отравлений, в том числе алкоголем и наркотиками, хроническими заболеваниями, обусловленными злоупотреблением алкоголем.



Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Магаданская область	68,11	69,9	69,00	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области от 07 04 2017 № 2936-01/04 снижение значения показателя связано с сокращением численности населения в трудоспособном возрасте.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Московская область	72,26	73,0	72,50	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Согласно письму минздрава Московской области от 07 04 2017 № 12ИСХ-3203/2017 причинами недостижения показателя следующие: низкая мотивация населения к здоровому образу жизни (злоупотребление алкоголем, курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, иррациональное питание). Разработан План дополнительных мероприятий, направленных на снижение смертности населения в Московской области на период 2017 года.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Мурманская область	70,24	70,7	70,94	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Ненецкий автономный округ	71,00	67,5	71,08	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Нижегородская область	70,17	72,0	70,75	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом минздрава Нижегородской области от 05 04 2017 № 315-03-06-7479/170 произошло увеличение смертности от внешних причин на 6,3%, которые определяют главные потери недожитых лет потенциальной жизни у населения до наступления старости.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Новгородская область	68,70	68,8	69,15	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Новосибирская область	70,86	72,8	71,20	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом минздрава Новосибирской области от 03 04 2017 № 2074-01/24 в области осуществляется реализация основных положений Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения, развитие технологий активного возраста, в также мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у населения области. Так за последние три года отмечается положительная динамика достижения целевого индикатора. Показатель увеличился почти на 1 год жизни с 70,86 в 2014 году до 71,2 лет в 2016 году.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Омская область	70,41	72,3	70,78	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Согласно письму минздрава Омской области от 05 04 2017 № 2527 отклонение фактического значения показателя от планового в 2016 году обусловлено незначительным снижением уровня общей смертности населения региона – 0,8%. При этом отмечается положительная динамика в достижении показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» – прирост на 0,5%, по сравнению с 2015 г.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Оренбургская область	69,63	70,6	70,57	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Орловская область	70,38	71,0	70,73	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Пензенская область	72,12	72,8	72,53	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом минздрава Пензенской области от 31 03 2017 № 1450 увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении на 0,41 лет обусловлено реализацией Плана мероприятий, направленных на сокращение смертности населения от отдельных групп причин.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Пермский край	69,09	72,0	69,74	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Приморский край	69,21	72,0	69,66	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Псковская область	68,48	69,1	69,25	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Адыгея	72,22	72,7	72,59	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Алтай	68,44	67,3	70,13	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Башкортостан	70,08	72,7	71,00	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом минздрава Республики Башкортостан от 05 04 2017 № 12-05/425 на недостижение показателя повлияло низкая приверженность населения к здоровому образу жизни и низкая медицинская активность, широкое распространение факторов риска во всех возрастных группах, таких как курение, злоупотребление алкоголем и его суррогатами, ожирение, повышенный уровень сахара крови, высокое артериальное давление, наследственные заболевания, экологически неблагоприятная окружающая среда, высокий уровень социального стресса, особенно у лиц трудоспособного возраста.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Бурятия	69,15	69,9	69,61	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом минздрава Республики Бурятия от 04 04 2017 № 10-01-11-н2012-117 недостаточный темп увеличения ожидаемой продолжительности жизни связан с сокращением численности трудоспособного населения Республики Бурятия. В республике на протяжении нескольких лет сохраняется высокий уровень смертности от внешних причин. В целях достижения планового значения показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» в 2017 году запланировано проведение следующих мероприятий: - реализация мероприятий региональных планов по снижению смертности от основных классов; - реализация мероприятий по повышению информированности населения по профилактике, раннему выявлению заболеваний, снижению потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, и формированию приверженности населения к здоровому образу жизни; - продолжение диспансеризации населения с целью раннего выявления хронических инфекционных заболеваний и факторов риска их развития с проведением профессиональных консультаций по их коррекции; - продолжение 3-уровневой системы оказания медицинской помощи; - увеличение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям; - расширение применения современных методов диагностики и лечения, методов комбинированной терапии; расширение применения тромболитической терапии, в том числе на догоспитальном этапе, при остром коронарном синдроме и ишемическом инсульте.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Дагестан	76,39	75,4	77,23	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Ингушетия	80,05	79,0	80,82	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Калмыкия	72,15	73,0	73,35	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Карелия	69,16	70,5	69,78	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом минздрава Республики Карелия от 06 04 2017 № 2703/13 1-08/МЗ-н недостижение целевого индикатора связано с недостижением целевых индикаторов по смертности.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Коми	69,40	69,8	69,45	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом минздрава Республики Коми от 03 04 2017 № 5973/01-29 на недостаточный рост показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2016 году повлиял рост младенческой смертности (на 19,5%, умерло больше на 6 детей).
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Крым	70,52	71,8	70,74	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом минздрава Республики Крым от 31 03 2017 № 01/2095-01-01 на недостижение целевого индикатора повлияло недостаточное оснащение медицинских организаций специализированным диагностическим и лечебным медицинским оборудованием.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Марий Эл	69,80	71,9	70,75	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Мордовия	72,06	72,9	72,25	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Саха (Якутия)	70,29	69,4	70,84	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Северная Осетия-Алания	74,20	73,5	75,05	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Татарстан (Татарстан)	72,81	73,5	73,64	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Тыва	63,13	63,8	64,21	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Республика Хакасия	68,68	70,3	69,33	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Ростовская область	71,90	72,7	72,20	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Согласно письму министра здравоохранения Ростовской области от 30 03 2017 № 22-1.3.2.7/1288 для достижения запланированного значения показателя «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» во всех муниципальных образованиях области реализуются мероприятия по увеличению рождаемости пренатальная диагностика врожденной патологии у плода, неонатальный скрининг на наследственные заболевания. Так же в регионе осуществляются меры по снижению влияния неблагоприятных факторов и экстрагенитальной патологии во время беременности и родов.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Рязанская область	71,46	72,4	71,87	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Самарская область	70,35	72,7	71,08	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Саратовская область	71,40	72,7	72,07	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Сахалинская область	67,99	68,2	68,66	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Свердловская область	69,83	72,5	70,02	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом министра Свердловской области от 03 04 2017 № 03-01-82/3130 а в 2016 году Министром Свердловской области совместно с подведомственными учреждениями проведены мероприятия, направленные на повышение уровня ответственности граждан за свое здоровье и формирование здорового образа жизни: на 32 билбордах на территориях муниципальных образований Свердловской области размещена информация с социальной рекламой «5 правил здоровой жизни»; на базе ГБУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики» организованы и проведены «Школы здоровья и долголетия», в течение 2016 года продолжалась реализация профилактической программы для молодежи «Сохранение и укрепление здоровья подростков»
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Смоленская область	69,74	69,7	69,98	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Ставропольский край	73,36	74,1	73,40	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Тамбовская область	71,67	72,2	72,11	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом управления здравоохранением Тамбовской области от 05 04 2017 № 01-29-01/2011 не достижение планового значения показателя на 0,09 года (0,1%) связано с некорректным планированием. Как дополнительная мера по снижению смертности пожилого населения в Тамбовской области запущен проект «Активное долголетие», реализация которого позволит снизить смертность от всех причин.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Тверская область	69,10	69,7	69,24	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Томская область	71,25	72,0	71,66	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Тульская область	70,06	70,6	70,56	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Тюменская область без автономии	70,58	70,8	71,03	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Удмуртская Республика	70,46	71,5	70,86	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Ульяновская область	70,46	72,1	70,97	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области от 06 04 2017 № 73-ИОГВ-08 01/275ИСК не достижение планового показателя связано с высокими показателями смертности от социально значимых заболеваний, в том числе от болезней системы кровообращения
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Хабаровский край	68,72	73,3	69,13	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом Минздрава Хабаровского края от 04 04 2017 № 05 03-11-6098 последние 5 лет темп прироста показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении в крае составил 0,4 года
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Ханты-Мансийский авт округ-Югра	72,58	74,1	73,50	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Челябинская область	69,90	72,1	70,50	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом министра Челябинской области от 04 04 2017 № 01/692 показатель не достигнут в связи с недостаточным снижением смертности населения, снижением рождаемости, при этом наблюдается рост показателя по сравнению с 2015 годом на 0,9%. В целях улучшения демографической ситуации реализуется План мероприятий по реализации Концепции демографической политики в области в 2016-2020 годах, утвержденный распоряжением Губернатора области от 30 декабря 2015 г. № 1245-р «О Плана мероприятий по реализации Концепции демографической политики в Челябинской области в 2016-2020 годах», сформированный с учетом Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, включающий реализацию государственных целевых программ Челябинской области.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Чеченская Республика	73,45	76,4	74,20	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Чувашская Республика (Чувашии)	71,35	70,6	71,52	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Чукотский авт округ	64,16	63,0	64,42	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Положительное отклонение
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Ямало-Ненецкий авт округ	71,70	73,2	72,13	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. Согласно письму департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа от 04 04 2017 № 1801-12-04/213 1 не достижение показателя связано также с высоким показателем смертности в автономном округе от основных причин в 2015 году. Департаментом здравоохранения автономного округа проводятся мероприятия, направленные на снижение смертности населения автономного округа. В целях увеличения продолжительности жизни населения автономного округа и пропаганды здорового образа жизни среди населения автономного округа открыты и функционирует 12 кабинетов по отказу от курения в медицинских организациях, подведомственных департаменту здравоохранения автономного округа.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Лет	Ярославская область	70,98	71,4	71,21	Предварительная оценка Росстата по состоянию на 15 03 2017. В соответствии с письмом департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 07 04 2017 № ИХ19-1681/17 не достижение показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении обусловлено увеличением показателя общей смертности населения области с 15,6 в 2015 году до 15,7 в 2016 году.

\* - оперативные данные без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти

## Оценка результатов реализации мер правового регулирования

№	Вид акта	Основные положения	Ответственный исполнитель	Сроки принятия		Примечание (результат реализации, причины отклонения)
				план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
Меры правового регулирования, предусмотренные государственной программой						
Государственная программа «Развитие здравоохранения»						
Подпрограмма 1. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи						
ОМ 1.5. Совершенствование механизмов обеспечения населения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей в амбулаторных условиях						
1	Федеральный закон	норматива 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 2017 год	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Федеральный закон от 19.12.2016 № 422-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 2017 год" Принятие Федерального закона позволит увеличить доступность в необходимых лекарственных препаратах отдельных категорий граждан.
2	Распоряжение Правительства Российской Федерации	Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2017 год	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2016 № 2885-р "Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2017 год" Принятие распоряжения Правительства Российской Федерации позволит стабилизировать цены на лекарственные препараты и обеспечить доступность их для населения Российской Федерации.
3	Распоряжение Правительства Российской Федерации	О распределении в 2017 году субвенций, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура 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 для детей-инвалидов	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Распоряжение Правительства Российской Федерации от 22.12.2016 г. № 2771-р «О распределении в 2017 году субвенций, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура 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 для детей-инвалидов» Принятие распоряжения Правительства Российской Федерации позволит обеспечить бесперебойное обеспечение лекарственными препаратами отдельные категории граждан.
4	Распоряжение Правительства Российской Федерации	О распределении в 2016 году иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение закупок антигерпетических препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29.10.2016 г. № 2294-р «О распределении в 2016 году иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение закупок антигерпетических препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С» Принятие распоряжения позволит субъектам Российской Федерации закупить антигерпетические препараты для своевременной профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, что является одним из важнейших направлений контроля за эпидемиологической ситуацией в Российской Федерации.
Подпрограмма 2. Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи						
1	Федеральный закон	наделение федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, полномочиями по организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, а также лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", а также ведение Федерального регистра указанных лиц, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Федеральный закон от 03.07.2016 г. № 286-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" Обеспечение централизованных закупок лекарственных препаратов для лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, а также лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов обеспечит снижение цен на закупленные лекарственные препараты, своевременные поставки лекарственных препаратов в регионы, а также увеличить охват лечением нуждающихся пациентов
2	Постановление Правительства Российской Федерации	Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антигерпетическими лекарственными препаратами для медицинского применения и Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2016 г. 1512 «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антигерпетическими лекарственными препаратами для медицинского применения и Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения» Обеспечение закупок лекарственных препаратов для лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, а также лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

№	Вид акта	Основные положения	Ответственный исполнитель	Сроки принятия		Примечание (результат реализации; причины отклонений)
				план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
3	Постановление Правительства Российской Федерации	О внесении изменений в Правила ведения Федерального регистра 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	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Постановление Правительства Российской Федерации от 09.04.2016 № 288 "О внесении изменений в Правила ведения Федерального регистра 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". Принятие постановления позволило скорректировать получателей лекарственных препаратов в целях рационального использования лекарственных препаратов.
4	Постановление Правительства Российской Федерации	О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2011 года № 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"	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Постановление Правительства Российской Федерации от 11.08.2016 № 784 "О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2011 года № 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" Принятие постановления направлено на организацию и осуществление мониторинга динамики и учета лекарственных препаратов в субъектах Российской Федерации с целью анализа их целевого использования и управления остатками путем перераспределения лекарственных препаратов между субъектами Российской Федерации.
Подпрограмма 3. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины						
ОМ 3.2. Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины						
1	Федеральный закон	Регулирование отношений, возникающих в связи с разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, производством, контролем качества, реализацией, применением, хранением, транспортировкой, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации, уничтожением биомедицинских клеточных продуктов, предназначенных для профилактики, диагностики и лечения заболеваний или состояний пациента, сохранения беременности и медицинской реабилитации пациента, в также регулирование отношений, возникающих в связи с донорством биологического материала в целях производства биомедицинских клеточных продуктов.	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Федеральный закон от 23.06.2016 № 180-ФЗ "О биомедицинских клеточных продуктах" Внедрение в практическое здравоохранение инновационных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний или состояний пациента, сохранения беременности и медицинской реабилитации пациента, основанных на использовании биомедицинских клеточных продуктов
2	Федеральный закон	О внесении изменений в главу 25.3 части второй Налогового кодекса Российской Федерации	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	-	Федеральный закон от 07.03.2017 № 25-ФЗ "О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации" Федеральным законом устанавливается государственная пошлина, уплачиваемая за осуществление государственной регистрации биомедицинских клеточных продуктов
2	Федеральный закон	Регулирование порядка разработки, производства, хранения и медицинского применения донорских тканей	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	-	проект федерального закона "Об обращении тканей и клеток человека" исключен из плана законопроектной деятельности Правительства Российской Федерации на 2016 год
Подпрограмма 7. Кадровое обеспечение системы здравоохранения						
ОМ 7.1. Повышение квалификации и профессиональная переподготовка медицинских и фармацевтических работников						
1	Федеральный закон	О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации (в части осуществления добровольческой деятельности в медицинских организациях и предоставления особых прав при приеме на обучение по образовательным программам высшего образования, программам бакалавриата и программам специалитета лицам, осуществлявшим добровольческую деятельность в медицинских организациях)	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	-	законопроект № 925107-6 "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части создания попечительских советов в медицинских организациях и осуществления гражданами добровольческой деятельности в медицинских организациях" 22.12.2015 принят в первом чтении
Подпрограмма Д. Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации						
ОМ Д.1. Направление субвенций территориальным фондам обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации ОМ Д.3. Нормированный страховой запас Федерального фонда обязательного медицинского страхования						ОМ Д.2. Изготовление полисов обязательного медицинского страхования единого образца
1	Федеральный закон	О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	2016 год	2016 год	Федеральный закон от 19.12.2016 № 418-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов" Определены основные параметры бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования

№	Вид акта	Основные положения	Ответственный исполнитель	Сроки принятия		Примечание (результат реализации; причины отклонений)
				план	факт	
1	2	3	4	5	6	7
2	Постановление Правительства Российской Федерации	О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов. Установлены перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, 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 и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.	Министерство здравоохранения Российской Федерации	2016 год	2016 год	Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов" Обеспечение прав граждан Российской Федерации на бесплатное оказание медицинской помощи

