

**ДОКЛАД О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ИТОГАМ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ
СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2013 ГОД**

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Раздел 1. Медико-демографические показатели здоровья населения	5
Раздел 2. Общая заболеваемость населения	9
Раздел 3. Ресурсы здравоохранения	36
Раздел 4. Охрана здоровья матери и ребенка	41
Раздел 5. Медицинская помощь населению	54
Раздел 6. Обеспечение лекарственными средствами	79
Раздел 7. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни	85
Раздел 8. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения	114
Раздел 9. Кадровое обеспечение системы здравоохранения	120
Раздел 10. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	125
Заключение	126
Приложения	129

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

Министерством здравоохранения Российской Федерации разработаны унифицированная форма доклада и методические рекомендации по заполнению указанной формы при подготовке доклада.

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

Особое внимание при подготовке доклада уделено медико-демографической ситуации как в Российской Федерации в целом, так и в

каждом субъекте Российской Федерации, заболеваемости населения, эпидемической безопасности, здоровью матери и ребенка, а также обеспечению доступности и качества медицинской помощи.

Представленный в докладе материал является обобщением докладов субъектов Российской Федерации и официальных статистических данных.

В соответствии с указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года и данными в их развитие поручениями Правительства Российской Федерации, в 2012 и 2013 годах Министерством были разработаны и утверждены важнейшие стратегические документы по повышению качества и доступности медицинской помощи, кадровой политике в здравоохранении, совершенствованию лекарственного обеспечения, развитию медицинской науки, формированию здорового образа жизни и другим основополагающим направлениям.

РАЗДЕЛ 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

По оценке Росстата, численность постоянного населения Российской Федерации на 1 января 2014 г. составила 143,7 миллиона человек и за год увеличилась на 319,9 тысяч человек, или на 0,3%.

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

С 2006 года динамика основных демографических показателей в Российской Федерации благоприятна. Отмечается тенденция снижения естественной убыли населения, в 2013 году зафиксирован естественный прирост населения – 24,0 тыс. человек (в 2012 году – естественная убыль 4,2 тыс. человек).

За 2013 год число родившихся превысило число умерших в 1,28 раза; коэффициент естественного прироста населения составил – 0,2‰.

Естественный прирост населения в 2013 году зафиксирован в 43 субъектах Российской Федерации (в 2012 году – в 41 регионе).

В 2013 году общероссийский уровень рождаемости впервые с начала девяностых годов превысил уровень смертности и составил 13,2 на 1000 населения (рис. 1.1.).

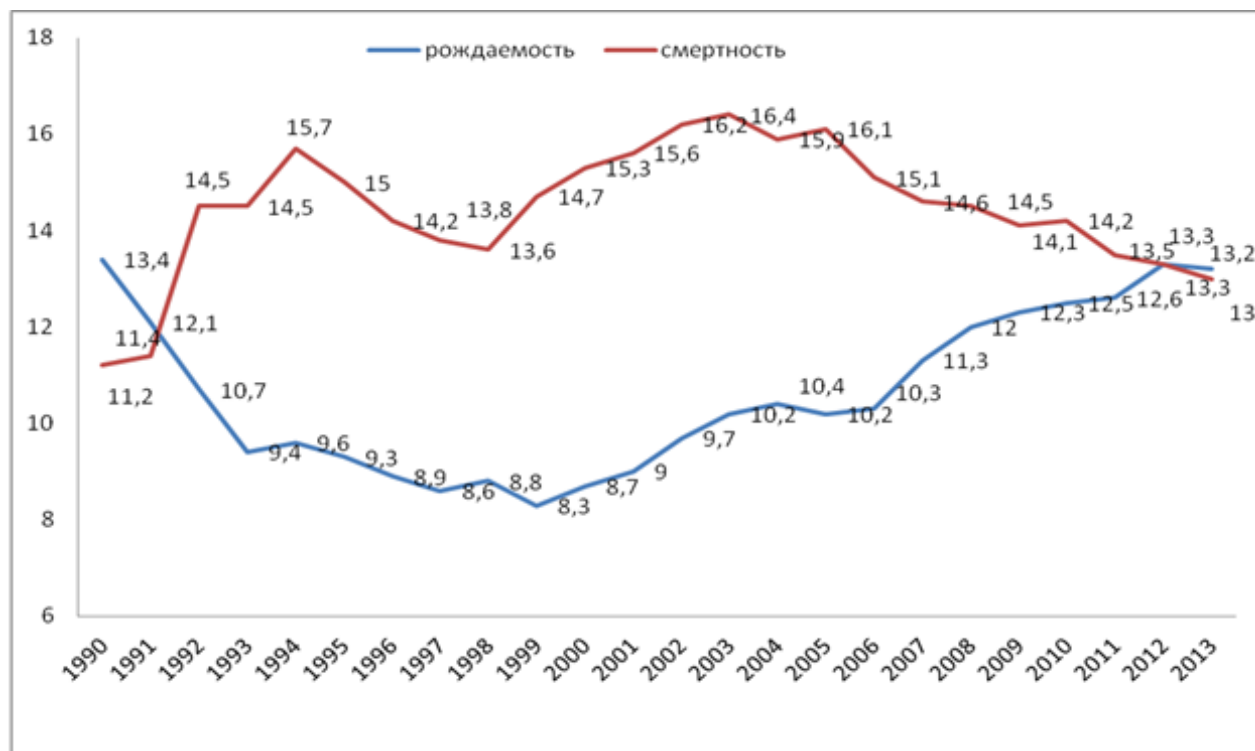


Рис. 1.1. Динамика рождаемости и смертности (на 1000 человек)

Реализация масштабных национальных проектов с 2006 года в сочетании с повышением доли женщин, находящихся в периоде репродуктивной активности, вернула рождаемость на уровень начала 1990-х годов. В 2007 году было зарегистрировано на 8,8% больше младенцев, чем в предыдущем, в 2008-2011 годы прирост последовательно сокращался, до 0,4 % в 2011 году, а в 2012 году вновь вырос до 5,9%, в 2013 году зафиксировано снижение на 0,3%.

Снижение численности женщин активного репродуктивного возраста (20-29 лет) оказало влияние на число родившихся в 2013 году, которое снизилось по сравнению с 2012 годом на 6,3 тыс. рождений (1 895,8 тыс. детей и 1 902,1 тыс. детей соответственно).

Минимальный уровень рождаемости зарегистрирован в Ленинградской области 9,0‰ (2012 г. – 9,0‰), максимальный - 26,1‰ в Республике Тыва (2012 г. – 26,5‰). Лидерство сохраняют преимущественно национальные республики, субъекты Российской Федерации с наиболее низкими показателями рождаемости сосредоточены в центральной и северо-западной части России.

Рост рождаемости отмечен в 30 субъектах Российской Федерации. Наибольший рост рождаемости наблюдался в Хабаровском крае – на 2,9%, Республике Марий Эл – на 2,8%, Ульяновской области – на 2,7%, Кировской области – на 2,4%, Новосибирской области и республиках Карачаево-Черкесская и Коми – на 2,2%, Республике Татарстан - на 2,1%. Снижение рождаемости отмечено в 40 регионах. Наибольшее снижение рождаемости зарегистрировано в Чукотском автономном округе – на 7,1%, в Республике Алтай – на 6,7%, Республике Ингушетия – на 5,3%, Ненецком автономном округе – на 4,6%, Республике Карелия – на 4,0%. В 13 субъектах Российской Федерации показатель рождаемости не изменился.

Показатель младенческой смертности снизился на 4,7% – с 8,6 до 8,2 на 1000 родившихся живыми, несмотря на учет детей с экстремально низкой массой тела от 500 граммов до 1 кг.

За 2013 год по сравнению с аналогичным периодом прошлого года число детей, умерших в возрасте до 1 года, снизилось – на 4,7% (или на 763 ребенка) и составило 15 476 (в 2012 году – 16 291).

Минимальной отметки за всю историю страны достиг уровень материнской смертности. По данным 12 месяцев 2013 года материнская смертность снизилась более чем на 5% по сравнению с показателями 2012 года. В советский период здравоохранения материнская смертность была более чем в 4 раза выше - 44,8 против 11,3 на 100 тысяч родившихся живыми в 2013 году.

В 2013 году в Российской Федерации умерли 1 871 809 человек, что на 34 526 человек или на 1,8% меньше, чем за 2012 год (1 906 335 человек).

Снижение смертности отмечается в 59 субъектах Российской Федерации, наиболее существенное – в Чукотском автономном округе – на 8,7%, Чеченской Республике – на 7,4%, Республике Саха (Якутия) – на 6,5%, Амурской области – на 6,1%, Магаданской области – на 5,6%, Республике Ингушетия – на 5,4%, Сахалинской области – на 5,1%, Республике Бурятия – на 4,8%, Псковской области – на 4,6%, г. Санкт-Петербурге и Еврейской автономной области – на 4,0%, в 11 субъектах Российской Федерации показатель смертности не изменился.

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

Несмотря на снижение показателей смертности в целом, наиболее высокие показатели отмечаются в Псковской области – 18,6, Тверской области – 18,1, Новгородской области – 17,8, Тульской области – 17,4, Владимирской области – 16,7 на 1 000 населения.

В структуре причин смерти первое место, по-прежнему, занимают болезни системы кровообращения – 53,2% или 696,5 на 100 тыс. населения (снижение на 4,5%), на втором месте - новообразования – 15,4% или 201,5 на 100 тыс. населения, показатель вырос на 0,1%, на третьем – внешние причины – 9,1% или 119,8 на 100 тыс. населения (снижение на 4,2%), в том числе дорожно-транспортные происшествия – 14,0 на 100 тыс. населения, снижение на 0,7%, далее следуют болезни органов пищеварения – 4,7% или 61,0 на 100 тыс. населения (рост на 0,2%), болезни органов дыхания – 3,8% или 50,3 на 100 тыс. населения (рост на 4,6).

Смертность от туберкулеза снизилась на 9,8% и составила за январь-декабрь 2013 года 11,0 на 100 тыс. населения.

Снижение смертности от болезней системы кровообращения отмечается в 73 субъектах Российской Федерации, наибольшее снижение наблюдается: в Тамбовской области – на 16,0%, Смоленской области – на 15,7%, Липецкой области – на 15,2%, Тульской области – на 14,5%, Курской области – на 12,3%, Республике Тыва – на 11,6%, Ростовской области – на 11,1%, Алтайском крае – на 10,2%, Чувашской Республике – на 9,0%, Белгородской области – на 8,6% .

Снижение смертности от новообразований зарегистрировано в 31 субъекте Российской Федерации. Наибольшее снижение показателя смертности зарегистрировано: в Чукотском автономном округе – на 22,3%, Ямало-Ненецком автономном округе – на 15,7%, Новосибирской области – на 6,7%, Тамбовской области – на 6,3%, Сахалинской области – на 5,6%, Карачаево-Черкесской Республике – на 4,0%, Вологодской области и Республике Татарстан – на 3,9%, в г. Москве и Тюменской области – на 3,6%.

Снижение смертности от внешних причин наблюдается в 65 субъектах Российской Федерации, наибольшее снижение показателя смертности отмечается: в Республике Ингушетия – на 30,5%, Чукотском автономном округе – на 18,5%, Еврейской автономной области – на 17,5%, Чеченской Республике – на 13,6%, Орловской области – на 13,4%, Республике Карелия – на 13,2%, Ивановской области – на 11,6%, Республике Алтай – на 11,5%, Ростовской области – на 11,2%.

Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий отмечается в 46 субъектах Российской Федерации, наибольшее снижение показателя смертности наблюдалось: в Иркутской области – на 63,0%, Алтайском крае – на 58,2%, Хабаровском крае – на 57,3%, Республике Марий Эл – на 44,5%, Рязанской области – на 34,8%, Ненецком автономном округе – на 32,9%, Кемеровской области – на 29,2%, Пермском крае – 24,2%, Смоленской области – 22,8%, Республике Калмыкия – на 21,9%.

Самые высокие показатели смертности от дорожно-транспортных происшествий в январе-декабре 2013 года зарегистрированы в Республике Тыва – 36,8 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2012 года – 38,2), Ленинградской области – 28,6 (за аналогичный период 2012 года – 29,7),

Республике Калмыкия – 26,7 (за аналогичный период 2012 года – 21,9), Курганской области – 25,5 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2012 года – 25,8), Карачаево-Черкесской Республике – 25,0 (за аналогичный период 2012 года – 23,8).

Снижение смертности от туберкулеза отмечается в 63 субъектах Российской Федерации, в 4 субъектах Российской Федерации показатель не изменился, наибольшее снижение показателя смертности наблюдается: в Карачаево-Черкесской Республике – на 61,5%, Ямало-Ненецком автономном округе – на 39,8%, Амурской области – на 39,7%, Республике Карелия – на 32,4%, Республике Бурятия – на 31,4%, Тамбовской области – на 27,0%, Новгородской области – на 26,5%, Воронежской области – на 25,0%, Вологодской области – на 23,0%, Калужской области – на 22,9%.

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

По оценке Росстата за 2013 год, показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении вырос на 0,53 года и составил 70,8 года. У женщин продолжительность жизни достигла исторического максимума для нашей страны – 76,6 лет. У мужчин пока остается чуть выше 65 лет. Но при этом прирост продолжительности жизни у мужчин превысил прирост продолжительности жизни у женщин более чем в два раза, что позволяет прогнозировать положительную динамику.

Развитие медико-демографической ситуации в ближайшие годы определяется, с одной стороны, исчерпанием репродуктивных намерений когорт родившихся в 1980-е годы (которые значительно выше, чем у идущих им на смену), а с другой - увеличением доли лиц преклонного возраста. Последнее в сочетании с активизацией выхаживания недоношенных и маловесных новорожденных, а также ориентацией на интенсификацию миграционных потоков означает возрастание общего бремени болезней, нагрузки на систему здравоохранения и социального обеспечения. В этих условиях для сдерживания негативных тенденций требуются кардинально

новые подходы к охране здоровья населения.

РАЗДЕЛ 2. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Тенденции в заболеваемости населения

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

Темп прироста заболеваемости с 2003 по 2013 гг. в целом по Российской Федерации составил 15,0%.

В 2013 году в целом по Российской Федерации было зарегистрировано 161 241,5 случаев заболеваний на 100 тыс. населения (рис. 2.1.). В 2013 году прирост общей заболеваемости в сравнении с 2008 годом составил 3,3% (табл. 2.1).

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

Рис. 2.1 Динамика заболеваемости населения Российской Федерации (на 1000 тыс. человек населения)



В 2013 году в сравнении с 2008 годом отмечается рост болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ (+15,3%), новообразований (+13,0%), далее следуют болезни уха и сосцевидного отростка (+8,0%), болезни мочеполовой системы (+7,6%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (+6,5%), болезни органов дыхания (+6,2%), врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (+4,6%), болезни нервной системы (+4,4%), болезни системы кровообращения (+3,9%). Значительно реже стали регистрироваться симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях (-31,4%). Продолжилось сокращение инфекционной заболеваемости (-12,4%), психических расстройств и расстройств поведения (- 8,7 %) (табл. 2.1).

Таблица 2.1

**Общая заболеваемость населения по классам болезней
в Российской Федерации в 2008-2013 гг. (на 100 тыс. населения)**

Классы болезней МКБ-10	2008 г.	2012 г.	2013 г.	темпы прироста/ убыли, % (2008-2013 г.г.)
1	2	3	4	5
Всего	156 150,1	161 415,1	161 241,5	3,3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	5226,5	4 761,5	4579,0	-12,4
Новообразования	3851,3	4 292,9	4350,9	13,0
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1263,7	1 209,4	1196,7	-5,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	5761,7	6 413,8	6640,6	15,3
Психические расстройства и расстройства поведения	5250,4	4 852,7	4792,3	-8,7
Болезни нервной системы	5652,7	5 815,9	5903,2	4,4
Болезни глаза и его придаточного аппарата	10994,0	1 1286,3	11119,5	1,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	3795,9	4 170,2	4098,8	8,0
Болезни системы кровообращения	22050,2	22 732,0	22916,1	3,9
Болезни органов дыхания (включая грипп, ОРВИ)	36660,1	38 164,0	38945,2	6,2
Болезни органов пищеварения	11358,3	11 359,9	11425,2	0,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6320,7	6 206,7	6145,0	-2,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	12500,1	13 340,0	13315,9	6,5
Болезни мочеполовой системы	10904,4	11 557,4	11734,6	7,6
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	687,6	712,0	719,3	4,6
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и	1500,9	1 092,0	1030,2	-31,4

Всего	161241,5	100,0	144815,9	100,0	226780,3	100,0	233290,6	100,0
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4579,0	2,8	3774,2	2,6	4608,6	2,0	8680,3	3,7
Новообразования	4350,9	2,7	5145,5	3,6	913,6	0,4	913,5	0,4
Болезни крови, кроветворных органов и отд. нарушения вовлекающие иммунный механизм	1196,7	0,7	839,7	0,6	2033,9	0,9	2868,5	1,2
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6640,6	4,1	7112,4	4,9	8920,9	3,9	3823,6	1,6
Психические расстройства и расстройства поведения	4792,3	3,0	5074,8	3,5	6500,7	2,9	3043,7	1,3
Болезни нервной системы	5903,2	3,7	4979,5	3,4	12540,3	5,5	9425,0	4,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	11119,5	6,9	10646,1	7,4	20345,7	9,0	11878,7	5,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	4098,8	2,5	3701,4	2,6	4759,1	2,1	6008,3	2,6
Болезни системы кровообращения	22916,1	14,2	27604,9	19,1	5502,4	2,4	2117,1	0,9
Болезни орг. дыхания	38945,2	24,2	20634,2	14,2	76631,9	33,8	125616,7	53,8
Болезни органов пищеварения	11425,2	7,1	10612,9	7,3	19902,1	8,8	14048,1	6,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6145,0	3,8	5084,8	3,5	11490,6	5,1	10594,9	4,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	13315,9	8,3	14247,4	9,8	17519,2	7,7	7807,6	3,3
Болезни мочеполовой системы	11734,6	7,3	12910,2	8,9	11926,2	5,3	5701,7	2,4
Беременность, роды и послеродовой период	9474,8	5,9	10852,6	7,5	1462,8	0,6	14,4	0,0
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	719,3	0,4	135,7	0,1	2283,7	1,0	3416,6	1,5
Симптомы, признаки и отклонения, выявленные при клинических и лаб. исследованиях	1030,2	0,6	380,9	0,3	3409,7	1,5	3916,5	1,7
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	9300,2	5,8	8758,7	6,0	16776,7	7,4	10721,1	4,6

Рост общей заболеваемости в 2013 году по сравнению с 2012 годом в целом по Российской Федерации составил 0,5% с варьированием по федеральным округам от +3,9 % в Северо-Кавказском до -0,9 в Центральном федеральном округе (табл. 2.3).

Среди классов болезней, занимающих лидирующее место в качестве причин смерти, опережающими темпами происходит прирост новообразований (табл. 2.4): в Дальневосточном федеральном округе прирост достигает +3,1%, Северо-Кавказском и Приволжском федеральных округах +2,7%, а в Южном федеральном округе +1,1%, в Центральном федеральном округе снижение -1,3%, при общероссийском значении +1,4%.

Таблица 2.3

**Общая заболеваемость населения Российской Федерации
по федеральным округам**

Федеральные округа	Общее число зарегистрированных случаев заболевания на 100 тыс. населения		Темп прироста/ убыли (%)
	2012 г.	2013 г.	
Российская Федерация	160 415,1	161 241,5	0,5
Центральный	149 100,2	147 800,0	-0,9
Северо-Западный	182 357,2	182 073,4	-0,2
Южный	141 344,0	142 618,7	0,9
Северо-Кавказский	123 818,0	128 705,0	3,9
Приволжский	180 197,2	180 795,7	0,3
Уральский	150 126,1	152 882,6	1,8
Сибирский	172 193,4	174 667,8	1,4
Дальневосточный	153 522,2	154 253,8	0,5

По болезням системы кровообращения темп прироста максимален в Северо-Кавказском федеральном округе (+9,6 %), а в Северо-Западном и Центральном федеральных округах наблюдается снижение (-1,7% и -0,7% соответственно).

Травмы и отравления стали реже регистрироваться в Южном (-2,5%), Приволжском (-1,9%), Уральском (-1,5%), Центральном (-0,8%), Северо-Западном (-0,7%) и Северо-Кавказском федеральных округах (-0,6%). В Сибирском и Дальневосточном федеральных округах отмечается рост данной патологии на 1,0%.

Таблица 2.4

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

Федеральные округа	Болезни системы кровообращения			Новообразования			Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин		
	2012 г.	2013 г.	прирост/ убыль (%)	2012 г.	2013 г.	прирост/ убыль (%)	2012 г.	2013 г.	прирост/ убыль (%)
Российская Федерация	22732,0	22916,1	0,8	4292,9	4350,9	1,4	9383,4	9300,2	-0,9
Центральный	23706,8	23534,5	-0,7	4327,4	4273,1	- 1,3	8760,7	8691,3	-0,8
Северо-Западный	26239,8	25795,9	-1,7	4895,1	4975,0	1,6	10070,0	9996,0	-0,7
Южный	19006,0	19570,9	3,0	4403,0	4450,5	1,1	8200,2	7992,9	-2,5
Северо-Кавказский	13929,8	15273,7	9,6	2301,4	2341,1	1,7	6394,8	6358,0	-0,6
Приволжский	25804,0	26123,6	1,2	4613,8	4739,8	2,7	10266,9	10072,8	-1,9
Уральский	16664,7	16781,5	0,7	3977,4	4084,0	2,7	10042,4	9892,4	-1,5
Сибирский	24845,7	25142,4	1,2	4369,7	4471,4	2,3	10393,6	10502,1	1,0
Дальневосточный	18619,4	18792,7	0,9	3509,8	3618,2	3,1	10182,0	10282,8	1,0

Наиболее низкий уровень заболеваемости населения болезнями системы кровообращения отмечается в Республике Тыва – 8 968 (в 2,5 раза ниже, чем в целом по Российской Федерации), в Республике Дагестан – 11 030,3, в Курской области – 11 737,7, в Калининградской области – 12 012,7 в Магаданской области – 12 073,5 на 100 тыс. населения (табл. 2.5).

Таблица 2.5

Уровни общей заболеваемости болезнями системы кровообращения всего населения и у лиц старше трудоспособного возраста (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Низкий уровень	Всего	В том числе у лиц старше трудоспособного возраста	Высокий уровень	Всего	В том числе у лиц старше трудоспособного возраста
Республика Тыва	8 968,0	32 636,4	Алтайский край	44 382,3	116 225,3
Республика Дагестан	11 030,3	45 430,5	Новгородская область	37 172,2	88 272,9
Курская область	11 737,7	25 151,8	Республика Чувашия	35 087,4	106 485,7
Калининградская область	12 012,7	32 349,4	Самарская область	33 865,8	102 373,6
Магаданская область	12 073,5	38 136,1	Республика Карелия	32 775,9	92 838,4

Заболеваемость болезнями системы кровообращения всего населения самая высокая в Алтайском крае (44 382,3 на 100 тыс. населения), что почти в 2 раза выше показателя по Российской Федерации.

Самые высокие показатели заболеваемости населения старше трудоспособного возраста ишемическими болезнями сердца отмечаются в Республике Ингушетия и Санкт-Петербурге, артериальной гипертензией – в Республике Ингушетия и Алтайском крае, стенокардией – в Республике Ингушетия и Москве, гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца – в Алтайском крае и Республике Ингушетия (табл. 2.6).

Таблица 2.6

Субъекты Российской Федерации с максимальным и минимальным показателем общей заболеваемости населения отдельными болезнями системы кровообращения у лиц старше трудоспособного возраста (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Субъекты Российской Федерации с максимальным показателем	Ишемическая болезнь сердца		
	на 100 тыс. соотв. населения		прирост/снижение в %
	2012	2013	
Российская Федерация	15955,7	15611,1	-2,2
Республика Ингушетия	54384,6	56902,7	4,6
г. Санкт - Петербург	30861,0	29205,4	-5,4
Чеченская Республика	22015,0	26461,6	20,2
Город Москва	26046,2	25614,3	-1,7
Новгородская область	25631,0	24259,1	-5,4
Ненецкий автономный округ	28759,4	24112,8	-16,2
Белгородская область	22992,0	23062,8	0,3
Алтайский край	23465,8	22890,0	-2,5
Смоленская область	21592,6	21648,0	0,3
Орловская область	20834,7	20896,6	0,3

Субъекты Российской Федерации с минимальным показателем	Ишемическая болезнь сердца		
	на 100 тыс. соотв. населения		прирост/снижение в %
	2012	2013	
Российская Федерация	15955,7	15611,1	-2,2
Республика Бурятия	9447,7	9571,0	1,3
Томская область	12737,0	9206,3	-27,7
Ханты-Мансийский авт. округ - Югра	8432,4	8709,2	3,3
Магаданская область	10025,8	8661,6	-13,6
Ивановская область	8515,0	7841,2	-7,9
Чукотский автономный округ	10027,5	7823,1	-22,0
Свердловская область	7559,0	7721,3	2,1
Калининградская область	7053,5	6448,0	-8,6
Республика Тыва	5362,5	5883,9	9,7
Курская область	6165,7	5579,4	-9,5

Субъекты Российской Федерации с максимальным показателем	Артериальная гипертензия		
	на 100 тыс. соотв. населения		прирост/снижение в %
	2012	2013	
Российская Федерация	22121,9	22659,7	2,4
Республика Ингушетия	52901,6	60951,2	15,2
Алтайский край	44220,5	45240,7	2,3
Ненецкий автономный округ	43262,9	42644,8	-1,4
Омская область	35627,2	36895,4	3,6
Республика Карелия	36547,9	36800,0	0,7
Республика Алтай	39901,8	36044,3	-9,7
Чувашская Республика	31563,1	34923,7	10,6
Республика Саха (Якутия)	32411,8	34300,9	5,8
Красноярский край	31708,6	33839,9	6,7
Оренбургская область	30695,3	33561,5	9,3

Субъекты Российской Федерации с минимальным показателем	Артериальная гипертензия		
	на 100 тыс. соотв. населения		прирост/снижение в %
	2012	2013	
Российская Федерация	22121,9	22659,7	2,4
Пензенская область	15458,9	14542,3	-5,9
Челябинская область	13639	13398,1	-1,8
Ленинградская область	14397,8	13712,1	-4,8
Калужская область	13226,8	13017,7	-1,6
Республика Мордовия	13109,8	12622,1	-3,7
Республика Северная Осетия - Алания	11760,1	12188,8	3,6
Калининградская область	11783,9	10587,5	-10,2
Курская область	10168,1	9694,0	-4,7
Республика Адыгея	5963,6	6514,3	9,2
Астраханская область	4979	4937,9	-0,8

Субъекты Российской Федерации с максимальным показателем	Стенокардия		
	на 100 тыс. соотв. населения		прирост/ снижение в %
	2012	2013	
Российская Федерация	6530,8	5507,3	-15,7
Республика Ингушетия	32832,4	34102,5	3,9
город Москва	14050,4	13588,4	-3,3
Чувашская Республика	13579,4	13496,8	-0,6
Алтайский край	12411,8	11877,2	-4,3
Красноярский край	11228,8	11722,7	4,4
Забайкальский край	11705,4	10617,2	-9,3
Оренбургская область	8663,9	9817,3	13,3
Чеченская Республика	11665,1	9570,3	-18,0
Амурская область	13007,8	9032,7	-30,6
Иркутская область	8856,8	8922,1	0,7

Субъекты Российской Федерации с минимальным показателем	Стенокардия		
	на 100 тыс. соотв. населения		прирост/ снижение в %
	2012	2013	
Российская Федерация	6530,8	5507,3	-15,7
Удмуртская Республика	7087,9	672,2	-90,5
Республика Алтай	11003,4	1186,8	-89,2
Томская область	6380,3	1736,4	-72,8
Кировская область	5367,8	1590,9	-70,4
Брянская область	4775,3	1529	-68,0
Калининградская область	1650	1460,5	-11,5
Ленинградская область	2026,5	1344,8	-33,6
Белгородская область	4289,6	1110,9	-74,1
Республика Марий Эл	5544,7	475,3	-91,4
Ярославская область	263,9	314,9	19,3

Субъекты Российской Федерации с максимальным показателем	Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)		
	на 100 тыс. соотв. населения		прирост/снижение в %
	2012	2013	
Российская Федерация	17881,4	18571,2	3,9
Алтайский край	36211,3	38314,3	5,8
Республика Ингушетия	30155,7	37943,8	25,8
Республика Карелия	32399,9	34676,2	7,0
Ненецкий автономный округ	27567,5	34364,6	24,7
Республика Алтай	36201,3	33643,6	-7,1
Омская область	29180,2	29808,9	2,2
Чувашская Республика	26180,4	28937,1	10,5
Кировская область	28213,9	28831,8	2,2
Республика Хакасия	27911,9	27671,2	-0,9
Тульская область	28238,3	27273,5	-3,4

Субъекты Российской Федерации с минимальным показателем	Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)		
	на 100 тыс. соотв. населения		прирост/снижение в %
	2012	2013	
Российская Федерация	17881,4	18571,2	3,9
Республика Коми	10226,4	9919,5	-3,0
Республика Мордовия	10276,6	9463,3	-7,1
Республика Северная Осетия - Алания	9128,8	9428,6	6,6
Республика Тыва	8390,9	9218,8	9,9
Республика Дагестан	8266	8462,3	2,4
Калининградская область	9578,2	8410,1	-12,2
Еврейская автономная область	7934,5	7509,6	-5,4
Курская область	7792,6	7134,1	-8,5
Республика Адыгея	4470,8	4864,0	8,8
Астраханская область	4299,1	4660,0	8,4

Заболееваемость злокачественными новообразованиями

Показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в России в 2013 году составил 374,2 на 100 тыс. населения, что на 1,9% выше уровня 2012 года.

Наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями в России в 2013 году, как и в предшествующие годы, были опухоли кожи (14,0% от числа новых случаев рака), молочной железы (11,4%), трахеи, бронхов, легкого (10,5%) и желудка (7,0%).

В структуре заболеваемости мужчин большой удельный вес имеют опухоли трахеи, бронхов, легкого (18,4%), предстательной железы (12,9%), кожи (11,4%), желудка (8,6%), ободочной кишки (5,9%), прямой кишки (5,2%), кроветворной и лимфатической ткани (4,8%).

Первое место в структуре заболеваемости в женской популяции принадлежит злокачественным новообразованиям молочной железы (20,9%), далее следуют опухоли кожи (16,2%), тела матки (7,7%), ободочной кишки (7,0%), желудка (5,5%), шейки матки (5,3%), прямой кишки (4,7%), яичника (4,6%).

Максимальные уровни показателя первичной заболеваемости отмечены в Ярославской (486,7), Орловской (472,1), Рязанской (471,8), Калужской (469,6), Самарской (464,4), Курганской (462,7) областях, минимальные – в Ямало-Ненецком автономном округе (137,7), республиках Ингушетия (139,5), Дагестан (141,9), Чеченская (166,9), Тыва (179,4).

Самый высокий уровень первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями отмечался в 2013 году в Южном федеральном округе (401,5), самый низкий уровень – Северо-Кавказском – 234,7 на 100 тыс. населения (табл. 2.7).

Таблица 2.7

Субъекты Российской Федерации с максимальным и минимальным показателем числа лиц с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в 2013 году (на 100 тыс. населения)

Максимальные показатели		Минимальные показатели	
Ярославская область	486,7	Карачаево-Черкесская Республика	271,9
Орловская область	474,1	Кабардино-Балкарская Республика	254,3
Рязанская область	471,8	Республика Алтай	244,4

Калужская область	469,6	Ханты-Мансийский АО	241,5
Самарская область	464,4	Республика Саха (Якутия)	226,6
Курганская область	462,7	Республика Тыва	179,4
Ивановская область	459,0	Чеченская Республика	166,9
Алтайский край	458,7	Республика Дагестан	141,9
Брянская область	458,5	Республика Ингушетия	139,5
Пензенская область	456,1	Ямало-Ненецкий АО	137,7

Доля больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях России 5 лет и более с момента установления диагноза злокачественного новообразования, от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад (за исключением кожи кроме меланомы) составила в 2013 году 65,5% (2012 год – 64,5%). Максимальные показатели наблюдаются в Республике Татарстан (75,3%), Забайкальском крае (74,1%), Калининградской области (73,5%), Хабаровском крае (72,8%), Республике Башкортостан (72,5%); минимальные – в Магаданской (48,2%), Вологодской (50,0%), Астраханской (51,0%) областях, Чукотском автономном округе (52,3%), Кемеровской области (52,9%).

Показатель активной выявляемости злокачественных новообразований составил 17,3% (2012 год – 15,6%). Из 83 916 больных, выявленных активно, 69,9% имели I-II стадию заболевания (2012 год – 74 679, 73,1%). Опухоли визуальных локализаций I-II стадии заболевания составили 45,2% (2012 год – 46,6%) всех новообразований, выявленных при профилактических осмотрах. Доля больных с опухолевым процессом I-II стадии, выявленных при профилактических осмотрах, среди всех больных с указанной стадией составила в 2013 году 22,3% (в 2012 году – 21,3%).

Самый низкий удельный вес злокачественных новообразований, выявленных активно, зафиксирован в следующих регионах (среднероссийский показатель – 17,3%): республиках Адыгея (0,2%), Калмыкия (0,7%), Еврейской автономной области (1,2%), Ярославской области (3,0%), Республике Ингушетия (3,5%), Камчатском (4,2%) и Ставропольском (4,3%) краях.

Высокие показатели активного выявления отмечены в следующих регионах: Тамбовской области (47,6%), Чукотском автономном округе (46,5%), Ленинградской (32,1%), Курской (29,0%), Свердловской (27,9%) областях, Республике Мордовия (26,8%).

В 2013 году доля больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования несколько выше (87,7%), чем в 2012 году (86,7%).

Наиболее высокая доля морфологической верификации диагноза отмечена в Республике Мордовия (98,6%), Камчатском крае (97,6%), Астраханской (97,5%), Тамбовской (94,6%) областях, Республике Марий Эл (94,0%), Брянской области (93,7%).

Низкая доля морфологической верификации диагноза отмечена в Чукотском автономном округе (62,2%), республиках Бурятия (74,5%), Калмыкия (74,7%), Ингушетия (74,9%), Ростовской области (76,1%), Приморском крае (76,5%).

Одним из основных показателей, определяющих прогноз развития онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. В 2013 году 25,6% злокачественных новообразований были диагностированы в I стадии заболевания (2012 год – 25,1%), 25,2% – во II стадии (2012 год – 25,3%), 21,2% – в III стадии (2012 год – 21,5%). Было выявлено 6 766 случаев рака в стадии *in situ*, что соответствует 1,3 (2012 год – 1,0) случаев на 100 всех впервые выявленных случаев рака. Рак шейки матки в стадии *in situ* диагностирован в 4 248 случаях (27,5 случаев на 100 впервые выявленных злокачественных новообразований шейки матки; 2012 год – 23,8); молочной железы – 1 024 и 1,7 соответственно.

Таблица 2.8

Субъекты Российской Федерации с максимальным и минимальным показателем распространенности злокачественных новообразований в 2013 году (на 100 тыс. населения)

Максимальные показатели		Минимальные показатели	
Курская область	2947,0	Республика Бурятия	1341,8
Московская область	2670,7	Ненецкий АО	1262,0
Краснодарский край	2669,7	Республика Алтай	1200,4
Калужская область	2660,2	Ямало-Ненецкий АО	1117,8
Тверская область	2611,9	Чеченская Республика	1100,0
Ярославская область	2610,5	Республика Саха (Якутия)	1074,1
Орловская область	2585,6	Чукотский АО	1071,3
Брянская область	2584,6	Республика Ингушетия	833,7
Алтайский край	2565,3	Республика Тыва	697,7
Республика Карелия	2554,0	Республика Дагестан	688,9

Высок удельный вес опухолей не установленной стадии в следующих регионах (среднероссийский показатель – 6,8%): Калужской области (15,4%), республиках Адыгея (15,0%), Коми (13,4%), Чеченской (12,4%), Волгоградской (12,2%), Ивановской (12,1%) областях.

Наиболее высокий удельный вес опухолей IV стадии зафиксирован в республиках Ингушетия (33,1%), Саха (32,0%), Тульской области (32,0%), Республике Калмыкия (31,4%), Иркутской (31,1%), Орловской (28,5%) областях.

Высокие показатели запущенности отмечены при диагностике новообразований визуальных локализаций. В поздних стадиях (III-IV) выявлены 61,6% опухолей полости рта (2012 год – 61,7%); 48,8% – прямой кишки (2012 год – 49,2%); 36,5% – шейки матки (2012 год – 37,7%); 31,9% – молочной железы (2012 год – 33,0%); 24,6% – щитовидной железы (2012 год – 23,6%), показатель запущенности при меланоме кожи составил 23,8% (2012 год – 24,5%).

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза составила 25,3% (2012 год – 26,1%, в 2003 год – 33,8%). В течение последних 10 лет наметилась положительная тенденция к снижению показателя одногодичной летальности.

Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, варьировала в регионах от 10,8% в Ямало-Ненецком автономном округе, 14,4% в Республике Ингушетия, 16,2% в Чеченской Республике, 17,0% в Московской области, 17,4% в Ленинградской области, до 40,9% в Еврейской автономной области, 39,6% в Республике Саха, 39,4% в Республике Калмыкия, 35,2% в Тульской области, 35,2% в Костромской области и 35,0% в Республике Тыва.

В 2013 году впервые взято на учет 2 819 детей в возрасте 0-14 лет, из них впервые выявленные опухоли составили 2 887, у детей в возрасте 0-17 лет – 3 299 и 3 388 соответственно.

Доля детей со злокачественными новообразованиями, выявленными активно, для возрастной группы 0-14 лет составила 5,5%, 0-17 лет – 6,1%.

Доля злокачественных новообразований с морфологически подтвержденным диагнозом в 2013 году составила 89,6% (2012 год – 93,2%) (0-14 лет) и 90,7% (2012 год – 93,3%) (0-17 лет).

Показатели распределения больных в возрасте 0-14 лет по стадиям опухолевого процесса составили: I стадия – 8,9% (2012 год – 7,9%), II стадия – 14,2% (2012 год – 15,6%), III стадия – 10,5% (2012 год – 11,4%), IV стадия – 9,3% (2012 год – 9,0%) (для возрастной группы 0-17 лет – 10,1 (9,1), 14,8 (16,3), 11,0 (11,3), 9,7 (9,1)% соответственно). Высокий удельный вес больных с не установленной стадией заболевания, составивший в 2013 году для детей 0-14 лет 57,1%, обусловлен тем, что около половины злокачественных новообразований у детей составляют гемобласты (0-17 лет – 54,4%).

Под наблюдением в 2013 году находились 15 360 пациентов в возрасте 0-14 лет (0-17 лет – 19 621). Показатель распространенности злокачественных новообразований в детской популяции до 15 лет в 2013 году составил 68,2 на 100 000 детского населения (0-17 лет – 73,4). Индекс накопления контингента детей 0-14 лет в 2013 году составил 5,4 (0-17 лет – 5,9), показатель летальности – 3,7 и 3,6%, показатель одногодичной летальности – 12,2% и 11,9% для детей в возрасте 0-14 и 0-17 лет соответственно (в 2012 году – 10,8 и 10,9%, в 2008 году – 16,0% и 15,3%).

Заболеваемость наркологическими расстройствами

В 2013 году специализированными учреждениями Минздрава России зарегистрировано 2 млн. 822 тыс. лиц с наркологическими расстройствами или 1 968,8 больных на 100 тыс. населения (2% общей численности населения). По сравнению с 2012 годом показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами снизился на 3,4%.

По сравнению с 2005 годом, когда наркологическими учреждениями страны было зарегистрировано максимальное число пациентов с наркологическими расстройствами (2 426,8 на 100 тыс. населения), данный показатель снизился на 18,9%.

Среди отдельных субъектов Российской Федерации максимальная заболеваемость (4 259,3 на 100 тыс. населения) зарегистрирована в

Сахалинской области, минимальная (306,6 на 100 тыс. населения) – в Республике Ингушетия (табл. 2.9).

Таблица 2.9

Субъекты Российской Федерации с максимальным и минимальным показателем числа пациентов с наркологическими расстройствами, зарегистрированных наркологическими учреждениями в 2013 году (на 100 тыс. населения)

Максимальные показатели		Минимальные показатели	
Сахалинская область	4259,3	Ингушская республика	306,6
Чукотский автономный округ	4212,3	Чеченская республика	729,0
Камчатская область	4027,5	г. Санкт-Петербург	829,2
Самарская область	3879,7	Республика Дагестан	1000,0
Ивановская область	3868,1	Республика Бурятия	1109,6
Магаданская область	3835,0	Республика Северная Осетия	1207,0
Республика Адыгея	3308,7	Кабардино-Балкарская Республика	1217,0
Брянская область	3144,3	г. Москва	1220,8
Ненецкий автономный округ	3091,9	Свердловская область	1321,7
Новгородская область	3090,7	Республика Карелия	1345,0

Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства составило 293 122 человека или 204,5 на 100 тыс. населения, что на 4,8% меньше аналогичного показателя 2012 года (307 626 человек или 214,8 на 100 тыс. населения). По отдельным субъектам Российской Федерации максимальный показатель (707,6 на 100 тыс. населения) зарегистрирован в Курганской области, минимальный (27,8 на 100 тыс. населения) – в Республике Ингушетия (табл. 2.10).

Среди лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства в 2013 году на долю пациентов с диагнозом наркомания пришлось 6,2 %.

Таблица 2.10

Субъекты Российской Федерации с максимальным и минимальным показателем числа лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства в 2013 году (на 100 тыс. населения)

Максимальные показатели		Минимальные показатели	
Курганская область	707,6	Ингушская Республика	27,8

Астраханская область	608,2	г. Санкт-Петербург	57,4
Пензенская область	463,2	Ставропольский край	88,8
Самарская область	450,0	Республика Северная Осетия Алания	102,8
Оренбургская область	448,6	Чеченская Республика	103,5
Сахалинская область	415,4	Карачаево-Черкесская Республика	106,2
Челябинская область	398,0	Краснодарский край	114,0
Магаданская область	397,7	Ростовская область	118,4
Брянская область	381,2	Омская область	119,5
Республика Калмыкия	370,2	Тамбовская область	121,9

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных – это лица больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями (80,8% от общего числа зарегистрированных пациентов). На пациентов с наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, пришлось 18,2%, токсикоманией и лиц, злоупотребляющих ненаркотические психоактивные вещества – 1,0%.

Число пациентов с алкоголизмом и алкогольными психозами, зарегистрированных наркологической службой в 2013 году, составило 1 853 тыс. человек, или 1292,4 на 100 тыс. населения, что составляет почти 1,3% общей численности населения.

В 2013 году впервые обратились за наркологической помощью 112,2 тыс. лиц с диагнозом алкоголизм, включая алкогольные психозы. Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом при этом составил 78,3 на 100 тыс. населения, по сравнению с 2012 годом (85,8) снизился на 8,7%.

Число пациентов с алкогольными психозами с впервые в жизни установленным диагнозом уменьшилось с 37,5 тыс. до 33,5 тыс. человек, или на 11,2%. Первичная заболеваемость алкогольными психозами в Российской Федерации снизилась с 26,2 до 23,4 на 100 тыс. населения, или также на 11%. В последние 10 лет наметилась выраженная тенденция к снижению этого показателя – по сравнению с уровнем 2004 г. (53,9) снижение в 2,3 раза.

Таким образом, в 2013 году произошло снижение показателя первичной заболеваемости как алкоголизмом, так и алкогольными психозами.

В 2013 году зарегистрировано около 325,7 тыс. лиц с диагнозом наркомании или 227,2 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2012 годом (232,3) этот показатель снизился на 2,0%. Кроме того, 207,2 тыс. человек в 2013 г. были зарегистрированы с диагнозом «употребление наркотиков с вредными последствиями». На 100 тыс. населения этот показатель в 2013 году составил 144,6. Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков (включая лиц, больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями) в 2013 году составило 532,9 тыс. человек, или 371,8 на 100 тыс. населения, по сравнению с 2012 годом данный показатель практически не изменился (372,5).

Из общего числа потребителей наркотиков в 2013 году 345 тыс. человек употребляли наркотики инъекционным способом, или 240,7 на 100 тыс. населения. Число зарегистрированных человек, употребляющих наркотики инъекционным способом за последний год уменьшилось с 361,9 тыс. человек в 2012 году до 345 тыс. человек в 2013 году. При этом показатель учтенной распространенности лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, по стране в целом снизился на 4,8% и составил 240,7 на 100 тыс. населения.

Из общего числа зарегистрированных человек, употребляющих наркотики инъекционным способом, инфицированы ВИЧ 59 549 человек (в 2012 г. – 57 833 человека).

Структура зарегистрированных пациентов, больных наркоманией по сравнению с предыдущим периодом практически не изменилась: подавляющее большинство составили больные с опийной зависимостью (82,4%), второе ранговое место заняла группа пациентов, включающая больных полинаркоманией и зависимых от других наркотиков, – 8,3%, больные с зависимостью от каннабиса заняли третье ранговое место – 7,3%. На четверном месте, как и в предыдущие годы, группа пациентов с зависимостью от психостимуляторов (амфетамины, кокаин и т.п.) – 2,0%.

В 2013 году динамика числа пациентов с болезнями зависимости по видам наркотиков имела различные тенденции: число больных опийной

наркоманией уменьшилось на 4% (280 244 человека в 2012 году и 268 321 – в 2013 году); каннабиноидной наркоманией увеличилось на 0,6% (соответственно 23 727 и 23 870 человек); при этом наблюдался значительный рост числа больных с зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией – почти на 14% (с 23 671 до 26 920 человек) и больных с зависимостью от психостимуляторов – на 31% (соответственно 4 941 и 6 477 человек).

Таким образом, как и в предыдущие годы, наиболее часто за наркологической помощью обращаются больные опийной наркоманией. Наряду с этим в течение последних лет наблюдается увеличение показателей общей заболеваемости каннабиноидной наркоманией, а также формами зависимости от других наркотиков и сочетаний наркотиков различных химических групп (полинаркоманией).

В 2013 году впервые в жизни обратились за наркологической помощью по поводу наркомании 18,1 тыс. человек. Показатель первичной заболеваемости наркоманией в 2013 году по сравнению в 2012 годом снизился на 9% и составил 12,6 на 100 тыс. населения. Самый высокий уровень этого показателя в течение последних 10 лет отмечался в 2007 году (20,7 на 100 тыс. населения), при этом с 2008 года наблюдалось его неуклонное снижение. В целом за период с 2007 по 2013 год показатель уменьшился на 39 %. Снижение первичной заболеваемости наркоманией в 2013 году было обусловлено в основном уменьшением числа впервые обратившихся лиц с опиоидной зависимостью.

Абсолютное число пациентов с диагнозом токсикомания, зарегистрированных наркологической службой в 2013 году, составило 11,0 тыс. человек. Показатель общей заболеваемости токсикоманией в Российской Федерации в 2013 году по сравнению с уровнем 2012 года увеличился на 17% и составил 7,7 на 100 тыс. населения.

Впервые в жизни обратились за наркологической помощью в 2013 г. 775 лиц с диагнозом токсикомания. Уровень первичной заболеваемости токсикоманией в 2013 году составил 0,5 на 100 тыс. населения, по сравнению с 2012 годом данный показатель не изменился.

В 2013 году в наркологической службе продолжилось снижение числа наркологических диспансеров, в том числе имеющих стационарные

подразделения; снизилось число многопрофильных учреждений, в составе которых функционируют наркологические отделения и кабинеты; уменьшилось число стационаров и число наркологических коек; продолжило снижаться количество психиатров-наркологов и обеспеченность населения этими специалистами.

В ряде случаев такое уменьшение связано с объединением и укрупнением наркологических диспансеров (Москва и некоторые другие крупные регионы). Однако следует отметить, что уменьшение числа диспансеров сопровождалось снижением мощности этих организаций, за последние 4 года этот показатель снизился на 17% (с 15 290 посещений в смену в 2009 году до 12 644 в 2013 году). Таким образом, наблюдается реальное снижение пропускной способности амбулаторного сектора наркологических организаций.

В 2013 году впервые за последние годы несколько возросло число многопрофильных организаций, имеющих в своём составе наркологические отделения и кабинеты (с 1 827 до 1 845). Этот факт следует считать явлением позитивным, поскольку организация наркологической помощи в многопрофильных медицинских организациях позволяет повысить доступность наркологической помощи для населения.

Наряду с этим продолжилось уменьшение учреждений, в составе которых функционируют подростковые наркологические кабинеты (отделения) – с 259 до 252.

В связи с увеличением объема работы по освидетельствованию граждан на состояние алкогольного, наркотического и иного опьянения в 2013 году возросло число организаций, на базе которых развернуты кабинеты экспертизы алкогольного и наркотического опьянения – с 487 до 615 (на 26%).

В последние годы наметилась тенденция снижения числа зарегистрированных и госпитализированных больных наркологического профиля, в том числе больных алкогольными психозами. Наряду с этим продолжился заметный рост числа поступивших в наркологические стационары больных психозами вследствие употребления наркотиков и ненаркотических психоактивных веществ, а также пациентов с синдромом

зависимости, связанным с употреблением других наркотиков и сочетаний наркотиков разных химических групп.

Заболеваемость туберкулезом

В 2013 году по сравнению с 2012 годом заболеваемость туберкулезом снизилась на 7,5% (с 68,1 до 63,1 на 100 тыс. населения), с 2008 года, когда отмечался пик показателя (85,1 на 100 тыс. населения), снижение составило 26,0%.

Заболевают туберкулезом преимущественно лица в возрасте 18-44 года (2013 год – 62,2%). Доля лиц, находящихся в учреждениях федеральной службы исполнения наказаний (далее – ФСИН), в структуре заболевших составила в 2013 году 10,2%. Мужчины составили 68,9% от всех заболевших. Иностранцы граждане (2,7%) и лица без определенного места жительства (2,3%) не повлияли на показатель заболеваемости туберкулезом. Сельские жители в 2013 году составили 28,7% от всех впервые заболевших туберкулезом.

Среди постоянных жителей России 12,1% пациентов имели ВИЧ-инфекцию. Показатель заболеваемости туберкулезом при сочетании с ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения России растет: в 2009 году – 4,4; в 2011 году – 5,6; в 2012 году – 5,9; в 2013 году – 6,5 на 100 тыс. населения.

Показатель рецидивов туберкулеза снизился на 2,8% (с 10,6 до 10,3 на 100 тыс. населения). Среди вставших на учёт пациентов преобладают пациенты с поздними рецидивами (2013 год – 63,6%), которые в большинстве случаев являются новым заболеванием, не связанным с первичным туберкулезным процессом.

В 2013 году по сравнению с 2012 годом отмечается снижение распространенности:

заболеваемости туберкулезом на 6,5% (с 157,7 до 147,5 на 100 тыс. населения),

туберкулеза с бактериовыделением на 6,5% (с 65,1 до 60,9 на 100 тыс. населения), а с 2005 года (86,4 на 100 тыс. населения) – на 29,5%,

наиболее тяжелой и эпидемиологически опасной формы – фиброзно-кавернозного туберкулеза легких на 9,7% (с 17,5 до 15,8 на 100 тыс. населения), а с 2005 года (24,8 на 100 тыс. населения) – на 36,3%.

Показатель заболеваемости туберкулёзом в расчете на 100 тыс. населения в 2013 году колеблется по федеральным округам Российской Федерации от 41,4 в Центральном до 115,3 в Дальневосточном; показатель распространённости туберкулёза – от 82,9 до 270,8 в тех же федеральных округах.

Среди впервые выявленных пациентов с диагнозом туберкулёз в 2013 году высока доля иностранных граждан в Москве (13,8%) и Санкт-Петербурге (18,1%), Калужской области (17,7%); лиц без определенного места жительства – в Москве (6,2%), Астраханской (5,3%), Новгородской (6,6%) и Саратовской (5,2%) областях; заключенных и подследственных – во Владимирской области (31,2%), республиках Коми (23,0%) и Мордовия (29,8%).

Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет снизилась впервые после 2009 года (14,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста) на 11,6% (с 16,4 до 14,5 на 100 тыс. населения соответствующего возраста). Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет также снизилась – на 4,0% (с 32,9 до 31,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста). Среди детей 0-14 лет преобладают лица в возрасте 7-14 лет (51,8%) и 3-6 лет (35,4%); дети раннего возраста (0-2 года) составили в 2013 году 12,8%.

Одновременно с ростом охвата населения профилактическими флюорографическими осмотрами сокращается выявляемость туберкулеза – с 0,86 на 1 000 осмотренных в 2007-2008 годах до 0,56 на 1 000 осмотренных в 2013 году. Число больных туберкулезом, выявленных при флюорографических обследованиях, сократилось с 55 161 в 2008 году до 39 758 в 2013 году, то есть на 15,4 тыс. человека (на 27,9%).

За последние годы существенно обновился парк флюорографических установок. Флюорографические исследования выполняются преимущественно на цифровых установках (2005 год – 18,9%; 2013 год – 78,6%) флюорографами, работающими менее 10 лет (2005 год – 38,3%; 2013 год – 79,5%). Качество осмотров улучшилось. Однако можно утверждать, что в субъектах Российской Федерации осматриваются в основном одни и те же контингенты – работающие, учащиеся, студенты, которых проще привлечь на осмотры. С группами риска по заболеваемости туберкулезом врачи первичного звена работают не на должном уровне.

В 2013 году по данным субъектов Российской Федерации не проведена флюорография два и более года 5,0% населения в возрасте 15 лет и старше (2012 год – 5,4%).

В 2013 году было сделано на пленочных флюорографах (9 898,2 тыс.) и цифровых аппаратах (60 505,7 тыс.) всего 70 403,9 тыс. флюорографических исследований. При этом охвачено профилактическими флюорографическими обследованиями 71 224,9 тыс. человек, то есть на 821,0 больше, чем было выполнено исследований.

Низкий охват населения методом флюорографии органов грудной клетки в Архангельской (43,3% от взрослых и подростков), Владимирской (37,7%), Калужской (39,1%), Ленинградской (37,5%), Московской (31,1%), Мурманской (44,0%), Псковской (43,9%), Томской (40,9%), Тульской (39,8%) областях, городе Санкт-Петербург (39,5%), Камчатском (38,7%) и Приморском (43,8%) краях, республиках Кабардино-Балкарской (38,0%), Карелия (36,9%) и Чеченской Республике (24,9%). Из федеральных округов – в Центральном (54,3%) и Северо-Западном (44,9%).

Продолжается рост числа больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Каждый десятый (12,5%) впервые выявленный и вставший на учет больной туберкулезом в 2013 году был также больным ВИЧ-инфекцией, на конец года – 10,7% больных туберкулезом имели ВИЧ-инфекцию. Среди умерших от туберкулеза, ВИЧ-инфекцию имели 7,5% больных, среди умерших от других причин – 35,0%. При этом практически все впервые выявленные больные туберкулезом (95,0%) и большая часть больных (82,7%), которые наблюдались в противотуберкулезной службе на начало 2014 года, были обследованы на антитела к ВИЧ.

Среди состоящих на конец 2013 года больных туберкулезом больше всего больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Свердловской (2 467 чел.), Иркутской (2 089 чел.), Кемеровской (1 336 чел.), Московской (1 109 чел.), Новосибирской (811 чел.), Оренбургской (890 чел.), Самарской (1 043 чел.) и Челябинской (840 чел.) областях, городах Москва (828 чел.) и Санкт-Петербург (931 чел.), Алтайском (958 чел.) и Пермском краях (711 чел.). В этих 12 субъектах Российской Федерации состоит на учете 14,0 тыс. больных с сочетанной патологией – 62,1% от всех больных, зарегистрированных в России (22 576 чел.).

В 2013 году отмечается стабилизация распространенности множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам среди контингентов, состоящих на учете на окончание года: 24,3 на 100 тыс. населения в 2012 году и 24,2 на 100 тыс. населения в 2013 году. Продолжается рост доли больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза – с 37,5 до 40,0%.

Высокая доля больных с множественной лекарственной устойчивостью среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза, в Архангельской (51,5%), Воронежской (52,8%), Калужской (64,2%), Ленинградской (50,4%), Мурманской (51,4%), Нижегородской (56,0%), Новгородской (57,2%), Новосибирской (53,1%), Пензенской (51,8%), Псковской (64,3%) и Томской (50,6%) областях; республиках Алтай (72,5%), Тыва (58,6%) и Хакасия (52,7%), Ямало-Ненецком АО (52,4%).

Среди впервые выявленных больных с множественной лекарственной устойчивостью в 2009-2013 годах также имеет место стабилизация показателя на уровне 4,0-4,1 на 100 тыс. населения и рост доли среди бактериовыделителей при туберкулезе органов дыхания – с 16,3 до 17,4%.

В большинстве случаев среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом легких бактериовыделение редко фиксируется культуральным методом: 2005 год – в 15,2%; 2012 год – в 22,9%; 2013 год – в 24,5% случаев. То есть лечение туберкулеза проводится без знаний о наличии или отсутствии лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам.

Одна из причин формирования множественной лекарственной устойчивости – низкая эффективность амбулаторного этапа лечения, которое осуществляется преимущественно без контроля за приемом противотуберкулезных препаратов со стороны медицинских работников.

Госпитализированы в дневные стационары в 2013 году 6,7% впервые выявленных больных туберкулезом и 5,5% больных, состоящих на учете на окончание года. При этом при выявлении заболевания у 39,6% больных туберкулезом легких нет ни деструкции легочной ткани, ни бактериовыделения (по форме туберкулеза такие больные могут лечиться в

условиях дневного стационара); на окончание года больных с такими малыми формами было 41,4%.

Госпитализированы в туберкулезные санатории в 2013 году 4,2% впервые выявленных больных туберкулезом и 6,8% больных, состоящих на учете на конец года.

Причина недостаточного развития замещающих стационар технологий во многих субъектах Российской Федерации в том, что число круглосуточных туберкулезных стационарных коек превышает потребность в них.

Таким образом, в Российской Федерации снижение показателя общей заболеваемости туберкулезом происходит на фоне улучшения организации профилактических осмотров на туберкулез и снижения доли запущенных форм туберкулеза среди лиц, с впервые выявленным диагнозом туберкулеза:

охват профилактическими осмотрами на туберкулез составил в 2013 году: всего населения всеми методами – 65,8% (2012 год – 65,7%); детей в возрасте 0-14 лет туберкулинодиагностикой – 84,7% (2012 год – 88,3%); подростков и взрослых флюорографией органов грудной клетки – 59,0% (2012 год – 58,3%);

в 2012-2013 годах доля посмертной диагностики туберкулеза составила 1,6%, одногодичная летальность вставших на учет больных – 3,0%. Уменьшилась доля больных, выявленных с распадом легочной ткани при туберкулезе легких (с 51,6% в 2005 году до 44,5 % в 2013 году).

Инфекционная заболеваемость

В 2013 году в Российской Федерации зарегистрировано снижение заболеваемости более чем по 28 нозологиям по сравнению с 2012 годом (в 2012 году – по 27 нозологиям). Наиболее существенное снижение отмечено по заболеваемости: коклюшем – на 37,4% (Костромская область 48,1%, Республика Северная Осетия Алания 47,3%, Ульяновская область 46,3%), гемморагической лихорадкой с почечным синдромом - на 36,5% (Тульская область 49,5%, Ульяновская область 46,6%, Республика Мордовия 26,9%, Чувашская Республика 26,1%), псевдотуберкулезом – на 33,5% (Иркутская область 48,2%, Кемеровская область 45,5%, Ленинградская область 44,4%), клещевым боррелиозом (болезнь Лайма) – на 31% (Московская область 47,8%, Калужская область 45,7%, Забайкальский край 44,7%),

эпидемическим паротитом – на 28,6% (Московская область 48,2%), бруцеллезом, впервые выявленным – на 26,7% (Республика Дагестан 33,6%, Ставропольский край 17,1%), сифилисом, впервые выявленным – на 12,4% (Ивановская область 38,5%, Оренбургская область 32,2%, Липецкая область 24,2%), острым вирусным гепатитом В – на 5,9% (Калининградская область 44,6%, Тверская область 35,1%, Ивановская область 34,9%, Республика Татарстан 32,4%), острым вирусным гепатитом С – на 3,6% (Волгоградская область 47,6%, Иркутская область 27,5%, г. Санкт-Петербург 19,8%), краснухой – в 5,6 раз (Ярославская область в 19 раз, г. Москва в 13,5 раза, Тюменская область 12,1 раза).

В 2013 году в связи с ухудшением эпидемической ситуации в Европейском районе и странах СНГ и многочисленными случаями проникновения кори в приграничные территории Российской Федерации и распространением ее среди не привитых лиц, отмечен рост заболеваемости корью на 10,2% по сравнению с 2012 годом. Показатель заболеваемости в 2013 году составил 1,62 на 100 тыс. населения по сравнению с 1,47 на 100 тыс. населения в 2012 году. Зарегистрировано 2323 случая кори в 57 субъектах Российской Федерации, из них 1032 случая – у детей до 17 лет. Наиболее высокие показатели зарегистрированы в Астраханской области, Рязанской области, Калужской области, Московской области, Республики Адыгея, Республики Дагестан, г. Москве.

РАЗДЕЛ 3. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В 2013 г. в государственной и муниципальной системе здравоохранения Минздрава России функционировало 7 300 медицинских организаций, в том числе: 4 398 (60,2 %) больничных организаций, 794 (10,9 %) диспансера, 1 395 (19,1 %) самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций и 713 (9,8 %) стоматологических поликлиник.

В ходе проводимой органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения реорганизации сети в 2013 году общее число медицинских организаций сократилось на 686 (8,6 %), в том числе: больничных – на 225 (на 4,9 %), диспансеров – на 46 (на 5,5 %), самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций – на 356 (на

20,3 %) и стоматологических поликлиник – на 59 (на 7,6 %).

Число больничных организаций составляет 83,3 %, из которых: 1 690 (38,4%) – центральные районные больницы, 922 (21,0 %) – городские больницы, 231 (5,3%) – специализированные больницы, 220 (5,0 %) – психиатрические и психоневрологические больницы, 206 (4,7 %) – районные больницы, 200 (4,6 %) – детские городские больницы, 191 (4,3 %) – областная, краевая, республиканская больница (включая детские).

В число диспансеров входят: противотуберкулезные – 235 (29,6 %), кожно-венерологические – 145 (18,3 %), онкологические – 101 (12,7 %), психоневрологические – 99 (12,5 %), наркологические – 96 (12,1 %) и лечебно-физкультурные – 81 (10,2 %).

Медицинские организации подчинения субъекта Российской Федерации составляют 5 472 (75,0 %), число организаций муниципального подчинения – 1 650 (22,6 %), федерального – 178 (2,4 %).

В 2013 г. в амбулаторно-поликлинических организациях (подразделениях) было выполнено 1 357 823 940 посещений врачей (включая профилактические). Из числа амбулаторных посещений 950 456 830 (70,0 %) было сделано по поводу заболеваний.

Число посещений 1 жителя в год в амбулаторно-поликлинических организациях осталось на уровне 2012 года – 9,5.

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

В 2013 году при 2 481 больничной организации было развернуто 7 737 мест с дневным пребыванием, пролечено 2 152 412 пациентов, средняя длительность лечения составила 10,5 дней.

В 2013 году в 3 871 амбулаторно-поликлинической организации было развернуто 154 578 мест дневного стационара, на которых было пролечено 4 425 304 больных со средней длительностью лечения 11,4 дня.

По сравнению с 2012 годом число организаций, имеющих дневные стационары, уменьшилось на 4,7 %, число мест, развернутых в них, увеличилось на 4,8 %, число пролеченных больных увеличилось на 5,0 %, а среднее число дней лечения сократилось на 0,9 % (с 11,5 койко-дня).

Число дней лечения в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических организаций составило 0,351 на одного жителя в год

(в 2012 году – 0,335).

Кроме того, при 1 454 медицинских организациях были организованы стационары на дому, в которых было пролечено 473 057 больных со средней продолжительностью лечения 11,2 дня.

По сравнению с 2012 г. число организаций, имеющих стационары на дому, уменьшилось на 4,8 %, при этом, число пролеченных больных увеличилось на 3,7%, а среднее число дней лечения не изменилось.

Число дней лечения в стационарах на дому составило 0,037 на одного жителя в год (в 2012 г. – 0,036).

В 2013 г. внебольничная помощь населению также оказывалась 2 704 станциями (отделениями) скорой медицинской помощи, в том числе 217 самостоятельными (8,0%). Число бригад скорой медицинской помощи составило 38 697, в том числе 23 612 (61,0 %) – фельдшерских.

По сравнению с предыдущим годом уменьшилось число станций (отделений) скорой медицинской помощи на 137 (на 4,8%), а общее число бригад сократилось на 542 (на 1,4 %). Число врачебных бригад сократилось на 964 (на 6,0%), а фельдшерских увеличилось на 432 (на 1,9 %). Обеспеченность врачебными бригадами скорой медицинской помощи сохранилась на уровне 0,11 на 1000 населения, фельдшерскими несколько возросла – с 0,16 до 0,17 на 1000 человек населения.

В 2013 году в Российской Федерации функционировало 36 225 фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов, на которых работали 38 580 физических лиц средних медицинских работников, в том числе 23 322 фельдшеров (60,5%). Всего на фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктах было выполнено 86 502 800 посещений (2,3 посещения на одного сельского жителя в год).

В течение 2013 года число фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов сократилось на 376 (на 1,0%), число работающего в них среднего медицинского персонала – на 2 695 (на 6,5%), в том числе фельдшеров – на 1 188 (на 4,8 %).

В 2013 году коечный фонд стационаров Российской Федерации уменьшился почти на 3% и составил 1 197 709 коек. Обеспеченность койками снизилась с 84,1 до 81,5 на 10 тыс. населения.

Обеспеченность койками в 2013 году по федеральным округам

находится в диапазоне от 72,6 в Северо-Кавказском федеральном округе до 90,5 на 10 тыс. населения – в Дальневосточном федеральном округе.

Наиболее высокий уровень обеспеченности койками отмечается в Смоленской – 95,0 и Орловской – 97,7 областях; Забайкальском – 96,3 и Камчатском краях – 106,0; Республиках Саха (Якутия) – 106,9 и Тыва – 117,4; Ненецком автономном округе – 121,5; Сахалинской – 120,8 и Магаданской – 125,6 областях и Чукотском автономном округе – 148,3 на 10 тыс. населения. Показатели обеспеченности койками в этих субъектах Российской Федерации на 16,6- 82,0% выше среднероссийских.

Различия между показателями обеспеченности населения субъектов Российской Федерации койками составляют 3,1 раза.

В 2013 году среднее число дней занятости койки в году сократилось на один день и составило 322 дня, что соответствует уровню загрузки 88,5%.

По федеральным округам показатель составил от 316 дней в Центральном федеральном округе до 328 дней в Приволжском федеральном округе.

Наиболее интенсивно работали койки в Республике Татарстан – 351 день; в Республике Адыгея – 347 дней; в Республике Дагестан – 344 дня; в Ставропольском крае – 343 дня; в Московской области – 341 день; в Нижегородской области – 336 дней; в Республике Башкортостан – 335 дней; в Астраханской области – 331 день и в Ульяновской области – 330 дней. Превышение среднероссийского показателя в этих регионах составило 5,9-9,0 %.

Наименее интенсивно (на 2,2-9,3% ниже среднероссийского значения показателя) работали койки в Кировской области – 320 дней, Курганской области – 317 дней; Смоленской области – 316 дней; Красноярском крае – 315 дней, Амурской и Тверской областях – 309 дней; Ростовской области – 307 дней; Кабардино-Балкарской Республике – 303 дня; Ярославской области – 301 день; Еврейской автономной области и Чеченской Республике – 300 дней; Ямало-Ненецком автономном округе – 298 дней; Ненецком автономном округе – 296 дней, г. Москве – 293 дня.

Различия между значениями показателя интенсивности эксплуатации коечного фонда составило 19,8%.

В 2013 году средняя длительность пребывания пациента в стационаре сократилась на 2,4% и составила 12,0 дней. Наименьшая – в Южном федеральном округе – 11,4 дня, наибольшая – в Дальневосточном федеральном округе – 12,8 дней.

В группу с наибольшей средней продолжительностью пребывания пациентов в стационаре вошли следующие субъекты Российской Федерации: Удмуртская Республика и Сахалинская область – по 13,3 дня; Камчатский край – 13,2 дня; Томская – 13,7 дней; Нижегородская – 13,6 дней; Орловская – 13,6 дней; Курганская – 14,2 дня; Магаданская – 13,7 дней; Костромская области – 13,9 дней и Чукотский автономный округ – 15,3 дня. Показатели этих субъектов превышают среднероссийские на 10,0-27,5%.

Наименьшая продолжительность пребывания пациента в стационаре отмечалась в Ленинградской – 10,9 дней, Пензенской – 11,2 дня, Самарской – 11,0 дней и Новосибирской областях – 11,7 дней; Ямало-Ненецком автономном округе – 10,9 дней; Чеченской Республике – 10,9 дней; республиках Мордовия – 10,9 дней и Адыгея – 10,5 дней; Тюменской области – 10,7 дней; Краснодарском крае – 10,6 дней; Республике Ингушетия – 10,5 дней; Саратовской области – 10,2 дня и Республике Алтай – 9,4 дня. Показатели этих субъектов на 2,5 - 21,7% ниже среднероссийских.

Различия между значениями показателя составляют 1,6 раза.

В 2013 году показатель больничной летальности вырос на 2,0% и составил 1,55% (в 2012 году – 1,52%).

Самая высокая (выше средней) больничная летальность регистрируется в медицинских организациях Северо-Западного федерального округа – 2,14% и Центрального федерального округа – 1,9%, самая низкая в Северо-Кавказском федеральном округе – 0,79%. В остальных округах значения показателей составляют 1,32 – 1,46%.

По субъектам Российской Федерации значение показателя свыше 2% отмечается в г. Санкт-Петербурге – 2,53 г., г. Москве – 2,25; в Ленинградской – 2,35; Псковской – 2,34; Московской – 2,25; Ярославской – 2,16; Новгородской – 2,18; Тверской – 2,12; Тульской – 2,08 областях; в Республике Карелия – 2,18.

Больничная летальность на уровне до 1% регистрируется в Забайкальском крае – 0,97; Республике Калмыкия – 0,96; Республике Марий

Эл – 0,92; Карачаево-Черкесской Республике – 0,92; Ханты-Мансийском автономном округе – 0,92; Республике Ингушетия – 0,77; Республике Саха (Якутия) – 0,73; Ямало-Ненецком автономном округе – 0,65; Кабардино-Балкарской Республике – 0,62; Чеченской Республике – 0,62; Республике Дагестан – 0,44.

Различие значений показателя больничной летальности по субъектам Российской Федерации составляет 5,8 раза.

РАЗДЕЛ 4. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

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

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» необходимо обеспечить к 2018 году снижение младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми.

В 2013 году в Российской Федерации показатель младенческой смертности составил 8,2 на 1000 родившихся живыми (за 2012 год – 8,6 на 1000 родившихся живыми).

Отмечается снижение показателя младенческой смертности за январь–декабрь 2013 года во всех федеральных округах Российской Федерации, кроме Дальневосточного федерального округа, где показатель младенческой смертности повысился на 1,9% и составил 11,0 на 1000 родившихся живыми. В Северо-Западном федеральном округе показатель младенческой смертности не изменился по сравнению с аналогичным периодом 2012 года и составил 6,2 на 1000 родившихся живыми.

В Северо-Кавказском и Сибирском федеральных округах показатель младенческой смертности снизился с 14,7 до 12,3, с 9,4 до 8,5 на 1000 родившихся живыми соответственно, но остался выше среднероссийского.

Наиболее низкие показатели младенческой смертности наблюдались в Санкт-Петербурге – 4,4, Чувашской Республике – 4,8, Пензенской области – 5,3, Тамбовской области – 5,5, Ханты-Мансийском автономном округе – 5,5, Кировской области – 5,6, Республике Коми – 5,8 Ленинградской области – 5,8, Краснодарском крае – 5,9, Сахалинской области – 6,0 на 1 000 родившихся живыми.

Наиболее высокие показатели младенческой смертности (10,0 и выше на 1000 родившихся живыми) отмечены в Чукотском автономном округе – 23,7, Еврейской автономной области – 18,9, Республике Тыва – 17,5, в Чеченской Республике – 17,3, в Республике Ингушетия – 13,8, в Республике Алтай – 12,9, в Республике Дагестан – 12,7, в Хабаровском – 12,4, Приморском – 11,7, Камчатском – 10,3 краях, в Ямало-Ненецком автономном округе – 10,4, в Карачаево-Черкесской Республике – 10,3, в Тверской – 10,0, Вологодской – 10,1, Амурской – 10,1 областях, в Республике Северная Осетия-Алания – 10,1.

Показатели младенческой смертности колеблются от 4,4‰ в Санкт-Петербурге до 23,7‰ в Чукотском автономном округе.

Устойчивое снижение младенческой смертности подтверждается результатами января-марта 2014 года – 7,7 на 1000, причем в 22 регионах показатель ниже 6, что соответствует уровню большинства зарубежных стран.

На уровень младенческой смертности влияет целый ряд факторов.

Прежде всего, это состояние материально-технической базы учреждений родовспоможения и детства. До настоящего времени в Российской Федерации сохраняется дефицит коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, оснащенных современным высокотехнологичным оборудованием.

Не полностью сформирована сеть перинатальных центров, в которых оказывается медицинская помощь наиболее тяжелому контингенту беременных, рожениц, родильниц и новорожденных детей.

Развитие материально-технической базы учреждений родовспоможения и детства должно базироваться на совершенствовании трехуровневой системы организации медицинской помощи. Трехуровневая система позволяет не только оказать максимально качественную помощь ребенку, но является и ресурсосберегающей моделью за счет

дифференциации нагрузки на базовые и высокотехнологичные учреждения. Для обеспечения деятельности этой системы, прежде всего, в территориях с низкой плотностью населения разрабатывается стратегия развития санитарной авиации.

В некоторых регионах Российской Федерации отсутствуют краевые, республиканские, областные детские многопрофильные больницы. В ряде регионов имеющиеся медицинские организации педиатрического профиля не соответствуют современным требованиям, позволяющим выхаживать детей первого года жизни с тяжелой патологией и, в первую очередь, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. По оперативным данным многие учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь детям, нуждаются в реконструкции, капитальном ремонте или строительства новых объектов. В рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения эта проблема была частично решена. Однако по данным регионов, бюджеты территорий не позволяют решить эту проблему.

Большое влияние на показатель младенческой смертности оказывает состояние первичной медико-санитарной помощи в регионе. В первую очередь, доступность данного вида помощи и обеспеченность врачами-педиатрами участковыми и узкими специалистами. Одновременно большое влияние имеет наличие скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также наличие санитарной авиации.

Наличие высококвалифицированных специалистов в учреждениях родовспоможения и детства оказывает огромное влияние на снижение показателя младенческой смертности. Успех в лечении тяжело больных новорожденных зависит от опыта и умения медицинских работников, причем, высокопрофессиональный сестринский уход за критически больными новорожденными влияет на успех, в определенной мере, даже больше, чем врачебное наблюдение, особенно, при выхаживании недоношенных детей.

Необходимо создание, развитие и поддержание симуляционных центров, дистанционных модулей, разработка учебно-методических комплексов для дистанционных образовательных технологий.

Еще одной причиной, оказывающей значительное влияние на уровень младенческой смертности, является состояние транспортной инфраструктуры

в регионах, особенно в сельской местности и в районах с низкой плотностью населения. Для своевременной транспортировки беременной женщины или новорожденного необходимо развитие транспортной инфраструктуры, включая медицинскую эвакуацию, с возможностью проведения в дороге реанимационных мероприятий.

Одним из резервов снижения младенческой смертности от управляемых причин является расширение Национального календаря профилактических прививок и приближение его к календарю развитых стран. Необходимо введение иммунизации детей первого года жизни против пневмококковой инфекции, ветряной оспы, что приведет к снижению смертности детей.

Только реализация всех перечисленных мероприятий в полном объеме может привести к приближению показателей материнской и младенческой смертности к уровню экономически развитых стран.

В целях снижения показателя младенческой смертности Министерство здравоохранения Российской Федерации считает целесообразным продолжить совместную работу федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по следующим направлениям:

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

развитие трехуровневой системы оказания медицинской помощи и маршрутизации беременных, рожениц, новорожденных и детей в соответствии с Порядками оказания помощи беременным, роженицам и детям;

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

В 2013 г. продолжалась реализация мероприятий, направленных на внедрение нового алгоритма комплексной пренатальной (дородовой)

диагностики нарушений развития ребенка. В реализации данного мероприятия в 2013 году участвовали 72 субъекта Российской Федерации.

Общий объем финансирования мероприятий по пренатальной (дородовой диагностике) за счет средств федерального бюджета в 2013 году составил 850,0 млн. рублей. В 2013 году по новому алгоритму пренатальной (дородовой) диагностики обследовано 1 102 840 беременных (76,7% от числа вставших на учет по беременности до 14 недель), выявлено 15 529 плодов с врожденными пороками развития.

В 2013 году продолжались мероприятия по закупке оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения. В реализации данного направления в 2013 году участвовали 83 субъекта Российской Федерации. Общий объем финансирования мероприятий по закупке оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга за счет средств федерального бюджета в 2013 году составил 614,4 млн. рублей.

В 2013 году в Российской Федерации обследовано более 1 849 тыс. новорожденных (более 95%, что отвечает требованиям ВОЗ и свидетельствует об эффективности проводимого мероприятия) на 5 наследственных заболеваний, из них выявлено 1 268 детей с врожденными наследственными заболеваниями (фенилкетонурия – 281, врожденный гипотиреоз – 518, адреногенитальный синдром - 194, галактоземия – 83, муковисцидоз – 192). Все дети взяты на диспансерный учет, получают необходимое лечение.

В 2013 г. обследовано для выявления нарушения слуха на I этапе скрининга 1 819 215 детей (96%) из 18 958 822 родившихся детей, выявлено 53 217 детей с нарушением слуха, на II этапе скрининга (углубленная диагностика) обследовано 40 000 детей, выявлено 5 659 детей с нарушением слуха.

Под динамическим диспансерным наблюдением в центре (кабинете) реабилитации слуха состоит 6 150 детей первого года жизни.

В целях сохранения здоровья детского населения страны в 2010 году в субъектах Российской Федерации организованы центры здоровья для детей, в которых проводится их обследование с учетом физиологических

особенностей детского возраста, обучение гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака, а также работа с семьей, в части развития ответственного родительства.

Основными задачами центров являются: проведение первичной диагностики; консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха; мотивирование граждан к отказу от вредных привычек, в том числе помощь по отказу от потребления алкоголя и табака.

В субъектах Российской Федерации открыты и принимают детей 204 центра здоровья для детей (193 за счет федерального бюджета). В центры здоровья для детей в 2013 году обратились 1 089 332 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет включительно (в 2012 году - 1064 222 детей). Из числа обратившихся, признаны здоровыми - 32,97% детей (в 2012 г. - 31,99%), с функциональными расстройствами - 67,03% (в 2012 г. - 68,01%).

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

По данным из субъектов Российской Федерации, число детей, прошедших 1 этап профилактических осмотров составило 14 124 950 детей, из них направлены на 2-й этап 654 306 детей, (дополнительные обследования в условиях амбулаторно-поликлинических организаций, стационара), в том числе 553 364 ребенка завершили 2-й этап профилактических осмотров.

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

здравоохранения и социальной защиты.

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

В 2013 г. число детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты, прошедших диспансеризацию в 2013 году, составило 280 537 ребенка

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

В соответствии с данным Порядком в 2013 году начато проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

В 2013 году число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, прошедших диспансеризацию, – 246 034.

На 31 декабря 2013 года в домах ребенка состояло на учете 3 358 детей первого года жизни (24% от общей численности детей в домах ребенка на конец года).

В структуре заболеваний детей первого года жизни в домах ребенка: болезни органов дыхания составляют 30,3%; болезни нервной системы – 14,2%; врожденные аномалии (пороки развития) деформации и хромосомные нарушения – 10,5%; болезни эндокринной системы – 7,2%; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 7,1%; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – 5,8%; болезни глаза и его придаточного аппарата – 4,5%; болезни

уха – 3,3%; болезни органов пищеварения – 2,6%; болезни мочеполовой – 2,2%; прочие – 11,5%.

Профилактические осмотры детей, находящихся в домах ребенка, выявили, что максимальное количество детей отстает в развитии как в психическом (1 858 детей первого года жизни), так и физическом (1413 детей первого года жизни). В среднем, на одного ребенка в домах ребенка приходится 4–5 заболеваний.

В 2013 г. умерло 115 детей первого года жизни в домах ребенка.

Дети-инвалиды составляют около 25% от общей численности детей в домах ребенка. В структуре инвалидности детей первого года жизни в домах ребенка ведущие ранговые места занимают врожденные аномалии (пороки развития) деформации и хромосомные нарушения, болезни нервной системы.

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, а также гинекологическим больным в 2013 году осуществлялось родильными домами (159), перинатальными центрами (56), женскими консультациями (1 591, из них 24 – самостоятельные), акушерско-гинекологическими кабинетами (3 373), центрами планирования семьи и репродукции (240).

В ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011-2013 годах в субъектах Российской Федерации осуществлялась реструктуризация учреждений родовспоможения. Мероприятия по оптимизации акушерского коечного фонда проводились с учетом числа родов, дифференцированного показателя длительности пребывания на койке в зависимости от группы учреждений родовспоможения, а также использования коечного фонда федеральных государственных учреждений.

В результате проведенных мероприятий количество акушерских стационаров I группы сократилось с 1 231 в 2012 г. до 1 177 в 2013 г. (при этом в большинстве учреждений родовспоможения I группы сохранены койки патологии беременности, а также родильные залы, что позволяет в случаях необходимости осуществить прием родов). Число акушерских стационаров II группы увеличилось с 636 в 2012 году до 666 в 2013 году. Количество акушерских стационаров III группы не изменилось и составило 112.

В 2013 году продолжалось сокращение коечного фонда учреждений родовспоможения. Общее число акушерских коек в Российской Федерации уменьшилось с 76 203 в 2012 г. до 73 473 в 2013 г. (то есть на 3,6%); показатель обеспеченности акушерскими койками сократился с 20,8 на 10 тыс. женщин фертильного возраста до 20,4.

Уменьшение коечного фонда произошло в основном за счет коек для беременных и рожениц, количество которых снизилось на 4,2% (с 39 461 в 2012 году до 37 814 в 2013 году). Одновременно число коек патологии беременности уменьшилось на 2,9% (с 36 742 до 35 659 соответственно) и доля коек патологии беременности в общем числе акушерских коек возросла с 48,2% в 2012 г. до 48,5% в 2013 г. Показатель обеспеченности койками для беременных и рожениц в стране за период 2012-2013 гг. снизился с 10,8 на 10 тыс. женщин фертильного возраста до 10,5, койками патологии беременности – с 10,0 до 9,9 на 10 тыс. женщин фертильного возраста соответственно.

Большинство акушерских коек (60%) развернуты в акушерских стационарах II группы. На долю акушерских коек в учреждениях родовспоможения I и III группы приходится по 20%.

В 2013 году продолжилось сокращение гинекологических коек в Российской Федерации (с 59 882 в 2012 году до 56 413 в 2013 г., то есть на 5,8%).

Число врачей акушеров-гинекологов в Российской Федерации уменьшилось с 38 483 в 2012 году до 38 059 в 2013 г., акушерок – с 59 982 до 59 127 соответственно. Показатель обеспеченности врачами акушерами-гинекологами в 2013 году составил 4,94 на 10 тыс. женского населения (в 2012 году – 5,01), акушерками – 7,7 на 10 тыс. женского населения (в 2012 году – 7,8).

Число врачей-неонатологов в 2013 г. составило 5 847 (в 2012 г. – 5 818), показатель обеспеченности врачами-неонатологами составил 30,96 на 10 тыс. соответствующего населения (2012 г. – 30,81).

Число врачей – педиатров в 2013 г. составило 51 262 (в 2012 г. – 52 165), показатель обеспеченности врачами-педиатрами на 10 тыс. населения в 2013 г. составил 19,05 (2012 – 19,38).

В 2013 году улучшилось качество диспансерного наблюдения беременных женщин. Доля женщин, поступивших для наблюдения в женские консультации до 12 недель, увеличилась до 85,3% (в 2012 г. – 84,6%). Доля женщин, не состоявших под наблюдением в женских консультациях, сократилась до 1,84% (в 2012 г. – 1,91%). Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности, возрос с 83,0% в 2012 г. до 83,8% в 2013 г. Число женщин, которым проведено скрининговое УЗИ плода, увеличилось с 96,3% в 2012 г. до 97,7% в 2013 г.. Доля женщин, у которых взята проба на биохимический скрининг, возросла с 75,4% в 2012 г. до 82,2% в 2013 г.

В результате принимаемых мер в 2013 году сохранялись тенденции снижения частоты отеков, протеинурии, гипертензивных расстройств у беременных женщин (с 16,7% к числу закончивших беременность в 2012 г. до 15,9% в 2013 г.), в том числе преэклампсии и эклампсии (с 1,57 до 1,50%), болезней мочеполовой системы (с 17,9 до 17,4%).

В то же время сохраняется рост частоты сахарного диабета у беременных (с 0,47 до 0,73%) и венозных осложнений (с 4,5 до 4,7%).

Доля нормальных родов в 2013 году составила 37,8% (в 2012 году – 38,2%).

Среди заболеваний, осложнивших течение родов и послеродового периода, в 2013 году уменьшилась частота кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде (с 10,9 на 1000 родов в 2012 г. до 10,6 в 2013 г.), послеродового сепсиса (с 0,38 до 0,28), разрывов матки (с 0,15 до 0,14), разрывов промежности III-IV степени (с 0,20 до 0,16). Вместе с тем, в 2013 году выявлено увеличение частоты кровотечений в связи с предлежанием плаценты на 10,2% (с 1,96 до 2,16) и в связи с преждевременной отслойкой плаценты – на 2,3% (с 8,8 до 8,6%).

Доля преждевременных родов в общем числе родов, принятых в 2013 г., составила 5,9%. Из числа преждевременных родов принято в перинатальных центрах 39,8% (в 2012 г. – 34,7%).

На фоне продолжающегося сокращения численности женского населения репродуктивного возраста (с 36,6 млн. в 2012 г. до 36,0 млн. в 2013 г.) отмечается ухудшение показателей здоровья женщин. Частота женского бесплодия в 2013 году возросла на 12,6% (к уровню 2012 г.).

Практически не снижается частота эндометриоза и расстройств менструации. В то же время сохраняется тенденция снижения заболеваемости сальпингитами и оофоритами (на 3,3% к уровню 2012 года).

Гинекологическая заболеваемость у подростков 15-17 лет в Российской Федерации характеризуется ростом частоты расстройств менструации (на 8% к уровню 2012 г.) и снижением частоты сальпингита и оофорита (на 4,6% к уровню 2012 г.).

В 2013 году в Российской Федерации сохранялась положительная динамика числа абортс. Общее число абортс по сравнению с 2012 годом в 2013 году снизилось на 5,8% и составило 881 377. Распространенность абортс на 1000 женщин 15-49 лет уменьшилась на 4,3% (с 25,6 в 2012 г. до 24,5 в 2013 г.).

Положительным моментом является увеличение в структуре абортс доли абортс, выполняемых медикаментозным методом (как более безопасных по сравнению с хирургическими), число которых возросло с 53 091 (5,7%) в 2012 г. до 71 387 (8,1%) в 2013 г.

Положительная динамика отмечается в снижении абсолютного числа абортс у первобеременных (с 80 760 в 2012 г. до 72 219 в 2013 г., то есть на 10,6%), артифициальных (с 644 882 до 582 041, то есть на 9,7%), неуточненных (с 42 679 до 38 515, то есть на 9,8%) и криминальных (с 264 до 162, то есть на 38,6%) абортс.

Число абортс у девочек до 14 лет включительно в 2013 г. снизилось на 12,6% (с 515 в 2012 г. до 450 в 2013 г.), у девушек 15-17 лет – на 16,6% (с 13 703 до 11 434).

Снижение абортс явилось результатом реализации комплекса мероприятий.

В 2013 году были продолжены мероприятия по созданию в женских консультациях кабинетов медико-социальной помощи, с введением должностей специалистов по социальной работе и психологов, основными функциями которых являются оказание медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам и девочкам, оказание медико-психологической помощи несовершеннолетним, подготовка к семейной жизни, осуществление мероприятий по предотвращению прерывания беременности, формирование у женщины сознания необходимости

вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности.

Число женских консультаций, имеющих в структуре кабинеты медико-социальной помощи, увеличилось с 688 в 2012 г. до 792 – в 2013 г.

С целью координации работы кабинетов медико-социальной помощи организуются центры медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Основной задачей таких центров является медицинская и социально-психологическая помощь женщинам в случаях незапланированной беременности, направленная на обеспечение позитивной альтернативы аборту.

По информации органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, в настоящее время функционирует 385 центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в которые в 2012 году было направлено (обратились) 119,0 тыс. женщин, в 2013 году – 202,6 тыс. женщин.

Дополнительные мероприятия, направленные на профилактику абортов, предусмотрены Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В частности, установлен срок, отведенный женщине после обращения в медицинскую организацию по поводу прерывания беременности, для обдумывания данного решения и получения консультации психолога и специалиста по социальной работе. При сроке беременности четвертая – седьмая недели и одиннадцатая – двенадцатая недели – женщине на обдумывание решения предоставляется 48 часов, а при сроке беременности восьмая – десятая недели - не менее семи дней.

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия.

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

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности был сокращен благодаря успехам, достигнутым в лечении

тяжелых экстрагенитальных заболеваний, (приказ Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2007 г. № 736). Исключено более 70 позиций, касающихся заболеваний, которые ранее являлись противопоказанием к сохранению беременности, что также оказывает влияние на уменьшение числа абортов.

С целью укрепления семьи, сохранения семейных ценностей и традиций, Министерством совместно с Фондом социально-культурных инициатив в течение 2009-2013 гг. во всех субъектах Российской Федерации проведена акция «Подари мне жизнь!». В рамках акции в женских консультациях, гинекологических отделениях, центрах планирования семьи и репродукции, дневных стационарах организуются лекции специалистов по вопросам о вреде аборта, его осложнениях, методах предупреждения абортов, сексуальном поведении. Медицинскими психологами проводятся беседы о влиянии абортов на психологическое состояние и семейную жизнь женщин, о правильном психологическом настрое на материнство.

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

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

С целью продолжения создания перинатальных центров в Российской Федерации распоряжением Правительства Российской Федерации от

9 декабря 2013 г. № 2302-р утверждена Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, предусматривающая строительство 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме 52 655,7 млн. рублей и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Распределение субсидии из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части мероприятий по строительству перинатальных центров утверждено распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 октября 2013 г. № 1873-р.

Дальнейшее развитие сети перинатальных центров обеспечит повышение доступности и качества медицинской помощи матери и ребенку, создаст условия для повышения удовлетворенности населения медицинской помощью, снижения материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

РАЗДЕЛ 5. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

Формирование и выполнение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальные программы) во всех субъектах Российской Федерации в 2013 году осуществлялось в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 (далее – Программа).

В 2013 году в Российской Федерации в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в рамках Программы, бесплатно получили медицинскую помощь в стационарных условиях 29,8 млн. человек (в 2011 году - 30,6 млн. человек, в

2012 году - 30,1 млн. человек), медицинскую помощь в дневных стационарах – 7,6 млн. человек (в 2011 году - 6,9 млн. человек, в 2012 году – 7,0 млн. человек). Общее число лиц, обслуженных скорой медицинской помощью, составило 40,6 млн. (в 2011 году - 47,9 млн., в 2012 году – 47,6 млн.).

В Программе на 2013 год изменились подходы к планированию медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. В качестве норматива объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, введены посещения с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), а также посещения по оказанию паллиативной и неотложной медицинской помощи.

Количество профилактических и иных посещений амбулаторно-поликлинических учреждений (с учетом посещений по дополнительной диспансеризации работающих граждан, детей-сирот и 14-летних подростков) в 2013 году – 490,0 млн. Объем посещений на одного жителя в целом по Российской Федерации составил 3,444 (от 1,776 посещения в Республике Тыва до 7,499 – в Костромской области). Количество посещений при оказании неотложной медицинской помощи составило 25,1 млн., объем посещений по неотложной помощи на одного жителя в целом по Российской Федерации составил 0,177 (от 0,004 посещения в Калининградской области и Удмуртской Республике до 0,703 – в Чувашской Республике). Не развита неотложная помощь в Республике Дагестан, Алтайском крае, Ненецком и Ямало-Ненецком автономных округах.

Впервые в 2013 году введена новая единица объема амбулаторной медицинской помощи – обращение, как кратность посещений при одном заболевании. Количество обращений по поводу заболеваний в целом по Российской Федерации составило 337,2 млн., в расчете на 1 жителя составляет 2,371 обращение (от 4,283 обращения в г. Москве до 0,758 до - в Калининградской области).

Объем стационарной медицинской помощи на одного жителя в целом по Российской Федерации составил 2,540 койко-дней (от 1,694 койко-дня в Республике Ингушетия до 3,739 - в Республике Тыва).

Объем медицинской помощи в дневных стационарах на одного жителя в целом по Российской Федерации составил 0,563 пациенто-дня (от 0,072

пациенто-дня в Республике Ингушетия до 0,900 - в Еврейской автономной области).

Объем скорой медицинской помощи на одного жителя в целом по Российской Федерации составил 0,317 вызовов (от 0,171 вызова в Республике Северная Осетия-Алания до 0,431 - в Еврейской автономной области).

В 2013 году в субъектах Российской Федерации продолжались мероприятия по формированию трехуровневой системы организации оказания медицинской помощи, в соответствии с которой медицинские организации первого уровня представлены максимально приближенными к месту жительства организациями, оказывающими медицинскую помощь при наиболее распространенных заболеваниях; медицинские организации второго уровня – специализированными межмуниципальными (межрайонными) центрами, в первую очередь для оказания экстренной и плановой специализированной медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения; медицинские организации третьего уровня – областными, краевыми, республиканскими больницами, специализированными диспансерами и центрами, оказывающими не только специализированную, но и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Учитывая важность своевременного оказания медицинской помощи больным с острыми и неотложными заболеваниями и состояниями, являющимися основной причинами смертности, повышенное внимание уделялось развитию в регионах сети межмуниципальных (межрайонных) центров.

В 2013 году были завершены начатые в 2011 году региональные программы модернизации здравоохранения, на которые было выделено более 664 млрд. рублей. Прежде всего, они были направлены на создание условий для оказания качественной медицинской помощи любой сложности на всей территории страны, в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи.

Всего за период реализации программ завершено строительство 101 учреждения, отремонтировано – почти 4 тыс., закуплено и уставлено более 389 тыс. единиц оборудования, в том числе более 700 магнитно-резонансных

и компьютерных томографов, более 6,5 тысяч единиц рентгеновской и ангиографической аппаратуры.

В целом, в 2013 году фондооснащенность государственных медицинских организаций в регионах страны повысилась в 2,5 раза, по сравнению с 2011 годом, и составила 19 тыс. рублей на 1 кв. м против 7,7 тысяч.

Совершенствование организации оказания первичной медико-санитарной помощи

Приоритетным направлением является повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации, так как именно в первичном звене оказывается 60 % всей медицинской помощи. Акцент при оказании первичной медико-санитарной помощи делается на профилактику неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами заболеваемости и смертности населения.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом возможности выбора гражданином врача и медицинской организации.

Особое внимание уделяется развитию сети фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, а так же офисов врача общей практики, укреплению материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, оптимизации маршрутизации пациентов по зоне ответственности медицинских организаций.

В целях достижения максимального приближения первой помощи сельскому населению в малонаселенных пунктах с числом жителей менее 100 человек, где отсутствуют фельдшерско-акушерские пункты, организовано 8 867 домовых хозяйств, на которые возложены функции по оказанию первой помощи.

Количество фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов в субъектах Российской Федерации в 2011-2013 годах снизилось на

746 единиц и составляет 36 225 единиц. При этом доступность первичной медико-санитарной помощи для населения была сохранена за счет открытия офисов врачей общей практики (семейных врачей), количество которых увеличилось с 4 605 единиц в 2011 году до 6 113 единиц в 2013, а также самостоятельных врачебных амбулаторий – с 310 единиц в 2011 году до 362 единиц в 2013 году. Кроме того, открытие офисов врачей общей практики (семейных врачей) и врачебных амбулаторий позволила приблизить врачебную помощь населению. Наилучшие результаты по развитию сети подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, достигнуты в Московской, Тверской, Тульской областях, Республике Дагестан, Республике Мордовия.

В настоящее время в субъектах Российской Федерации в целях приближения медицинской помощи населению, особенно в сельской местности активно внедряются выездные формы работы с использованием всех видов транспорта (автомобильный, железнодорожный, водный и воздушный). Для этих целей в субъектах Российской Федерации создано более 8 тыс. выездных медицинских бригад, которые оснащены портативным диагностическим оборудованием (ультразвуковые аппараты, электрокардиографы, лабораторные анализаторы и др.).

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

В 2013 году в медицинских организациях субъектов Российской Федерации эксплуатируется 1781 передвижное (автомобильное) подразделение, в том числе 58 передвижных амбулаторий, 7 передвижных фельдшерско-акушерских пунктов, 887 передвижных флюорографов, 80 передвижных маммографов и 174 стоматологические установки. Организована работа 555 врачебных бригад для проведения профилактических осмотров сельского населения.

Наиболее часто мобильные медицинские комплексы используют в субъектах Центрального, Приволжского и Сибирского федеральных округов.

Вместе с тем, необходимо отметить, что в ряде регионов мобильные медицинские комплексы отсутствуют (Вологодская, Оренбургская области, Республика Северная Осетия-Алания, Чеченская Республика, Чукотский автономный округ).

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

Так в Красноярском крае и Хабаровском крае в рамках государственно-частного партнерства с ОАО «Российские железные дороги» созданы и работают передвижной консультативно-диагностический центр «Доктор Войно-Ясенецкий (Святитель Лука)», поезд «Терапевт Матвей Мудров», оснащенные диагностическим оборудованием и укомплектованные специалистами для выполнения полной программы диспансерного обследования населения.

В Курганской области, Республике Бурятия, Новосибирской области так же работают поезда здоровья, а в Томской области, Республике Саха (Якутия), Хабаровском крае - теплоходы здоровья.

В Ханты-Мансийском автономном округе-Югра эффективно реализуются мероприятия по оказанию медицинской помощи населению в условиях консультативно-диагностической передвижной поликлиники на базе трехпалубного теплохода «Николай Пирогов».

Ежегодно в Новосибирской области проводится духовно-просветительская миссия Новосибирской епархии Русской Православной Церкви и министерства здравоохранения Новосибирской области – выезд врачей-специалистов на теплоходе «Андрей Первозванный».

Среднее посещение на 1 жителя Российской Федерации в год составило 9,5, при этом количество посещений с профилактической целью увеличилось с 2,6 на 1 жителя в год в 2012 году до 2,8 в 2013 году.

Число посещений к участковым терапевтам увеличилось на 3,3 %, а число посещений к врачам общей практики на 2,4 %.

Дальнейшая реализация мероприятий по повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи осуществляется в рамках региональных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Федерации, разработанных на основе комплексного межведомственного подхода формирования сети с учетом реальной транспортной доступности и климато-географических особенностей регионов, структуры населения и показателей его здоровья.

Особое внимание уделяется равнодоступности оказания медицинской помощи в сельской местности.

На территории Российской Федерации в сельской местности расположено 153 124 населенных пункта из них более 82 тысяч составляют населенные пункты численностью до 100 человек.

Медицинскую помощь сельскому населению в 2013 году оказывали в 991 больничном учреждении, 2 537 амбулаторно-поликлинических учреждениях, самостоятельных и входящих в состав других учреждений, из них: в 72 самостоятельных, 34 689 фельдшерско-акушерских пунктах, 1 536 фельдшерских пунктах, 363 врачебных здравпунктах, 2 577 фельдшерских здравпунктах, 5 931 отделении врача общей практики (семейного врача).

Из общего числа больничных учреждений: 206 районных больниц, 124 участковых больницы.

Кроме того, медицинская помощь сельскому населению Российской Федерации в 2013 году оказывалась в 1 690 центральных районных больницах, 696 из которых расположены в сельской местности.

Количество центральных районных больниц является достаточным, и в отношении этих учреждений проводится работа по приведению в соответствие их коечного фонда фактическим потребностям населения в соответствии с уровнем заболеваемости по отдельным профилям. Имеющийся дефицит сети медицинских подразделений на селе должен быть ликвидирован, причем не только путем строительства ФАПов, амбулаторий и т.д., но и за счет активного использования выездных форм работы, созданию домовых хозяйств первой помощи.

При этом оптимальная схема обеспечения всех сельских населенных пунктов медицинской помощью должна быть разработана на уровне каждого муниципального района в зависимости от реальной доступности, зависящей от возрастного состава проживающих, наличия дорог с твердым покрытием,

наличия пассажирского сообщения, возможности транспортировки в сложных климатических, в том числе сезонных погодных условиях.

Следует отметить положительный опыт по развитию сети первичной медико-санитарной помощи, в том числе маршрутизации пациентов в Воронежской, Омской, Калининградской, Новосибирской, Московской, Ивановской областях, в Республике Бурятия.

В последующие годы реализация мероприятий по развитию сети медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с утвержденными региональными программами развития здравоохранения субъектов Российской Федерации с учетом региональных особенностей, плотности населения, структуры заболеваемости населения, будут продолжены.

Скорая медицинская помощь населению

Всего в 2013 г. было выполнено 45 637 512 выездов скорой медицинской помощи, из них 51,0 % - самостоятельными станциями (отделениями) скорой медицинской помощи; и оказана помощь 45 839 939 лицам (0,320 на одного человека в год). По сравнению с 2012 г. сократилось число выездов - на 3,3 %, а число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах – на 3,5 %. Суммарная численность лиц, которым была оказана скорая медицинская помощь амбулаторно и при выездах уменьшилась на 4,2% и составила 48 051 845 человек.

Современный этап развития скорой медицинской помощи характеризуется развитием госпитального этапа, а также совершенствованием оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме. Эти тенденции нашли свое отражение в новом Порядке оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (далее – Порядок), утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н.

Порядком утверждены положения, регламентирующие деятельность стационарных отделений скорой медицинской помощи, в которых осуществляется оказание скорой медицинской помощи в условиях стационара, что позволит сократить поток непрофильных пациентов в специализированные отделения многопрофильного стационара путем перенаправления потока пациентов, не нуждающихся в лечении на

специализированных стационарных койках, в палаты динамического наблюдения и краткосрочного пребывания, способствуя тем самым более эффективному использованию коечного фонда медицинской организации.

Кроме того, утверждены положения об отделениях скорой медицинской помощи поликлиник, одной из основных функций которых является оказание скорой медицинской помощи в неотложной форме. Развитие данного направления будет способствовать снижению количества непрофильных вызовов, выполняемых станциями скорой медицинской помощи, прежде всего, в крупных городах субъектов Российской Федерации.

Еще одним нововведением Порядка является развитие санитарно-авиационной эвакуации, выполняемой авиамедицинскими бригадами скорой медицинской помощи.

Таким образом, в 2013 году были заложены основы, позволяющие обеспечить совершенствования скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

Открытие в субъектах Российской Федерации 2 411 пунктов неотложной медицинской помощи при медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, способствовало освобождению службы скорой медицинской помощи от выполнения несвойственных ей функций по оказанию неотложной помощи.

Так, наибольшее число пунктов неотложной медицинской помощи при медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, открыто в Свердловской области (315 пунктов), Кемеровской области (147 пунктов), Краснодарском крае (130 пунктов), Республике Башкортостан (119 пунктов).

Вместе с тем во Владимирской, Калужской, Орловской, Псковской областях, Еврейской автономной области, Ямало-Ненецком и Ненецком автономных, Чукотском округах, Республиках Ингушетия, Северная Осетия-Алания, Татарстан, Чеченской Республике, Алтайском крае пункты неотложной медицинской помощи при медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не открыты.

Мероприятия по дальнейшему развитию сети пунктов неотложной медицинской помощи при медицинских организациях, оказывающих

первичную медико-санитарную помощь, включены в региональные программы развития здравоохранения.

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

В 2013 году продолжалась реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пациентам, включая оказание специализированной медицинской помощи больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, туберкулезом, а также пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий.

Указанные мероприятия были включены в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и в разработанные на ее основе органами государственной власти субъектов Российской Федерации при методической поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации региональные программы развития здравоохранения.

Одновременно мероприятия, направленные на совершенствование оказания специализированной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, туберкулезом, а также пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий, в 2013 году являлись составной частью приоритетного национального проекта «Здоровье».

В субъектах Российской Федерации проводились мероприятия по оснащению медицинским оборудованием медицинских организаций онкологического профиля.

Реализация данных мероприятий осуществлялась в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 11 октября 2013 г. № 906 «О предоставлении субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации и федеральным государственным бюджетным учреждениям на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями», распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 г. № 2540-р «О распределении субсидий, предоставляемых в 2013 году из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями».

Минздравом России изданы приказы от 3 декабря 2013 г. № 903 «Об утверждении распределения в 2013 году субсидий, предоставляемых из федерального бюджета федеральным государственным бюджетным учреждениям, находящимся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, на финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями» и от 29 октября 2013 г. № 803н «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

Заключены соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, с 15 субъектами Российской Федерации. По всем соглашениям субсидии перечислены из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на общую сумму 6 438 150 тыс. рублей.

Минздравом России доведены ассигнования на сумму 480 000 тыс. рублей до подведомственного ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» в целях реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.

Мероприятия направлены на создание системы оказания онкологической помощи населению, ориентированной на раннее выявление онкологических заболеваний, организации системы учета и мониторинга состояния онкологических заболеваний и смертности. Медицинские организации онкологического профиля третьего уровня оснащались медицинским оборудованием.

Реализация мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» осуществлялась в 2013 году соответствии с Правилами предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств

субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2011 года № 1143, и постановлением Правительства Российской Федерации от 12 октября 2013 года № 914, которым были внесены изменения в указанные правила предоставления и распределения субсидий.

Распоряжением от 30 октября 2013 года № 2002-р были внесены изменения в распределение субсидий, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, утвержденное распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 года № 2541-р.

В 2013 году Министерством здравоохранения Российской Федерации были заключены 24 соглашения о предоставлении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Субсидии федерального бюджета в 2013 году были доведены до органов государственной власти субъектов Российской Федерации в полном объеме.

В рамках мероприятий предусматривалось расширение зоны обслуживания федеральных автодорог травмоцентрами трех уровней, позволяющее обеспечить эффективную работу системы этапного оказания медицинской помощи пострадавшим, в зависимости от степени тяжести полученных травм, и в максимально короткие сроки.

С учетом положений государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в 2013 году был предусмотрен переход от трассового принципа формирования травмоцентров к субъектовому с охватом не только федеральных автомобильных дорог, но и дорог регионального и межмуниципального значения с твердым покрытием.

Реализация в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий, осуществлялась в 2013 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 16 октября 2013 г. № 928 «О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий».

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий за счет средств федерального бюджета в 2013 году составило 4 771 208,9 тыс. руб., в том числе: 1 000 000,0 тыс. руб. – субсидии на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, 3 400 041,5 тыс. руб. – иные межбюджетные трансферты бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулеза и мониторинга лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и 371 167,4 тыс. руб. – субсидии федеральным государственным бюджетным учреждениям.

В связи с обращениями Федеральной службы исполнения наказаний и Российской академии медицинских наук, а также в целях продолжения реализации мероприятий по совершенствованию оказания помощи больным туберкулезом, и полноценного воздействия на все звенья эпидемического процесса, в том числе на группы больных туберкулезом, находящихся в ведении ФСИН России, Министерством здравоохранения Российской Федерации подготовлены предложения по внесению изменений в Федеральный закон о федеральном бюджете, согласно которым предусмотрено перераспределение бюджетных ассигнований для ФСИН

России и Российской академии медицинских наук на реализацию указанных мероприятий.

Федеральным законом от 7 июня 2013 года № 133-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» утверждено перераспределение бюджетных ассигнований для ФСИН России на реализацию Мероприятий в 2013 году в размере 80 000,0 тыс. руб. и Российской академии медицинских наук на реализацию мероприятий в 2013 году в размере 94 891,1 тыс. руб.

В 2013 году Министерством здравоохранения Российской Федерации были заключены 25 соглашений о предоставлении из федерального бюджета субсидий на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий.

Кроме того, в целях совершенствования оказания медицинской помощи больным с туберкулезом, Министерством здравоохранения Российской Федерации со всеми 83 субъектами Российской Федерации заключены соглашения о предоставлении в 2013 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулеза и мониторинга лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Предусмотренные для реализации мероприятия иные межбюджетные трансферты были доведены до субъектов Российской Федерации в полном объеме.

Мероприятия были направлены на улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу в Российской Федерации благодаря активному раннему выявлению больных туберкулезом и обеспечению для них полноценного курса лечения.

Для обеспечения возможности активного раннего выявления больных туберкулезом проводились мероприятия по улучшению материально-

технического оснащения лабораторий медицинских организаций фтизиатрического профиля. Кроме того, субъекты Российской Федерации обеспечивались противотуберкулезными и антибактериальными препаратами для лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

В целях повышения доступности и качества оказания специализированной медицинской помощи населению, и в связи с активным внедрением в практику стационарозамещающих технологий, выездных форм работы медицинских организаций, в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов, в 2013 году были продолжены мероприятия по оптимизации коечного фонда медицинских организаций, в том числе за счет сокращения неэффективно используемых коек, перепрофилирования коечного фонда в пользу наиболее востребованных профилей специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

При проводимой в регионах оптимизации коечного фонда Министерством здравоохранения Российской Федерации обращалось особое внимание органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья на необходимость учета заболеваемости и смертности, различный уровень транспортной доступности в разных регионах, климато-географические особенности, требующие сохранения коечного фонда в маломощных медицинских организациях, расположенных в труднодоступных малонаселенных местностях.

Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения в части оснащения медицинским оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи осуществлялось в рамках мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Всего за период, по состоянию на 1 января 2014 года, в рамках этого мероприятия современным медицинским оборудованием были оснащены почти 5,5 тыс. учреждений, поставлено около 390 тыс. единиц оборудования.

За счет реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания специализированной медицинской помощи населению, в 2013 году

в субъектах Российской Федерации с 1 054 до 1 409 увеличилось количество межмуниципальных специализированных центров. Количество коек в таких центрах по сравнению с 2012 годом выросло с 122 до 138 тыс. в 2013 году.

Количество коек в государственных учреждениях здравоохранения, полностью укомплектованных в соответствии со стандартами оснащения, в 2013 году выросло с 680 до 724 тыс., коек в межмуниципальных центрах – с 73 до 96 тыс. Доля коек кардиологического профиля, полностью укомплектованных в соответствии с порядками, в 2013 году возросла с 66 до 71 %, неврологического профиля для больных с острым нарушением мозгового кровообращения – с 78 до 82 %, онкологического профиля – с 78 до 85 %.

В целях повышения доступности для населения высокотехнологичной медицинской помощи приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1629н утвержден Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи на 2013 год.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в 2013 году осуществлялось за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

В соответствии с Федеральным законом от 3 декабря 2012 г. № 216-ФЗ «О федеральном бюджете на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» в расходах Министерства здравоохранения Российской Федерации были предусмотрены средства на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских учреждениях на 2013 год в объеме 50,1 млрд. рублей и субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации в объеме 5,5 млрд. рублей.

Порядок направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, с применением

специализированной информационной системы утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 28 декабря 2011 г. № 1689н.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2012 г. № 1312 «Об утверждении Правил финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных государственных бюджетных учреждениях за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации» утвержден порядок финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных государственных бюджетных учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук, за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации.

Совместным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Федерального медико-биологического агентства и Российской академии медицинских наук от 29 декабря 2012 г. № 1630н/642н/353/96 утверждены плановые объемы высокотехнологичной медицинской помощи для федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук, на 2013 год.

Правила предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 21 декабря 2011 г. № 1062.

Число медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств федерального бюджета в 2013 году, увеличилось до 411. Из них 122 федеральные медицинские организации и 289 медицинских организаций, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

В 2013 году высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств федерального и региональных бюджетов оказана 505 018 пациентам. При этом федеральными государственными бюджетными учреждениями пролечено 338 739 пациентов, а медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации пролечено 166 279 пациентов. В том числе пролечено 79 450 детей, что составляет 15% от всех пролеченных.

Обеспеченность граждан Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощью за счет средств федерального бюджета в 2013 году составила 352,3 пролеченных больных на 100 тыс. человек.

В целях повышения информированности пациентов о видах высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими учреждениями, адресах и интернет-сайтах данных учреждений и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, нормативных правовых актов, регулирующих оказание высокотехнологичной медицинской помощи, Министерством здравоохранения Российской Федерации в постоянном режиме актуализируется Открытый портал для пациентов, получивших талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, размещенный в сети Интернет по адресу: <http://talon.rosminzdrav.ru>.

Развитие медицинской реабилитации

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые введено понятие медицинской реабилитации, предусматривающей создание системы по формированию, активному сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения Российской Федерации, реализацию потенциала здоровья для ведения полноценной производственной, социальной и личной жизни, снижение темпов старения, преждевременной смертности, заболеваемости,

инвалидизации населения, увеличение средней продолжительности и качества жизни, а также улучшение демографической ситуации в стране.

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

Для создания и развития единой системы оказания специализированной, преемственной, максимально индивидуализированной, управляемой помощи по медицинской реабилитации при основных инвалидизирующих заболеваниях и повреждениях органов и систем в Российской Федерации утвержден приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».

В 2013 году с участием субъектов Российской Федерации проведены:

25-26 марта 2013 г. – всероссийское совещание «Медицинская реабилитация как средство снижения смертности и инвалидизации населения» (г. Чебоксары);

в июле 2013 г. – совещание «Организация системы медицинской реабилитации» с привлечением главных внештатных специалистов Минздрава России по профилям кардиология, неврология, травматология и ортопедия, онкология, неонатология;

в сентябре 2013 г. – в г. Москве XI Международный конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение – 2013»;

XI Международный конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение – 2013», в рамках которого проведено обучение профессорско-

преподавательского состава медицинских федеральных высших учебных заведений Российской Федерации по разделу «Медицинская реабилитация».

Охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов, от числа нуждающихся, составил 72%, что соответствует запланированному показателю.

Развитие санаторно-курортного лечения

По данным Государственного реестра в 2013 году было зарегистрировано 1545 санаторно-курортных учреждений различных форм собственности с общим коечным фондом 355 545 коек.

В 2013 году в 46 санаторно-курортных учреждениях, подведомственных Минздраву России, было оказано санаторно-курортное лечение 111 708 пациентам, из них 64 976 – детям.

Из них, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 27 марта 2009 г. № 138н «О порядке организации работы по распределению путевок и направлению больных из учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России» в 2013 году на санаторно-курортное лечение был направлен 10 441 пациент, имеющий статус инвалида, из них 4 967 – дети-инвалидам.

Оказание паллиативной помощи

В целях совершенствования оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению утверждены приказы Минздрава России:

от 11 марта 2013 г. № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»;

от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций», ведена новая медицинская организация - «центр паллиативной медицинской помощи».

В 2013 году были проведены мероприятия, направленные на:

формирование системы оказания паллиативной медицинской помощи и ее структурных подразделений в субъектах Российской Федерации с учетом научно-обоснованной потребности – 100 коек на 1 млн. населения;

подготовку медицинских работников по паллиативной медицинской помощи;

создание материально-технической базы службы паллиативной медицинской помощи в соответствии приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»;

разработку и внедрение информационных систем и мониторинга функционирования системы организации оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам.

Организация службы паллиативной медицинской помощи населению находится в ведении субъектов Российской Федерации и осуществляется в соответствии с региональными программами развития здравоохранения. В 2013 году из 83 субъектов Российской Федерации в 74 организованы и функционируют: кабинеты паллиативной медицинской помощи – 83, выездные бригады – 117, дневной стационар паллиативной медицинской помощи – 9, отделения паллиативной медицинской помощи – 159, хосписы - 31, детские отделения паллиативной медицинской помощи – 24, детские хосписы - 5, центры паллиативной медицинской помощи – 2, отделения сестринского ухода – 149.

В 2013 году Минздравом России впервые в статистические отчетные формы введены показатели по оказанию паллиативной медицинской помощи (форма № 62 - фактические объемы и финансирование медицинской помощи, финансирование лекарственного обеспечения).

14 февраля 2013 года создана первая в Российской Федерации кафедра паллиативной медицины на факультете последипломного образования Московского медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (приказ ректора от 14 февраля 2013 года № 76-ОД). С мая 2013 года

ежемесячно проводится повышение квалификации врачей лечебных специальностей по вопросам паллиативной медицинской помощи, обучено 263 специалиста, из них 29 - из субъектов Российской Федерации.

Учитывая необходимость подготовки квалифицированных кадров для медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в субъектах Российской Федерации, рассматривается вопрос об открытии курсов и кафедр паллиативной медицины и разработке программ дополнительного профессионального образования для врачей и среднего медицинского персонала.

Министерство здравоохранения Российской Федерации проводит работу по повышению доступности опиоидных анальгетиков для пациентов. С этой целью в июне 2012 года создана постоянная рабочая группа по подготовке предложений о внесении изменений в нормативно-правовые акты в сфере оборота наркотических и психотропных лекарственных средств. Утвержден приказ от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядок оформления указанных бланков, их учета и хранения (вступил в силу с 13 июля 2013 г.). Данный документ направлен на упрощение требований к назначению, хранению и учету наркотических лекарственных препаратов, используемых с целью обезболивания, в частности:

предусмотрено увеличение до 2-х раз количество выписываемых наркотических и психотропных лекарственных препаратов при оказании пациентам паллиативной медицинской помощи;

определено, что назначение наркотических и психотропных лекарственных препаратов производится пациентам с выраженным болевым синдромом любого генеза самостоятельно медицинским работником, либо медицинским работником по решению врачебной комиссии (в случае принятия руководителем медицинской организации решения о необходимости согласования назначения с врачебной комиссией);

предусмотрена норма о возможности назначения либо выдачи одновременно с выпиской из истории болезни наркотических и психотропных лекарственных препаратов на срок приема пациентом до 5 дней, в отдельных случаях по решению руководителя медицинской

организации при выписывании пациента, имеющего соответствующие медицинские показания и направляемому для продолжения лечения в амбулаторных условиях;

предоставлено право выписки рецептов на комбинированные кодеинсодержащие лекарственные препараты больным с хроническими заболеваниями на курс до двух месяцев;

увеличены нормы выписывания на 1 рецепт на омнопон, промедол, буторфанол, фентанил;

исключена норма об обязательности прикрепления больного, получающего наркотический анальгетик, к конкретной медицинской и аптечной организации.

С января по июнь 2013 года во всех федеральных округах Российской Федерации проведена Всероссийская научно-практическая конференция «Паллиативная медицинская помощь в Российской Федерации», организованная Российской Ассоциацией паллиативной медицины. В работе конференции приняли участие более 1 500 представителей медицинского сообщества из 47 субъектов 8 федеральных округов Российской Федерации.

Реализация мероприятий по развитию паллиативной медицинской помощи в 2013 году позволила достичь показателя обеспеченности койками для ее оказания для взрослых в Российской Федерации – 0,22 койки на 10 тыс. взрослого населения (в 2012 году – 0,09 коек на 10 тыс. взрослого населения).

Наиболее высокий уровень обеспеченности койками для оказания паллиативной медицинской помощи для взрослых в Курской области (2,89 коек на 10 тыс. взрослого населения), Белгородской области (1,97 коек на 10 тыс. взрослого населения) и Костромской области (1,86 коек на 10 тыс. взрослого населения).

Обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи детям в Российской Федерации составляет 0,14 коек на 10 тыс. детского населения (в 2012 году – 0,06 коек на 10 тыс. детского населения). Наиболее высокий уровень обеспеченности койками для оказания паллиативной медицинской помощи детям в Магаданской области (1,01 койка на 10 тыс. детского населения), Кемеровской области (0,73 койки

на 10 тыс. детского населения) и Белгородской области (0,67 коек на 10 тыс. детского населения).

С 2011 года в Республике Татарстан работает выездная служба помощи детям, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, а с 2012 года открыт детский хоспис в здании Казанского детского терапевтического санатория № 4.

В Волгоградской области на базе областного клинического хосписа, рассчитанного на 100 коек, работает педиатрическое паллиативное медицинское отделение на 20 коек и выездная служба, помощь оказывается детям с различными заболеваниями.

В г. Москве с 2011 года осуществляет работу выездная служба детского хосписа при Московской Марфо-Мариинской обители милосердия.

Детей в тяжелой стадии онкологических заболеваний принимает Первый московский хоспис. Хоспис работает в формате стационара (ребенку и сопровождающему предоставляется отдельная палата) и выездной службы на территории Москвы. Здесь также организована круглосуточная бесплатная консультация врача - специалиста по паллиативной медицинской помощи.

В настоящее время в медицинских организациях субъектов Российской Федерации функционирует более 350 паллиативных коек для детей.

В 2013 году в субъектах Российской Федерации были организованы и функционируют 24 детских отделения паллиативной медицинской помощи, 5 детских хосписов.

Минздравом России создана рабочая группа по разработке Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям. В настоящее время разработан проект приказа «Об утверждении Порядка оказания паллиативной помощи детям», который неоднократно обсуждался на заседаниях Рабочей группы по взаимодействию Министерства здравоохранения Российской Федерации с благотворительными и иными профильными социально ориентированными некоммерческими организациями по паллиативной помощи.

Развитие паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации в дальнейшем неразрывно связано с разработкой и внедрением информационных систем и мониторинга функционирования системы организации оказания данного вида медицинской помощи неизлечимо

большим гражданам и является одним из приоритетных направлений деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Информатизация здравоохранения

Наряду с укреплением материально-технической базы учреждений в субъектах Российской Федерации, осуществлялись мероприятия по внедрению современных информационных систем.

Было приобретено более 374 тыс. единиц компьютерной техники, организовано 629 тыс. портов локальных вычислительных сетей.

Мероприятия по введению электронного паспорта медицинского учреждения завершены в 5,8 тыс. учреждений здравоохранения.

Более чем в 7,3 тыс. медицинских организаций обеспечена возможность ведения электронной медицинской карты. В 2013 году в федеральный сервис загружено более 36 млн. электронных медицинских карт, что составляет на сегодняшний день около 26% численности населения страны.

В 5,7 тыс. медицинских организаций внедрён сервис «Запись на приём к врачу в электронном виде». С момента его ввода в эксплуатацию в декабре 2012 года с его помощью учтено 254,8 млн. посещений. Каждый пятый визит в амбулаторное учреждение сейчас осуществляется через систему электронной записи (из 1,3 млрд. посещений 2013 года). При этом 49 млн. россиян записалось на прием через Единый портал государственных услуг.

В 2013 году создано и апробировано электронное рабочее место врача, связанное со всеми необходимыми врачу информационными ресурсами, нормативными базами, системами помощи в принятии решений, а также позволяющее существенно сократить бумажный документооборот и перераспределить рабочее время врача с высвобождением времени для непосредственного контакта с пациентом. В настоящее время доступ к личному кабинету получили 26 985 медицинских работников. Данная система должна быть внедрена всеми регионами до конца 2014 года. Это особенно важно с учетом перехода на клинико-статистические группы, описание которых будет доступно в электронном виде через электронное рабочее место врача.

Созданная Федеральная электронная медицинская библиотека, доступная каждому врачу в сети Интернет, в 2013 году пополнилась более 5 млн. страниц электронных изданий.

Существенное развитие получили технологии дистанционного консультирования. В телемедицинскую сеть уже подключены более 5,1 тыс. учреждений. Начат обмен телемедицинскими файлами и данными системы электронного документооборота.

Спутниковой навигацией ГЛОНАСС оснащены 19 840 машин скорой помощи и 2 659 станций. В результате, число дистанционных консультаций с передачей ЭКГ возросло более чем в 2 раза. А число ранних активных вмешательств на догоспитальном этапе, в том числе жизнеспасающего тромболизиса, увеличилось на 23%.

Одним из приоритетных направлений информатизации в 2013 году стало создание унифицированного программного обеспечения для скорой медицинской помощи, которое позволит полностью автоматизировать деятельность служб и центра медицины катастроф. Апробация данного программного обеспечения проведена в 5 субъектах Российской Федерации (в Белгородской, Тамбовской, Пензенской, Волгоградской и Костромской областях) и охватила более 200 станций скорой помощи и более 1000 бригад. Это позволило существенно сократить время доезда машины до места вызова и время довоза пациента. В настоящее время данное решение бесплатно передано для использования во все субъекты Российской Федерации.

Для более эффективной работы скорой медицинской помощи регионам необходимо в ближайший год провести комплексное оснащение территориальных центров медицины катастроф аппаратными комплексами на основе технологии ГЛОНАСС, а также обеспечить использование указанного унифицированного программного обеспечения для всех станций скорой медицинской помощи.

РАЗДЕЛ 6. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Вопросы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан регулируются Федеральными законами от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О

государственной социальной помощи» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Численность граждан имеющих право на обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с Федеральным законом № 178-ФЗ, по состоянию на 1 января 2013 года, составила 3 621 641 человек, по состоянию на 1 декабря 2013 года - 4 223 619 человек (прирост численности составил 14,3 %).

На территории Российской Федерации, по состоянию на 31 декабря 2013 года, в реализации государственных программ льготного лекарственного обеспечения были задействованы: 10 672 пункта отпуска (в том числе 3 586 ФАПов), 10 426 медицинских организаций, 245 538 врачей и 17 535 фельдшеров, осуществляющих выписку лекарственных препаратов.

Общий объем денежных средств, предусмотренных в виде субвенций и иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных полномочий, с учетом корректировки численности граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в 2013 году составил 44, 062 млн. руб.

В рамках осуществления субъектами Российской Федерации переданных полномочий по организации льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в субъекты Российской Федерации поставлены лекарственные препараты на общую сумму 45 162 601 тыс. руб., что на 12% больше объемов поставок в 2012 года, выписано 53 572 338 рецептов (на 5% меньше, чем в 2012 году), из которых обеспечены 53 467 749 рецептов на сумму 45 568 497 тыс. руб. (на 7,7% больше, чем за аналогичный период 2012 года), в том числе 3 213 905 рецептов на сумму 9 150 229 тыс. руб. за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Основным индикатором качества и своевременности лекарственной помощи льготным категориям граждан является количество рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении в аптечных учреждениях.

По данным Федеральной службы в сфере здравоохранения, по состоянию на 31 декабря 2013 г. в Российской Федерации на отсроченном обеспечении находилось 4 559 рецептов (в 2012 году – 18 513 рецептов).

Наибольшее количество рецептов на отсроченном обеспечении наблюдается: в Кировской области – 771 рецепт (0,14% от общего количества рецептов, предъявленных в аптечные учреждения); в Московской области – 705 рецептов (0,06%); в Пермском крае – 392 рецепта (0,03%); в Мурманской области – 360 рецептов (0,22%); в г. Санкт-Петербурге – 205 рецептов (0,02%); в Республике Хакасия – 194 рецепта (0,20%).

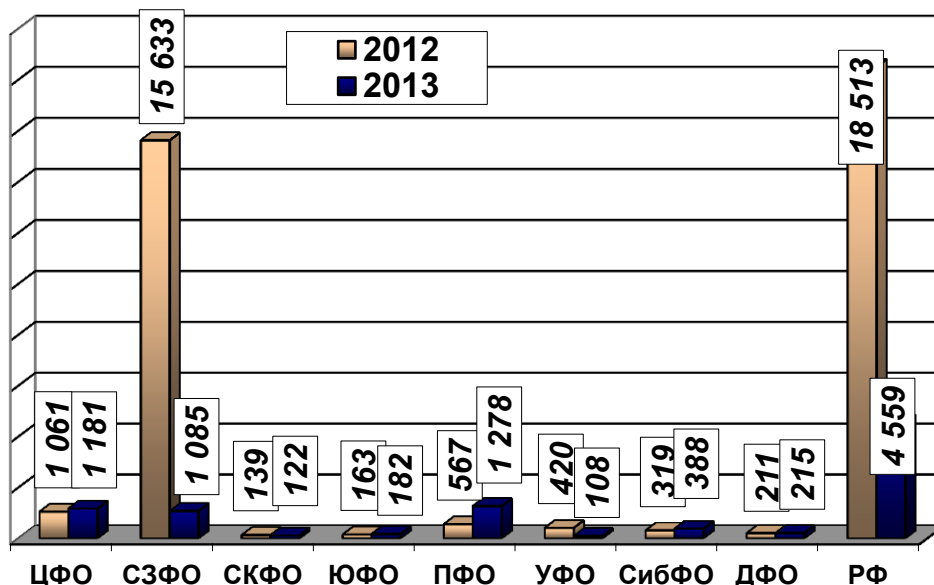
В Чеченской Республике 11 рецептов зарегистрированы на отсроченном обеспечении, при этом по 1 640 рецептам отказано в обеспечении (0,86% от общего количества рецептов, предъявленных в аптечные учреждения).

Также, необходимо обратить внимание на то, что в ряде регионов значительное количество выписанных рецептов не были обеспечены и не зарегистрированы на отсроченном обслуживании.

По состоянию на 31 декабря 2013 г., наибольшее количество таких рецептов наблюдалось: в Московской области – 27 116 рецептов (2,4% от общего объема выписки); в Чеченской Республике – 17 867 рецептов (8,5%); в Республике Ингушетия – 5 620 рецептов (3,7%); в Санкт-Петербурге – 5 571 рецепт (0,4%); в Пензенской области – 4 497 рецептов (2,4%); в Республике Тыва – 3 943 рецептов (3,2%); во Владимирской области – 3 190 рецептов (1,6%).

В отдельных субъектах Российской Федерации при значительном количестве таких рецептов в объеме общей выписки на отсроченном обеспечении рецепты не указывались, либо указывались в единичном количестве – Республика Ингушетия, Пензенская, Магаданская, Владимирская, Орловская области, Республика Тыва и др., (рис. 1).

Рис. 1 Количество рецептов на отсроченном обеспечении (в абсолютных показателях) в разрезе федеральных округов по состоянию на 31.12.2013 в сравнении с 2012 годом



Средняя стоимость одного выписанного рецепта в 2013 году в среднем по Российской Федерации составила 852,26 руб. (в 2012 году – 757 руб.); для детей – 2 464, 66 руб., для инвалидов и участников ВОВ – 395,34 руб., для граждан старше трудоспособного возраста - 620,9 руб.

Наиболее высокая средняя стоимость рецепта, превышающая 1 000 руб. отмечена в 27 регионах, в том числе: в Чеченской Республике – 2 387 руб.; в Московской области – 1 946 руб.; в Республике Дагестан – 1 776 руб.; в Санкт-Петербурге – 1 626 руб.; в Республике Хакасия – 1 560 руб.; в Ленинградской области – 1 520 руб.; в Кабардино-Балкарской Республике – 1 474 руб.; в Краснодарском крае – 1 380 руб.

Доля рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении в аптечных учреждениях в целом по Российской Федерации в 2013 году, составила 0,01% (в 2012 году – 0,03%).

Одним из количественных показателей, на основании которого можно провести оценку полноты и качества осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий по льготному лекарственному обеспечению, является динамика обращений граждан.

По состоянию на 31 декабря 2013 г., в Росздравнадзор поступило 2 174 обращения граждан по вопросам лекарственного обеспечения (12,4% от общего количества обращений), что на 19% меньше аналогичного показателя 2012 года.

Подавляющее большинство обращений поступило по вопросам отсутствия необходимых лекарственных препаратов в аптечных организациях (59%), отказов в выписке рецептов (25%), выписке препаратов-синонимов (12%), длительного отсроченного обеспечения (13%). Кроме того, 7% поступающих обращений затрагивали вопросы применения цен на лекарственные препараты.

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ предусмотрено отдельное финансирование из федерального бюджета расходов на централизованную закупку дорогостоящих лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей. В целях учета этих лиц Минздрав России осуществляет ведение Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (далее Федеральный регистр) с использованием информационных технологий.

Численность Федерального регистра по состоянию на 1 января 2013 г. составила – 114 194 чел., по состоянию на 31 декабря 2013 г. – 132 393 чел. (прирост численности Федерального регистра по всем нозологическим формам составил 13,7 %).

Министерством здравоохранения Российской Федерации в установленные сроки проведены открытые аукционы на право заключения государственных контрактов на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей в рамках централизованной закупки для нужд федеральных учреждений здравоохранения, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству, а также организаций, определенных органами исполнительной

власти субъектов Российской Федерации, на основании утвержденных потребностей (основной и дополнительной) на 2013 год, а также на 2014 год.

Заключено 155 государственных контрактов по потребности 2013 года. Обязательства по ним исполнены в полном объеме, срывов поставок не было.

В целях лекарственного обеспечения больных, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей в 2013 году в субъектах Российской Федерации выписано 701 648 рецептов (на 11% больше, чем в 2012 году), обеспечено 701 187 рецептов на общую сумму 37 561 601 тыс. руб. (на 12,7% больше, чем в 2012 году).

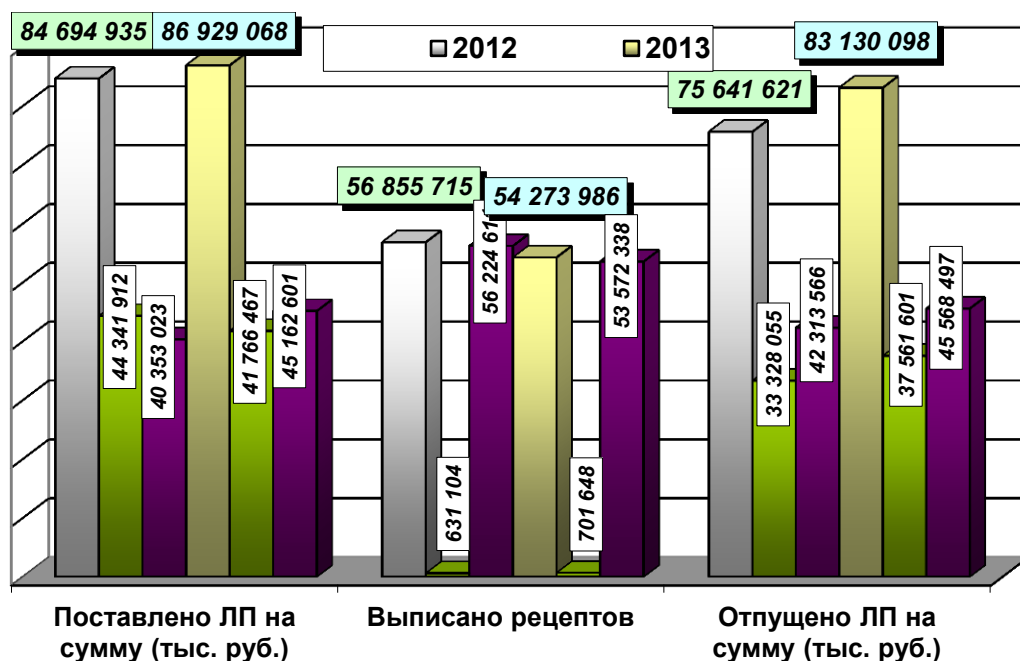
Средняя стоимость одного выписанного рецепта по «высокозатратным» нозологиям в 2013 году в среднем по Российской Федерации составила 53 568,59 руб.; для детей – 54 419,01 руб., для инвалидов и участников ВОВ – 31 975,76 руб., для граждан старше трудоспособного возраста 73 846,74 руб.

Наиболее высокие показатели средней стоимости рецепта по «высокозатратным» нозологиям наблюдаются в Магаданской области (134 603 руб.), в г. Санкт-Петербурге (126 589 руб.), в Республике Карелия (98 726 руб.), в Калининградской области (92 245 руб.), в Еврейской АО (88 555 руб.) и в Камчатском крае (84 508 руб.).

Доля рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении в аптечных учреждениях в целом по Российской Федерации в 2013 году, составила 0%.

В 2013 году в субъекты Российской Федерации произведена поставка лекарственных препаратов на общую сумму 86 929 068 тыс. руб., что на 2,6% больше, чем объем поставок в 2012 году (рис. 2).

Рис. 2 Показатели реализации программ льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан за счет средств федерального бюджета в 2013 году



Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в 2013 году в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов – 94,0 % (от числа лиц, имеющих право на государственную социальную помощь и не отказавшихся от получения социальной услуги, лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов).

Удовлетворение спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей (от числе лиц, включенных в федеральный регистр больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей) – 97,0%.

РАЗДЕЛ 7. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Прошедший 2013 год – год активного развития профилактического направления в нашей стране.

В рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» осуществляется поэтапное создание системы медицинской профилактики. При этом особое внимание уделяется развитию инфраструктуры (в системную работу по профилактике вовлечено более 1000 лечебно–профилактических учреждений в субъектах Российской Федерации), укреплению кадрового потенциала, а также финансированию отдельных приоритетных мероприятий.

В 2013 году продолжалась работа по созданию законодательной и нормативной правовой базы документов, направленных на дальнейшую организацию системы профилактических мероприятий по сохранению и укреплению здоровья граждан Российской Федерации и формированию здорового образа жизни.

В 2013 году в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внесена норма, устанавливающая порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях.

В соответствии с Рамочной конвенцией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Федеральным законом от 24 апреля 2008 г. № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака», Концепцией осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 -2015 годы и Планом мероприятий по ее реализации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р принят Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (далее - Федеральный закон № 15-ФЗ).

Действия государства, направленные на сокращение потребления табака, способствовали снижению уровня курения среди россиян. По данным Росстата, в 2008 году в России курили 33,7% взрослого населения. Проведенное в 2013 году исследование демонстрирует снижение показателя распространенности курения до 28,3%. Подобная динамика наблюдается и по

результатам исследований ВЦИОМ. Если в 2009 году курили 41% взрослого населения России, то в 2013 году этот показатель составил 34%.

Антитабачные меры государственной политики начали доказывать свою эффективность, подтверждая опыт других стран. Меры, предусмотренные Рамочной конвенцией по борьбе против табака Всемирной организации здравоохранения, приводят к снижению уровня потребления табака и снижают смертность населения.

В рамках проведения единого направления информационно-просветительской работы среди граждан материалы, подготовленные органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, для информирования населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма на территории соответствующего субъекта Российской Федерации подлежат согласованию с Минздравом России. Для реализации данной правовой нормы Минздравом России утвержден приказ от 30 мая 2013 г. № 339н «Об утверждении Порядка согласования материалов, подготовленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации для информирования населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма на территории соответствующего субъекта Российской Федерации».

Правительством Российской Федерации в соответствии со статьей 22 Федерального закона № 15-ФЗ принято постановление от 23 декабря 2013 г. №1214 «Об утверждении Положения о проведении мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака». 15 ноября 2013 года вступил в силу Федеральный закон от 21 октября 2013 г. №274-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и Федеральный закон «О рекламе» в связи с принятием Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (далее - Федеральный закон № 274-ФЗ), который дополнил Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях статьями, предусматривающими ответственность за нарушение требований, установленных Федеральным законом от 23 февраля

2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В связи с тем, что законодательно юрисдикционные полномочия предоставлены также органам внутренних дел (полиции) по рассмотрению материалов об административных правонарушениях, совершенных в общественных местах, МВД России подготовлены и направлены в территориальные органы методические рекомендации и указание от 5 ноября 2013 г. № 1/10303 «Об административных правонарушениях, связанных с курением табака», разъясняющие положения Федерального закона № 274-ФЗ в части, касающейся работы органов внутренних дел.

В целях проведения информационной кампании, направленной на снижение заболеваемости и смертности населения Российской Федерации за счет снижения распространенности основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни у населения, Минздравом России издан приказ от 30 сентября 2013 г. № 677 «Об утверждении информационно-коммуникационной стратегии по борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года».

В 2013 году в субъектах Российской Федерации продолжалось осуществление комплексной коммуникационной кампании по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

В 2013 году продолжил работу Консультативный телефонный центр помощи в отказе от потребления табака, созданный на базе ФБГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России. Наибольшая доля позвонивших на «горячую линию» по теме «Риски потребления табака и профилактика табачной зависимости» (92%) согласились на участие в программе по отказу от потребления табака. Всего за 2013 год было проведено 51 444 консультации. Однократное консультирование было проведено у почти 3 000 человек (2 990), еще 1 960 человек интересовались работой Консультативного телефонного центра, месячное сопровождение при отказе от курения получили 6 150 человек.

Опрос тех, кто получил месячное сопровождение, показал, что бросили курить 78% тех, кто согласился на такое сопровождение (не курили не менее 12 часов после пробуждения).

Результаты принимаемых мер и проводимых мероприятий по формированию здорового образа жизни показали следующее: уровень потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (литров на душу населения в год), снизился в 2013 г. по сравнению с 2012 г. и составил 11,87 литров на душу населения (2012 г. - 13,3 литров на душу населения). Распространенность потребления табака среди взрослого населения составила в 2013 г. - 37,10 % и осталась на уровне 2012 г. Распространенность потребления табака среди детского населения составила в 2013 г. - 23,3 % и также осталась на уровне 2012 г. В связи с принятием Федерального закона от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» ожидается снижение показателей распространенности потребления табака.

В субъектах Российской Федерации в 2013 году проводилась работа по информированию населения о здоровом образе жизни. В течение двух лет осуществляется проект «СМС маме», в котором приняли участие около 100 тысяч беременных и молодых матерей. Участники проекта бесплатно получали СМС сообщения о здоровом образе жизни, важности профилактического наблюдения у врача, правильном питании, необходимости отказаться от вредных привычек. За время участия в проекте бросили курить 25% курящих участников проекта. Много внимания уделяется также повышению вовлечения детей в занятия физической культурой и спортом.

Так, приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1346н впервые утверждены правила определения медицинских групп для занятия детей физической культурой, которые определяют дифференцированные подходы к занятиям физкультурой как здоровых, так и больных детей.

Ежегодно Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совместно с территориальными органами и подведомственными учреждениями Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации участвует в организации информационно-

пропагандистских кампаний в поддержку инициатив Всемирной организации здравоохранения - Всемирного дня здоровья, всемирного дня без табака. Цель проведения тематических мероприятий в регионах - это привлечение внимания органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, общественных организаций и средств массовой информации к проблемам поддержания и сохранения здоровья граждан.

Реализация программ, концепций, комплексных мер, планов мероприятий по противодействию распространения алкоголизма осуществляется в республиках Бурятия, Башкортостане, Татарстане, Коми, Саха (Якутия), Марий Эл, Северной Осетии-Алании, Тыве, в Забайкальском, Красноярском, Камчатском и Алтайском краях, Архангельской, Брянской, Владимирской, Вологодской, Воронежской, Ивановской, Кемеровской, Кировской, Костромской, Оренбургской, Рязанской, Смоленской, Сахалинской, Тюменской, Новгородской, Новосибирской, Омской и Томской областях, в Чукотском АО.

Программы по противодействию злоупотребления наркотиками и их незаконному обороту и профилактике правонарушений, в которые включены мероприятия по профилактике алкоголизма, реализуются в республиках Адыгее, Башкортостане, Калмыкии, Карачаево-Черкесской, Хакасии, Удмуртии и Чеченской, Ямало-Ненецком АО и Чукотском АО, в Ставропольском, Пермском, Забайкальском и Хабаровском краях, в Астраханской, Амурской, Калужской, Курганской, Волгоградской, Ростовской, Ярославской, Мурманской, Тверской, Тульской, Магаданской, Калининградской, Иркутской, Ленинградской, Нижегородской, Псковской, Пензенской, Ульяновской и Челябинской областях, в г. Москве.

Мероприятия, направленные на снижение потребления алкоголя и профилактику алкоголизма, в субъектах Российской Федерации включены в качестве подпрограмм в программы по развитию здравоохранения, предупреждению и борьбе с социально значимыми заболеваниями, концепции демографического развития в республиках Алтай, Карелии, Коми, Дагестан, Ингушетии, Кабардино-Балкарской, и Чувашской, в Краснодарском, Пермском, Приморском, Хабаровском краях, в Липецкой,

Московской, Курской, Рязанской, Саратовской, Свердловской, Тамбовской, Тверской областях, в Ханты-Мансийском АО.

Следует также отметить, что в субъектах Российской Федерации осуществляется межведомственный подход к решению проблем снижения потребления алкогольной продукции – созданы межведомственные органы (советы, комиссии, комитеты), которые координируют деятельность различных ведомств по организации антиалкогольных профилактических мероприятий.

21 декабря 2013 г. принят Федеральный закон № 365-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с усилением уголовной и административной ответственности за нарушения в сфере производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции», что позволит более эффективно осуществлять работу по противодействию алкоголизации подросткового населения.

В целях реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690, и Плана мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией на 2012 - 2020 годы, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2012 № 202-р, Минздравом России в 2013 году продолжалась работа по совершенствованию медицинской помощи наркологическим больным.

Работа по профилактике наркомании среди подростков и молодежи осуществлялась ФСКН России по следующим направлениям:

развитие всероссийского антинаркотического волонтерского движения;

профилактика наркомании в общеобразовательных учреждениях, среднего и высшего профессионального образования;

проведение массовых антинаркотических мероприятий (культурных, спортивных и др.);

профилактика наркомании с лицами призывного возраста, а также проходящих службу в Вооруженных Силах Российской Федерации;

профилактика наркомании и антинаркотическая пропаганда в средствах массовой информации и сети Интернет.

В целях формирования в обществе негативного отношения к незаконному обороту и потреблению наркотиков, пропаганды здорового образа жизни и формирования антинаркотического мировоззрения среди подростков и молодежи ФСКН России совместно с федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления в 2013 году организовано проведение ряда антинаркотических профилактических мероприятий всероссийского масштаба.

Так, в апреле 2013 года состоялся II съезд Всероссийского молодежного антинаркотического волонтерского движения, в котором приняли участие более 2 000 человек из 83 субъектов Российской Федерации. В рамках съезда состоялась научно-практическая конференция и проведены фокус-группы по вопросам совершенствования деятельности, направленной на сокращение спроса на наркотики в молодежной среде, а также круглый стол «Создание системы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотических средств и психотропных веществ».

14 мая 2013 г. в программе «Маросейка 12» на радио «Эхо Москвы» состоялось обсуждение вопросов, связанных с развитием волонтерской деятельности в Российской Федерации.

5-7 июня 2013 г. состоялась XXX Международная конференция правоохранительных органов по борьбе с незаконным оборотом наркотиков (IDEC), в работе которой приняли участие свыше 150 волонтеров из числа студентов и курсантов 22 ведущих ВУЗов г. Москвы.

29 июня 2013 г. в рамках Всероссийского молодежного форума «Селигер - 2013» организован открытый круглый стол по вопросам противодействия распространению наркомании в молодежной среде, реабилитации и ресоциализации потребителей наркотических средств, в котором приняли участие около 15 000 человек.

Проведена IX ежегодная Всероссийская олимпиада научных и студенческих работ в сфере профилактики наркомании, в которой было представлено более 500 работ в четырех номинациях.

В два этапа с 18 по 29 марта и с 18 по 29 ноября 2013 г. проведена Всероссийская антинаркотическая акция «Сообща, где торгуют смертью», за время которой поступило 26,7 тыс. информационных сообщений, из них по вопросам незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ поступило 8,5 тыс. сообщений, по вопросам лечения и реабилитации наркозависимых – 6,8 тыс. обращений.

2 апреля 2013 г. на базе Российского университета дружбы народов ФСКН России совместно с Минобрнауки России организована и проведена научно-практическая конференция по вопросам совершенствования системы мер, направленных на сокращение спроса на наркотики в молодежной среде, с общим числом участников 1 500 человек.

С 3 по 26 июня 2013 г. в субъектах Российской Федерации проведено 28,4 тыс. всероссийских антинаркотических мероприятий, приуроченных к Международному дню борьбы с наркоманией, в которых приняли участие 2,7 млн. человек.

В целях реализации комплекса мер по патриотическому воспитанию молодежи, а также с целью координации усилий по противодействию и распространению наркотиков и их незаконному обороту в среде призывников и военнослужащих в два этапа с апреля по июль и с октября по декабрь 2013 года субъекты Российской Федерации принимали участие во Всероссийской антинаркотической профилактической акции «Призывник», в рамках которой проводилась работа по обеспечению и размещению в военных комиссариатах информационных стендов, наглядной агитационной и антинаркотической пропаганды (плакатов, фильмов, брошюр).

С февраля по май 2013 года представители субъектов Российской Федерации принимали участие во Всероссийской антинаркотической профилактической акции «За здоровье и безопасность наших детей». Акция направлена на информирование и обучение педагогов и родителей современным формам и методам своевременного выявления и предупреждения различных форм девиантного поведения, профилактики наркомании среди детей и подростков. В ходе акции проведены

тематические родительские собрания, круглые столы, семинары-тренинги, консультации, индивидуальные профилактические беседы.

В октябре-ноябре 2013 года все регионы страны приняли участие в первом этапе третьего Всероссийского Интернет-урока антинаркотической направленности «Имею право знать!», в мероприятиях которого приняли участие 13,9 тыс. межведомственных органов ФСКН России и 1,3 тыс. – с участием руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, свыше 1,5 тыс. детей и подростков из 12 тыс. образовательных учреждений страны. Значительный вклад в проведение мероприятий Интернет-урока внесли молодежные общественные организации антинаркотической направленности. Так, 29,6 тыс. волонтеров из 2,7 тыс. молодежных формирований приняли участие в проведении 6,4 тыс. антинаркотических мероприятий.

В целях противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в субъектах Российской Федерации, расположенных на территориях Северо-Кавказского и Южного федеральных округов, ФСКН России и МВД России подписан совместный приказ от 23 августа 2010 г. № 363/640 «Об утверждении Инструкции об организации проведения межведомственной комплексной оперативно-профилактической операции «Дети Юга».

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 г. № 2542-р о распределении субсидий, предоставляемых в 2013 году из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, в 2013 году были предусмотрены субсидии 24 субъектам Российской Федерации на приобретение необходимого оборудования для медико-социальной реабилитации потребителей наркотиков и алкоголя и обучения специалистов.

В 2013 году субъектами Российской Федерации проводилась работа по выполнению Плана мероприятий по реализации Основ государственной

политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года (далее - План мероприятий), утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2012 г. № 1134-р.

В 2013 году субъекты Российской Федерации приняли активное участие в XIV Всероссийском конгрессе диетологов и нутрициологов «Питание и здоровье» и II Международном форуме «Здоровье человека и питание».

В 2013 году осуществлялась работа по укреплению кадрового потенциала по специальности «гигиена питания» на базе образовательных учреждений: Иркутская государственная медицинская академия, Российская академия последиplomного образования, Кемеровский государственный медицинский университет, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Нижегородская государственная медицинская академия, Ростовский государственный медицинский университет, Северо-Западный государственный медицинский университет. Всего в 2013 году подготовлено по данной специальности 365 специалистов.

Следует отметить, что в ряде субъектов Российской Федерации в школьное образование включены программы «Разговор о правильном питании» (Красноярский край, Ивановская, Орловская, Самарская и Саратовская области и др.). В г. Москве активно работают школы здоровья «Здоровое питание - залог активного долголетия». В Забайкальском крае подготовлено методическое пособие «Методы выявления нездорового питания как фактора риска неинфекционных заболеваний», обучено около 120 тыс. человек основам здорового питания. Практически во всех регионах осуществляется работа со средствами массовой информации по популяризации культуры здорового питания. Так, в Республике Хакасия, Краснодарском крае и Калужской области, активно проводится работа со средствами массовой информации по пропаганде принципов здорового питания, информированию населения о факторах риска, связанных с питанием. В Ямало-Ненецком автономном округе более половины родителей и обучающихся общеобразовательных организаций прослушали лекции по вопросам формирования культуры здорового питания. В г. Санкт-Петербурге

проведены специальные консультации для ответственных лиц по вопросам организации питания в образовательных учреждениях, лекции для школьников на тему здорового питания, родительские собрания по вопросам здорового питания. В Тамбовской области организованы тематические информационные циклы «Здоровая еда - здоровое поколение» и «Секреты здорового питания».

Профилактика неинфекционных заболеваний

Важную роль в решении задач по снижению преждевременной смертности населения от основных причин, которыми являются болезни системы кровообращения, новообразования, сахарный диабет и болезни органов дыхания играет развитие системы медицинской профилактики.

Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни.

В 2013 году объем финансирования из федерального бюджета, направленного на профилактику неинфекционных заболеваний, составил 560 443,3 тыс. рублей (из них – 475 443,3 субсидии и 85 000,0 – на мероприятия по формированию здорового образа жизни, включая сокращение потребления табака и алкоголя).

В 2013 году состоялся III Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь».

Активным элементом медицинской профилактики является комплексное обследование в Центрах здоровья, на которые, помимо выполнения функций по выявлению факторов риска развития заболеваний и патологических состояний, с 2013 года возложено проведение краткого и

углубленного профилактического консультирования по результатам диспансеризации, а также динамическое наблюдение за гражданами, у которых не выявлено наличие хронического неинфекционного заболевания, но имеются факторы риска их развития, которые требуют коррекции.

В целях сохранения здоровья детского населения в центрах здоровья для детей проводится не только обследование с учетом физиологических особенностей детского возраста, но и обучение гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака, а также работа с семьей в части развития ответственного родительства.

В 2013 году на базе государственных и муниципальных учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации функционировали 503 Центра здоровья для взрослых и 228 Центров здоровья для детей, штаты которых укомплектованы специалистами, прошедшими специальную подготовку.

В 2013 году в центры здоровья обратилось 4 651 473 человек (2012 г. - 4 457 032 человека). Из числа первично обратившихся признаны здоровыми 1 255 375 человек (31,8%) (2012 г. - из числа первично обратившихся признаны здоровыми 1 088 322 человека (24,4%). Индивидуальные планы по оздоровлению выданы 84,4% пациентам. Из 4 651 473 человек, обратившихся в центры здоровья, направлено в амбулаторно-поликлинические учреждения 1 507 339 человек (32,41%), в стационары направлено 2 359 человек (0,05%).

В центры здоровья для детей обратилось 1 234 674 человек, из них первично - 1 061 221 человек, из которых признано здоровыми - 414 679 детей (39,1%) (2012 г. - по результатам осмотров выявлено 340 419 здоровых детей (32%). Из числа первично обратившихся в центры здоровья для детей выявлены факторы риска неинфекционных заболеваний у 754 818 детей (71,1%). В амбулаторно-поликлинические учреждения направлено 424 264 детей (34,7%), в стационары - 1 255 детей (0,1%).

В связи с тем, что профилактика неинфекционных заболеваний должна проводиться на всех этапах оказания медицинской помощи и не ограничиваться первичным звеном, Минздравом России внесены изменения в статью 30 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривающие,

что Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ).

Разработанным проектом данного порядка предусмотрено создание и взаимодействие всех структурных элементов системы медицинской профилактики в амбулаторных, стационарных и санаторно-курортных учреждениях.

Мероприятия по формированию здорового образа жизни носят межведомственный характер.

При поддержке Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения 21 город из 13 регионов Российской Федерации с 2006 года (более 20 лет) участвуют в проекте «Здоровые города, районы и посёлки». В 2010 году они объединились в Ассоциацию, которая является «пилотной» площадкой внедрения новых управленческих подходов в создании единого профилактического пространства, способствующего сохранению здоровья и улучшения качества жизни.

В течение 2013 года субъекты Российской Федерации принимали активное участие в подготовке и проведении целого ряда форумов, направленных на пропаганду здорового образа жизни:

III Межгосударственный форум участников Содружества Независимых Государств «Здоровье населения - основа процветания стран Содружества». В мероприятиях форума приняли участие официальные делегации из всех государств - участников СНГ и более 2 тысяч специалистов из всех субъектов Российской Федерации. В рамках указанного форума проведен ряд мероприятий, в том числе научно-практический конгресс «Формирование здорового образа жизни: международный и национальный опыт»; научно-практические конференции: «Роль информационных технологий в формировании здорового образа жизни», «Здоровое питание - основа здорового образа жизни», а также тематические круглые столы. По итогам форума были достигнуты основные цели – развитие сотрудничества государств-участников СНГ в сфере повышения качества и уровня жизни населения, формирование принципов здорового образа жизни и культуры

здоровья, а также определены приоритетные направления координации усилий государственной власти, некоммерческих неправительственных организаций и бизнес-структур государств-участников СНГ, участвующих в реализации государственной политики в области охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;

VII Всероссийский форум «Здоровье нации - основа процветания России» (ООО «Лига здоровья нации»);

III Международный социально-медицинский форум «Мир активного долголетия» (Комитет по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации);

II Международный форум «Здоровье человека и экология» (Комитет по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации).

Все форумы направлены на объединение усилий органов государственной власти, общественных организаций, социально-ответственного бизнеса в целях сохранения и укрепления здоровья населения и пропаганду здорового образа жизни.

Финансирование мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, из средств федерального бюджета составило 475 443,3 тыс. рублей.

Социальный эффект от реализации проводимых мероприятий ожидается в улучшении качества и увеличении продолжительности жизни, в том числе в снижении числа отравлений, смертности больных алкоголизмом и в сохранении и развитии трудовых ресурсов.

Во исполнение Федерального закона от 7 июня 2013 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» Минобрнауки России в настоящее время осуществляет разработку порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования.

При поддержке Минкультуры России в субъектах Российской Федерации регулярно организуются масштабные культурные мероприятия, многие из которых предусматривают элементы программы, направленные на пропаганду творческой и физической активности, здорового образа жизни и семейных ценностей.

За период с 2011 по 2013 годы при государственной финансовой поддержке был создан ряд национальных фильмов, затрагивающих тему формирования здорового образа жизни населения.

Ежегодно в апреле месяце в г. Красногорске при государственной финансовой поддержке проводится Международный фестиваль спортивного кино «Красногорский». Главная цель фестиваля - определение лучших спортивных отечественных и зарубежных лент, созданных за последние три года. На фестивале демонстрируются игровые, документальные фильмы, затрагивающие тему спорта, рассказывающие о том или ином виде спорта, или когда герой фильма - спортсмен. Преимущественным правом на включение в официальную конкурсную программу фестиваля пользовались фильмы, популяризирующие здоровый образ жизни, развитие массового и детского спорта.

В 2013 году была принята государственная программа Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2013 г. № 402-р.

По данным Минспорта России в Российской Федерации систематически занимаются физкультурой и спортом 22,5% населения (32,2 млн. человек).

С целью вовлечения различных категорий и групп населения в систематические занятия физкультурой и спортом в рамках 1-ой части Единого календарного плана межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных и спортивных мероприятий (далее – Единого календарного плана) в 2013 году было проведено 160 физкультурных комплексных мероприятий среди детей и учащейся молодежи по 30 видам спорта, 55 физкультурных комплексных мероприятий среди лиц среднего и старшего возраста, 14 физкультурных комплексных мероприятий среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями. В

целом финансовое обеспечение Единого календарного плана в 2013 году составило 700,0 млн. рублей.

Наиболее успешно были проведены следующие традиционные общероссийские массовые физкультурные мероприятия:

XXXI Всероссийская массовая лыжная гонка «Лыжня России» (71 субъект Российской Федерации, более 1,5 млн. участников);

Всероссийский день бега «Кросс наций» (82 субъекта Российской Федерации, 1,5 млн. участников);

Всероссийские соревнования по спортивному ориентированию (Российский азимут)» (71 субъект Российской Федерации, более 160,0 тыс. участников);

Всероссийский турнир по уличному баскетболу «Оранжевый мяч» (75 субъектов Российской Федерации, 86,0 тыс. участников);

Всероссийские зимние сельские спортивные игры (52 субъекта Российской Федерации, 1,1 тыс. участников);

IV фестиваль «Кавказские игры» (Ставропольский край, 1,0 тыс. участников);

Всероссийские спортивные соревнования школьников «Президентские состязания» и Всероссийские спортивные игры школьников «Президентские спортивные игры школьников» (8,8 млн. участников);

Всероссийские соревнования по мини-футболу (футзалу) среди команд общеобразовательных учреждений в рамках общероссийского проекта «Мини-футбол в школу» (более 10,0 тыс. школ, 83 субъекта Российской Федерации, 991,0 тыс. участников);

Всероссийские соревнования по мини-футболу (футзалу) среди команд высших учебных заведений в рамках общероссийского проекта «Мини-футбол в школу» (более 152,0 тыс. школ, 79 субъектов Российской Федерации, 558 ВУЗов);

Всероссийские соревнования юных хоккеистов Клуба «Золотая шайба» имени А.В. Тарасова (71 субъект Российской Федерации, 255,5 тыс. участников);

Всероссийские соревнования по футболу «Кожаный мяч» (79 субъектов Российской Федерации, 690,0 тыс. участников);

Спартакиада молодежи России допризывного возраста (81 субъект Российской Федерации, 80,0 тыс. участников).

В 2013 году на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, Минспортом России было выделено 27 150, тыс. рублей.

Министерством образования и науки Российской Федерации по решению экспертного совета по совершенствованию системы физического воспитания в образовательных организациях 12 марта 2013 г. разработаны и направлены в субъекты Российской Федерации для апробации и использования в образовательных организациях следующие программы:

программа «Физическая культура. Настольный теннис» (для апробации в течение первого полугодия 2013-2014 учебного года);

модульная программа по физической культуре для 1-11 классов общеобразовательных учреждений «ФизкультУРА!» (для апробации в течение первого полугодия 2013-2014 учебного года);

программа интегративного курса физического воспитания для дошкольников подготовительной группы на основе футбола (для апробации в течение первого полугодия 2013-2014 учебного года).

В 2013 году заинтересованными федеральными органами власти продолжалось осуществление информационно-пропагандистской кампании, направленной на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, развитие потребности включения физической культуры в повседневную жизнь человека, стремление к постоянному занятию физической культурой и спортом.

Особого внимания заслуживают следующие проекты 2013 года: телевизионный документальный фильм «Кольца мира», посвященный подготовке к XXII Олимпийским и Паралимпийским играм в Сочи (телеканал «Россия 1»), телевизионный документальный фильм «Жизнь как дистанция» (телеканал «Звезда»), цель которых формировать у зрителя потребность в физической культуре и спорте как необходимого элемента российского образа жизни.

Информационно-публицистический портал «Нет - наркотикам» (www.narkotiki.ru), поддерживаемый Роспечатью, является наиболее популярным авторитетным антинаркотическим проектом русскоязычного

сегмента в сети Интернет, работает в тесном сотрудничестве с ФСКН России, ФГБУ ННЦ наркологии Минздрава России, другими органами исполнительной власти.

Периодические печатные издания уделяют большое внимание теме развития спорта, пропаганды здорового образа жизни, профилактике наркомании и алкоголизма, потребления табака. Практически все центральные и региональные общественно-политические газеты имеют тематические рубрики, посвященные спорту и здоровому образу жизни. Кроме того, центральные газеты и многие региональные издания в 2013 году активно освещали события XXII Всемирной летней универсиады, чемпионата мира по легкой атлетике в г. Москве.

На страницах печатных выпусков и на официальном сайте периодического издания «Российская газета» в постоянных рубриках и сюжетах «Здоровье», «Медицина», «Донорство» в России, «Медицина и здоровое питание», «Спорт» и др. регулярно публикуются материалы, популяризирующие спорт и здоровый образ жизни.

Тема подготовки к XXII Олимпийским играм 2014 в г. Сочи стоит в отдельном ряду. Редакция «Российской газеты» проводила широкую информационную кампанию, направленную на освещение подготовки и проведения Олимпиады 2014 года.

В 2013 году по решению Экспертного совета Роспечати государственные субсидии были направлены на поддержку 36 социально-значимых проектов, пропагандирующих здоровый образ жизни и занятия физкультурой и спортом, на общую сумму более 10,0 млн. рублей.

Среди них следующие проекты: «Дворовый спорт - к олимпийскому пьедесталу» (журнал «Вестник спортивной науки», г. Москва); «Олимпийский резерв. XXII Всемирная летняя Универсиада - 2013 в Казани, как первая ступень к олимпийским вершинам» (газета «Советский спорт», г. Москва); «Спорт: первые шаги» (газета «Мой район», г. Москва); «Здоровье нации» (еженедельник «Собеседник», г. Москва); «Здоровье мужчины - в женских руках!» (журнал «Женское здоровье», г. Москва); «Сердца, отданные спорту» (журнал «Олимпийский вестник Юга России», г. Ростов-на-Дону); «Преврати Кубань в регион массового спорта» (газета «Вольная Кубань»; Краснодарский край); «Из Могочи - в олимпийский Сочи» (газета

«Чита спортивная», Забайкальский край); «Для Россиян одна награда - успешная Олимпиада» (газета «Молодежная газета», Республика Башкортостан); «Массовость в спорте - залог успеха» (газета «Республика молодая», Республика Мордовия); «Некурящая Россия - здоровая страна!» (газета «Долг», Удмуртская Республика); «Новокузнецкий спортивный» (газета «Кузнецкий рабочий», Кемеровская область); «Здоровью - да, наркотикам - нет» (газета «Шахтинские известия», Ростовская область) и другие.

Роспотребнадзором отмечено ежегодное увеличение объема информационных материалов, распространяемых через средства массовой информации (радио, телевидение, Интернет-ресурсы, телефонную сеть). На главных страницах официальных сайтов управлений Роспотребнадзора по Калининградской, Кировской, Курганской, Иркутской и Самарской областях, республик Коми, Саха (Якутия), Чувашской созданы специальные разделы «Здоровый образ жизни, в которых размещаются и постоянно обновляются материалы по актуальным вопросам профилактики и формирования здорового образа жизни. В 2013 году увеличилась активность работы телефонных «прямых» и «горячих» линий, «телефонов доверия», которые организованы территориальными органами и подведомственными учреждениями Роспотребнадзора.

Диспансеризация взрослого населения в Российской Федерации

В 2013 году одним из трех приоритетных направлений деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации являлась медицинская профилактика на основе всеобщей диспансеризации населения.

Вклад диспансеризации населения в снижение смертности населения составляет от 20 до 30 %.

Диспансеризация определенных групп взрослого населения проводится с 2013 года во всех субъектах Российской Федерации в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 г. № 1006н, который содержит алгоритм и перечень исследований для выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, факторов риска их развития, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без

назначения врача, в зависимости от пола и возраста с учетом пиков заболеваемости. В ее основе заложен участковый принцип организации, при котором гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Диспансеризации ежегодно подлежат 23 % взрослого населения субъекта Российской Федерации, как работающих, так и неработающих граждан и обучающихся в образовательных организациях. Углубленное обследование состояния здоровья проходят все граждане 1 раз в 3 года, начиная с 21 летнего возраста, при этом для каждой возраст-половой группы сформированы оптимальные научно обоснованные наборы скрининговых методов медицинского обследования.

По результатам обследования граждан определяются группы состояния здоровья, необходимые профилактические, лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия, формируются группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями или состояниями, а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

В целях методического сопровождения проведения диспансеризации совместно с профессиональным медицинским сообществом разработаны методические рекомендации «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения» и рекомендации «Профилактика неинфекционных заболеваний», которые направлены в субъекты Российской Федерации и доведены до первичного звена медицинских работников.

Проведение диспансеризации потребовало проведение подготовительных мероприятий, целью которых явилось обеспечение необходимого объема финансирования, создание в каждой из 4 300 медицинской организации, участвующих в проведении мероприятия, структурных подразделений – кабинетов или отделений медицинской профилактики, дооснащение оборудованием, проведение процедуры лицензирования, повышение уровня знаний почти 35 000 участковых врачей.

Субъектами Российской Федерации определены тарифы на оплату первого и второго этапов диспансеризации определенных групп взрослого

населения в рамках Программы государственной гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В 2013 году диспансеризацию среди взрослого населения прошли 20,5 млн. граждан, что сопоставимо с количеством обследованных за предыдущие 7 лет, начиная с 2006 года по 2012 год в ходе дополнительной диспансеризации работающего населения.

Итоги диспансеризация в 2013 году свидетельствуют о том, что население стало относиться более внимательно к своему здоровью, что подтверждается тем, что 78 % граждан, пришедших на осмотры, были младше 60 лет, причем мужчин было 42 %. Доля отказов от отдельных исследований составила 4,6 %, а доля письменных отказов от диспансеризации в целом – только 1,8 %.

Итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2013 году показали, что состояние здоровья граждан требует безотлагательных мер по интенсификации профилактики неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни – почти 44 % взрослого населения имеют хронические неинфекционные заболевания, а еще 23 %, при отсутствии доказанных этих болезней, имеют высокий риск развития сердечно-сосудистой заболеваний из-за совокупности факторов риска.

При этом I группа здоровья с низким и умеренным риском развития заболеваний составляет 32,8 % обследованных.

По итогам диспансеризации 2013 года у каждого 12 гражданина было выявлено заболевание системы кровообращения, у каждого 111 – патология органов дыхания, а у каждого 714 – случай злокачественного новообразования.

Всего доказано 21 346 случаев злокачественных новообразований, выявленных в ходе диспансеризации. Среди которых, больше всего приходится на опухоли молочной железы (35,4 %) и предстательной железы (17,6 %). Важно то, что за счет расширения диагностики и двухэтапного механизма выявлено 10 024 случаев злокачественных новообразований других локализаций (47 % от общего числа), чего не позволяла прежняя программа диспансеризации работающего населения.

По результатам диспансеризации 21% граждан было впервые назначено лечение, 3,4% направлены на дополнительное обследование, 0,1% (28 741 человек) направлены на специализированное, в том числе высокотехнологичное лечение, и 2,6% были направлены на санаторно-курортное лечение.

Важной и неотъемлемой составляющей диспансеризации взрослого населения является краткое профилактическое консультирование граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

В целом в стране консультирование получили 3,6 млн. граждан, которое осуществлялось в подавляющих случаях в качестве индивидуального консультирования.

В результате проведенной в 2013 году диспансеризации выявлено, что диспансерному наблюдению подлежит в два раза больше граждан, чем наблюдалось до начала проведения диспансеризации.

Нагрузка на участкового врача, безусловно, возросла, но весьма не существенно и по расчетам пилотного исследования примерно на 1,6–1,8 посещений в смену. Со временем, вследствие ожидаемого уменьшения обращений по поводу обострения хронических заболеваний вследствие и самой своевременной диспансеризации, а также повышения эффективности динамического наблюдения, можно ожидать снижения нагрузки на врача.

Высокий охват диспансеризацией населения был обеспечен, в том числе за счет активного использования выездных форм работы. В 2013 году в медицинских организациях субъектов Российской Федерации эксплуатировалось 915 передвижных медицинских комплексов, в том числе 204 комплекса для диспансеризации взрослых и детей, 27 передвижных центров здоровья, 43 передвижные врачебные амбулатории, 22 передвижных фельдшерско-акушерских пункта, 568 передвижных флюорографических и 51 маммографической установки, что позволило дополнительно провести диспансеризацию более чем 380 тыс. человек.

Диспансеризация взрослого населения будет продолжена в 2014 году и в последующие годы.

Иммунизация населения в рамках Национального календаря профилактических прививок в 2013 году

В целях реализации мероприятий в части профилактики инфекционных заболеваний, иммунизации населения Минздравом России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти разработано и утверждено постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 1458 «О внесении изменений в Правила использования бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных на закупку медицинских иммунобиологических препаратов в рамках национального календаря профилактических прививок» (утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 11 марта 2011 г. № 156 «Об использовании бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных на закупку медицинских иммунобиологических препаратов в рамках национального календаря профилактических прививок для передачи федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и Федеральному медико-биологическому агентству, а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований»).

Издан приказ Минздрава России от 21 мая 2013 г. № 195н «О формах заявок на поставку медицинских иммунобиологических препаратов, закупленных в рамках Национального календаря профилактических прививок, и отчетов об использовании медицинских иммунобиологических препаратов, закупленных в рамках Национального календаря профилактических прививок».

В результате реализации мероприятий по иммунизации населения в Российской Федерации достигнут высокий уровень охвата профилактическими прививками, включенными в Национальный календарь, а также своевременный охват детей вакцинацией против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори и эпидемического паротита в

декретированные сроки, составивший 97 – 98%, ревакцинацией 96 – 97% (табл. 1).

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на иммунизацию населения в рамках Национального календаря профилактических прививок, за счет средств федерального бюджета в 2013 году составило 6 140 000,00 тыс. рублей.

Минздравом России по итогам проведенных процедур торгов заключен 61 государственный контракт по 21 наименованию вакцин, по которым принято бюджетных обязательств на сумму 6 138 648,7 тыс. рублей.

Таблица 1

Число прошедших иммунизацию в 2013 г. в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок

Мероприятия, направленные на иммунизацию населения	Плановое значение на 2013 г. (тыс. чел.)	Привито в 2013 г. (тыс. чел.)	% выполнения плана
Против полиомиелита, всего	6200,0	6303,950	101,7
В том числе дети до 1 года - инактивированной вакциной против полиомиелита	1785,0	1678,320	94,0
Против гепатита В - детей, подростков, взрослых	4285,0	2786,651	65,0
Против краснухи - детей, подростков, взрослых до 25 лет	3487,0	3667,698	105,2
Против дифтерии, коклюша, столбняка — детей, подростков, взрослых	13000,0	13169,108	101,3
Против кори и эпидемического паротита - детей в возрасте 1 года и 6 лет	3285,0	3354,039	102,1
Против кори взрослых	500,0	1555,703	311,1
Против туберкулеза - новорожденных и детей в 7 и 14 лет	2100,0	2107,042	100,3
Против гемофильной инфекции	330,0	520,452	157,7
Против гриппа	31000	35781,871	115,4

Низкое выполнение целевого показателя по иммунизации против гепатита В связано с невыполнением плана иммунизации взрослого населения (V3 - 30,8%). При этом охват первой аппликацией против гепатита В (VI) взрослого населения составляет 98,7%.

Значительное перевыполнение плана иммунизации взрослого населения против кори обусловлено организацией кампаний иммунизации в условиях эпидемиологического неблагополучия.

Проводимая в 2013 году иммунизация населения в рамках национального календаря профилактических прививок позволила добиться значительного снижения и стабилизации уровня заболеваемости по инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики.

В 2013 году всего привито против гриппа 39 713 587 человек (27,8% от общей численности населения страны), в том числе в рамках национального календаря профилактических прививок – 22 484 705 взрослых и 12 694 273 детей, а также за счет средств иных источников финансирования – 4 534 609 человек.

В целях обеспечения необходимого уровня популяционного иммунитета против полиомиелита и поддержания статуса страны, свободной от полиомиелита, в 2013 году была продолжена работа по дополнительной иммунизации детей против полиомиелита, особенно в субъектах Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа.

В 2013 году проводились мероприятия по совершенствованию национального календаря профилактических прививок. Федеральным законом от 21.12.2013 № 368-ФЗ «О внесении изменения в статью 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» была включена вакцинация детей первого года жизни против пневмококковой инфекции.

Мероприятия по дальнейшему совершенствованию Национального календаря профилактических прививок включены в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

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

В целях реализации мероприятий в части профилактики, выявления, лечения и мониторинга лечения больных ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С

Минздравом России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти разработаны нормативные правовые документы:

постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 г. 1438 «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С»;

распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2581–р о распределении в 2013 году из федерального бюджета межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации финансовое обеспечение закупок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, и их лечения от гепатитов В и С;

распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2013 г. № 2568-р о распределении в 2013 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

Минздравом России изданы приказы:

от 8 февраля 2013 г. № 65н «Об утверждении формы соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с финансовым обеспечением закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С»;

от 18 февраля 2013 г. № 80н «Об утверждении форм и порядка представления отчетов о расходах бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых является субсидия из федерального бюджета на софинансирование расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с финансовым обеспечением закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц,

инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, и о достижении показателей результативности предоставления субсидии из федерального бюджета на софинансирование расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с финансовым обеспечением закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С»;

от 18 февраля 2013 г. № 79н «Об утверждении формы отчета о расходах бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты 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»;

от 5 апреля 2013 г. № 197н «Об утверждении форм заявок на поставку диагностических средств и противовирусных препаратов, предусмотренных перечнем закупаемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также противовирусных препаратов для профилактики и лечения указанных лиц».

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на профилактику, выявление, лечение и мониторинг лечения больных ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С, за счет средств федерального бюджета составил 17 896 631,5 тыс. руб.

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 г. № 1438 Минздравом России осуществлен сбор заявок на поставку диагностических средств и противовирусных препаратов для учреждений, оказывающих медицинскую помощь, подведомственных ФСИН России, Роспотребнадзору, ФМБА России и Минздраву России.

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

Минздравом России по итогам проведенных процедур торгов заключены 89 государственных контрактов.

По официальным статистическим данным в Российской Федерации зарегистрировано 665 160 ВИЧ-инфицированных, за 12 мес. 2013 г. выявлено 81 698 новых случаев инфицирования ВИЧ.

С профилактической целью на ВИЧ-инфекцию обследовано 26 830 686 граждан Российской Федерации (121,9% от плана).

В центрах по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации прошли диспансерное наблюдение 481 783 ВИЧ-инфицированных (93,9% от числа состоявших на учете в Центрах СПИДа).

Обследованы на туберкулез 425 970 ВИЧ-инфицированных (88,4% от числа лиц, прошедших диспансерное наблюдение).

В рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения получают лечение антиретровирусными препаратами 141 869 ВИЧ-инфицированных.

В рамках диспансерного наблюдения и с целью мониторинга эффективности лечения проведено 815 980 исследований по определению иммунного статуса и 710 496 исследований по определению вирусной нагрузки.

Завершили беременность родами 14 394 женщины с ВИЧ-инфекцией, из них получили химиопрофилактику и антиретровирусную терапию 13 743 женщин (95,4 %), из них охвачены трехэтапной химиопрофилактикой 12 267 пар мать - ребенок, что составляет 85,2 % от общего количества женщин, завершивших беременность родами.

Охват новорожденных химиопрофилактикой составил 98,9 %.

8 671 человек получили лечение против вирусных гепатитов В и С за счет лекарственных препаратов, поставленных в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, за счет средств федерального бюджета составило 200 000,00 тыс. руб.

Минздравом России в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2013 году была проведена процедура открытого конкурса на право заключения государственного контракта на

выполнение работ по созданию информационно-разъяснительных материалов Минздрава России и оказание услуг по их размещению на телевидении, радиостанциях, Интернет-ресурсах, наружной рекламе в рамках проведения информационно-разъяснительной кампании среди населения Российской Федерации в целях профилактики и предупреждения распространения в Российской Федерации ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С с начальной (максимальной) ценой государственного контракта 185 000,00 тыс. рублей (извещение от 8 октября 2013 г. №019510000213000287). Государственный контракт заключен на сумму 72 110,5 тыс. рублей.

В рамках заключенного государственного контракта:

5 декабря 2013 г. проведена Научно-практическая конференция Минздрава России «Профилактика ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С в Российской Федерации» с участием субъектов Российской Федерации, главных внештатных специалистов Минздрава России, ответственных представителей федеральных органов исполнительной власти, некоммерческих организаций;

разработана творческая концепция информационно-разъяснительных материалов по профилактике и предупреждению распространения в Российской Федерации ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С;

созданы макеты видеороликов, аудиоматериалов, баннеров по профилактике и предупреждению распространения в Российской Федерации ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С для размещения в эфире телеканалов, радиостанций, в наружной рекламе и на Интернет-ресурсах.

РАЗДЕЛ 8. РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», а также Стратегией определено, что инновационное развитие здравоохранения невозможно без институциональных преобразований, повышения эффективности научных и образовательных организаций.

В 2013 году Министерством здравоохранения Российской Федерации проводилась работа по созданию научно-образовательных медицинских кластеров, объединяющих научно-исследовательские лаборатории, факультеты и кафедры ведущих вузов страны, клиники научно-исследовательских центров и вузов, инновационные предприятия различных форм собственности, с целью создания на основе принципов трансляционной медицины единого комплекса инновационного здравоохранения, медицинской науки и медицинского образования, одобрены пилотные проекты создания двух научно-образовательных медицинских кластеров на базе подведомственных Минздраву России учреждений науки и образования: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» и ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университета имени Н.И. Пирогова».

Разработан проект Концепции федеральной целевой программы «Развитие инновационных медицинских технологий в Российской Федерации на период до 2020 года».

Основной целью данной программы является инновационное развитие здравоохранения путем внедрения в клиническую практику инновационных медицинских технологий, оригинальных разработок в области лекарственных средств, медицинских изделий, биомедицинских клеточных продуктов.

Достижение указанной цели будет обеспечиваться решением следующих основных задач:

техническая модернизация учреждений медицинской науки;

развитие кадрового потенциала медицинской науки, создание условий для закрепления молодых научных кадров, включая формирование сети научно-образовательных кластеров на базе высших учебных заведений медицинского профиля;

разработка биомедицинских технологий и инновационных методов лечения;

внедрение в клиническую практику и медицинскую науку российских инновационных медицинских технологий, в том числе разработанных оригинальных продуктов медицинского назначения.

Разработан проект федерального закона «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов». Законопроект регулирует отношения, возникающие в

связи с обращением – разработкой, доклиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, клиническими исследованиями, производством, хранением, утилизацией, применением, мониторингом, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации биомедицинских клеточных продуктов.

Минздравом России в 2013 году разработаны проекты нормативных правовых актов в сфере развития клеточных технологий, направленных на реализацию федерального закона «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов», направлены в Правительство Российской Федерации.

В 2013 году Минздравом России подготовлен проект федерального закона «Об обращении клеток и тканей человека». Законопроект регулирует отношения, возникающие при обращении тканей и клеток человека, подвергавшихся минимальным манипуляциям после изъятия, не нарушающим их основных функций; определяет условия и порядок изъятия у донора тканей и клеток, организацию их заготовки, хранения, транспортировки, обеспечения безопасности, государственного регулирования, клинического применения, ввоза в Российскую Федерацию и вывоза из Российской Федерации.

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, Минздравом России в 2013 году совместно с научным медицинским сообществом сформированы и утверждены научные платформы по приоритетным направлениям развития медицинской науки (приказ Минздрава России от 30 апреля 2013 г. № 281 «Об утверждении научных платформ медицинской науки»), которые представляют собой интегрированные программы исследований, позволяющих управлять медицинскими исследованиями и разработками, в том числе осуществлять целевое планирование, разработку и внедрение созданных инновационных продуктов и технологий.

В 2013 году Минздравом России сформировано 28 научных проектов по актуальным тематикам научных исследований, на реализацию которых в рамках государственных заданий выделены дополнительные средства федерального бюджета.

В ходе реализации Стратегии Минздравом России отмечается положительная динамика достижения запланированных индикативных показателей:

средний возраст научных сотрудников, подведомственных Министерству учреждений науки, составил в 2013 году 47,6 лет (в 2012 г. – 47,7 лет);

доля научных сотрудников в возрасте до 39 лет в общем числе научных сотрудников, подведомственных Минздраву России учреждений науки, возросла по сравнению с 2012 годом (33,8%) и составила 34,8 %;

число научных сотрудников, оцененных по качеству публикаций, имеющих индекс Хирша более 10, в подведомственных Минздраву России учреждениях науки составило более 100 человек;

количество научных публикаций в российских и зарубежных журналах в рамках выполнения учреждениями науки государственных заданий возросло с 4 335 статей в 2012 году до 4 431 – в 2013 году, при этом суммарный импакт-фактор публикаций увеличился с 1615,2 единиц в 2012 году до 2770,0 единиц в 2013 году, что свидетельствует о растущей востребованности результатов проводимых исследований в научном медицинском сообществе.

В рамках реализации Стратегии приказом Минздрава России от 30 мая 2013 г. № 335 был образован Межведомственный совет по медицинской науке, деятельность которого направлена на обеспечение эффективного взаимодействия федеральных органов исполнительной власти, государственных академий наук и иных соответствующих организаций по выработке решений, способствующих повышению эффективности реализации Стратегии, расходования бюджетных средств.

В целях содействия осуществлению научных исследований и разработок в интересах обороны страны и безопасности государства в рамках межведомственного взаимодействия в сфере медицинской науки Министерство здравоохранения Российской Федерации заключило соглашение о сотрудничестве с Фондом перспективных исследований, созданным на основании Федерального закона от 16 октября 2012 г. №174-ФЗ «О Фонде перспективных исследований».

В 2013 году начал свою работу Научный совет Министерства здравоохранения Российской Федерации, целью деятельности которого является научно-методическое обеспечение деятельности Минздрава России, а также подготовка предложений по разработке и реализации программ инновационного развития по приоритетным направлениям научных исследований в сфере здравоохранения.

Специалистами ФМБА России осуществляется общественно-организационная деятельность по развитию ядерной медицины в Российской Федерации:

проводятся работы в рамках участника Ядерно-инновационного кластера в г. Дмитровграде Ульяновской области (взаимодействие с Центром стратегических разработок «Северо-Запад» и другими ведущими участниками кластера, участие в работе сессий стратегического планирования в марте и июне 2013 г., согласование на концептуальном уровне создания в рамках кластера Завода по производству медицинской радиоизотопной продукции с циклотронным комплексом в г. Дмитровграде при совместном участии ФМБА России, ГК «Росатом», ГК «Роснано»);

участие в заседании рабочей группы экспертов по развитию ядерной медицины в государствах-членах ЕврАзЭС. Выработано предложение и ведутся работы по созданию единой базы по ядерной медицине для государств-членов ЕврАзЭС, необходимой для дальнейшей продуктивной работы.

В рамках проведения научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по организации опытно-промышленного производства радиофармпрепаратов (далее – РФП) осуществляется регистрация препарата «Фосфорен, ^{188}Re », предназначенного для паллиативной терапии болевого синдрома у онкологических больных с костными метастазами. В 2013 г. получены первичные положительные результаты по выявлению обезболивающего эффекта, планируется завершение этапа клинических испытаний.

В рамках проведения научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по организации опытно-промышленного производства РФП осуществляется регистрация инновационного препарата «Эстроскан, $^{99\text{m}}\text{Tc}$ », предназначенного для ранней диагностики опухолей

репродуктивной системы у женщин. Планируется завершение клинических испытаний на I и II фазах.

Специалистами ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России и ФГУП Федерального центра по проектированию и развитию объектов ядерной медицины ФМБА России разработаны, согласованы с ведущими российскими специалистами проекты нормативных документов:

- «Методические указания по доклиническому исследованию радиофармацевтических препаратов для позитронно-эмиссионной томографии».

- «Порядок изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов непосредственно в медицинских организациях». Документ разработан в соответствии с пп.5 п.5 ст. 13 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Во многих субъектах Российской Федерации успешно развиваются инновационные методы лечения с применением ядерной медицины, что является особенно актуальным при существующей распространенности онкологических заболеваний.

Число исследований, проведенных с использованием технологий ядерной медицины, в 2013 году составило 313 500. Количество больных, пролеченных с использованием технологий ядерной медицины – 61 000.

Так, в Республике Татарстан в рамках Национальной онкологической программы завершены работы по созданию центра позитронно-эмиссионной томографии и строительству отделения радионуклидной терапии. Запущен проект «Ядерная медицина», с применением современных технологий с использованием радионуклидов и позитронно-эмиссионной томографии – радиоизотопной диагностики. Внедрение данных технологий в клиническую практику избавит пациентов от поездок на лечение за пределы Республики Татарстан. В 2013 году проведено 1 608 исследований. Применение указанных технологий позволило повысить эффективность диагностики и контролировать качество лечения новообразований.

Настоящим прорывом в области Hi-Tech (хай-тек, высокотехнологичной) медицины стало создание в Краснодарском крае первого в стране международного Центра регенеративной медицины.

На основе полученных научных результатов уже сейчас в ККБ №1 г. Краснодара созданы методики тканевой инженерии для выращивания трахеи и идут работы по созданию искусственного легкого. Также разрабатываются подходы к биоинженерному созданию клеток кожи. Технологии регенеративной медицины позволят не только избежать пересадки донорских органов и сопутствующей иммуносупрессии, но и получить орган, когда это необходимо, любой формы и размера.

Событиями последних лет стало открытие в Челябинском онкологическом диспансере центра позитронно-эмиссионной томографии, появление кибер-ножа и другого оборудования, позволяющего более точно ставить диагнозы, проникать во время операций в самые труднодоступные места человеческого организма.

Позитронно-эмиссионная томография помогает уточнить диагноз, определить более точную картину заболевания. Почти трети больных после такого обследования меняют схему лечения на более эффективную. Кибер-нож используется при операциях на головном мозге, легких, брюшной полости.

Челябинская область стала второй территорией после Обнинска, освоившей бескровные операции с использованием радиоактивного йода, использование данной технологии позволяет «рассосать» опухоль, после чего пациент получает заместительную терапию. Первого пациента пролечили по этой технологии 16 июля 2011 года.

Первые и единственные в России – в Челябинском окружном онкодиспансере освоили брахитерапию, открыв отделение онкоофтальмологии, где делаются операции по удалению глазных меланом с сохранением зрения.

Ежегодный объем радиологической помощи в Хабаровском крае составляет 2 500 человек по терапии и 15 000 человек по диагностике (10 % пролеченных больных являются жителями других регионов Дальневосточного Федерального округа). Введенная в эксплуатацию в 2012 году первая очередь созданию центра позитронно-эмиссионной томографии позволила обеспечить на мировом уровне раннюю диагностику заболеваний и снизить долю небезопасных операций на 15–20%, повысить эффективность лучевой терапии. За 2013 год увеличились объемы лучевой терапии

ускорителем 20 МЭВ, усовершенствовались технологии стереотаксического облучения опухолей головного мозга, брахитерапии опухолей простаты, полости рта, пищевода, молочной железы.

Таким образом, эффективное здравоохранение в современных условиях возможно только на основе инновационного развития, внедрения принципов трансляционной медицины, опережающего развития биомедицинских исследований, системы быстрого внедрения результатов научных разработок в практическое здравоохранение.

РАЗДЕЛ 9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В медицинских организациях Российской Федерации в 2013 году работало более 2 миллионов медицинских работников, из них по данным Росстата на 1 января 2014 г., в учреждениях здравоохранения системы Минздрава России – 587 482 врача (в том числе 365 842 врача клинических специальностей) и 1 295 736 медицинских работников со средним профессиональным образованием.

Обеспеченность населения (на 10 тысяч) врачами выросла с 40,8 (в 2008 г.) до 41,0 (в 2013 г.), обеспеченность средними медицинскими работниками снизилась с 94,1 (2008 г.) до 90,4 (2013 г.). Обеспеченность врачами клинических специальностей составила 25,5 на 10 тысяч населения.

В 2013 году по сравнению с 2012 годом в медицинских организациях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, отмечено увеличение численности врачей на 1 % (5 265 человек) и медицинских работников со средним профессиональным образованием на 0,9 % (11 289 человек).

Сохраняется неоднородность показателя обеспеченности населения врачами и средними медицинскими работниками среди субъектов Российской Федерации.

Максимально высокие уровни обеспеченности врачами отмечаются в Чукотском АО, в гг. Санкт-Петербурге и Москве, в Республике Северная Осетия-Алания и в Астраханской области. На протяжении 5-летнего периода эти территории остаются лидерами по уровню данного показателя.

В тоже время, минимальные уровни обеспеченности врачами сохраняются в Чеченской Республике, во Владимирской, Курганской, Ленинградской, Тамбовской и Тульской областях, в Еврейской автономной области.

Максимальные значения показателей обеспеченности средними медицинскими работниками отмечаются в Чукотском, Ханты-Мансийском и Ненецком автономных округах, в Магаданской области, в республиках Тыва, Коми и Алтай; минимальные – в Приморском крае, в Ленинградской, Калининградской и Московской областях.

565 837 (96,3%) врачей и 1 232 090 (95,0%) средних медицинских работников имеют сертификат специалиста.

294 848 (50,7%) врачей и 770 788 (59,5%) средних медицинских работников получили квалификационные категории.

В 2013 году образовательными учреждениями Министерства здравоохранения Российской Федерации, с учетом имеющейся потребности субъектов Российской Федерации в кадрах соответствующей квалификации, были приняты на обучение более 250 тысяч человек, в том числе:

по программам среднего профессионального образования – 3 400 человек;

по программам высшего профессионального образования – 20707 человек, в том числе:

по программам бакалавриата -33 человека;

по программам специалитета – 20 654 человека;

по программам магистратуры - 20 человек;

по программам послевузовского профессионального образования (интернатура) – 16 241 человек;

по программам послевузовского профессионального образования (ординатура) – 6 428 человек;

по программам послевузовского профессионального образования (аспирантура) – 1 955 человек;

по программам послевузовского профессионального образования (докторантура) – 62 человека;

по программам дополнительного профессионального образования – свыше 210 тысяч человек.

Ежегодно Минздрав России в рамках контрольных цифр приема устанавливает квоты целевого приема подведомственным образовательным учреждениям, составившие в 2013 году в отдельных вузах от 62,0 до 68,2 % от общего объема установленных контрольных цифр.

В целом по Российской Федерации отмечается тенденция к увеличению доли целевого набора в вузах Минздрава России при приеме на 1 курс: 2011 г. – 36,0 %, 2012 г. – 37,2 %, 2013 г. – 38,5 %. Квота целевого приема в 2013 году в высшие учебные заведения, подведомственные Министерству образования Российской Федерации, составила 16 % от общего объема контрольных цифр приема. В рамках целевого приема в 2013 году зачислено в высшие учебные заведения Российской Федерации по укрупненной группе специальностей «Здравоохранение» 7 133 студента, в том числе в вузы Минздрава России 6 727 человек.

Комплексом мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р, предусматривается развитие системы целевого приема в образовательные учреждения высшего медицинского образования.

В 2013 году удельный вес трудоустройства лиц, обучающихся в рамках целевого приема, составил около 80 %, «дорожными картами» регионов предусмотрены мероприятия, направленные на повышение эффективности целевой подготовки кадров и достижение значения данного показателя на уровне 100 %.

Заработная плата медицинских работников

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ), Правительству Российской Федерации поручено обеспечить повышение к 2018 году средней заработной платы врачей до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе, среднего и младшего медицинского персонала – до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе.

В рамках реализации Указа распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р утверждена Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных

(муниципальных) учреждениях на 2012 – 2018 годы, включающая динамику примерных значений соотношений средней заработной платы медицинских работников по годам до значений, установленных Указом, от средней заработной платы в субъектах Российской Федерации.

Данная динамика соотношений включена в показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р (далее – отраслевая «дорожная карта»).

В соответствии с пунктом 4 отраслевой «дорожной карты» субъектами Российской Федерации разработаны и утверждены по согласованию с Минздравом России «дорожные карты» развития здравоохранения, включающие, в том числе региональные значения соотношений средней заработной платы категорий медицинских работников и средней заработной платы в соответствующем субъекте Российской Федерации, установленные в соответствии с финансовыми возможностями субъектов Российской Федерации и с учетом фактически сложившихся соотношений в 2012 году.

Минздрав России осуществляет мониторинг хода реализации «дорожных карт» субъектов Российской Федерации в части повышения оплаты труда медицинским работникам.

По итогам 2013 года достигнуты запланированные индикаторы соотношений средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала государственных и муниципальных учреждений Российской Федерации к средней заработной плате в субъектах Российской Федерации, установленные отраслевой «дорожной картой» на 2013 год в 77, 74 и 47 субъектах Российской Федерации соответственно.

По данным Росстата за 2013 г., в целом по Российской Федерации среднемесячная заработная плата медицинских работников увеличилась по сравнению с 2012 г.:

врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление

медицинских услуг) на 24 % и составила 42 248 руб., (141% средней заработной плате по Российской Федерации – 29 960 руб.);

среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 25 % и составила 24 102 руб. что составляет 80,4 % к средней заработной плате по Российской Федерации;

младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) на 37 % и составила 14 313 руб. что составляет 47,8 % средней заработной плате по Российской Федерации.

Таким образом, по итогам 2013 года достигнуты целевые показатели по средней заработной плате врачей и среднего медицинского персонала, установленные отраслевой «дорожной картой» на 2013 г. и соответственно, не достигнут целевой показатель по младшему медицинскому персоналу.

РАЗДЕЛ. 10 ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Формирование и выполнение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальные программы) во всех субъектах Российской Федерации в 2013 году осуществлялось в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 (далее – Программа).

Расходы на территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальные программы) в 2013 году составили 1 646,0 млрд. рублей, что выше соответствующих расходов 2012 года (1 307,0 млрд. рублей) на 25,9 %.

Расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации (без учета межбюджетных трансфертов, передаваемых в систему

обязательного медицинского страхования) в 2013 году составили 478,2 млрд. рублей (в 2011 году – 568,3 млрд. рублей, в 2012 году – 580,6 млрд. рублей), средства обязательного медицинского страхования – 1 167,9 млрд. рублей (в 2011 году – 624,9 млрд. рублей, в 2012 году – 726,4 млрд. рублей).

Кроме того, платежи бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2013 году составили 166,4 млрд. рублей.

Доля средств о консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации в структуре территориальных программ государственных гарантий в целом по Российской Федерации составила 24,9% (от 2,2% в Чукотском автономном округе до 64,2% в Ненецком автономном округе).

Расходы за счет государственных источников финансового обеспечения Программы в 2013 году составили 1 646,1 млрд. рублей (без учета средств федерального бюджета) и возросли на 25,9 % по сравнению с 2012 годом (1307,0 млрд. рублей).

С 2013 года структура тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования включает все статьи расходов, за исключением расходов государственных и муниципальных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения и приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу.

В структуре расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на медицинскую помощь в 2013 году преобладали расходы на оплату труда с начислениями (53,2%) (от 75,9% в Тюменской области до 14,7% - в Республике Хакасия). Расходы на увеличение стоимости основных средств составили в целом по Российской Федерации 5,3% от расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на медицинскую помощь (от 0,1% в Костромской и Самарской областях до 26,4% - в Республике Татарстан), основная доля которых приходится на приобретение медицинского оборудования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Характеризуя состояние здоровья населения страны, нельзя не отметить наличие существенной дифференциации его показателей в региональном отношении. Территориальные особенности здоровья населения и здравоохранения в то же время говорят о схожести происходящих процессов в сфере охраны здоровья населения, что подтверждает необходимость значительно большего влияния здравоохранения на состояние здоровья населения с целью исправления сложившейся ситуации.

Доклад предоставляет лицам, принимающим управленческие решения в области политики здравоохранения на всех уровнях государственного управления и специалистам по организации здравоохранения, информационно–аналитическую базу данных, на основании которой будут определяться стратегические цели, целевые ориентиры и рабочие приоритеты развития здравоохранения России.

Доклад содержит анализ основных детерминант общественного здоровья как в целом по стране, так и на региональном уровне. В докладе обобщен опыт субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья населения, отмечены как достижения, так и существующие проблемы, прежде всего на региональном уровне.

Анализ региональных особенностей здоровья населения и организации медицинской помощи направлено на обеспечение органов государственной власти аналитической информацией об уровне, структуре и основных тенденциях в здоровье населения, условиях и факторах, влияющих на здоровье различных групп населения. Использование данной информации позволит эффективно определять потребности и разрабатывать необходимые организационные мероприятия в области оказания лечебно-диагностической, профилактической, санитарной помощи и санаторно-курортного лечения для обеспечения соответствующего уровня общественного здоровья и совершенствования здравоохранения.

За последние годы мероприятия, проводимые на государственном уровне, привели к положительной динамике социально-экономического

развития страны в целом и положительно изменили основные процессы в сфере охраны здоровья граждан.

Результаты 2013 года свидетельствуют о том, что позитивные тенденции сохраняются, отмечено значительное снижение смертности населения, рост рождаемости и впервые за последние годы достигнут естественный прирост населения.

Активно возвращается в сферу интересов здравоохранения профилактическая направленность.

Сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации обеспечит активизация первичной медицинской помощи, развитие высоких технологий, а также разработка и внедрение инновационных методов диагностики и лечения, стимулирование рождаемости, обеспечение санитарно-эпидемиологического и экологического благополучия, развитие профилактики и реабилитации, оптимизация лекарственного обеспечения, внедрение системы управления качеством медицинской помощи, преодоление отставания сельского здравоохранения и защита прав пациента и медицинских работников.

Совместная работа с субъектами Российской Федерации и согласованное взаимодействие всех уровней власти позволит существенно укрепить здоровье населения нашей страны и выполнить задачи, определенные указами Президента Российской Федерации.

