

**Дополнительные и обосновывающие материалы к государственной  
программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения»**

## Оглавление

ОГЛАВЛЕНИЕ .....	2
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СФЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ ФОРМУЛИРОВКИ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В УКАЗАННОЙ СФЕРЕ И ПРОГНОЗ ЕЕ РАЗВИТИЯ .....	4
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ .....	12
ОБОБЩЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕР ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ.....	12
ПРОГНОЗ СВОДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ ПО ЭТАПАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ.....	15
ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ ГОСКОРПОРАЦИЙ, АКЦИОНЕРНЫХ ОБЩЕСТВ, ИНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ФОНДОВ .....	15
ОБОСНОВАНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ПОДПРОГРАММ И ВКЛЮЧЕНИЯ ИХ В СОСТАВ ПРОГРАММЫ.....	17
ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕМА ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ .....	18
АНАЛИЗ РИСКОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ.....	18
МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ.....	19
ПОДПРОГРАММА 1 «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ».....	25
ПОДПРОГРАММА 2. «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, ВКЛЮЧАЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ».....	49
ПОДПРОГРАММА 3. «РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, А ТАКЖЕ ОСНОВ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ» .....	85
ПОДПРОГРАММА 4 «ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА» .....	100
ПОДПРОГРАММА 5. «РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САНАТОРНО–КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ» .....	113

ПОДПРОГРАММА 6. «ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЯМ» .....	122
ПОДПРОГРАММА 7 «КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» .....	129
ПОДПРОГРАММА 8. «РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ» .....	149
ПОДПРОГРАММА 9. «ЭКСПЕРТИЗА И КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНЫЕ ФУНКЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ» .....	156
ПОДПРОГРАММА Б. «МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН» .....	177
ПОДПРОГРАММА Г. «УПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕМ ОТРАСЛИ» .....	201

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

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

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

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

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

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

- приоритетный национальный проект «Здоровье»;
- федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)»;
- региональные программы модернизации здравоохранения.

С 2013 года реализуются программы развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

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

перелом в тенденции снижения численности населения – в 2011 году был обеспечен прирост численности населения на 190,9 тыс. человек (в период 2000–2005 годов численность населения уменьшалась в среднем за год на 600–

700 тыс. человек, в 2012 году прирост численности составил 290,7 тыс. человек);

увеличение рождаемости – в 2011 году родилось 1 796,6 тыс. детей, что на 0,4 % больше, чем в 2010 году (в 2012 году родилось 1 902,1 тыс. человек, что на 5,9 % больше, чем в 2011 году);

снижение показателей смертности – общий показатель смертности, число умерших от всех причин на 1 000 человек, в 2012 году составил 13,3 (в 2011 г. – 13,5, в 2010 г. – 14,2), что отражает положительную динамику;

снижение показателей младенческой смертности – младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми в 2011 году снизилась на 2,3% по сравнению с 2010 годом и составила 7,4 на 1 000 родившихся живыми (в 2012 году данный показатель составил 8,6 на 1 000 родившихся живыми, что связано с переходом на новые критерии регистрации новорожденных);

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

увеличение ожидаемой продолжительности жизни – в период 2006–2012 годов ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 5,0 лет с 66,6 лет в 2006 году до 70,24 лет в 2012 году.

В области правового регулирования сферы охраны здоровья проведен целый ряд структурных реформ. За период 2006–2012 годы приняты принципиальные решения и нормативные документы:

– Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– Федеральный закон от 22 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

– Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;

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

– Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, одобренная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р;

– Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы, утвержденная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р;

– Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденные Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. № 1873-р;

– План мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2012 г. № 1134-р;

– Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690;

– Федеральный закон от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

– Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

– Федеральный закон от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»;

– Федеральный закон от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В 2012 году в целях реализации указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №№ 597, 598 и 606 разработаны и утверждены Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года.

### **Сопоставление существующего состояния здравоохранения с состоянием аналогичной сферы у ведущих стран**

В 2012 году ожидаемая продолжительность жизни увеличилась до 70,24 лет. Тем не менее, продолжительность жизни в России остается низкой — на 6,5 лет меньше, чем в «новых» странах ЕС (европейские страны, вошедшие в ЕС после мая 2004 года), и на 12,5 лет меньше, чем в «старых» странах ЕС (европейские страны, вошедшие в ЕС до мая 2004 года). Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин остается высокой и составляет около 11,3 лет (показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2012 году составил 64,56 лет для мужчин и 75,86 – для женщин). Ключевую роль в низкой ожидаемой продолжительности жизни играет высокая смертность людей трудоспособного возраста, главным образом,

мужчин. По показателю смертности в этой возрастной группе Российская Федерация опережает другие экономически развитые страны более чем в 2–4 раза.

В структуре смертности населения наибольшую долю составляют болезни системы кровообращения, на которые приходится более 56 % всех случаев смерти, новообразования (15% и более) и внешние причины смерти – около 10 %. Показатели материнской и младенческой смертности превышают аналогичные показатели в развитых странах в 1,5–2,0 раза.

### **Характеристика текущего состояния сферы реализации Программы**

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

низкая мотивация населения на соблюдение здорового образа жизни;

высокая распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем, потребление наркотиков, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание);

высокая распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение);

недостаточность условий для ведения здорового образа жизни (злоупотребление алкоголем, потребление наркотиков, производство несоответствующих принципам здорового питания продуктов, а также для обеспечения необходимого уровня физической активности);

несвоевременное обращение за медицинской помощью;

низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, направленная на своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих;

несбалансированность коечного фонда по ряду профилей оказания медицинской помощи и недостаточно эффективное его использование;

низкое развитие замещающих стационар технологий;

слабая организация оказания медицинской помощи сельским жителям;

отсутствие выработанных индикаторов качества оказания медицинской помощи;

отсутствие унификации оснащения медицинских организаций;

отсутствие оптимизации этапности оказания медицинской помощи, обеспечивающая оптимальную маршрутизацию потока пациентов.

Новой технологической платформой современной медицинской науки и здравоохранения должна стать биомедицина, ресурсы и возможности которой не исчерпаны и способны дать прорывные результаты.

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

В сфере науки особенно остро ощущается нехватка менеджмента – профессиональных управляющих.

Для скорейшего внедрения достижений науки необходимо создание системы и инфраструктуры трансляционной медицины, позволяющей объединить в единое целое весь процесс от разработки до использования в клинической практике.

Требуется проведение комплекса мер, направленных на устранение факторов, оказывающих негативное влияние на уровень младенческой и детской смертности, повышение эффективности службы родовспоможения и детства.

Высокая загруженность коечного фонда и недостаточно эффективное его использование обусловлены не только низкой активностью первичного звена здравоохранения, но и недостаточной развитостью системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации.

Низкая обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам, низкое качество их жизни формирует недостаточную динамику в состоянии здоровья населения.

Ключевой проблемой является недостаточная обеспеченность отрасли квалифицированным персоналом. Динамика обновления технологий образования зачастую превышает динамику обновления программ подготовки и переподготовки специалистов. Низкая социальная привлекательность работы в здравоохранении также является сдерживающим фактором кадрового развития отрасли.

Созданы основы для создания электронной базы знаний в сфере здравоохранения. Главной задачей в этой сфере является масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников.

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

Отмечается недостаточное количество международных проектов в области здравоохранения, сложившаяся у международного сообщества неадекватная оценка уровня развития российского здравоохранения, что негативно влияет на инвестиционный рейтинг Российской Федерации, оценку инвесторами качества человеческого капитала и уровня развития государства как института в целом. Комплекс предлагаемых к реализации мероприятий в рамках Программы, направлен на позиционирование системы здравоохранения Российской Федерации как регионального лидера в сфере охраны здоровья граждан.

Неудовлетворенность населения качеством оказываемой медицинской помощи связана, в том числе, с несовершенством контрольно-надзорных функций в сфере здравоохранения. Необходимо последовательное выстраивание системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

С возможностью возникновения чрезвычайных ситуаций, вспышек инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) связана необходимость поддержания и совершенствования системы медико-биологического обеспечения охраны здоровья населения.

Требуется разработка инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы.

Существенным сдерживающим фактором является недостаточное применение современных информационных технологий. Не в полной мере внедрены методы систематизации медицинской информации. Соответственно необходимо создание и применение алгоритмов аналитической обработки информации для целей управления в здравоохранении.

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

Созданы основы для создания электронной базы знаний в сфере здравоохранения. Главной задачей в этой сфере является масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников.

Одновременно планируется решать задачу по созданию и развитию аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий. Создание автоматизированных рабочих мест позволяет повысить точность и объективность диагностических исследований, снизить количество рутинных операций в повседневной деятельности медицинского работника, повысить оперативность и достоверность передачи медицинской информации о состоянии здоровья пациента между медицинскими работниками, в том числе между медицинскими работниками разных медицинских организаций.

Существует накопленные за последние годы проблемы в пенитенциарной медицине, которые связаны с несовершенством организационно-структурного построения медицинской службы, что приводит к нарушению конституционных прав осужденных и лиц, заключенных под стражу, на охрану здоровья и получение своевременной квалифицированной медицинской помощи.

Сложившаяся ситуация в учреждениях уголовно-исправительной системы требует проведения дальнейших комплексных мероприятий, необходимости принятия экстренных мер по обеспечению должного финансирования для укрепления материально-технической базы, оснащения их современным медицинским оборудованием и улучшением лекарственного обеспечения обслуживаемого контингента.

Уровень государственного финансирования системы здравоохранения остается недостаточным и составляет 3,2–3,5 % от ВВП, что в 2–3 раза ниже, чем в странах ЕС. Дальнейшее развитие системы здравоохранения требует увеличения расходов бюджетной системы на здравоохранение, которые должны составить не менее 4,7 % от ВВП, что сопоставимо с показателями экономически развитых стран.

### **Прогноз развития сферы реализации Программы**

Дальнейшее развитие сферы охраны здоровья в период до 2020 года, помимо необходимости решения существующих проблем, связано с рядом общемировых тенденций. В связи с этим, структура Программы должна охватывать как направления, связанные с обеспечением «догоняющего» развития (решение первоочередных проблем смертности и заболеваемости), так

и направления, обеспечивающие эволюцию отечественной системы охраны здоровья в соответствии с тенденциями, определяющими будущее в развитых странах.

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

В настоящее время актуализируются такие задачи здравоохранения, как формирование здорового образа жизни, комфортной среды обитания, создание условий для эффективного труда и отдыха, позволяющего предотвратить развитие заболеваний. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) и Московской декларации Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям выполнение этих задач в рамках только системы здравоохранения невозможно и требует широкого межсекторального многоуровневого взаимодействия.

### **От активного вмешательства к профилактике**

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

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

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

Масштаб целей, поставленных Программой в области демографии, формирования у населения приверженности к здоровому образу жизни, профилактики и лечения социально-значимых заболеваний, снижения смертности в результате дорожно-транспортных происшествий, определяет необходимость взаимодействия федеральных органов исполнительной власти, являющихся исполнителями и участниками программы, с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, широким кругом коммерческих организаций всех форм собственности, общественными организациями по всему спектру вопросов, имеющих отношение к охране здоровья населения.

## **Основные результаты реализации Программы**

### **Результаты на макроэкономическом уровне**

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

В частности создание условий для повышения:

- численности населения до 145 млн. человек;
- средней продолжительности жизни до 74,3 лет.

Совокупные расходы на здравоохранение вырастут до 5,9 % от ВВП.

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

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

## **Обобщенная характеристика мер государственного регулирования в сфере реализации Программы**

### **Меры государственного регулирования**

В рамках реализации Программы меры государственного регулирования не предусмотрены.

### **Меры правового регулирования, их обоснование**

Меры правового регулирования разрабатываются ответственным исполнителем в первый год реализации Программы.

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

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

Необходимо разработать нормативное обеспечение и организационно-методические принципы мониторинга наркоситуации в Российской Федерации, принципы формирования национального (межведомственного) банка данных лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками и психотропными средствами.

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

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

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

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

Необходимо разработать законодательное и нормативное регулирование обязательного профилактического антиалкогольного и антинаркотического

учебно-просветительского курса для участников дорожного движения, которые управляли автотранспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

Следует разработать принципы ответственной рекламы медицинской, в том числе медико-социальной, деятельности и законодательно-нормативный механизм её регулирования и контроля.

В области развития кадрового потенциала отрасли планируется разработка процедуры аккредитации специалистов, утверждение типовых программ дополнительного профессионального образования в области медицины и фармации, утверждение требований к уровню оснащённости обучающих симуляционных центров отдельно по специальностям подготовки, экспериментальных операций с использованием животных, принятие положений о клинике и клинической базе.

Нужно сформировать в государственном секторе экономики, а также в сфере естественных монополий дополнительные стимулы к инновационному развитию путем усиления инновационной направленности системы закупок для государственных нужд (совершенствование законодательства в области закупки новых технологий в биомедицине).

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

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

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

В области информатизации необходимо создание, модернизация и реформирование информационной структуры отрасли здравоохранения. В этом направлении необходимо добиваться сквозного структурирования информационных и понятийных классификаторов, упорядочивания информационных потоков. Основные положения и ожидаемые сроки принятия (с учетом предусмотренной законодательством Российской Федерации оценки

регулирующего воздействия) нормативных правовых актов, планируемых к разработке и утверждению в сфере реализации Программы, представлены в таблице 3.

### **Прогноз сводных показателей государственных заданий по этапам реализации Программы**

Доведение государственного задания будет осуществляться в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» и Федеральным законом от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях», а также иными нормативными актами, регулирующими формирование государственного задания.

Значения показателей государственных заданий, предусмотренных Программой в 2013–2015 годах, приводятся в таблице 7. Указанные значения подлежат ежегодному уточнению. В среднем прогнозируется рост расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий по Программе на значения, не превышающие прогнозный уровень инфляции. Объемы расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий подлежат ежегодному уточнению.

### **Информация об участии госкорпораций, акционерных обществ, иных организаций, внебюджетных фондов**

Основной целью государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения является развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения. Необходимо развивать вхождение в систему ОМС частных медицинских учреждений, использование концессионных соглашений, а также привлечение управляющих компаний в целях управления отдельными видами медицинских учреждений по различным аналитическим признакам. Основными критериями выбора медицинских учреждений, управление которыми будет осуществляться по данной модели, должны быть низкий инвестиционный и квалификационный «порог чувствительности», а именно учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, санаторно-курортную помощь.

Целью медицинского страхования в области здравоохранения на период 2013–2020 гг. является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение ее эффективности. В качестве важнейшей задачи предусматривается модернизация системы ОМС, в том числе:

- осуществление перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе ОМС, включая законодательное закрепление доходных источников и расходных обязательств;
- введение страховых взносов на ОМС работающего населения по единому тарифу для всех работодателей и индивидуальных предпринимателей;
- обеспечение единых требований к определению размера взносов субъектов Российской Федерации на ОМС неработающего населения;
- создание эффективной системы обеспечения полномочий и выравнивания финансового обеспечения территориальных программ ОМС в части базовой программы ОМС на основе норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС путем предоставления субвенций;
- повышение ответственности страховых медицинских организаций при введении одноканальной модели финансирования организаций системы здравоохранения, участвующих в ОМС;
- осуществление поэтапного перехода к эффективным способам оплаты медицинской помощи, учитывающим качество и объемы её оказания;
- создание системы управления качеством медицинской помощи;
- формирование модели ОМС с созданием конкурентных условий для страховых медицинских организаций и медицинских организаций, обеспечивающих население доступной информацией об их деятельности в целях выбора застрахованными гражданами медицинской организации и страховой медицинской организации;
- обеспечение условий для участия медицинских организаций различных организационно-правовых форм и форм собственности в системе ОМС.

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

В качестве одной из мер повышения доступности медицинской помощи застрахованным гражданам можно рассматривать включение в систему ОМС медицинских организаций любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационной правовой формы, а также индивидуальных предпринимателей, занимающихся частной медицинской практикой. Реализация принципов свободы выбора застрахованных лиц осуществлена через право на выбор: медицинской организации и страховой медицинской организации, из числа включенных в Реестр, размещенный в обязательном порядке на официальном сайте в сети Интернет и дополнительно

опубликованный иными способами, а так же врача, для получения первичной медико-санитарной помощи.

В целях создания конкурентных условий участники системы ОМС (страховые медицинские организации и медицинские организации) обеспечивают размещение необходимой информации на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», опубликовывают ее в средствах массовой информации.

В целях обеспечения реализации прав застрахованных граждан страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством об охране здоровья граждан путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

## **Обоснование выделения подпрограмм и включения их в состав Программы**

Подпрограммы Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» выделены исходя из цели, содержания и с учетом специфики механизмов решения определенных задач.

Решение задач, связанных с обеспечением приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи, предусмотрено подпрограммой «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи».

Решение задач, связанных с повышением эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации будет осуществляться в рамках подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации».

Задачи развития и внедрения инновационных методов диагностики и лечения будут решаться в рамках подпрограммы «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения».

Решение задач, связанных с повышением эффективности службы родовспоможения и детства будет осуществляться в рамках подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребёнка».

Решение задач, связанных с совершенствованием системы санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детей будет

осуществляться в рамках подпрограммы «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям».

Задачи обеспечения медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей, будут решаться в рамках Подпрограммы «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям».

Задачи обеспечения системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами будут решаться в рамках подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

Решение задач, связанных с повышением роли России в глобальном здравоохранении предусмотрено подпрограммой «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья».

Решение задач, связанных с повышением эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья предусмотрено подпрограммой «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья».

Задачи медико-биологического обеспечения охраны здоровья населения будут решаться в рамках подпрограммы «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан».

Задачи, связанные с обеспечением системности организации охраны здоровья, будут решаться в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли».

## **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Программы**

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

Ресурсное обеспечение реализации Программы за счет средств федерального бюджета, планируемое с учетом ситуации в финансово-бюджетной сфере на федеральном и региональном уровнях, высокой экономической и социальной важности проблем, а также возможностей ее реализации с учетом действующих расходных обязательств при эффективном взаимодействии всех участников Программы, подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Обоснование объемов финансирования представлено в таблицах 4 и 8.

## **Анализ рисков реализации Программы**

При реализации поставленных в Программе задач осуществляются меры, направленные на снижение последствий возможных рисков и повышение

уровня гарантированности достижения предусмотренных Программой конечных результатов.

К рискам, в том числе относятся:

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

2. Финансовые риски.

Отсутствие или недостаточное финансирование мероприятий в рамках Программы может привести к снижению доступности и качества оказываемой медицинской помощи населению Российской Федерации и, как следствие, целевые показатели государственной программы не будут достигнуты, а при неблагоприятном прогнозе – демографические показатели могут измениться в отрицательную сторону.

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

3. Организационные риски.

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

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

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

## **Методика оценки эффективности Программы**

Оценка эффективности Программы производится с учетом следующих составляющих:

оценки степени достижения целей и решения задач Программы;  
оценки степени достижения целей и решения задач подпрограмм Программы;  
оценки степени реализации основных мероприятий;  
оценки степени соответствия запланированному уровню затрат;  
оценки эффективности использования средств федерального бюджета.

Оценка эффективности реализации Программы осуществляется в два этапа.

На первом этапе осуществляется оценка эффективности реализации подпрограмм, оценки степени реализации мероприятий, оценки степени соответствия запланированному уровню затрат и оценки эффективности использования средств федерального бюджета.

На втором этапе осуществляется оценка эффективности реализации Программы, которая определяется с учетом оценки степени достижения целей и решения задач Программы и оценки эффективности реализации подпрограмм.

Степень реализации мероприятий оценивается для каждой подпрограммы как доля мероприятий, выполненных в полном объеме, по следующей формуле:  $СР_m = M_b / M$ , где  $СР_m$  – степень реализации мероприятий,  $M_b$  – количество мероприятий, выполненных в полном объеме, из числа мероприятий, запланированных к реализации в отчетном году,  $M$  – общее количество мероприятий, запланированных к реализации в отчетном году.

Расчет степени реализации мероприятий рассчитывается на уровне основных мероприятий подпрограмм в детальном плане-графике реализации Программы (таблица 13а).

Степень реализации мероприятий Программы рассчитывается для всех мероприятий государственной программы.

Мероприятие может считаться выполненным в полном объеме при достижении следующих результатов:

– мероприятие, результаты которого оцениваются на основании числовых (в абсолютных или относительных величинах) значений показателей (индикаторов), считается выполненным в полном объеме, если фактически достигнутое значение показателя (индикатора) составляет не менее 95 % от запланированного и не хуже, чем значение показателя (индикатора), достигнутое в году, предшествующем отчетному, с учетом корректировки объемов финансирования по мероприятию. В том случае, когда для описания результатов реализации мероприятия используется несколько показателей (индикаторов), для оценки степени реализации мероприятия используется

среднее арифметическое значение отношений фактических значений показателей к запланированным значениям, выраженное в процентах;

– мероприятие, предусматривающее оказание государственных услуг (работ) на основании государственных заданий, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств федерального бюджета, считается выполненным в полном объеме в случае выполнения сводных показателей государственных заданий по объему и по качеству государственных услуг (работ) не менее чем на 95 % от установленных значений на отчетный год;

– по иным мероприятиям результаты реализации могут оцениваться наступление или ненаступление контрольного события (событий) и/или достижение качественного результата (оценка проводится экспертно).

Степень соответствия запланированному уровню затрат оценивается для каждой подпрограммы как отношение фактически произведенных в отчетном году расходов на реализацию подпрограммы к их плановым значениям по следующей формуле

$$ССуз = Зф / Зп,$$

где:

ССуз – степень соответствия запланированному уровню расходов;

Зф – фактические расходы на реализацию подпрограммы в отчетном году;

Зп – плановые расходы на реализацию подпрограммы в отчетном году.

Эффективность использования средств федерального бюджета рассчитывается для каждой подпрограммы как отношение степени реализации мероприятий к степени соответствия запланированному уровню расходов из средств федерального бюджета по следующей формуле:

$$Эис = СРм / ССуз,$$

где:

Эис – эффективность использования средств федерального бюджета;

СРм – степень реализации мероприятий, полностью или частично финансируемых из средств федерального бюджета;

ССуз – степень соответствия запланированному уровню расходов из средств федерального бюджета.

Для оценки степени достижения целей и решения задач (далее – степень реализации) подпрограмм определяется степень достижения плановых значений каждого показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи подпрограммы.

Степень достижения планового значения показателя (индикатора) рассчитывается по следующим формулам:

– для показателей (индикаторов), желаемой тенденцией развития которых является увеличение значений:

$$\text{СДп/ппз} = \text{ЗПп/пф} / \text{ЗПп/пп};$$

– для показателей (индикаторов), желаемой тенденцией развития которых является снижение значений:

$$\text{СДп/ппз} = \text{ЗПп/пп} / \text{ЗПп/пф},$$

где:

СДп/ппз – степень достижения планового значения показателя (индикатора, характеризующего цели и задачи подпрограммы);

ЗПп/пф – значение показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи подпрограммы, фактически достигнутое на конец отчетного периода;

ЗПп/пп – плановое значение показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи подпрограммы.

Степень реализации подпрограммы рассчитывается по формуле:

$$\text{СРп/п} = \sum \text{СДп/ппз} / N,$$

где:

СРп/п – степень реализации подпрограммы;

СДп/ппз – степень достижения планового значения показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи подпрограммы;

N – число показателей (индикаторов), характеризующих цели и задачи подпрограммы.

При использовании данной формуле в случаях, если  $\text{СДп/ппз} > 1$ , значение  $\text{СДп/ппз}$  принимается равным 1.

Эффективность реализации подпрограммы оценивается в зависимости от значений оценки степени реализации подпрограммы и оценки эффективности использования средств федерального бюджета по следующей формуле:

$$\text{ЭРп/п} = \text{СРп/п} * \text{Эис},$$

где:

ЭРп/п – эффективность реализации подпрограммы;

СРп/п – степень реализации подпрограммы;

Эис – эффективность использования средств федерального бюджета.

Эффективность реализации подпрограммы признается высокой в случае, если значение  $\text{ЭРп/п}$  составляет не менее 0,9.

Эффективность реализации подпрограммы признается средней в случае, если значение  $\text{ЭРп/п}$  составляет не менее 0,8.

Эффективность реализации подпрограммы признается удовлетворительной в случае, если значение  $\text{ЭРп/п}$  составляет не менее 0,7.

В остальных случаях эффективность реализации подпрограммы признается неудовлетворительной.

Для оценки степени достижения целей и решения задач (далее – степень реализации) государственной программы определяется степень достижения

плановых значений каждого показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи государственной программы.

Степень достижения планового значения показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи государственной программы, рассчитывается по следующим формулам:

– для показателей (индикаторов), желаемой тенденцией развития которых является увеличение значений:

$$СД_{гппз} = ЗП_{гпф} / ЗП_{гпп};$$

– для показателей (индикаторов), желаемой тенденцией развития которых является снижение значений:

$$СД_{гппз} = ЗП_{гпл} / ЗП_{гпф},$$

где:

СД<sub>гппз</sub> – степень достижения планового значения показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи государственной программы;

ЗП<sub>гпф</sub> – значение показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи государственной программы, фактически достигнутое на конец отчетного периода;

ЗП<sub>гпп</sub> – плановое значение показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи государственной программы.

Степень реализации государственной программы рассчитывается по формуле:

$$СР_{гп} = \sum СД_{гппз} / M,$$

где:

СР<sub>гп</sub> – степень реализации государственной программы;

СД<sub>гппз</sub> – степень достижения планового значения показателя (индикатора), характеризующего цели и задачи государственной программы;

M – число показателей (индикаторов), характеризующих цели и задачи подпрограммы.

При использовании данной формуле в случаях, если СД<sub>гппз</sub> > 1, значение СД<sub>гппз</sub> принимается равным 1.

Эффективность реализации государственной программы оценивается в зависимости от значений оценки степени реализации государственной программы и оценки эффективности реализации входящих в нее подпрограмм по следующей формуле:

$$ЭР_{гп} = 0,5 * СР_{гп} + 0,5 * \sum ЭР_{п/п} * k_j / j,$$

где:

ЭР<sub>гп</sub> – эффективность реализации государственной программы;

СР<sub>гп</sub> – степень реализации государственной программы;

ЭР<sub>п/п</sub> – эффективность реализации подпрограммы;

$k_j$  – коэффициент значимости подпрограммы для достижения целей государственной программы, определяемый в методике оценки эффективности государственной программы ответственным исполнителем. По умолчанию  $k_j$  определяется по формуле:  $k_j = \Phi_j/\Phi$ , где  $\Phi_j$  – объем фактических расходов из федерального бюджета (кассового исполнения) на реализацию  $j$ -той подпрограммы (федеральной целевой программы) в отчетном году,  $\Phi$  – объем фактических расходов из федерального бюджета (кассового исполнения) на реализацию государственной программы;

$j$  – количество подпрограмм.

Эффективность реализации государственной программы признается высокой, в случае если значение ЭРгп составляет не менее 0,90.

Эффективность реализации государственной программы признается средней, в случае если значение ЭРгп составляет не менее 0,80.

Эффективность реализации государственной программы признается удовлетворительной, в случае если значение ЭРгп составляет не менее 0,70.

В остальных случаях эффективность реализации государственной программы признается неудовлетворительной.

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

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Федеральное медико-биологическое агентство. Министерство промышленности и торговли Российской Федерации. Министерство финансов Российской Федерации. Министерство сельского хозяйства Российской Федерации. Федеральное агентство воздушного транспорта. Федеральное агентство морского и речного транспорта. Министерство экономического развития Российской Федерации. Федеральная налоговая служба. Федеральное агентство научных организаций. Федеральное агентство по управлению государственным имуществом. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрены.
Цели Подпрограммы	Увеличение продолжительности активной жизни населения за счет формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний; Снижение заболеваемости инфарктом миокарда и инсультами; Повышение выявляемости больных злокачественными новообразованиями на I–II стадии заболевания; Повышение доли больных, у которых туберкулез выявлен на ранней стадии; Снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с

	<p>Национальным календарем профилактических прививок; Снижение заболеваемости алкоголизмом, наркоманией; Снижение уровня смертности населения за счет профилактики развития депрессивных состояний и суицидального поведения.</p>
<p>Задачи Подпрограммы</p>	<p>Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, в том числе, снижение распространенности наиболее значимых факторов риска.</p> <p>Реализация дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения.</p> <p>Сохранение на спорадическом уровне распространенности инфекционных заболеваний, профилактика которых осуществляется проведением иммунизации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок (дифтерия, эпидемический паротит, острый вирусный гепатит В, краснуха).</p> <p>Раннее выявление лиц инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С.</p> <p>Обеспечение поддержания статуса Российской Федерации как страны, свободной от полиомелита и подтверждение статуса Российской Федерации как страны, свободной от кори;</p> <p>Обеспечение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания.</p>
<p>Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы</p>	<p>Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей;</p> <p>Охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты;</p> <p>Охват диспансеризацией взрослого населения;</p> <p>Доля населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом;</p>

	<p>Потребление овощей и бахчевых культур в среднем на потребителя в год (за исключением картофеля);</p> <p>Потребление фруктов и ягод в среднем на потребителя в год;</p> <p>Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст.;</p> <p>Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулёз;</p> <p>Заболеваемость дифтерией;</p> <p>Заболеваемость корью;</p> <p>Заболеваемость краснухой;</p> <p>Заболеваемость эпидемическим паротитом;</p> <p>Заболеваемость острым вирусным гепатитом В;</p> <p>Охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки;</p> <p>Охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки;</p> <p>Охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки ;</p> <p>Охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки;</p> <p>Охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки;</p> <p>Доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учёте, от числа выявленных;</p> <p>Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года;</p> <p>Доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года;</p> <p>Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов (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);</p> <p>Удовлетворение спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными</p>
--	---

	<p>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 и больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей);</p> <p>Смертность от самоубийств.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в два этапа:</p> <p>1 этап – 2013 – 2015 гг.</p> <p>2 этап – 2016 – 2020 гг.</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 700 905 414,6 тыс. руб., из них:</p> <p>2013 г. – 128 156 602,2 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 71 633 926,6 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 70 223 630,3 тыс. руб.;</p> <p>2016 г. – 70 120 580,3 тыс. руб.;</p> <p>2017 г. – 82 541 773,5 тыс. руб.;</p> <p>2018 г. – 89 413 595,9 тыс. руб.;</p> <p>2019 г. – 93 089 221,8 тыс. руб.;</p> <p>2020 г. – 95 726 083,9 тыс. руб.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей – до 95 %;</p> <p>Сохранение охвата диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты на уровне – не менее 97 %;</p> <p>Увеличение охвата диспансеризацией взрослого населения – до 23 %;</p> <p>Увеличение доли населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом – до 30 %;</p> <p>Увеличение потребления овощей и продовольственных бахчевых культур в среднем на потребителя в год (за исключением картофеля) – до 121 %;</p>

Увеличение потребления фруктов и ягод в среднем на потребителя в год – до 121 %;

Увеличение доли больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I-II ст. – до 56,7 %;

Увеличение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулёз – до 81,08 %;

Сохранение заболеваемости дифтерией на уровне – 0,01 случаев на 100 тыс. населения;

Снижение заболеваемости корью – менее 1 случая в год на 1 млн. населения;

Сохранение заболеваемости краснухой на уровне – менее 1 случая в год на 100 тыс. населения;

Сохранение заболеваемости эпидемическим паротитом на уровне – менее 1 случая в год на 100 тыс. населения;

Снижение заболеваемости острым вирусным гепатитом В – 0,83 случаев на 100 тыс. населения;

Сохранение уровня охвата иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки – не менее 95 %;

Сохранение уровня охвата иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки – не менее 95 %;

Сохранение уровня охвата иммунизации населения против кори в декретированные сроки - не менее 95 %;

Сохранение уровня охвата иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки – не менее 95%;

Сохранение уровня охвата иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки – не менее 95 %;

Увеличение доли ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учёте, от числа выявленных – до 75,2 %;

Снижение доли больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года – до 23,34 %;

Снижение доли больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года – до 26,82 %;

Увеличение доли удовлетворенности потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктов лечебного питания для

	<p>детей-инвалидов (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) – до 98 %;</p> <p>Увеличение доли удовлетворенности 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 и больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей) – до 98 %;</p> <p>Снижение смертности от самоубийств – до 16 случаев на 100 тыс. населения.</p>
--	---

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

Непременным условием для преодоления неблагоприятной демографической ситуации, имеющей место в Российской Федерации на протяжении последних двух десятилетий, наряду с повышением уровня рождаемости является снижение высокой смертности населения, обусловленной, главным образом, смертностью от неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистая патология, онкологические заболевания, сахарный диабет, хронические бронхо-легочные заболевания) и внешних причин. Неинфекционные заболевания обуславливают около 75% всех причин смерти в нашей стране.

Стратегия выявления лиц с высоким риском и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний осуществляется главным образом на индивидуальном и групповом уровнях в рамках первичной медико-санитарной помощи, а также в рамках специализированной помощи и санаторно-курортного лечения. Для реализации этой стратегии требуется наличие инфраструктуры системы медицинской профилактики. Важнейшими инструментами стратегии высокого риска являются диспансеризация и

профилактические осмотры населения. Стратегия вторичной профилактики реализуется в медицинских организациях на индивидуальном уровне и предполагает медикаментозное, интервенционное и хирургическое лечение у лиц, имеющих доказанные неинфекционные заболевания в целях предупреждения развития у них осложнений.

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

Основой системы оказания медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь, которая включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

**По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году:**

охват профилактическими медицинскими осмотрами детей будет составлять 85 % в 2015 году,

охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации будет составлять 97 %,

распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения снизится до 29,3 % в 2015 году,

распространенность повышенного уровня холестерина в крови среди взрослого населения снизится до 50,2 % в 2015 году,

распространенность низкой физической активности среди взрослого населения (процент) снизится до 22,8 % в 2015 году,

распространенность избыточного потребления соли среди взрослого населения (процент) снизится до 45,7 % в 2015 году,

распространенность недостаточного потребления фруктов и овощей среди взрослого населения (процент) снизится до 38,1 % в 2015 году,

доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II ст. (процент) вырастет с 50,5 % в 2012 году до 52,7 % в 2015 году,

заболеваемость дифтерией (на 100 тыс. населения) сохранится на уровне не более 0,01,

заболеваемость корью (на 1 млн. населения) сохранится на уровне не более 1 случая в 2015 году,

заболеваемость краснухой (на 100 тыс. населения) снизится с 0,7 в 2012 году до менее 1 случая в 2015 году,

заболеваемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения) снизится с 0,3 в 2012 году до менее 1 случая в 2015 году,

заболеваемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения) снизится до 2,4 в 2015 году,

охват иммунизацией населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % в 2015 году,

охват иммунизацией населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % в 2015 году,

охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % в 2015 году,

охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % в 2015 году,

охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки сохранится на уровне не менее 95 % в 2015 году,

доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учёте, от числа выявленных вырастет с 74 % в 2012 году до 76 % в 2015 году,

доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года снизится с 28,9 % в 2012 году до 25,05 % в 2015 году,

доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года будет составлять 29,23 % в 2015 году,

удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (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) будет составлять 95 % в 2015 году,

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) (процент) будет составлять 98 % в 2015 году,

смертность от самоубийств (на 100 тыс. населения) снизится с 20,8 в 2012 году до 19,2 в 2015 году.

Особенностью первого этапа реализации Подпрограммы 1 является необходимость решения задач по развитию системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни у населения Российской Федерации, в том числе, по снижению распространенности наиболее значимых факторов риска, реализации дифференцированного подхода к организации в рамках первичной медико-санитарной помощи профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей, в целях обеспечения своевременного выявления заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения, раннему выявлению инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С.

**По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:**

охват профилактическими медицинскими осмотрами детей сохранится на уровне 85 % в 2020 году,

охват диспансеризацией детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации сохранится на уровне 97 % в 2020 году,

охват диспансеризацией подростков сохранится на уровне 95 % в 2020 году,

распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения снизится до 25,1 % в 2020 году,

распространенность повышенного уровня холестерина в крови среди взрослого населения снизится до 44,6 % в 2020 году,

распространенность низкой физической активности среди взрослого населения снизится до 21,6 % в 2020 году,

распространенность избыточного потребления соли среди взрослого населения снизится до 35,6 % в 2020 году,

распространенность недостаточного потребления фруктов и овощей среди взрослого населения снизится до 32,6 % в 2020 году,

доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II ст. (процент) вырастет с 53,5 % в 2016 году до 56,7 % в 2020 году,

заболеваемость дифтерией (на 100 тыс. населения) не превысит 0,01,

заболеваемость корью (на 1 млн. населения) не превысит 1 случая,

заболеваемость краснухой (на 100 тыс. населения) не превысит 1 случая,

заболеваемость эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения) сохранится на уровне менее 1 случая с 2016 года в 2020 году,

заболеваемость острым вирусным гепатитом В (на 100 тыс. населения) снизится с 2,4 в 2016 году до 2,3 в 2020 году,

охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки составит не менее 95%,

охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки составит не менее 95%,

охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки составит не менее 95 %,

охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки составит не менее 95 %,

охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки составит не менее 95 %,

доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учёте, от числа выявленных вырастет с 76,5 % в 2016 году до 78,5 % в 2020 году,

доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года снизится с 24,7 % в 2016 году до 23,34 % в 2020 году,

доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года снизится с 28,73 % в 2016 году до 26,82 % в 2020 году,

удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах лечебного питания для детей-инвалидов (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) (процент) вырастет с 95,5 % в 2016 году до 98 % в 2020 году,

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) (процент) составит 98 %.

смертность от самоубийств (на 100 тыс. населения) снизится с 18,6 в 2016 году до 16,0 в 2020 году.

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

**Приоритеты государственной политики** в сфере реализации Подпрограммы отражены в:

- Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации;
- Федеральном законе от 24 апреля 2008 г. № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;
- Распоряжении Правительства Российской Федерации от 13 октября 2008 г. № 1478-р «О возложении на Минздравсоцразвития России функций по координации проведения работ и обеспечению выполнения Российской Федерацией обязательств, вытекающих из Конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;
- Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р;
- Комплексе мер по повышению эффективности регулирования рынка алкогольной продукции в Российской Федерации и производства этилового спирта, утвержденном распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 декабря 2011 г. № 1940-р;
- Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351;
- Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р;
- Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, одобренной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р;
- Указе Президента Российской Федерации от 30 января 2010 г. № 120 «Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации»;

- Распоряжении Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. № 1873-р «Об основах государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2020 года»;
- Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2011 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;
- Федеральном законе от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- Федеральном законе от 21 июля 1998 г. № 117-ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Концепции государственной антинаркотической политики Российской Федерации, утвержденной на заседании Государственного антинаркотического комитета 16 октября 2009 г.;
- Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690;
- Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761.

## **Характеристика основных мероприятий Подпрограммы**

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

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

Ключевую роль в решении поставленных задач играет развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) у населения Российской Федерации с использованием межведомственного подхода.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья будет обеспечен путем:

1) разработки и реализации программ формирования ЗОЖ, в том числе по снижению потребления алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;

2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально-значимых заболеваний и борьбе с ними;

4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Информирование о факторах риска неинфекционных заболеваний и создание мотивации к ведению здорового образа жизни (пропаганда ЗОЖ) должна осуществляться через федеральные и региональные средства массовой информации (популяционный уровень), а также с помощью центров медицинской профилактики (популяционный уровень), центров здоровья (популяционный, групповой и индивидуальный уровень), кабинетов/отделений поликлиник, стационаров и санаториев (групповой и индивидуальный уровень), а также фельдшерско-акушерских пунктах (групповой и индивидуальный уровень).

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

Реализация мероприятий по формированию ЗОЖ граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака, будет осуществляться по следующим направлениям:

– внедрение комплексных информационных и образовательных программ по вопросам ЗОЖ для различных категорий граждан;

– разработка и обеспечение реализации механизмов мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни;

- развитие физической культуры и массового спорта;
- обеспечение безопасности продуктов питания и здорового питания;
- обеспечение здоровой экологии и санитарно-эпидемиологического благополучия;
- обеспечение безопасных для здоровья условий труда на рабочих местах.

### **Мероприятие 1.2 Профилактика инфекционных заболеваний, включая иммунопрофилактику**

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

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

### **Мероприятие 1.3. Профилактика ВИЧ, вирусных гепатитов В и С**

В рамках реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции планируется обеспечить организацию и проведение работы по информированию и обучению различных групп населения средствам и методам профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, повышению ответственности за свое здоровье, а также пропаганде среди ВИЧ-инфицированных жизненных навыков препятствующих распространению ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, повышающих качество жизни ВИЧ-инфицированных и препятствующих переходу ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа.

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

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

Основными направлениями совершенствования оказания медицинской помощи сельскому населению в рамках Подпрограммы являются:

### **1. Оптимизация сети учреждений здравоохранения в сельской местности.**

В ходе реализации Подпрограммы вопросы обеспечения ФАПами будут решены тремя направлениями: организация ОВП и комплексных участков, возложением функций оказания первой помощи на домовые хозяйства, организацией работы по типу выездных бригад и оптимизацией маршрутизации населения по зоне ответственности медицинских организаций.

### **2. Совершенствование деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельскому населению.**

В рамках реализации Подпрограммы запланировано увеличение числа посещений к фельдшерам ФАПов, а также посещений на дому, вследствие активного привлечения медицинских работников ФАПов к подворовым обходам с целью раннего выявления заболеваний и профилактике обострения хронических заболеваний у хронических больных. Также во всех регионах России будет активизирована патронажная работа.

### **3. Повышение доступности медицинской помощи сельскому населению.**

В рамках реализации Подпрограммы запланировано повышение доступности медицинской помощи сельскому населению путем организации выездной лечебно-диагностической и профилактической работы, развитие сети офисов общей врачебной практики в соответствии с численностью проживающего населения, приближение первичной медико-санитарной, в т.ч. врачебной, медицинской помощи населению.

В целях достижения максимального приближения первой помощи сельскому населению в малонаселенных пунктах с числом жителей менее 100 человек (где нет ФАПов) планируется продолжить работу по созданию домовых хозяйств. Будут определены ответственные лица, на которые будут возложены функции оказания первой помощи (само– и взаимопомощь).

Реформирование структуры оказания медицинской помощи, а также оснащение учреждений здравоохранения современным оборудованием в рамках Подпрограммы будет осуществляться в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и зарегистрированными в Министерстве юстиции Российской Федерации.

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

- изменению системы оказания помощи сельскому населению;
- модернизации существующих учреждений и их подразделений;
- созданию межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медицинской помощи;
- выстраиванию потоков пациентов с формированием единых принципов маршрутизации;
- развитию новых форм оказания медицинской помощи – стационарзамещающих и выездных методов работы;
- развитию неотложной помощи на базе поликлинических подразделений;
- совершенствованию принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

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

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

В связи с необходимостью раннего выявления болезней системы кровообращения, являющихся одними из основных факторов, влияющих на смертность населения, необходимо внедрить повсеместно в практику фельдшеров первичного звена и скорой медицинской помощи комплексы передачи электрокардиограммы на расстоянии и создать в центральных районных больницах кардио-диагностические консультативные центры, что

позволит увеличить выявляемость больных инфарктом миокарда и долю госпитализированных в первые шесть часов на 20 %.

Возможностью передачи электрокардиограммы необходимо обеспечить все фельдшерско-акушерские пункты и фельдшерские бригады скорой медицинской помощи. Кардио-диагностические консультативные центры планируется организовать в первичных сосудистых отделениях, созданных в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и в рамках региональных программ модернизации здравоохранения.

Кроме сети фельдшерско-акушерских пунктов, офисов врачей общей практики и врачебных амбулаторий система оказания первичной медико-санитарной помощи должна быть представлена:

- городскими поликлиниками, с участковой терапевтической службой, врачами специалистами, кабинетом (отделением) профилактики, Центром здоровья, дневным стационаром, отделением неотложной помощи.

- межтерриториальными поликлиническими центрами, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь по наиболее востребованным специализированным профилям в соответствии с порядками оказания специализированной медицинской помощи (широкий спектр диагностических процедур, специальные рентгенологические исследования, включая компьютерную томографию и ядерную магнитно-резонансную томографию);

- областными консультативно-диагностическими центрами (организационно-методическая функция).

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

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

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

В амбулаторном звене необходимо стимулировать развитие государственно-частного партнерства, активно привлекать малый и средний бизнес в систему оказания гражданами бесплатной медицинской помощи. Это

возможно только при наличии адекватно сформированного тарифа на оплату медицинской помощи в рамках ОМС.

Для повышения качества и эффективности деятельности кабинетов/отделений медицинской профилактики, центров здоровья будут осуществляться мероприятия по укреплению материально-технической базы кабинетов/отделений медицинской профилактики, центров здоровья, совершенствованию нормативной правовой и методической базы, информационного и программного обеспечения деятельности кабинетов/отделений медицинской профилактики, центров здоровья.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- изменение требований профессиональной компетенции в области по формированию здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 060101 Лечебное дело (утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 8 ноября 2010 г. № 1118);

– изменение требований профессиональной компетенции в области формирования ЗОЖ и профилактики НИЗ Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования специальности 060101 Лечебное дело (утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 28 октября 2009 г. № 472).

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

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

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

Новая система диспансеризации населения должна базироваться на следующих основных принципах:

- участковый принцип и возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики, а ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка - на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача); диспансеризация для сельского населения должна организовываться с участием фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов и проводиться в поликлиниках центральных районных больниц;

- двухэтапный принцип проведения диспансеризации; первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации; первый этап заканчивается приемом (осмотром) врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение

краткого профилактического консультирования; второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя проведение по определенным на первом этапе показаниям целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов;

- выделения и конкретизации понятия «факторы риска» в рамках диспансеризации, к которым относятся повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение;

- дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста хронических неинфекционных заболеваний;

- обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска уже в процессе медицинского осмотра в рамках диспансеризации.

В рамках совершенствования системы ОМС, в том числе тарифной политики, для повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи планируется разработать качественные критерии работы медицинского персонала первичного звена здравоохранения, призванные стимулировать медицинских работников к достижению наилучших показателей здоровья прикрепленного населения, осуществить пересмотр тарифов на стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи.

Реализация вышеуказанных мероприятий приведет к следующим результатам:

– повышение эффективности работы первичного звена здравоохранения;

– увеличению доступности оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе жителям сельской местности;

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

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

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

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

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

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

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

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

Детальный перечень направлений реализации лекарственной политики определён Стратегией лекарственного обеспечения граждан до 2025 года, утвержденной приказом Минздрава России от 13 февраля 2013 г. № 66.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

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

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

В целях выполнения Подпрограммы будут реализованы государственные задания на оказание следующих услуг:

- оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- организация активного отдыха и оздоровления;
- организация проведения совещаний-семинаров, конференций;
- организация и проведение лечебно-профилактических мероприятий;
- оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, отдельным категориям граждан, установленным федеральными законами, в амбулаторных условиях;
- медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, входящей в базовую программу ОМС в амбулаторных условиях;
- оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- медицинское обследование и освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации в амбулаторных условиях;
- медицинское обследование и освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации в стационарных условиях.

## **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации**

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, при разработке комплексных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Данные о ресурсном обеспечении реализации мероприятий Программы за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации приведены в Таблице 8.

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

Участие государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

### **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

### **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы**

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

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

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Федеральное медико-биологическое агентство. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Министерство энергетики Российской Федерации. Министерство сельского хозяйства Российской Федерации. Федеральное агентство по управлению государственным имуществом. Министерство иностранных дел Российской Федерации. Федеральное агентство научных организаций. Федеральная служба исполнения наказаний. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрены.
Цели Подпрограммы	Повышение доступности и качества оказания медицинской помощи. Снижение смертности от туберкулеза. Повышение продолжительности и качества жизни лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С. Увеличение сроков краткосрочной и долгосрочной ремиссии наркологических больных. Развитие комплексной системы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах. Снижение смертности от ишемической болезни сердца и

	<p>инсульта.</p> <p>Снижение смертности от злокачественных новообразований.</p> <p>Снижение времени ожидания скорой медицинской помощи.</p> <p>Снижение смертности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий.</p> <p>Обеспечение безопасности и качества донорской крови и ее компонентов.</p>
<p>Задачи</p> <p>Подпрограммы</p>	<p>Соответствие деятельности учреждений здравоохранения порядкам и стандартам оказания медицинской помощи.</p> <p>Увеличение доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением.</p> <p>Внедрение методов персонализированной антибактериальной терапии больных туберкулезом.</p> <p>Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С.</p> <p>Модернизация наркологической службы Российской Федерации.</p> <p>Совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.</p> <p>Снижение уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта.</p> <p>Увеличение пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями.</p> <p>Снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями.</p> <p>Совершенствование системы управления скорой медицинской помощью.</p> <p>Снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий.</p> <p>Поддержка развития инфраструктуры скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, службы крови.</p>
<p>Целевые индикаторы и показатели</p> <p>Подпрограммы</p>	<p>Доля абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением;</p> <p>Доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на</p>

диспансерном учёте;

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет;

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет;

Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет;

Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет;

Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года;

Смертность от ишемической болезни сердца;

Смертность от цереброваскулярных заболеваний;

Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более;

Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями;

Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут;

Больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий;

Доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови;

Количество больных, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь за счет всех источников финансирования;

Количество больных, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств федерального бюджета;

Доля лиц с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, находящихся в исправительных учреждениях ФСИН России, от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;

Доля лиц с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, находящихся в подразделениях ФСИН России, от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции.

Этапы и сроки реализации Подпрограммы	Подпрограмма реализуется в два этапа: первый этап: 2013–2015 годы второй этап: 2016–2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.	Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 873 984 820,7 тыс. руб., из них: 2013 г. – 161 677 324,3 тыс. руб.; 2014 г. – 145 763 935,6 тыс. руб.; 2015 г. – 72 720 991,7 тыс. руб.; 2016 г. – 80 361 633,4 тыс. руб.; 2017 г. – 94 596 931,7 тыс. руб.; 2018 г. – 102 472 378,1 тыс. руб.; 2019 г. – 106 684 826,2 тыс. руб.; 2020 г. – 109 706 799,8 тыс. руб.
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы	Увеличение доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением до 75 %; доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа лиц состоящих на диспансерном учете до 32,5 %; увеличение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет до 9,68 на 100 наркологических больных; увеличение числа наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2-х лет до 10,4 на 100 наркологических больных; увеличение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет до 12,92 на 100 больных алкоголизмом; увеличение числа больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2-х лет до 10,4 на 100 больных алкоголизмом; снижение доли повторных в течение года госпитализаций в психиатрический стационар до 20,72 %; снижение смертности от ишемической болезни сердца до 355,8 случаев на 100 тыс. населения; снижение смертности от цереброваскулярных заболеваний до 203,2 случаев на 100 тыс. населения; увеличение удельного веса больных злокачественными

новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более до 54,5 %; снижение одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями до 21 %; увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 мин. до 90 %; снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий до 3,9 %; увеличение доли станций (отделений) переливания крови, обеспечивающих высокий уровень качества и безопасности компонентов крови до 100 %; снижение доли лиц с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, находящихся в подразделениях ФСИН России, от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза до 8,8 %; снижение доли лиц с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, находящихся в подразделениях ФСИН России, от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции до 11,3 %.
---

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

Медико-демографическая ситуация в Российской Федерации свидетельствует о необходимости дальнейшего развития новых технологий работы, включая выездные методы, развития замещающих стационар технологий, организации системы неотложной медицинской помощи населению, модернизацию скорой медицинской помощи, развитие системы оказания помощи при экстренных заболеваниях и состояниях, что потребует и изменения системы оказания специализированной медицинской помощи с акцентом на наиболее приоритетные направления.

#### **По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году:**

Доля абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением (процент) снизится с 42,4 в 2012 году до 52,5 в 2015 году.

Доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учёте (процент) вырастет с 28,6 в 2012 году до 30,0 в 2015 году.

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет вырастет с 8,3 в 2012 году до 8,80 в 2015 году.

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет вырастет с 8,9 в 2012 году до 9,40 в 2015 году.

Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет вырастет с 11,0 в 2012 году до 11,7 в 2015 году.

Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет вырастет с 8,9 в 2012 году до 9,42 в 2015 году.

Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года (процент) снизится с 21,4 в 2012 году до 20,93 в 2015 году.

Смертность от ишемической болезни сердца (на 100 тыс. населения) снизится с 393,1 в 2012 году до 381,7 в 2015 году.

Смертность от cerebrovascularных заболеваний (на 100 тыс. населения) снизится с 225,6 в 2012 году до 216,9 в 2015 году.

Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более (процент) снизится с 51,5 в 2012 году до 52,5 в 2015 году.

Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (процент) снизится с 26,1 в 2012 году до 25,2 в 2015 году,

Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут (процент) вырастет с 81,1 в 2012 году до 86,4 в 2015 году.

Больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий (процент) снизится с 4,5 в 2012 году до 4,1 в 2015 году.

Доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови (процент) вырастет с 82,0 в 2012 году до 100 в 2015 году.

Доля лиц с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, находящихся в исправительных учреждениях ФСИН России, от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза снизится с 10,4 % в 2012 году до 9,8 % в 2015 году.

Доля лиц с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, находящихся в подразделениях ФСИН России, от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции снизится с 13,3 в 2012 году до 12,5 в 2015 году.

Первоочередное значение имеет решение задач увеличения доли абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением,

внедрения методов персонализированной антибактериальной терапии больных туберкулезом,  
модернизации наркологической службы Российской Федерации,  
снижения уровня смертности от ишемической болезни сердца и инсульта,  
поддержка развития инфраструктуры скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, службы крови,  
создание трехуровневой системы деятельности службы крови;  
улучшение материально-технической базы учреждений и подразделений службы крови, в том числе оснащение учреждений и подразделений необходимым оборудованием;  
снижения одногодичной летальности больных со злокачественными новообразованиями,  
снижение больничной летальности пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий,  
совершенствования системы управления скорой медицинской помощью,  
увеличения пятилетней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями.

**По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:**

Доля абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением (процент) снизится с 56,9 в 2016 году до 75 в 2020 году.

Доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учёте (процент) вырастет с 30,1 в 2016 году до 32,5 в 2020 году.

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет вырастет с 8,94 в 2016 году до 9,68 в 2020 году.

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии более 2 лет вырастет с 9,61 в 2016 году до 10,4 в 2020 году.

Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет вырастет с 11,92 в 2016 году до 12,92 в 2020 году.

Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет вырастет с 9,61 в 2016 году до 10,4 в 2020 году.

Доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года (процент) снизится с 20,89 в 2016 году до 20,72 в 2020 году.

Смертность от ишемической болезни сердца (на 100 тыс. населения) снизится с 377,9 в 2016 году до 355,8 в 2020 году.

Смертность от cerebrovascularных заболеваний (на 100 тыс. населения) снизится с 214,1 в 2016 году до 203,2 в 2020 году.

Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более (процент) снизится с 52,8 в 2016 году до 54,5 в 2020 году.

Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (процент) снизится с 24,6 в 2016 году до 21,0 в 2020 году.

Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут (процент) вырастет с 87,2 в 2016 году до 90,0 в 2020 году.

Больничная летальность пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий (процент) снизится с 4,1 в 2016 году до 3,9 в 2020 году.

Доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови (процент) сохранится на уровне 100 % в 2020 году.

Доля лиц с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, находящихся в исправительных учреждениях ФСИН России, от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза снизится с 9,6 % в 2016 году до 8,8 % в 2020 году.

Доля лиц с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, находящихся в подразделениях ФСИН России, от общего числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции снизится с 12,3 % в 2016 году до 11,3 % в 2020 году.

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

Реализация Подпрограммы осуществляется в соответствии с целями и задачами определенными:

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

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

– Планом мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией (на 2012–2020 годы), утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2012 г. № 202-р.

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

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

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

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

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

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

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

– ведение персонафицированной системы мониторинга туберкулёза (регистр больных туберкулезом).

Необходимо отметить, что только в 34,6 % противотуберкулезных диспансеров работают бактериологические лаборатории. В большинстве

регионов выполняется недостаточное количество лабораторных исследований, в том числе и из-за недофинансирования закупок расходных материалов и наборов реагентов. Мероприятия, направленные на совершенствование лабораторных исследований во фтизиатрии, системы инфекционного мониторинга, позволят повысить показатели абациллирования к 2020 г. до 75 % за счет обеспечения непрерывности лечения на основе единой базы данных, и в целом окажут положительное влияние на эпидемиологическую ситуацию распространения множественной лекарственной устойчивости.

Фтизиатрическая служба в России представлена специализированными учреждениями и включает в себя 5 федеральных государственных бюджетных учреждений, расположенных в городе Москве, Санкт-Петербурге, Свердловской области, Новосибирской области, 2 научно-практических центра в городе Москве и республике Саха (Якутия), 303 противотуберкулезных диспансера, из которых 262 имеют туберкулезные стационары, 73 туберкулезные больницы, 20 из которых имеют диспансерные отделения, 41 туберкулезный санаторий для взрослых и 104 – для детей; 2 081 туберкулезный кабинет. Во многих субъектах Российской Федерации число круглосуточных туберкулезных стационарных коек превышает потребность в них.

Материально-техническая база учреждений фтизиатрической службы закладывалась преимущественно в 60х годах прошлого века, и в настоящее время в субъектах Российской Федерации проводятся мероприятия, как по обновлению инфраструктуры, так и по оптимизации самой сети фтизиатрических учреждений, путем объединения нескольких учреждений субъекта Российской Федерации в единое юридическое лицо. Это, в свою очередь позволяет профилизировать структурные подразделения учреждения на диагностические, лечебные (стационарные и амбулаторные), реабилитационные и социальные (хосписы) для инкурабельных больных заразными формами туберкулеза, нуждающихся в полном государственном обеспечении, способствовать развитию системы медицинской реабилитации и санаторного лечения больных туберкулезом. Реализация данного мероприятия направлена на снижение заболеваемости за счет обеспечения адекватных изоляционно-ограничительных и противоэпидемических мероприятий в целях исключения пересечения потоков пациентов с разной степенью эпидемиологической опасности на всех этапах оказания медицинской помощи.

К числу значимых мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности, относится обеспечение лечебно-профилактических учреждений, в том числе подведомственных Федеральной службе исполнения наказаний, противотуберкулезными препаратами II ряда, за счет средств федерального бюджета. Обеспечение лекарственными препаратами необходимо для проведения эффективной этиотропной и

патогенетической терапии, обеспечения преемственности лечения, единых подходов к выбору и назначению препаратов, в соответствии с принятыми стандартными схемами лечения.

Разрабатываются мероприятия по обеспечению эпидемической безопасности граждан Российской Федерации, включая меры принудительного лечения у категории пациентов, с заразными формами туберкулёза, склонных к нарушению режимов лечения. Совместная работа в данном направлении с заинтересованными ведомствами, включая Федеральную службу исполнения наказаний, является важной задачей направленной на снижение заболеваемости и распространенности туберкулеза, обеспечении преемственности лечения.

Финансирование мероприятий предусматривается за счет средств федерального бюджета в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, финансирования за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

В настоящее время в уголовно-исполнительной системе в рамках исполнения поручения Президента Российской Федерации от 11 августа 2010 года № Пр-2358 проводятся существенные преобразования. В 2013 году завершился переход на структуру «Медико-санитарной части ФСИН России» и формируется новый облик медицинской службы УИС. Подчинение медико-санитарной части непосредственно ФСИН России создает условия независимости медицинских работников в принятии профессиональных решений, что приближает российское пенитенциарное здравоохранение к современным международным стандартам и нормам гуманитарного права. С начала 2014 года функционируют 64 медико-санитарные части ФСИН России, как полноценные медицинские организации, на которые возлагается весь комплекс задач по медицинскому обеспечению осужденных, а также лиц содержащихся под стражей.

Будет продолжена работа по усовершенствованию организационно-структурного построения медицинской службы пенитенциарной системы, в первую очередь по укреплению материально-технической базы медицинских организаций и домов ребенка УИС, оснащения их современным медицинским оборудованием и улучшением лекарственного обеспечения обслуживаемого контингента.

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

В Российской Федерации имеется комплексная система оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным:

- создана сеть специализированных медицинских учреждений (более 100 центров по предупреждению и борьбе со СПИДом и более 1 000 лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции);
- работает единая система мониторинга эпидемии ВИЧ/СПИДа (федеральное государственное статистическое наблюдение);
- медицинское наблюдение, диагностика и лечение ВИЧ-инфицированных осуществляется в соответствии с утвержденными Минздравом России стандартами;
- центры по предупреждению и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями оказывают ВИЧ-инфицированным комплексную помощь, включая психологическую, социальную и др.;
- введены в практику программы паллиативной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

В целях обеспечения реализации Федерального закона от 24 февраля 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» Минздравом России за счет средств федерального бюджета осуществляются закупки и поставки лекарственных и диагностических средств для профилактики, диагностики, лечения и мониторинга эффективности лечения лиц, инфицированных ВИЧ и вирусными гепатитами В и С вирусами иммунодефицита человека, обеспечившие доступность лечения ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся для федеральных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, ФСИН России, Роспотребнадзору.

С 2011 года субъекты Российской Федерации проводят закупку диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, используя субсидии из федерального бюджета. Распределение финансовых средств ежегодно утверждается распоряжением Правительства Российской Федерации.

Финансовое обеспечение распоряжения Правительства Российской Федерации осуществляется за счет средств федерального бюджета, предусмотренных на закупки диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

Своевременное и достаточное обеспечение диагностическими препаратами, развитая сеть, насчитывающая более 1 200 лабораторий, и действующая нормативная база позволяет осуществлять обследование значительных групп населения с целью раннего выявления лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С.

Раннее выявление этих заболеваний с последующей диспансеризацией и наблюдением пациентов обеспечивает своевременное начало необходимого лечения, что значительно снижает смертность и инвалидизацию среди этих больных, повышает качество и продолжительность их жизни.

В целях реализации этого мероприятия в рамках Подпрограммы будет осуществлен комплекс мер включающих в себя:

- определение числа лиц, инфицированных ВИЧ и вирусными гепатитами В и С, нуждающихся в лечении;
- разработка перечня препаратов, необходимых для проведения антиретровирусной терапии и лечения гепатитов В и С;
- обеспечение закупок и поставок антивирусных препаратов и диагностических средств для профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С;
- организация и обеспечение контроля за использованием антивирусных препаратов и диагностических средств для профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С.

Результатом реализации этих мер станет расширение охвата ВИЧ-инфицированных высоко активной антиретровирусной терапией до уровня рекомендуемого ВОЗ, в результате чего будут достигнуты такие показатели как снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией до на 35–50 % за счет снижения у лечащихся вирусной нагрузки и снижения интенсивности передачи ВИЧ от человека к человеку, предотвращение ранней смертности и инвалидизации среди ВИЧ-инфицированных, повышения качества их жизни и снижения обращаемости за социальной поддержкой.

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

В 2011 году специализированными учреждениями Министерства здравоохранения Российской Федерации зарегистрировано 3 020 838 больных наркологическими расстройствами, т.е. 2 114,5 больных на 100 тыс. населения, или 2,1 % общей численности населения. По сравнению с 2010 годом показатель снизился на 4,5 %.

Большинство зарегистрированных – это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями, – 81,3 % от общего числа зарегистрированных больных. На больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, пришлось 17,7 %, токсикоманией и лиц, злоупотребляющих ненаркотическими психоактивными веществами – 1,0 %.

Уровень общей заболеваемости алкогольными расстройствами по-прежнему остается высоким. Число больных алкоголизмом,

зарегистрированных наркологической службой в 2011 году, составило 2 003 021 человек, или 1 402,0 в расчете на 100 тыс. населения, что составляет почти 1,4 % общей численности населения.

В 2011 году специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 339 320 больных наркоманией, или 237,5 на 100 тыс. населения. Кроме того, 194 084 человек в 2011 году были зарегистрированы с диагнозом «употребление наркотиков с вредными последствиями». Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков в 2011 году составило 533 404 человек, или 373,4 на 100 тыс. населения.

За последние 5 лет произошли негативные изменения в наркологической службе. Уменьшилось количество диспансеров, число врачей психиатров-наркологов, увеличился коэффициент совместительства этих специалистов, продолжилось уменьшение коечного фонда наркологических учреждений. В то же время медико-социальная реабилитация больных наркологического профиля развивается крайне медленно, что негативно отражается на эффективности оказания помощи больным наркологическими расстройствами.

С 2011 года в мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, реализуемые в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», включено направление по совершенствованию медицинской помощи наркологическим больным, включая профилактику, диагностику и медицинскую реабилитацию наркологических больных. За 2011–2012 годы в реализацию данного направления включено 38 субъектов Российской Федерации, в том числе 22 субъекта Российской Федерации – в 2012 году.

При высоких показателях заболеваемости наркоманией, хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами во многих регионах Российской Федерации совершенствование оказания наркологической медицинской помощи было включено в число приоритетных направлений реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011–2012 годы. С целью приближения наркологической медицинской помощи населению, в т.ч. сельскому, в рамках реализации региональных программ модернизации открываются наркологические кабинеты и отделения медико-социальной реабилитации наркологических больных. Также активно реализуются мероприятия по укреплению материально-технической базы учреждений наркологической службы.

Целями реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи наркологическим больным, являются:

– увеличение уровня первичной обращаемости пациентов ежегодно при стабильном уровне общей заболеваемости пациентов;

- увеличение длительности ремиссий ежегодно;
- увеличение доли коек для осуществления медико-социальной реабилитации ежегодно;
- уменьшение потребление чистого алкоголя на душу населения до 11,3 литров в год (к 2016 году), уменьшение потребления чистого алкоголя на душу населения до 10 литров в год (к 2020 году).

Для обеспечения выполнения поставленных целей необходимо выполнение следующих задач:

- внедрение федеральных стандартов и порядка оказания наркологической помощи на всей территории Российской Федерации;
- укрепление кадрового состава наркологической службы, особенно специалистов реабилитационного звена;
- формирование комплексного подхода к медицинской и социальной реабилитации больных наркологического профиля с привлечением общественных организаций;
- внедрение методов ранней диагностики наркологических расстройств среди населения субъектов Российской Федерации, в том числе среди детско-подросткового контингента;
- развитие сети наркологических кабинетов в медицинских организациях;
- организация в субъектах Российской Федерации отделений медицинской реабилитации;
- оснащение наркологических подразделений (центры, диспансеры, отделения, кабинеты) различными видами медицинского оборудования для оказания профилактической, консультативной, диагностической, лечебной и реабилитационной помощи;
- обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров, в том числе по специальностям «психиатрия», «наркология» и «медицинская психология», для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации;
- осуществить информатизацию деятельности наркологических учреждений в полном объеме;
- проведение эпидемиологических исследований среди различных групп населения 1 раз в 4 года;
- разработка порядка проведения периодических медицинских осмотров лиц, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, связанных с движением транспорта, на предмет немедицинского потребления алкоголя и наркотиков;
- разработка порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних при поступлении и прохождении обучения в образовательном учреждении;

- разработка порядка диспансерного наблюдения за наркологическими больными;

- материально-техническое переоснащение сети химико–токсикологических лабораторий с учетом потребностей субъектов Российской Федерации;

- организовать проведение всероссийских и международных научно–практических конференций, семинаров, выставок, круглых столов по вопросам лечения и медицинской реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями;

- разработка программы развития медицинской реабилитации, включающая внедрение современных методов медицинской реабилитации наркологических больных, малозатратных технологий и стационарзамещающих форм оказания реабилитационной помощи;

- включение мероприятий реабилитационной направленности в стандарты медицинской помощи наркологическим больным;

Социальный эффект от реализации мероприятий Программы будет выражен в снижении числа отравлений, смертности больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями, сохранении трудового потенциала больных, снижении социальной и психологической напряженности в обществе вследствие сокращения распространения болезней зависимости и инфекционных заболеваний (гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др.); в сохранении и развитии трудовых ресурсов; совершенствовании знаний населения по вопросам профилактики зависимого поведения; формировании позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих отрицательное отношение к потреблению наркотических средств без назначения врача, а также других психоактивных веществ;

Осуществлению поставленных целей и задач в полном объеме могут препятствовать:

- отсутствие финансирования или финансирование в неполном объеме;

- появление на рынке новых (дизайнерских) наркотиков и быстрое их распространение, а также трудно предсказуемое увеличение производства контрафактного алкоголя и алкоголя домашнего приготовления;

- недостаточная укомплектованность специалистами, работающими в системе оказания наркологической помощи.

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

Растет заболеваемость населения психическими расстройствами и расстройствами поведения. Остается на низком уровне число пациентов,

охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи. Это свидетельствует о недостаточном использовании в психиатрической практике методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Последнее, в свою очередь, объясняет частые госпитализации и длительное лечение пациентов в психиатрических стационарах.

Необходимы разработка и внедрение бригадных форм оказания психиатрической помощи в условиях психиатрических стационаров, дневных стационаров, психоневрологических диспансеров, оказание помощи на дому, а также совершенствование методов предупреждения психических расстройств, в том числе в системе оказания первичной медико-санитарной помощи.

Целью является развитие комплексной системы предупреждения, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах.

Задачами являются:

- совершенствование методов профилактики психических расстройств, разработка и реализация консультативной помощи, обучающих программ для населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидов;

- совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение бригадных форм работы в условиях психиатрического стационара, дневного стационара, психоневрологического диспансера и реабилитационного общежития;

- внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации;

- реконструкция имеющихся специализированных медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и оснащение их современным медицинским и технологическим оборудованием.

В рамках Мероприятия предусмотрены:

- реконструкция имеющихся специализированных медицинских учреждений;

- изучение нейрохимических, иммунологических и нейрофизиологических аспектов патогенеза шизофрении, депрессивных и других психических расстройств;

- разработка современной методологии деятельности психиатрических и психоневрологических и судебно-психиатрических экспертных учреждений;

- разработка методов управления качеством оказания диагностической, лечебной и реабилитационной помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

- совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах;

– проведение исследований по изучению психопатологии, клиники и патогенеза депрессивных расстройств, а также совершенствованию современных молекулярных методов диагностики и мониторинга пациентов с депрессивными нарушениями, а также разработка инновационных методов лечения и профилактики депрессивных состояний.

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

Болезни системы кровообращения являются ведущей причиной смерти населения в Российской Федерации, обуславливая 56 % всех смертей. Несмотря на устойчивую тенденцию к снижению смертности от болезней системы кровообращения, этот показатель в 4–5 раз превышает аналогичные показатели смертности в экономически развитых странах мира.

Одной из ведущих причин смертности и инвалидизации населения Российской Федерации остается острый коронарный синдром (ОКС).

Достижения мировой и отечественной науки, отработанные в клинической практике сформировали четкие стратегические и тактические подходы к лечению этой тяжелой группы пациентов. Так, на сегодняшний день мировым профессиональным сообществом разработаны и утверждены рекомендации, регламентирующие тактику ведения больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном, госпитальном и постгоспитальном этапах.

Основной медицинской технологией, позволяющей кардинально снизить показатели летальности при ОКС, является выполнение ангиопластики и стентирования коронарных артерий.

Реализация в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, повысила доступность для населения специализированной медицинской помощи с применением рентгенэндоваскулярных методов лечения.

Ключевым направлением в данном мероприятии стало создание на базе многопрофильных стационаров специализированных первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и ОКС.

Организация центров осуществлялась по территориальным схемам, предусматривающим создание 1 регионального сосудистого центра и 3 первичных сосудистых отделений в регионах с численностью населения менее 2 млн. человек, а в регионах с численностью более 2 млн. человек – 1 регионального сосудистого центра и 6 первичных сосудистых отделений,

связанных между собой круглосуточной телемедицинской связью. При этом основополагающим фактором являлось географическое расположение этих центров и отделений, позволяющее обеспечить госпитализацию больного с ОКС из любой точки региона в течение 30–40 минут.

Задачи первичного сосудистого отделения заключаются в обеспечении круглосуточного приема пациентов. При этом 20 % развернутых на базе отделения коек должны обеспечивать возможность оказания нейрореанимационной помощи, 80 % - нейрореабилитации. Штат отделения должен быть мультидисциплинарным и включать специалиста по медицинской реабилитации.

Медицинская организация, на базе которой развернуто первичное сосудистое отделение, должна обеспечивать возможность выполнения пациенту компьютерной томографии в круглосуточном режиме, лабораторных и инструментальных обследований, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.

В свою очередь, региональный сосудистый центр является координирующим головным центром в прикрепленном регионе, имеющим возможность оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, и обеспечивающим круглосуточный прием экстренных больных. Для полноценного оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями региональный сосудистый центр должен включать первичные отделения, отделение сосудистой нейрохирургии, отделение компьютерной томографии, службу ангиографии и малоинвазивных рентгенэндоваскулярных интервенционных вмешательств и ряд других структурных подразделений.

Всего в результате реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации к 2014 году было создано 316 первичных сосудистых отделений и 108 региональных сосудистых центров, что позволило увеличить число госпитализированных пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения и внедрить практику тромболитической терапии, в том числе на догоспитальном этапе, увеличить количество оперативных вмешательств со стентированием коронарных артерий, как наиболее эффективного способа лечения заболевания и профилактики последующих осложнений и смерти.

Расчетная потребность в первичных сосудистых отделениях и региональных сосудистых центрах составляет не менее 30 профильных коек на 200 тыс. взрослого населения.

В связи с этим в дальнейшем субъекты Российской Федерации должны обеспечить продолжение реализации мероприятий по созданию и оснащению

материально-технической базы региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, предусмотрев достаточность этого вида медицинской помощи для населения независимо от места проживания, и мониторинг их деятельности в круглосуточном режиме.

При этом одним из важных факторов в обеспечении эффективности деятельности создаваемых региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений должна стать реализация регионами дополнительных мероприятий по подготовке врачей и среднего медицинского персонала для этих центров и отделений.

Несмотря на несомненные успехи науки и практики в вопросах лечения ОКС с применением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, данная медицинская технология на сегодняшний день не является основным методом лечения больных с ОКС на госпитальном уровне. Сложившаяся ситуация обусловлена рядом факторов, среди которых основным является высокая стоимость медицинских изделий, применяемых при выполнении стентирования и ангиопластики коронарных артерий и отсутствие отечественного производителя данных медицинских изделий.

Мероприятие направлено на увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом с применением ангиопластики и стентирования коронарных артерий в целях снижения смертности от болезней системы кровообращения, а также развитие отечественной конкурентоспособной медицинской промышленности, путем привлечения инвестиций и ведущих мировых производственных технологий.

В рамках реализации мероприятия на территории Российской Федерации будет создан современный производственный комплекс, способный восполнить существующую потребность отечественной системы здравоохранения в медицинских изделиях, применяемых при оказании высокотехнологичной медицинской помощи больным с ОКС. Производство будет создано путем трансфера технологий в партнерстве с ведущей международной компанией - лидером отрасли.

Механизмом реализации мероприятия является размещение долгосрочного государственного заказа на продукцию создаваемого предприятия с определением встречных обязательств (дополнительные условия исполнения контракта, не связанные с его предметом) – степени локализации технологических процессов на создаваемом производстве.

Удовлетворение потребности в оказании медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом с применением ангиопластики и стентирования коронарных артерий, с одновременным комплексным подходом к развитию

системы профилактики болезней системы кровообращения и реабилитации больных, позволит снизить показатель смертности от болезней системы кровообращения не менее, чем на 15 % в течение 8 лет, и как следствие, снизить экономические потери вследствие потерянных годов потенциальной жизни населения в трудоспособном возрасте.

## **Мероприятие 2.6. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями**

Злокачественные новообразования устойчиво занимают второе место среди причин смертности населения России. Их удельный вес в общей структуре смертности составляет около 14 %.

Смертность населения от онкологических заболеваний в Российской Федерации в 2010 году составляла 205,1 случаев на 100 тыс. населения, в 2011 году – 204,6 случаев на 100 тыс. населения, в 2012 году – 203,1 случаев на 100 тыс. населения.

Более 40 % среди впервые регистрируемых онкологических больных выявляются в III–IV стадии заболевания, что обуславливает высокий показатель одногодичной летальности (27,4 %).

Для снижения смертности населения от злокачественных новообразований будут проводиться мероприятия, направленные на развитие вторичной профилактики злокачественных новообразований и улучшения их выявления на ранних стадиях.

В целях повышения раннего выявления злокачественных новообразований будут осуществляться мероприятия, направленные на развитие сети смотровых кабинетов, с организацией 2-х сменной работы (в настоящее время только 17,5 % работают в две смены) и открытие отделений профилактики в поликлиниках и центральных районных больниц, с ведением полицевых картотек (регистров) лиц, прошедших осмотры.

На снижение смертности населения от злокачественных новообразований также направлены мероприятия по повышению качества диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями.

Мероприятиями, направленными на совершенствование оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, в 2009–2011 годах были охвачены 35 субъектов Российской Федерации, население которых составило 65,8 млн. человек (46,2 % от всего населения Российской Федерации). В 2012 году в мероприятия включены еще 12 субъектов Российской Федерации.

На эти цели из федерального бюджета было выделено 19 401,6 млн. рублей, субъектами Российской Федерации выделено 5 541,1 млн. рублей.

В результате реализации мероприятий была укреплена материально-техническая база онкологических учреждений субъектов Российской Федерации, разработаны территориальные программы, определена маршрутизация больных. На территории субъектов Российской Федерации, участвующих в мероприятиях, снизилась одногодичная летальность.

Дальнейшее развитие мероприятий на 2013–2015 год будет предусматривать их распространение на остальные субъекты Российской Федерации. До вхождения всех субъектов в реализацию мероприятий предполагается закрепить территории с маломощными диспансерами за крупными онкологическими учреждениями для соблюдения стандартов диагностики и лечения.

Для дальнейшего укрепления материально-технической базы медицинских учреждений онкологического профиля необходима дальнейшая поставка оборудования: аппараты для дистанционного облучения, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/компьютерной томографии, роботизированных систем иммуногистохимической диагностики, видеоэндоскопических комплексов.

Мероприятие также предусматривает проведение научно-исследовательских работ. В частности, будет проведена работа по комплексной оценке эффективности вакцинации для предупреждения развития рака шейки матки, с последующим решением вопроса о целесообразности закупки или разработки таких вакцин.

Не менее важным для повышения качества диагностики и лечения больных со злокачественными заболеваниями является проблема дефицита кадров врачебного и среднего медицинского персонала в онкологической службе. Дефицит врачей онкологов составляет 39 %, радиотерапевтов – 40 %, химиотерапевтов – 32 %, анестезиологов-реаниматологов – 41 %, патоморфологов и цитологов – 41 %. Устранение дефицита кадров в онкологической службе повысит эффективность оказания медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями.

Внедрение системы медицинской и социальной реабилитации больных со злокачественными новообразованиями, включающей доступные и обязательные программы хирургической реабилитации, основанные на современных достижениях реконструктивно-пластической хирургии, должно обеспечить необходимое качество оказания медицинской помощи.

Мероприятия государственной программы также предусматривают расширение обеспечения больных злокачественными новообразованиями паллиативной помощью, для чего запланировано увеличить число таких коек в стационарах общего профиля и утвердить порядок оказания этого вида помощи.

## Мероприятие 2.7. Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации

Цель государственной политики в области здравоохранения - улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности качественной медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг. Одним из направлений развития здравоохранения сегодня является развитие и совершенствование системы скорой медицинской помощи, в том числе специализированной и проведение медицинской эвакуации.

Скорая медицинская помощь является самым массовым, доступным и бесплатным видом медицинской помощи населению. Ежегодно служба скорой медицинской помощи выполняет от 47 до 50 миллионов вызовов, оказывая медицинскую помощь более 50 миллионам граждан.

Одной из центральных проблем скорой медицинской помощи является недостаточная централизация управления этой важнейшей оперативной службой в рамках субъектов Российской Федерации.

Модернизация скорой медицинской помощи является целью и одной из основных задач государственной программы развития здравоохранения в Российской Федерации. Ожидаемым результатом развития скорой медицинской помощи до 2020 года являются увеличение доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут с 80 % в 2011 году до 90 % в 2018 году.

Для достижения ожидаемого результата планируется:

- создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи во всех субъектах Российской Федерации и увеличение числа станций (отделений) скорой медицинской помощи, оснащенных автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов с 14 % в 2011 году до 100 %;

- обновление парка автомобилей скорой медицинской помощи и снижение доли автомобилей скорой медицинской помощи со сроком эксплуатации более 5 лет с 42 % в 2011 году до 0 %;

- организация стационарных отделений скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации к 2018 году с учетом реальной потребности и на основании комплексного плана развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

В соответствии с действующим законодательством об охране здоровья граждан предусматривается осуществление финансового обеспечения скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) за счет средств обязательного

медицинского страхования с 1 января 2013 года. Тарифная политика на оказание скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования будет дополнительно проработана с учетом анализа реализации территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Учитывая географические особенности, значительную площадь территории Российской Федерации, крайне неравномерную плотность населения (особенно на северных территориях, в Сибири и на Дальнем Востоке), недостаточно развитую сеть автомобильных дорог в ряде регионов, недостаточную оснащенность и кадровый дефицит в большинстве районных медицинских организациях – оказание полноценной медицинской помощи возможно только с активным использованием сил и средств современной санитарной авиации.

В рамках государственной программы планируется:

- создание трехуровневой системы санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой авиационным транспортом;
- решение вопросов финансового обеспечения деятельности санитарно-авиационной эвакуации;
- организация работы авиамедицинских бригад;
- строительство вертолетных площадок рядом с медицинскими организациями;
- усиление имеющейся санитарной эвакуации, осуществляемой наземными, водными и другими видами транспорта (приобретение реанимобилей, вездеходов и др.).

Структура запланированной к построению трехуровневой системы основана на территориальном принципе:

- центр санитарной авиации 1 уровня – федеральный;
- центры санитарной авиации 2 уровня – межрегиональные:  
на базе федеральных учреждений Минздрава России;
- центры санитарной авиации 3 уровня – территориальные:  
на базе многопрофильных медицинских учреждений (республиканских, краевых, областных больниц) субъектов Российской Федерации.

Задачами 1 уровня являются консультирование и непосредственное оказание медицинской помощи выездными экстренными консультативными бригадами и медицинская эвакуация с территории всех субъектов Российской Федерации в федеральные медицинские организации, проведение международных и дальних межрегиональных эвакуаций, координация деятельности центров санитарной авиации 2 и 3 уровней, взаимодействие с заинтересованными федеральными органами государственной власти по

вопросам медицинской эвакуации, дополнительное выполнение задач центра 2-го уровня (межрегионального) для Центрального, Северо-Западного, Южного федеральных округов.

Задачи 2 уровня - осуществление консультирования и непосредственное оказание медицинской помощи выездными экстренными консультативными бригадами, проведение межрегиональных при необходимости региональных санитарно-авиационных эвакуаций, координация деятельности центров санитарной авиации 3-го уровня, взаимодействие с другими межрегиональными центрами, медицинскими учреждениями, в которые осуществляется медицинская эвакуация, взаимодействие с органами государственной власти на территории федерального округа и заинтересованными структурами по вопросам медицинской эвакуации.

Задачи 3 уровня - осуществление консультирования и непосредственное оказание медицинской помощи выездными экстренными консультативными бригадами в пределах субъекта Российской Федерации, оказание первичной медико-санитарной помощи с применением авиационного транспорта.

Построение системы санитарной авиации позволит улучшить доступность и качество медицинской помощи при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, в том числе при дорожно-транспортных происшествиях, пожарах, других чрезвычайных происшествиях и катастрофах.

Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации, является одним из этапов в комплексном подходе к организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

## **Мероприятие 2.8. Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях**

К медицинским факторам, влияющим на снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий относятся:

–организация своевременной скорой медицинской помощи (достаточное количество реанимационных автомобилей, квалифицированный персонал, способный оказывать реанимационную помощь),

–оказание медицинской помощи в специализированных больницах экстренной медицинской помощи (травмоцентрах).

К немедицинским факторам можно отнести:

–дорожную инфраструктуру, обеспечивающую безопасность организации движения, транспортных развязок, пешеходных переходов, освещения дорог, разделения потоков автотранспорта, светофорного регулирования и т.д.;

–соблюдение правил дорожного движения всеми участниками дорожного движения, как водителями, так и пешеходами (культура поведения, строгость законодательства в отношении нарушителей ПДД, в том числе в отношении пешеходов);

–использование населением стран ЕЭС более технологически оснащенного автотранспорта, оборудованного системами активной и пассивной безопасности и т.д.

Целевыми индикаторами реализации государственной программы развития здравоохранения предлагается считать общий показатель смертности пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях и показатель летальности от дорожно-транспортных происшествий в травматологических центрах.

При условии своевременного и адекватного оказания медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий можно предотвратить 25 % случаев смерти.

К 2020 году в Российской Федерации планируется за счет реализации мероприятий, направленных на медицинские факторы, снизить смертность пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях до 10,0 на 100 тыс. населения, при условии одновременного эффективного влияния на немедицинские факторы со стороны всех заинтересованных федеральных органов исполнительной власти (Минтранс России, МВД России, Минобрнауки России, Минкомсвязи России). Показатель летальности от дорожно-транспортных происшествий в травматологических центрах должен снизиться с 7,8 % до 5,1 %.

Основными направлениями дальнейшего развития системы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Российской Федерации должны стать:

1. Включение неохваченных за прошедший период регионов в реализацию мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

2. Продолжение развертывания системы травмоцентров центров вдоль федеральных и региональных автомобильных дорог на территории субъектов Российской Федерации с учетом научно-обоснованной потребности из расчета:

– один травмоцентр I уровня на 1 млн. населения;

– один травмоцентр II уровня на 200 тыс. населения;

–один травмоцентр III уровня, способный в течение, так называемого «золотого часа», обеспечить оказание догоспитальной медицинской помощи пострадавшему от дорожно-транспортных происшествий силами реанимационной бригады скорой медицинской помощи и медицинскую эвакуацию пострадавшего в травмоцентр I или II уровня.

3. Подготовка квалифицированных медицинских работников для оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

4. Укрепление материально-технической базы травмоцентров, в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 декабря 2009 г. № 991н.

### **Мероприятие 2.9 Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным прочими заболеваниями**

Фактическое число развернутых коек в Российской Федерации превысило 1,25 млн. Общий профицит коек в федеральных государственных медицинских учреждениях превысил 15 %. В то же время отмечается дисбаланс коек по профилям, когда количество терапевтических и хирургических коек превышало реальную потребность на 4–6 %, в то время как дефицит онкологических коек для взрослого населения составил более 5 %. Также, крайне востребованы койки нейрохирургического, травматологического, ортопедического профиля, что приводит к удлинению сроков ожидания предоставления специализированной медицинской помощи больным с этими заболеваниями.

Слабая материально-техническая база медицинских учреждений многих субъектов Российской Федерации, их недостаточное финансирование, не позволяло развивать высокотехнологичную медицинскую помощь в учреждениях субъектов Российской Федерации.

В целях стимулирования связанной с оказанием специализированной медицинской помощи деятельности федеральных государственных медицинских учреждений, ориентированных на результат, в ходе реализации мероприятия подпрограммы необходимо осуществить переход на оплату за оказанную этими учреждениями медицинскую помощь из расчета средней стоимости стационарного лечения пациента по полному тарифу и клинико-статистическим группам болезней.

В период 2013–2014 годов будет осуществляться перевод отдельных растражированных видов высокотехнологичной медицинской помощи в систему специализированной медицинской помощи. С целью обеспечения доступности исключаемых из перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи отдельных видов этой медицинской помощи на 2013 год утверждается государственное задание на оказание специализированной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных государственных бюджетных учреждениях, подведомственных Министерству

здравоохранения Российской Федерации, устанавливающее плановые объемы специализированной медицинской помощи по числу пролеченных больных.

Оптимизация сети федеральных государственных медицинских учреждений с учетом перевода отдельных видов высокотехнологичной медицинской помощи в систему специализированной медицинской помощи будет включать в себя не только изменения состава элементов сети учреждений, таких как репрофилирование и сокращение избыточных по ряду профилей медицинской помощи коек, но и процессы изменения структуры сети и форм участия Минздрава России и некоторых других федеральных органов государственной власти в управлении учреждениями.

На первом этапе реализации государственной программы будут выработаны индикаторы качества оказания специализированной медицинской помощи, созданы регистры стационарных больных по некоторым заболеваниям, имеющим важное социальное значение, осуществлена унификация оснащения медицинских организаций оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Порядки оказания специализированной медицинской помощи предусматривают этапную систему оказания специализированной медицинской помощи, с маршрутизацией направления пациентов в учреждения здравоохранения 3-х уровней:

– муниципальные – для оказания первичной специализированной медицинской помощи при неотложных состояниях;

– межрайонные центры учреждений субъектов Российской Федерации – для оказания специализированной помощи, в том числе при неотложных состояниях;

– учреждения субъектов Российской Федерации и федеральные учреждения – для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

В учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь, должны быть созданы службы маршрутизации, ответственные за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных, а также внедрение новых медицинских технологий.

В 2016–2020 годах также должна быть поэтапно внедрена экономически обоснованная саморегулируемая система управления качеством всех видов медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.

## **Мероприятие 2.10. Совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения**

С 2006 года мероприятия, направленные на повышение доступности для населения высокотехнологичной медицинской помощи, реализуются в рамках

приоритетного национального проекта «Здоровье» по следующим направлениям: увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации за счет средств федерального бюджета, совершенствование порядка организации населению высокотехнологичной медицинской помощи, а также строительство новых федеральных центров высоких медицинских технологий.

Развитие высокотехнологичной медицинской помощи в сочетании с ежегодным увеличением финансирования из федерального бюджета позволило в сравнительно короткий период времени существенно увеличить ее доступность. Так, по сравнению с 2005 годом, объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в 2012 году возросли более чем в 7 раз – с 60 тыс. до 426 тыс. пациентов.

Учитывая исторически сложившуюся в Российской Федерации централизацию федеральных медицинских учреждений в крупных городах, в целях необходимости тиражирования высоких медицинских технологий с 2007 года оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляли также и медицинские учреждения субъектов Российской Федерации. Количество субъектов Российской Федерации, которым выделяются субсидии, увеличилось в 2012 году до 59.

Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» предусматривается включение высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС, в связи с чем, в период с 2013 по 2014 годы планируется осуществить поэтапный перевод в систему ОМС отдельных ее видов, получивших широкое применение.

При этом существует определенная часть видов высокотехнологичной медицинской помощи, оплату которых необходимо оставить вне рамок системы ОМС. Это связано с социальной значимостью и относительной редкостью заболеваний, при которых применяются уникальные и сложные медицинские технологии, требующие углубленной и длительной подготовки специалистов. Кроме этого, данные технологии являются ресурсоемкими и могут выполняться только в учреждениях, имеющих самый современный технопарк диагностического и лечебного оборудования и соответствующий кадровый потенциал. Средние затраты на лечение таких больных могут достигать нескольких млн. рублей и более. При этом количество больных, нуждающихся в такой медицинской помощи, в стране может составлять от нескольких сотен до нескольких тысяч человек.

С 1 января 2015 года в соответствии со ст. 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, выделяемых федеральным медицинским организациям (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе ОМС).

Объем финансового обеспечения таких видов медицинской помощи составит на период с 2015 по 2020 годы по 30,2 млрд. рублей ежегодно. Кроме того на развитие инновационно-технологических видов медицинской помощи в учреждениях необходимо предусмотреть в федеральном бюджете 19,4 млрд. рублей ежегодно.

В рамках таких «инновационно-технологических видов медицинской помощи» должны получить своё развитие и дальнейшее распространение на всей территории Российской Федерации новые высокоэффективные методы лечения пациентов, такие как малоинвазивная хирургия, включая отдельные виды эндоваскулярных вмешательств, микрохирургия, радиохирургия, биотехнологии, генно-инженерные технологии, таргетная терапия и другие.

### **Мероприятие 2.11. Развитие службы крови**

Для обеспечения потребности государства в донорской крови и ее компонентах в 2008 году в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» были начаты преобразования службы крови по следующим направлениям: совершенствование и модернизация материально–технической базы учреждений службы крови; формирование единой информационной базы для развития организации донорства; коммуникационная кампания, направленная на развитие массового безвозмездного донорства крови. В 2008–2012 гг. за счет средств федерального бюджета для 108 учреждений службы крови было приобретено новое технологическое оборудование для осуществления заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови ее компонентов для всех субъектов Российской Федерации и ряда федеральных учреждений. Кроме того было закуплено компьютерное оборудование с лицензионным программным обеспечением для создания единой во всех регионах страны базы учета доноров крови и ее компонентов.

В рамках Подпрограммы предусмотрено дальнейшее оснащение медицинским оборудованием и информационными системами учреждений службы крови которые не участвовали в Программе 2008–2011 годы.

Планируется дальнейшее совершенствование деятельности учреждений службы крови, которое будет включать:

– улучшение материально-технической базы учреждений и подразделений службы крови, в том числе оснащение учреждений и подразделений необходимым оборудованием;

– обучение медицинских кадров;

– развитие единой информационной системы по донорству крови и её компонентов, включая ведение единой базы доноров крови.

Деятельность службы крови в субъектах Российской Федерации представлена трехуровневой системой учреждений и подразделений службы крови.

Третий уровень представлен медицинскими организациями, имеющими в своем составе:

– отделения переливания крови, трансфузиологические отделения, осуществляющие заготовку, переработку, хранение донорской крови, ее компонентов и организацию трансфузионной терапии,

– трансфузиологические кабинеты, осуществляющие транспортировку, хранение компонентов донорской крови, организацию трансфузионной терапии,

– плазмоцентры для заготовки плазмы для фракционирования.

Второй уровень представлен станциями переливания крови и центрами крови, осуществляющих заготовку, переработку, хранение, транспортировку компонентов крови, обеспечивающие их безопасность и выполняющие организационно-методические функции в субъекте Российской Федерации по координации деятельности подразделений службы крови в субъекте Российской Федерации.

Если в субъекте Российской Федерации функционирует несколько станций переливания крови, то на одну из станций возлагаются функции головного учреждения, осуществляющего организационно-методическую работу со всеми станциями переливания крови региона.

Первый уровень, который представлен федеральными государственными учреждениями, осуществляющими деятельность по трансфузиологии и гематологии.

Задачами федеральных государственных учреждений, осуществляющие деятельность по трансфузиологии и гематологии являются:

– организация и проведение теоретических, экспериментальных, клинических исследований в области трансфузиологии;

– разработка прогнозов (на краткосрочный и длительный период) по основным направлениям развития в стране исследований в области производственной и клинической трансфузиологии;

– разработка, апробация и внедрение новых медицинских технологий по проблемам производственной и клинической трансфузиологии;

- организация научной экспертизы и консультаций по проблемам производственной и клинической трансфузиологии;
- осуществление экспертизы качества и согласование нормативной документации на производство, хранение и реализацию заготавливаемых крови, её компонентов, препаратов и медицинской техники, применяемой в службе крови;
- разработка новых технологий получения компонентов и препаратов крови и их клинического применения;
- разработка новых организационно-экономических и информационных технологий в службе крови;
- осуществление заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов.

В целях обеспечения дальнейшего развития службы крови, эффективного использования технического и информационного потенциалов, достигнутых в рамках реализации государственной Программы модернизации службы крови планируется решение вопроса о целесообразности объединения на федеральном уровне всех учреждений службы крови субъектов Российской Федерации.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

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

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

В целях выполнения Подпрограммы будут реализованы государственные задания на оказание следующих услуг:

- оказание специализированной медицинской помощи, в том числе связанной с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи;
- оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по врачебной специальности нейрохирургия в стационарных условиях;
- оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по врачебной специальности неонатология в стационарных условиях;
- оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по врачебной специальности нефрология в стационарных условиях;





– оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по врачебной специальности хирургия в амбулаторных условиях;

– оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по врачебной специальности эндокринология в амбулаторных условиях;

– заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов;

– HLA-генотипирование доноров гемопоэтических стволовых клеток.

Значения показателей указанных государственных заданий, предусмотренные Программой в 2013–2015 годах, приводятся в Таблице 7. Указанные значения подлежат ежегодному уточнению. В среднем прогнозируется рост расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий по Подпрограмме на значения, не превышающие прогнозный уровень инфляции. Объемы расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий подлежат ежегодному уточнению.

### **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации**

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, при разработке комплексных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Данные о ресурсном обеспечении реализации мероприятий Программы за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации приведены в Таблице 8.

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

Участие государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

### **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

### **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы**

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

### Подпрограмма 3. «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины»

#### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Федеральное медико-биологическое агентство. Российская академия наук*. Федеральное агентство научных организаций. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Предусмотрены
Цели Подпрограммы	Создание условий для высококачественной диагностики и лечения больных с использованием технологий ядерной медицины. Разработка инновационных средств диагностики, лекарственных препаратов и биомедицинских клеточных продуктов. Повышение эффективности реализации медико-технических проектов в области здравоохранения, направленных на раннюю диагностику, эффективное лечение, реабилитацию больных с целью максимального сокращения сроков восстановления их трудоспособности.
Задачи Подпрограммы	Создание инфраструктуры для диагностики и лечения заболеваний с использованием технологий ядерной медицины; формирование системы трансляционной медицины в соответствии с требованиями GCP; реализация междисциплинарных межведомственных проектов, направленных на разработку и внедрение инновационных медицинских продуктов; формирование инфраструктуры R&D центра замкнутого цикла для

	<p>разработки и испытаний инновационных медицинских продуктов;</p> <p>формирование структур для разработки, производства и внедрения инновационных медицинских продуктов, соответствующих требованиям GMP, GLP, GTP;</p> <p>разработка и внедрение в практику инновационных методов лечения.</p>
<p>Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы</p>	<p>Число диагностических исследований, проведенных с использованием технологий ядерной медицины;</p> <p>Количество больных, пролеченных с использованием технологий ядерной медицины;</p> <p>Доля исследователей в возрасте до 39 лет включительно в общей численности исследователей (работающих в учреждениях, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, ФАНО, без совместителей и лиц, выполнявших работу по договорам гражданско-правового характера);</p> <p>Число исследователей, прошедших стажировку за рубежом (или направленных на работу/стажировку в зарубежные организации) из числа работающих в учреждениях, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, ФАНО, без совместителей и лиц, выполнявших работу по договорам гражданско-правового характера;</p> <p>Количество введенных в эксплуатацию центров коллективного пользования;</p> <p>Количество зарегистрированных инновационных препаратов, защищенных международными патентами;</p> <p>Количество новых разработанных диагностических тест-систем;</p> <p>Количество новых лекарственных средств, доведенных до стадии клинических исследований;</p> <p>Количество зарегистрированных клеточных продуктов;</p> <p>Количество научных работников с индивидуальным индексом Хирша больше 10.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в два этапа– 2013 – 2016 годы – инфраструктурный, 2017–2020 годы – интеграционный.</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований</p>	<p>Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 173 935 728,1 тыс. руб., из них:</p>

<p>Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>2013 г. – 26 514 094,2 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 22 558 755,8 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 20 660 174,4 тыс. руб.;</p> <p>2016 г. – 16 957 304,1 тыс. руб.;</p> <p>2017 г. – 19 961 129,1 тыс. руб.;</p> <p>2018 г. – 21 622 946,2 тыс. руб.;</p> <p>2019 г. – 22 511 825,2 тыс. руб.;</p> <p>2020 г. – 23 149 499,2 тыс. руб.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение числа исследований с использованием технологий ядерной медицины к 2020 году – до 320 500 ед.;</p> <p>увеличение количества больных пролеченных с использованием технологий ядерной медицины – до 68 000 чел.;</p> <p>Доля исследователей в возрасте до 39 лет включительно в общей численности исследователей (работающих в учреждениях, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, ФАНО, без совместителей и лиц, выполнявших работу по договорам гражданско-правового характера) - 31 %;</p> <p>Число исследователей, прошедших стажировку за рубежом (или направленных на работу/стажировку в зарубежные организации) из числа работающих в учреждениях, подведомственных Минздраву России, ФМБА России, ФАНО, без совместителей и лиц, выполнявших работу по договорам гражданско-правового характера - 200 чел.,</p> <p>количество введенных в эксплуатацию центров коллективного пользования – 10 ед.,</p> <p>количество зарегистрированных инновационных препаратов, защищенных международными патентами – 3 ед.,</p> <p>количество разработанных новых диагностических тест-систем – 5 ед.;</p> <p>количество новых лекарственных средств, доведенных до стадии клинических исследований – 8 ед.;</p> <p>количество зарегистрированных клеточных продуктов – 3 ед.;</p> <p>количество научных работников с индивидуальным индексом Хирша больше 10 – 58 чел.</p>

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

Внедрение в клиническую практику новых методов диагностики, разработка новых радиофармпрепаратов и появление диагностической аппаратуры нового поколения, позволяющей проводить оценку функционально-морфологического состояния органов на молекулярном уровне и внедрения принципиально новых методических подходов для локального облучения новообразований, позволяет существенно улучшить ранее выявление заболеваний и повысить эффективность лечения.

В настоящее время эти методы диагностики и терапии ещё недостаточно широко используются в отечественной системе здравоохранения. Отделения лучевой терапии зачастую оснащены устаревшим оборудованием. Медленно осуществляется внедрение в клиническую практику ПЭТ-диагностики. Необходимо также отметить, что не хватает должным образом подготовленных кадров.

Одновременно с доведением инфраструктуры здравоохранения до уровня технологически развитых стран, перед Российской Федерацией стоит задача осуществить прорыв в развитии науки, сформировав тем самым производственную сферу, планомерно предлагающую инновационные продукты и технологии. Биомедицина как отрасль становится определяющим фактором развития различных отраслей промышленности и экономики, формируя заказ на разработку и производство товаров и услуг для обеспечения здоровья населения.

Необходимым условием получения прорывных результатов в медицинской науке является построение единой и эффективной базы и модели управления инновациями, которая в настоящее время в Российской Федерации носит фрагментарный характер.

В рамках проработки возможных сценарных решений хода инновационного процесса необходимо не рассредоточивать усилия по всем направлениям, а определить приоритетные ниши, по которым следует добиваться концентрации компетенций. В основе указанной концентрации компетенций лежит организационный механизм, предполагающий, что все проводимые исследования должны реализовываться в рамках единой стратегии, состоящей из ряда тематических платформ, включающих приоритеты исследований.

Научные платформы, в основном, сформированы на основе анализа тенденций и приоритетов с учетом единства научно-технологических подходов. Программно-целевой принцип коррелирует с мероприятиями Программы БИО - 2020. Согласно Программе БИО – 2020, Министерство здравоохранения Российской Федерации является ответственным за разработку и реализацию

комплекса мер в области биомедицины. Комплекс мероприятий Программы БИО–2020 планируется к реализации в ходе выполнения данной Подпрограммы.

В послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 12 декабря 2013 г. Минздраву России и Российской академии наук поручено сделать приоритетными фундаментальные и прикладные исследования в сфере медицины, в том числе, следуя мировым тенденциям, осуществлять разработку и внедрение лечебных технологий, построенных на био- и генной инженерии, на расшифровке генома человека.

Реализация мероприятий будет построена на основе трёхлетних – четырёхлетних циклов, в рамках которых последовательно осуществляется мониторинг и анализ существующих разработок, определение наиболее перспективных направлений исследований и разработок, отслеживание и экспертиза хода реализации научных проектов. При этом в тематической связи друг с другом могут быть поддержаны фундаментальные разработки и прикладные исследования.

В направлении мотивации и привлечения молодых специалистов в медицинскую науку необходимо осуществить переход от традиционного линейного управления проектами, в котором доминирует административное звено, к системе реализации проектов в условиях распределённой научной среды (планирование карьеры, введение системы индивидуальных грантов для молодых ученых, их поощрений, государственного субсидирования ипотеки для молодых специалистов в сфере науки, инжиниринга, проектной деятельности, иных высокотехнологичных видов деятельности, предоставление грантов, займов и венчурное финансирование на реализацию собственных разработок).

В пределах научных платформ должны быть максимально устранены административные барьеры и налажено эффективное взаимодействие между исследовательскими группами. Медицинские научные платформы сформированы с участием учреждений науки и образования, подведомственных Минздраву России, учреждений, подведомственных ФАНО, других заинтересованных организаций.

При проведении мероприятий по оптимизации сети федеральных государственных бюджетных учреждений будет проведен критериальный анализ и сформирован круг научных учреждений, обладающих возможностями для выполнения функций лидерства в отечественной науке и поддержания необходимой степени эффективности научного потенциала страны.

Будут пересмотрены подходы к формированию коечного фонда учреждений науки таким образом, чтобы они соответствовали научному профилю, не превращаясь в клинические учреждения. Основной

стратегической целью деятельности научных учреждений является развитие медицинской науки в Российской Федерации, получение прорывных научных результатов, их апробация и последующее внедрение в практическое здравоохранение, реализация уникальных медицинских технологий, оказание эксклюзивных медицинских услуг, осуществление научно-образовательной деятельности.

В задачу федеральных научных учреждений входят поиск и разработка новых методов и способов профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов с их последующей трансляцией в практическое здравоохранение. Ценность «научной койки» в такой работе сложно переоценить. Она выступает в качестве апробационной площадки указанных способов и методов, разработанных в научном учреждении, и дает возможность в полной мере оценить эффективность внедряемого метода и внести при необходимости коррективы.

Переход от рутинных хирургических операций к инновационным методам диагностики и лечения требует от федерального учреждения инвестировать средства в оборудование экспертного класса, в фундаментальные и прикладные научные разработки, в обучение персонала при снижении нагрузки на оперирующих хирургов и на производственные мощности.

Формирование системы «головных учреждений – центров лидерства», то есть закрепление за крупными исследовательскими центрами функций по формированию исследовательского древа в соответствующей приоритетной нише биомедицинской науки, методологического сопровождения исследовательских проектов является одним из путей повышения эффективности администрирования инновационного процесса в медицине. Кроме того, головные учреждения должны обеспечить сопряжение инновационного и практического звена, транслируя уникальные решения в практическую медицину, а актуальные потребности практики – в программы исследований. Такой подход позволяет оптимально использовать механизм самоуправления медицинской наукой, ориентируясь на авторитетное мнение.

Необходимо рассмотреть вопрос расширения материально-технической базы сильнейших медицинских вузов с концентрацией исследовательских лабораторий, добиваясь тем самым максимального синергетического эффекта от совмещения научной и образовательной деятельности. Необходимо создание и активное развитие малых инновационных предприятий.

Важной является деятельность институтов развития (Фонд «Сколково», Российская венчурная компания и др.). Их направления деятельности должны быть сосредоточены на комплексной поддержке проектов, а сами эти

институты должны превратиться из финансовых операторов в центры компетенций в области финансового и проектного менеджмента.

**По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году:**

- число диагностических исследований, проведенных с использованием технологий ядерной медицины (ед.) вырастет до 315 500 в 2015 году;
- количество больных, пролеченных с использованием технологий ядерной медицины (чел.), составит 63 000 в 2015 году;
- количество новых разработанных диагностических тест-систем (ед.) вырастет до 10 в 2015 году;
- первое новое лекарственное средство перейдет на стадию клинических исследований;
- количество научных работников с индивидуальным индексом Хирша больше 10 вырастет с 26 чел. в 2012 году до 49 в 2015 году.

**По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:**

- число диагностических исследований, проведенных с использованием технологий ядерной медицины (ед.) вырастет с 316 500 в 2016 году до 320 500 в 2020 году;
- количество больных, пролеченных с использованием технологий ядерной медицины (чел.) вырастет с 64 000 в 2016 году до 68 000 в 2020 году;
- количество введенных в эксплуатацию центров коллективного пользования (ед.) за время реализации государственной программы составит 10;
- количество зарегистрированных инновационных препаратов, защищенных международными патентами (ед.) за время реализации государственной программы составит 10;
- количество новых разработанных диагностических тест-систем (ед.) за время реализации государственной программы составит 43;
- количество новых лекарственных средств, доведенных до стадии клинических исследований (ед.) за время реализации государственной программы составит 8;
- количество зарегистрированных клеточных продуктов (ед.) за время реализации государственной программы составит 3;
- количество научных работников с индивидуальным индексом Хирша больше 10 (чел.) вырастет с 53 в 2016 году до 58 в 2020 году.

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

В настоящее время государственная политика в области здравоохранения реализуется в соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития. Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, и виды и качество, которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовыми достижениями медицинской науки. Подпрограмма направлена на достижение поставленной цели.

Цели, задачи, показатели, результаты, сроки и контрольные этапы реализации Подпрограммы отражены в паспорте Подпрограммы.

### **Мероприятие 3.1. Развитие ядерной медицины**

Развитие сети объектов ядерной медицины в условиях острого дефицита технологических возможностей целесообразно с привлечением механизмов государственно-частного партнёрства, в частности во взаимодействии с российскими институтами развития, инвестиционными компаниями, государственными корпорациями и Научно-исследовательским центром «Курчатовский институт».

Основной целью Мероприятия является создание условий для высококачественной диагностики и лечения больных с использованием технологий ядерной медицины.

К задачам Мероприятия относятся:

- Создание сети отделений радиоизотопной диагностики.
- Создание центров позитронно-эмиссионной томографии.
- Проектирование, строительство и оснащение высокотехнологичного центра медицинской радиологии.
- Создание отделений дистанционной лучевой терапии.

Создание центров позитронно-эмиссионной томографии предполагается на базе федеральных учреждений.

Задачи, которые будет решать высокотехнологичный центр медицинской радиологии, следующие:

- обеспечение высокотехнологичной радиологической диагностической и лечебной помощью населения Российской Федерации;

– создание условий для оказания специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи пострадавшим при возможных радиационных происшествиях;

– разработка и реализация стратегических направлений по диагностике, особенно ранней, онкологических заболеваний, создание и тиражирование современных методов эффективного лечения и реабилитационных мероприятий;

– подготовка высококвалифицированных кадров.

Также в результате реализации мероприятий будет создана сеть отделений лучевой терапии, в объемах, определённых на основе оценки ведущих специалистов по данному вопросу, мировых показателей оснащённости и действующих стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

### **Мероприятие 3.2. Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины**

Целью Мероприятия является разработка и внедрение инновационных средств диагностики, лекарственных препаратов и биомедицинских клеточных продуктов.

В рамках данного мероприятия будет осуществляться финансовая и организационная поддержка прорывных направлений биомедицины, обеспечивающих внедрение в медицинскую практику новых технологий диагностики, лечения и реабилитации пациентов, страдающих социально значимыми заболеваниями.

Задачи мероприятия:

– формирование системы трансляционной медицины в соответствии с достигнутым мировым уровнем;

– реализация междисциплинарных межведомственных проектов, направленных на разработку и внедрение инновационных медицинских продуктов;

– внедрение принципов программно-целевого финансирования на основе программного менеджмента, поэтапной экспертной оценки результативности проектов.

С целью реализации такого подхода следует экспертно, с учетом анализа мировых тенденций развития науки и здравоохранения, определить приоритетные направления, по которым следует добиваться концентрации ресурсов. В основе указанной концентрации компетенций лежит организационный механизм, предполагающий, что все проводимые исследования должны реализовываться в рамках актуальных тематических платформ, включающих приоритеты исследований. На основе анализа трендов

развития мировой биомедицины, профиля российской структуры заболеваемости, медико-социальных приоритетов развития сформированы следующие научные платформы: «эндокринология», «неврология и нейронауки», «психиатрия и зависимости», «репродуктивное здоровье», «педиатрия» «иммунология», «фармакология», «регенерация», «инвазивные технологии», «кардиология и ангиология», «микробиология», «онкология», «профилактическая среда», «инновационные фундаментальные технологии в медицине».

Платформы позволяют переместить акцент научного взаимодействия с административного звена учреждений науки непосредственно на исследовательские группы, преодолевая, таким образом, имеющуюся в настоящее время межведомственную разобщенность.

Принцип трансляционной медицины предполагает немедленный перенос полученных научных результатов в клиническую или диагностическую практику, производство. С целью скорейшего тиражирования научных разработок, внедрения результатов в научно образовательные процессы предполагается создание десяти центров коллективного пользования на базе ведущих научно ориентированных ВУЗов системы Министерства здравоохранения Российской Федерации. Центры коллективного пользования, будут оснащены современным оборудованием для выполнения научных исследований и тиражирования научных результатов в учебной практике и научно-производственной практике.

### **Мероприятие 3.3. Развитие инновационной инфраструктуры**

Целью мероприятия является повышение эффективности реализации медико-технических проектов в области здравоохранения, направленных на раннюю диагностику, эффективное лечение, реабилитацию больных с целью максимального сокращения сроков восстановления их трудоспособности.

Задачи мероприятия:

- Формирование инфраструктуры R&D центра замкнутого цикла для разработки и испытаний инновационных медицинских продуктов.
- Формирование структур для разработки, производства и внедрения инновационных медицинских продуктов, соответствующих требованиям лучших мировых практик.
- Разработка и внедрение в практику инновационных методов лечения, принципов персонализированной медицины.
- Оказание медицинской помощи лицам с применением современных достижений биологии и медицины.

Реализация Мероприятий будет осуществляться по 4 основным направлениям:

1. Создание 4 центров доклинических трансляционных исследований.
2. Создание 1 национального центра стратегических биомедицинских технологий и биобезопасности.
3. Создание 2 центров биоинформатики.
4. Создание инфраструктуры 10 центров коллективного пользования на базе высших учебных заведений, включая центр инновационного образования.

Реализация мероприятий по указанным основным направлениям возможна при наличии программно-целевого механизма их финансирования, в частности при наличии федеральной целевой программы.

Все вышеуказанные структуры будут организованы на базе существующих научных или образовательных учреждений.

В настоящее время в Российской Федерации практически отсутствуют центры доклинических трансляционных исследований, которые были бы сертифицированы в соответствии с международными стандартами GLP, GMP, GTP (надлежащие лабораторная, производственная, клеточной и тканевой практики) и позволяли бы проводить полноценные и признаваемые за рубежом доклинические испытания современных биотехнологических продуктов и препаратов.

Недостаточное количество в Российской Федерации испытательных лабораторий для тестирования фармацевтической, биотехнологической, химической продукции, признанных соответствующими стандартам GLP, приведет к необходимости проводить испытания отечественной продукции в лабораториях стран ОЭСР, что повлечет уже в ближайшей перспективе значительные финансовые издержки отечественных производителей. Кроме того, это будет способствовать искусственному занижению показателей качества отечественной продукции в угоду зарубежным производителям и, как следствие, приведет к снижению конкурентоспособности российской продукции. Создание национальных центров доклинических трансляционных исследований обеспечит сохранение результатов интеллектуальной собственности и «know-how», в том числе позволит проводить работы в закрытом режиме.

Внедрение достижений современной медицинской науки требует особых условий, аппаратно-технологического обеспечения, квалификационного уровня, технологических возможностей, в том числе и гибкого опытно-промышленного производств опытных партий разрабатываемых инновационных продуктов. Только такой подход позволит создать возможности для внедрения и тиражирования результатов медицинской науки.

Результатами деятельности центров доклинических трансляционных исследований будут разработка протоколов доклинических исследований, согласование оптимального объема исследования, выбор оптимальной

экспериментальной модели; организация экспериментальной части исследования; статистическая обработка полученных результатов, подготовка и сопровождение отчетов о проведенных исследованиях, тестирование идей новых продуктов, ведение реестров физиологически активных соединений.

Создание Центров доклинических трансляционных исследований позволит в последующем тиражировать компетенции (или их части) на другие отраслевые и региональные испытательные лаборатории и исследовательские центры.

С целью организации проведения научных исследований на базе технологической платформы биомедицины, способной обеспечить разработку и внедрение инновационных технологий скрининга, ранней диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, предполагается создание Национального центра стратегических биомедицинских технологий и биобезопасности. Деятельность центра будет направлена на достижения соответствия уровню развития в стратегически значимых областях мировой биомедицины. В состав Центра будут входить виварии, питомники специальных биомоделей, коллекции биоматериала, клеточных линий, отделы моделирования патологических состояний на животных, отделы фармакогенетики, биомоделирования и современных компьютерных технологий, клеточных и регенеративных исследований, молекулярной физиологии и др. Центр стратегических биомедицинских исследований призван выполнять функции «центра превосходства», аккумулируя и укрепляя стратегически значимые направления, развитие которых принципиально важно для медицинской науки страны.

Исследования центров биоинформатики позволят применять математические методы компьютерного анализа в сравнительной геномике (геномная биоинформатика), осуществлять разработку алгоритмов и программ для предсказания пространственной структуры белков (структурная биоинформатика), исследование стратегий, соответствующих вычислительных методологий, а также общее управление информационной сложности биологических систем, включая компьютерное моделирование и разработку лекарственных препаратов. Возможности центров позволят использовать полученные данные для фармакогенетического анализа, разработки лекарственных средств с учетом популяционных особенностей населения страны, наследуемых особенностей течения заболеваний. Исследования центров в области разработки генотерапевтических препаратов откроет возможность разработки средств «таргетной терапии».

Центры коллективного пользования позволяют также масштабировать результаты научных исследований через программы подготовки специалистов,

использовать новые технологические и интеллектуальные возможности в научных разработках.

Центр коллективного пользования – это научно-организационная структура, обладающая дорогостоящим современным оборудованием (специализированные установки, диагностические установки, средства исследований), основной задачей которых является привлечение молодых специалистов к научно-инновационной деятельности в сфере медицинской науки с целью дальнейшего формирования пула высококвалифицированных кадров.

Создание центров коллективного пользования планируется на базе высших учебных заведений с целью интеграции фундаментальных и ориентированных научных исследований с образовательным процессом.

Ожидаемыми конечными результатами реализации направлений по развитию обеспечивающей инфраструктуры научных исследований в сфере здравоохранения будут создание в Российской Федерации «центров роста фундаментальной и трансляционной медицины», создания «инновационных потоков», повышение результативности исследований, качественное повышение оснащенности и технической вооруженности учреждений, осуществляющих научную деятельность в сфере здравоохранения, а также разработки новых образовательных программ в целях инновационного развития здравоохранения.

Создание центров коллективного пользования планируется на базе высших учебных заведений имеющих опыт в научно-инновационной деятельности.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не применяются.

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

В целях выполнения Подпрограммы будут реализованы государственные задания на оказание следующих работ:

- Выполнение фундаментальных научных исследований подведомственными учреждениями Минздрава России
- Выполнение прикладных научных исследований подведомственными учреждениями Минздрава России

– Значения показателей указанных государственных заданий, предусмотренные Программой в 2013–2015 годах, приводятся в Таблице 7. Указанные значения подлежат ежегодному уточнению. В среднем прогнозируется рост расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий по Подпрограмме на значения, не превышающие прогнозный уровень инфляции. Объемы расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий подлежат ежегодному уточнению.

### **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации**

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, при разработке комплексных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Данные о ресурсном обеспечении реализации мероприятий Программы за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации приведены в Таблице 8.

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

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

### **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально. Использование субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации не предполагается.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

## **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы**

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

## Подпрограмма 4 «Охрана здоровья матери и ребенка»

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрены.
Цели Подпрограммы	Создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи детям и матерям. Улучшение состояния здоровья детей и матерей. Снижение материнской, младенческой и детской смертности. Снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.
Задачи Подпрограммы	Повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям. Развитие специализированной медицинской помощи матерям и детям. Совершенствование и развитие пренатальной и неонатальной диагностики, неонатальной и фетальной хирургии. Снижение уровня первичной инвалидности детей. Профилактика и снижение количества абортов. Увеличение охвата трехэтапной химиопрофилактикой пар – «мать-дитя» в целях предотвращения вертикальной передачи ВИЧ-инфекции.
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	Доля обследованных беременных женщин в первом триместре беременности по алгоритму комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности; Охват неонатальным скринингом; Охват аудиологическим скринингом; Показатель ранней неонатальной смертности; Смертность детей 0-17 лет; Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах;

	<p>Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре;</p> <p>Больничная летальность детей;</p> <p>Охват пар «мать – дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в два этапа:</p> <p>1 этап – 2013–2015 гг.</p> <p>2 этап – 2016–2020 гг.</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 54 054 799,5 тыс. руб., из них:</p> <p>2013 г. – 10 778 938,6 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 7 453 617,0 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 5 730 997,5 тыс. руб.;</p> <p>2016 г. – 4 896 863,5 тыс. руб.;</p> <p>2017 г. – 5 764 296,2 тыс. руб.;</p> <p>2018 г. – 6 244 189,3 тыс. руб.;</p> <p>2019 г. – 6 500 876,2 тыс. руб.;</p> <p>2020 г. – 6 685 021,2 тыс. руб.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение доли обследованных беременных женщин по алгоритму комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка до 70 %;</p> <p>увеличение доли новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных до 95 %;</p> <p>увеличение доли новорожденных и детей первого года жизни, прошедших аудиологический скрининг от общего числа детей первого года жизни не менее 95 %;</p> <p>снижение ранней неонатальной смертности до 2,7 случаев на 1000 родившихся живыми;</p> <p>снижение смертности детей 0–17 лет до 7,7 случаев на 10 тыс. населения соответствующего возраста;</p> <p>увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах до 85 %;</p> <p>увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре до 76,5 %;</p> <p>увеличение доли охвата пар «мать – дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами до 99 %.</p>

--	--

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

Для обеспечения дальнейшего снижения показателей перинатальной, младенческой и материнской смертности, особенно с учетом перехода в 2012 году на критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, необходимо дооснащение учреждений родовспоможения и детства современным диагностическим и лечебным оборудованием, обеспечение лекарственными препаратами, создание отделений анестезиологии и реанимации для женщин, организация дополнительных реанимационных коек для новорожденных, отделений патологии новорожденных и недоношенных детей, а также обеспечение выхаживания младенцев с отклонениями в состоянии здоровья в условиях первичного звена здравоохранения.

Целесообразно дальнейшее финансирование и развитие программы «Родовой сертификат», реализация которой позволит улучшить материально-техническую базу учреждений родовспоможения, сократить показатели материнской и младенческой смертности, снизить заболеваемость новорожденных, проводить мероприятия по ранней диагностике заболеваний и снижению первичной инвалидности и смертности детей.

Создание эффективной трехуровневой системы оказания помощи беременным и новорожденным возможно только при дальнейшей государственной поддержке строительства и реконструкции областных (краевых, республиканских) и федеральных перинатальных центров.

Одним из резервов сохранения уровня рождаемости является увеличение объемов оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием современных вспомогательных репродуктивных технологий. Реализация мероприятий по повышению эффективности лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий увеличит доступность данного вида помощи и будет способствовать повышению рождаемости на 30 % от числа пролеченных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

### **По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году:**

Доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности вырастет с 35 % в 2012 году до 50 % в 2015 году.

Доля новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных увеличится с 88,3 % в 2012 году до 92,0 % в 2015 году.

Доля новорожденных и детей первого года жизни, прошедших аудиологический скрининг от общего числа детей первого года жизни не изменится и составит 95,5 % в 2015 году.

Показатель ранней неонатальной смертности снизится с 3,64 случаев на 1 000 родившихся живыми в 2012 году до 3,35 случаев на 1 000 родившихся живыми в 2015 году.

Смертность детей 0–17 лет снизится с 9,93 случаев на 10 000 населения соответствующего возраста в 2012 году до 9,1 случаев на 10 000 населения соответствующего возраста в 2015 году.

Доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, возрастет с 41,3 % в 2012 году до 55,0 % в 2015 году.

Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре возрастет с 72,8 % выживших от числа новорожденных, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре, в 2012 году до 74,5 % выживших от числа новорожденных, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре, в 2015 году,

Охват пар «мать-дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами (процент) вырастит с 85,7 в 2012 году до 96,5 в 2015 году.

На первом этапе решаются задачи, связанные с созданием системы мониторинга деятельности перинатальных центров в плане организации трехуровневой системы в регионе, качества клинической работы и результативности снижения показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности.

### **По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:**

Доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от числа поставленных на учет в первый триместр беременности вырастет с 55,0 % в 2016 году до 70 % в 2020 году.

Доля (процент) новорожденных, обследованных на наследственные заболевания, от общего числа новорожденных составит в 2016 году 94, а в период с 2016 по 2020 годы не менее 95.

Доля (процент) новорожденных и детей первого года жизни, прошедших аудиологический скрининг от общего числа детей первого года жизни составит не менее 95 в период с 2016 по 2020 годы.

Показатель ранней неонатальной смертности снизится с 3,20 случаев на 1 000 родившихся живыми в 2016 году до 2,70 случаев на 1000 родившихся живыми в 2020 году.

Смертность детей 0–17 лет снизится с 8,5 случаев на 10 000 населения соответствующего возраста в 2016 году до 7,7 случаев на 10 000 населения соответствующего возраста в 2020 году.

Доля женщин (процент) с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, возрастет с 60 в 2016 году до 85 в 2020 году.

Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре возрастет с 74,5 процентов выживших от числа новорожденных, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре, в 2016 году до 76,5 процентов выживших от числа новорожденных, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в акушерском стационаре, в 2020 году.

Охват пар «мать – дитя» химиопрофилактикой в соответствии с действующими стандартами вырастит с 97 % в 2016 году до 99 % в 2020 году.

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

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы отражены в:

- Конституции Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.);
- Федеральном законе от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»;
- Семейном кодексе Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ;
- Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральном законе от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;
- Федеральном законе от 20 июля 1995 г. № 95-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

В Указах Президента Российской Федерации:

- от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»;
- от 9 июня 2010 г. № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года»;

– от 13 апреля 2011 г. № 444 «О дополнительных мерах по обеспечению прав и защиты интересов несовершеннолетних граждан Российской Федерации»;

– от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

– от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы».

В Постановлениях и распоряжениях Правительства Российской Федерации:

– от 18 декабря 2006 г. № 1760-р «О Стратегии государственной молодежной политики в Российской Федерации»;

– от 17 ноября 2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (раздел 9 «Молодежная политика»);

– от 30 декабря 2009 г. № 2128-р «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 г.»;

– от 25 октября 2010 г. № 1873-р «Об утверждении Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 г.».

#### **Мероприятие 4.1. Совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров**

В течение 2008–2012 гг. в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» при софинансировании из федерального бюджета осуществлено строительство и оснащение 22 региональных и одного федерального перинатального центра. Ежегодно в данных перинатальных центрах медицинскую помощь смогут получать более 90 тыс. рожениц и новорожденных высокого риска. В соответствии с программой развития перинатальных центров в Российской Федерации, утвержденной распоряжением правительства российской Федерации от 9 декабря 2013 г. N 2302-р определена необходимость строительства 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации - Республике Башкортостан, Республике Бурятия, Республике Дагестан, Республике Ингушетия, Республике Карелия, Республике Саха (Якутия), Республике Хакасия, Кабардино-Балкарской Республике, Алтайском, Краснодарском, Красноярском (2 центра) и Ставропольском краях, Архангельской, Белгородской, Брянской, Калужской, Ленинградской, Липецкой, Московской (2 центра), Нижегородской,

Оренбургской, Пензенской, Псковской, Самарской, Сахалинской, Смоленской, Тамбовской, Ульяновской и Челябинской областях, а также в г. Москве (новая территория). Создание сети перинатальных центров подразумевает не только их строительство, но и совершенно новый уровень организации их работы – организация потока беременных, рожениц и новорожденных в учреждение, в котором сконцентрирован материальный и интеллектуальный ресурс, взаимосвязь со всеми акушерскими и педиатрическими учреждениями территории, организация повышения квалификации сотрудников, работы по единым протоколам. Наличие дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими и неонатальными бригадами (неотъемлемая структура перинатального центра) для оказания скорой медицинской помощи позволит реализовать основные функции перинатального центра.

Планируется создание системы мониторинга деятельности перинатальных центров в плане организации трехуровневой системы в регионе, качества клинической работы и результативности снижения показателей материнской, перинатальной и младенческой смертности, что позволит оценить эффективность работы трехуровневой системы, обоснованность госпитализаций для оказания медицинской помощи в условиях перинатальных центров, эффективность организационно-методических мероприятий.

#### **Мероприятие 4.2. Создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка**

Наиболее эффективным инструментом профилактики врожденных и наследственных болезней является комплексная пренатальная (дородовая) диагностика, представляющая перспективное направление медицинской генетики и включающая ультразвуковой и биохимический скрининг на сывороточные маркеры матери, программу индивидуального риска, инвазивные методы диагностики (молекулярно-генетические, цитогенетические исследования, секвенирование).

Новые возможности для пренатальной диагностики стали доступны с развитием современных молекулярно-генетических методов, позволивших выявить ДНК плода в плазме крови беременных женщин с ранних сроков беременности. За рубежом аналогичные подходы пока используются только в научных целях. В России уже начаты работы в этом направлении и клинически апробированы технологии неинвазивной пренатальной диагностики на основании обнаружения плодовой ДНК. Развитие этого направления с внедрением наиболее информативных методик, смещением пренатальной диагностики на первый триместр беременности позволит как своевременно предупредить рождение детей с аномалиями развития, так и

дифференцированно подходить к подбору оптимального учреждения для родоразрешения беременной и неотложному оказанию помощи ее ребенку. При этом в числе мероприятий предусматривается развитие фетальной (внутриутробной) и неонатальной хирургии.

Фетальная хирургия является инновационным направлением оказания медицинской помощи внутриутробно еще не родившемуся ребенку. Несомненно, что данное мероприятия должно реализовываться на базе федеральных медицинских организаций, что обусловлено высокой сложностью оказания данного вида помощи.

В рамках региональных программ модернизации здравоохранения получила свое развитие неонатальная хирургия в большинстве субъектов Российской Федерации. Однако технологии оперативного лечения детей раннего возраста требуют не только наличия определенного материально-технического оснащения учреждений, оказывающих хирургическую помощь детям раннего возраста, но и специально подготовленных кадров, обладающих навыками и опытом лечения таких пациентов.

Другим важным направлением в снижении младенческой смертности, заболеваемости и инвалидности является проведение неонатального скрининга, как основы раннего выявления и профилактики наследственной патологии.

Данное направление требует дальнейшего развития, как в плане перехода на новые более современные технологии неонатального скрининга (например, тандемная масс-спектрометрия и др.), так и в плане расширения перечня скринируемых заболеваний (в ряде стран скринируется более 40 заболеваний).

В рамках реализации этого мероприятия планируется повысить выявляемость врожденных пороков развития, хромосомных аномалий, что приведет к снижению рождения детей с неизлечимыми пороками и их инвалидностью на 30 %, снижению смертности от курабельных пороков развития на 50 %. Все это позволит снизить младенческую смертность на 10 %, то есть сохранить жизни одной-двум тысячам детей.

### **Мероприятие 4.3. Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела**

Для оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела, обеспечения дальнейшего снижения показателей перинатальной и младенческой смертности, в первую очередь необходима организация реанимационных коек для новорожденных в учреждениях родовспоможения и детства, что в основном решается в рамках мероприятия по развитию сети перинатальных центров.

В рамках реализации мероприятий по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела предусматривается приобретение современного медицинского оборудования для оснащения отделений

реанимации и интенсивной терапии новорожденных и отделений патологии новорожденных и недоношенных детей федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам и новорожденным, так как эти учреждения должны располагать современной материально–технической базой, быть укомплектованы специалистами высокого уровня и оказывать организационную и методическую помощь регионам.

Для развития трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, предполагается оснастить федеральные учреждения следующим медицинским оборудованием: неонатальные мониторы, инкубаторы, аппараты искусственной вентиляции легких, ультразвуковые системы, цифровые рентгеновские аппараты, открытые реанимационные комплексы. Учитывая наличие высококвалифицированных кадров, приобретение указанного оборудования позволит существенно повысить доступность медицинской помощи жителям субъектов Российской Федерации.

#### **Мероприятие 4.4. Развитие специализированной медицинской помощи детям**

Стационарная медицинская помощь детям, в т.ч. специализированная, оказывается в 72 областных, краевых, республиканских детских больницах, в 210 детских городских больницах, в 22 детских инфекционных и 9 детских туберкулезных больницах, 445 амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе на койках дневных стационаров.

Не во всех субъектах Российской Федерации имеются государственные учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь детям, материально-техническая база действующих учреждений детства имеет значительный износ капитальных фондов, устаревшее оборудование, ограниченные возможности приобретения современного высокотехнологичного медицинского оборудования, что обусловлено его высокой стоимостью.

Кроме того, большое влияние на качество и доступность специализированной медицинской помощи детям оказывает тот факт, что во многих регионах медицинская помощь по ряду профилей оказывается в стационарах для «взрослых» пациентов, например по детской онкологии – в онкологических диспансерах, по офтальмологии – в офтальмологических больницах или республиканских, краевых, областных больницах и т.д.

В совершенствовании специализированной медицинской помощи детям важная роль принадлежит федеральным государственным учреждениям

здравоохранения, в первую очередь многопрофильным педиатрическим стационарам.

Для выполнения целей и задач, поставленных государством для федеральных медицинских организаций, играющих координирующую роль в развитии и организации специализированной медицинской помощи детям, необходимо улучшение состояния их материально-технической базы с позиции создания условий для разработки инновационных технологий в педиатрии.

Таким образом, развитие специализированной медицинской помощи детям подразумевает строительство (реконструкцию) 10 областных (краевых, республиканских) детских больниц, совершенствование онкологической, травматологической, кардиохирургической, офтальмологической помощи детям, улучшение материально-технической базы федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, помощь детям, а также совершенствование кадрового потенциала учреждений педиатрического профиля, внедрение современных организационных технологий оказания медицинской помощи детям, внедрение в педиатрическую практику современных научных достижений.

Реализация данного направления позволит достичь прогнозных показателей младенческой смертности, смертности детей в возрасте до 17 лет включительно, снижения уровня госпитализации детей и больничной летальности, а так же снижения показателя первичного выхода на инвалидность среди детей.

#### **Мероприятие 4.5. Совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ от матери к плоду**

В Российской Федерации создана комплексная система оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

Несмотря на ежегодное повышение охвата антиретровирусной профилактикой беременных женщин и рожденных ими детей, частота вертикальной передачи ВИЧ-инфекции остается высокой и составляет в целом по стране 6 %, что требует дальнейшего совершенствования организации системы профилактики вертикальной передачи вируса иммунодефицита человека и обеспечение условий для снижения заболеваемости ВИЧ-инфекции у детей.

В этих целях в рамках программы планируется обеспечить проведение следующих конкретных мер:

- обеспечение всех ВИЧ-инфицированных беременных женщин антиретровирусными препаратами;

- информирование и обучение ВИЧ-инфицированных беременных женщин о средствах и методах химиопрофилактики ВИЧ во время беременности, в родах и послеродовой период;
- индивидуальный подбор наиболее эффективных препаратов и схем химиопрофилактики для ВИЧ-инфицированных беременных женщин уже получающих антиретровирусную терапию;
- предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку при грудном вскармливании в послеродовой период;
- повышение ответственности ВИЧ-инфицированных беременных женщин за свое здоровье в период беременности и обеспечение раннего обращения в учреждения родовспоможения.

В результате реализации этих мероприятий будет обеспечен охват пар «мать-дитя» химиопрофилактикой в соответствии с требованиями действующих стандартов, начиная с 95 % в 2012 году и увеличение охвата до 99 % к 2020 году, что позволит обеспечить снижение вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку до 5 %.

#### **Мероприятие 4.6. Профилактика абортов. Развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации**

Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение абортов в Российской Федерации, является создание центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Кроме того, приняты законодательные меры, к которым, в частности, относятся установление срока, отведенного женщине после обращения в медицинскую организацию по поводу искусственного прерывания беременности, для обдумывания данного решения и получения консультации психолога и специалиста по социальной работе. При сроке беременности четвертая – седьмая недели и одиннадцатая – двенадцатая недели – женщине на обдумывание решения предоставляется 48 часов, а при сроке беременности восьмая – десятая недели – не менее семи дней.

Создавать центры медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, предполагается в структуре учреждений охраны материнства и детства субъектов Российской Федерации (на базе женских консультаций, центров планирования семьи и репродукции, центров охраны здоровья семьи и репродукции и др.).

Целью создания центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации является организация и координация работы кабинетов медико-социальной помощи женских

консультаций в субъектах Российской Федерации, а также деятельности специалистов по социальной работе и психологов акушерских стационаров.

Первостепенными задачами центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, являются медицинская и социально-психологическая помощь женщинам в случаях незапланированной беременности, направленная на обеспечение позитивной альтернативы аборту; оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты; организация патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке.

Центры медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, также призваны оказывать медико-социальные услуги женщинам, подвергшимся психофизическому насилию, потерявшим родных и близких, имеющим детей-инвалидов, женщинам-инвалидам, одиноким матерям с несовершеннолетними детьми, несовершеннолетним матерям и пр.

За период 2013–2015 гг. во всех субъектах Российской Федерации планируется создание центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Доабортное консультирование женщин специалистами по социальной работе и психологами, работающими в составе указанных центров, обеспечит реализацию статьи 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и позволит увеличить число женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, и принявших решение вынашивать беременность.

Создание центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, позволит не только снизить общее число абортов в Российской Федерации, сохранить репродуктивное здоровье женщин, но и увеличить число родившихся детей на 5–10 тысяч ежегодно.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

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

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

Доведение государственных заданий не предполагается.

## **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации**

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, при разработке комплексных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Данные о ресурсном обеспечении реализации мероприятий Программы за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации приведены в Таблице 8.

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

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

## **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

## **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы**

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

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

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Министерство экономического развития Российской Федерации. Министерство финансов Российской Федерации. Федеральная налоговая служба. Министерство сельского хозяйства Российской Федерации. Федеральная служба судебных приставов. Федеральное агентство по управлению государственным имуществом. Федеральное дорожное агентство. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрены.
Цели Подпрограммы	Увеличение продолжительности активного периода жизни населения.
Задачи Подпрограммы	Разработка и внедрение новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения. Разработка и внедрение новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы медицинской реабилитации.
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	Охват санаторно-курортным лечением пациентов; Охват реабилитационной медицинской помощью пациентов от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи; Охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся.

Этапы и сроки реализации Подпрограммы	2013–2020 годы первый этап: 2013–2015 годы второй этап: 2016–2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.	Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 90 043 357,0 тыс. руб., из них: 2013 г. – 9 540 060,0 тыс. руб.; 2014 г. – 10 311 163,6 тыс. руб.; 2015 г. – 10 614 920,4 тыс. руб.; 2016 г. – 9 695 227,5 тыс. руб.; 2017 г. – 11 412 644,8 тыс. руб.; 2018 г. – 12 362 777,8 тыс. руб.; 2019 г. – 12 870 988,5 тыс. руб.; 2020 г. – 13 235 574,5 тыс. руб.
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы	Увеличение доступности санаторно-курортного лечения для пациентов – не менее 45 %. Увеличение доли пациентов, охваченных реабилитационной медицинской помощью, от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи – не менее 25 %. Увеличение доли детей-инвалидов от числа нуждающихся, охваченных реабилитационной медицинской помощью до 85 %.

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

Современная ситуация в Российской Федерации характеризуется недоступностью реабилитационной помощи больным при наиболее распространенных и одновременно инвалидизирующих заболеваниях нервной, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, онкологических заболеваниях. Особую категорию среди всех групп населения представляют дети, особенно дети-инвалиды. Только среди детей-инвалидов, в реабилитационной помощи нуждается более 340 тысяч человек. Потребность в реабилитационной помощи другим контингентам детей значительно выше.

Наряду с медицинской реабилитацией, важным компонентом восстановления и поддержания здоровья граждан является санаторно-курортное лечение. В 2011 году в системе санаторно-курортного лечения функционирует 398 учреждений из которых 387 санаториев.

Эффективно построенная система профильного санаторно-курортного лечения позволит не только повысить уровень здоровья населения, и тем самым внести существенный вклад в выполнение государственной социальной задачи, но и даст устойчивый поток финансирования в санатории, послужит стимулом развития их лечебной базы, улучшения условий временного проживания и сервисных служб.

**По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году:**

охват санаторно-курортным лечением пациентов вырастет с 6,0 % в 2012 году до 17 % в 2015 году;

охват реабилитационной медицинской помощью пациентов от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи вырастет с 1,9 % в 2012 году до 9,0 % в 2015 году;

охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся вырастет с 70,0 % в 2012 году до 74,0 % в 2015 году.

**По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:**

охват санаторно-курортным лечением пациентов вырастет с 21 % в 2016 году до не менее 45 % в 2020 году;

охват реабилитационной медицинской помощью пациентов от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи вырастет с 12 % в 2016 году до не менее 25 % в 2020 году,

охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся вырастет с 75 % в 2016 году до 85 % в 2020 году.

Реализация мероприятий Подпрограммы будет осуществляться в 2 этапа.

В рамках I этапа предполагается осуществить мероприятия:

– по определению потребности в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении согласно заболеваемости населения Российской Федерации;

– по разработке и внедрению эффективных диагностических, реабилитационных и экспертных технологий в соответствии с требованиями Международной Классификации Функционирования;

– по актуализации профилей санаториев в соответствии с профилем города-курорта, на территории которого расположена медицинская организация.

– по внедрению в работу учреждений системы мотивации медицинского персонала.

В рамках II этапа предполагается:

– стандартизованное переоснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации современным информационным и медицинским оборудованием и аппаратурой

для диагностики, терапии и управления реабилитационным процессом в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи;

– создание отделений реабилитации в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе неотложную стационарную медицинскую помощь в каждом субъекте Российской Федерации из расчета 1 реабилитационная койка на 15 коек по профилю оказываемой помощи (неврологических, травматологических, ортопедических, кардиологических, онкологических) для взрослых и детей соответственно;

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

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

– модернизация и улучшение материально-технической базы санаториев с учетом особенностей ландшафтно-климатических условий, профиля курорта.

Указанная этапность относится к обоим мероприятиям Подпрограммы в зависимости от видов медицинских организации и медицинских услуг.

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

Раннюю реабилитацию пациентов планируется осуществлять в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. В то же время дополнительно запланированы мероприятия по развитию медицинской реабилитации на базе специализированных реабилитационных центров, которые будут созданы во всех федеральных округах.

Основной целью подпрограммы являются увеличение активного периода жизни населения. Для достижения указанной цели планируется разработка и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, а также поддержка развития инфраструктуры учреждений медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

## Мероприятие 5.1. Развитие санаторно-курортного лечения, в том числе для детей

Министерством здравоохранения Российской Федерации планируется существенно обновить нормативную правовую базу организации оказания санаторно-курортного лечения, в части медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения на курортах России, по организации отбора и направления пациентов на санаторно-курортное и амбулаторно-курортное лечение, по организации оказания этапа медицинской реабилитации в условиях санатория после стационарного лечения, по санаторно-курортной реабилитации лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний. Профильными научно–исследовательскими учреждениями был разработан целый ряд новых эффективных технологий санаторно-курортного лечения и оздоровления, которые требуют обновленных механизмов их внедрения в практику санаториев.

В настоящий момент существует острая необходимость в осуществлении комплекса мероприятий, направленных на сохранение потенциала курортной сферы и формирование современного курортного комплекса, способного решать как медико-социальные задачи обеспечения доступного населению, эффективного санаторно-курортного лечения, так и экономические проблемы формирования сферы курортного дела.

Главной целью государственной политики развития курортного дела является создание в Российской Федерации современного высокоэффективного курортного комплекса, обеспечивающего широкие возможности для удовлетворения потребности граждан в санаторно-курортном лечении.

Учитывая, что на территории Российской Федерации насчитывается лишь 12 специализированных здравниц, которые могут принимать на лечение граждан льготных категорий по соответствующим нозологиям, которых недостаточно для обеспечения граждан указанным видом медицинской помощи, планируется развитие федеральных санаторно-курортных учреждений данного типа.

В настоящее время санаторно-курортное лечение детей осуществляется в 29 федеральных санаторно-курортных учреждениях, коечная мощность которых составляет 6 484 койки для детей, в том числе 2 650 коек для детей в сопровождении законного представителя, ежегодно получают лечение более 50 тысяч детей.

Коечный фонд многопрофильных санаторно-курортных учреждений в системе здравоохранения субъектов Российской Федерации составляет более 36,7 тысяч коек, в том числе более 2,5 тысяч коек для детей в сопровождении законного представителя, ежегодно получают лечение более 280 тысяч детей.

Вместе с тем, потребность детей в санаторно-курортном лечении удовлетворяется лишь на 65 %. Недостаточна сеть санаториев для детей с хроническими заболеваниями, в том числе заболеваниями кожи, центральной нервной системы, детей, страдающих сахарным диабетом, врожденными пороками сердца, заболеваниями почек, детей, больных туберкулезом в возрасте до 7 лет.

Важным направлением улучшения санаторно-курортного лечения детей является развитие сети профильных детских санаториев, в том числе санаториев «Мать-дитя» как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации, которые позволят обеспечить эффективное лечение детей после интенсивного стационарного лечения острых заболеваний, травм, отравлений, а также детей-инвалидов с последствиями травм, операций и заболеваний.

Реализация данных мер позволит сформировать целенаправленную социальную политику поддержки и укрепления системы, обеспечивающей каждому гражданину Российской Федерации необходимые и достаточные условия полноценного оздоровления.

### **Мероприятие 5.2. Развитие медицинской реабилитации, в том числе для детей**

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

В 15 субъектах Российской Федерации до 2020 года планируется создание в каждом федеральном округе многопрофильных реабилитационных центров для детей и взрослых (в зависимости от численности населения и потребности в медицинской реабилитации), включающих в свою структуру стационарные отделения медицинской реабилитации пациентов (в соответствии с этапами медицинской реабилитации) неврологического, травматологического, кардиологического, терапевтического, онкологического профилей для проведения реабилитационных мероприятий непосредственно после стационарного лечения, в том числе после оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а так же амбулаторно-поликлинические отделения.

Основные усилия обеспечения населения медицинской помощью по медицинской реабилитации предполагается сконцентрировать на следующих приоритетных направлениях:

- медицинская реабилитация больных непосредственно после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- медицинская реабилитация хронических больных и инвалидов, в том числе пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний;
- медицинская реабилитация с целью оздоровления лиц из групп риска развития заболеваний.

В этой связи реализация мероприятия по медицинской реабилитации будут включать:

- разработку и внедрение эффективных оздоровительных и реабилитационных технологий;
- стандартизованное переоснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации современным медицинским оборудованием и аппаратурой;
- перевод федеральных учреждений, оказывающих медицинскую помощь по медицинской реабилитации на работу в условиях государственного задания;
- создание крупных межрегиональных центров медицинской реабилитации на базе существующих.

В целях повышения доступности медицинской реабилитации детей, снижения детской инвалидности в рамках программы модернизации здравоохранения в регионах предусмотрены мероприятия по совершенствованию организации оказания медицинской реабилитации детям первых трех лет жизни, в первую очередь родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела, которые имеют наиболее высокий риск развития тяжелых инвалидизирующих заболеваний.

Для решения данных задач в 2013 году будет проведен анализ и оценка существующей системы оказания медицинской реабилитации детям в регионах, включая состояние материально-технической базы, применяемых методик и технологий, кадрового потенциала. По результатам анализа будут подготовлены предложения по совершенствованию оказания данного вида медицинской помощи детям, в том числе детям-инвалидам, с учетом региональных особенностей детской заболеваемости и инвалидности.

Системный подход к совершенствованию медицинской реабилитации детей предполагает развитие федеральных организаций медицинской реабилитации, развитие региональных центров комплексной медицинской

реабилитации детям и развитие межрайонных центров (отделений) реабилитационной помощи детскому населению.

Большое значение имеет развитие данного вида медицинской помощи детям на базе федеральных медицинских организаций, которые должны располагать современной материально-технической базой, быть укомплектованы специалистами высокого уровня и оказывать организационную и методическую помощь регионам по формированию современной эффективной модели медицинской реабилитации детям.

Для достижения поставленной цели – обеспечения доступности и качества медицинской реабилитации детей, наряду с развитием федеральных реабилитационных учреждений, с 2014 года необходимо предусмотреть средства федерального бюджета на условиях софинансирования для развития реабилитационных центров в регионах.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не применяются.

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

В рамках Подпрограммы будут реализованы государственные задания на оказание следующих услуг:

- физкультурно-оздоровительные мероприятия различного уровня;
- медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение.

### **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.**

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, при разработке комплексных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Данные о ресурсном обеспечении реализации мероприятий Программы за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации приведены в Таблице 8.

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

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

## **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

## **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы**

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

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

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Не предусмотрены
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрены.
Цели Подпрограммы	Повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.
Задачи Подпрограммы	Создание эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам. Повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников. Обеспечение адекватного контроля хронической боли и других тягостных симптомов. Повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым; Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям.
Этапы и сроки реализации Подпрограммы	Подпрограмма реализуется в два этапа: 1 этап: 2013 – 2015 годы 2 этап: 2016 – 2020 годы.
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.	Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 0,0 тыс. руб., из них: 2013 г. – 0,0 тыс. руб.; 2014 г. – 0,0 тыс. руб.; 2015 г. – 0,0 тыс. руб.; 2016 г. – 0,0 тыс. руб.; 2017 г. – 0,0 тыс. руб.;

	2018 г. – 0,0 тыс. руб.; 2019 г. – 0,0 тыс. руб.; 2020 г. – 0,0 тыс. руб.
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы	Увеличение обеспеченности паллиативными койками взрослых до 10 коек на 100 тыс. взрослого населения. Увеличение обеспеченности паллиативными койками детей не менее чем до 2,08 коек на 100 тыс. детского населения.

### Характеристика сферы реализации Подпрограммы

Поддержание максимально возможного качества жизни пациента — ключевой момент при определении сущности паллиативной медицины, ориентированной на лечение больного, а не поразившей его болезни. Паллиативная помощь подразумевает положительное влияние на различные аспекты, составляющие жизнь неизлечимо больного человека, — медицинские, психологические, социальные, культурные и духовные.

В настоящее время паллиативная медицинская помощь оказывается взрослым и детям как в стационарах, так и амбулаторно и не выделена в отдельную статью расходов. Для решения задач в сфере развития паллиативной помощи следует обеспечить управление расходами на этот вид медицинской помощи, выделив указанные расходы в бюджетах всех уровней, а также обеспечив учет расходов на паллиативную помощь из внебюджетных источников.

#### **По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году:**

Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым в 2015 году составит 1,7 коек на 100 тыс. взрослого населения;

Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям в 2015 году составит 1,68 коек на 100 тыс. детского населения.

На первом этапе в первую очередь решается задача создания эффективной службы паллиативной помощи неизлечимым пациентам.

#### **По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:**

Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым (коек/100 тыс. взрослого населения) вырастет с 4,4 в 2016 году до 10 в 2020 году,

Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям (коек/100 тыс. детского населения) вырастет с 1,76 в 2016 году до 2,08 в 2020 году,

## **Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы**

Реализация Подпрограммы осуществляется в соответствии с целями и задачами определенными Концепцией долгосрочного социально-экономического развития задачи которой являются повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах, развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи и повышение роли профилактического лечения лиц, состоящих в группе риска по социально значимым заболеваниям, совершенствование службы скорой медицинской помощи и развитие санитарно-авиационной скорой медицинской помощи с оптимизацией сроков ее оказания и использованием эффективных методов лечения на догоспитальном этапе, оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, разработка и реализация мер по сокращению потерь трудоспособного населения путем снижения смертности от управляемых причин.

## **Цели, задачи и показатели (индикаторы) достижения целей и решения задач, описание основных ожидаемых конечных результатов Подпрограммы, сроков и контрольных этапов реализации Подпрограммы**

Ожидаемым результатом Подпрограммы является формирование полноценной инфраструктуры для оказания паллиативной помощи взрослым и детям.

Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, а именно: адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов, психологическая поддержка больного и ухаживающих родственников, выработка отношения к смерти как к нормальному этапу жизни человека, удовлетворение моральных потребностей больного и его близких, решение вопросов медицинской биоэтики. Задачей паллиативной помощи является решение физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

### **Мероприятие 6.1. Оказание паллиативной помощи взрослым**

В рамках Программы планируется применить комплексный подход к решению этой проблемы с участием квалифицированного медицинского персонала и достаточным медико-психологическим обеспечением.

Паллиативная медицинская помощь больным с неизлечимыми заболеваниями должна оказываться в плановом порядке преимущественно по месту жительства граждан в следующих условиях:

а) амбулаторно (в том числе на дому при вызове медицинского работника кабинета паллиативной помощи или выездной патронажной бригады паллиативной помощи);

б) стационарно: отделение (центр) паллиативной помощи

Создание отделений паллиативной медицины является оптимальным вариантом организации паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими или другими социально значимыми заболеваниями, поскольку, являясь структурным подразделением учреждения, отделение получает широкую возможность использования диагностической и клинической базы учреждения, проведения специальных методов поддерживающего лечения и реабилитационных мероприятий. При этом достигается решение как чисто медицинской задачи – более адекватного лечения больного, так и изменение его социального статуса.

Важным разделом деятельности учреждений и отделений паллиативной медицинской помощи является проведение комплекса мероприятий по реабилитации пролеченных больных – ликвидация последствий лечения, например, после операционных вмешательств, лучевой и химиотерапии.

Материально-техническая и ресурсная база данных подразделений отличается от общесоматических стационаров и не требует широкого перечня диагностического и лечебного оборудования. При этом развитие медико-социальной реабилитационной базы должно быть на самом высоком уровне, так как именно в оказании медико-социальной реабилитации и заключается главная функция подразделений паллиативной медицинской помощи.

Помимо развития сети стационарных отделений паллиативной помощи для пациентов необходимо обеспечить доступность амбулаторных форм паллиативной помощи.

Помощь на дому должна осуществляться специалистами выездной службы, организованной как структурное подразделение учреждения, оказывающего стационарную паллиативную медицинскую помощь. Данные бригады также могут оказывать паллиативную медицинскую помощь больным, находящимся на лечении в других стационарах, а также амбулаторно. Выездная служба оказания паллиативной помощи должна быть создана на базе отделения паллиативной медицины.

В рамках реализации мероприятия планируется:

– подготовить нормативные правовые акты, определяющие порядок и правила оказания паллиативной помощи;

– в каждом субъекте Российской Федерации создать учреждения (отделения, койки) паллиативной помощи, из расчета 100 коек на 1 000 тыс. взрослого населения (всего 14 200 коек), обеспечить их оборудованием, средствами обслуживания и ухода, специализированным автотранспортом, организовать выездную службу.

Ожидаемым результатом реализации мероприятия будет создание эффективной службы паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам, повышение качества жизни неизлечимых пациентов и их родственников, адекватный контроль хронической боли и других тягостных симптомов.

## **Мероприятие 6.2. Оказание паллиативной помощи детям**

В России функционирует только 7 учреждений, оказывающих специализированную паллиативную помощь детям.

Впервые в стране в рамках региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы запланировано развитие паллиативной помощи детям практически во всех регионах.

Вместе с тем, несмотря на необходимость более широкого внедрения данного вида помощи детям, что продиктовано социальной незащищенностью нуждающихся в паллиативной помощи пациентов и их семей в силу тяжести течения заболеваний, развитие сети учреждений для оказания паллиативной помощи детям тормозилось в связи с отсутствием законодательного закреплённого понятия паллиативной помощи.

Нововведением Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является введение определения паллиативной помощи, урегулирование вопросов организации медицинских мероприятий по паллиативной помощи, закрепление гарантий оказания паллиативной помощи в объеме и на условиях, установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также за счет безвозмездных поступлений от физических и юридических лиц.

Для развития паллиативной помощи детям планируется:

– подготовить нормативные правовые акты, определяющие порядок и правила оказания паллиативной помощи детям;

– в каждом субъекте Российской Федерации создать учреждения (отделения, койки) паллиативной помощи детям, из расчета не менее 2 коек на 100 тыс. детского населения, (всего 500–520 коек), обеспечить их оборудованием, средствами обслуживания и ухода, специализированным автотранспортом, организовать выездную службу.

Кроме того, для совершенствования оказания данного вида помощи детям и их семьям планируется разработка и внедрение новых технологий.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не применяются.

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

Доведение государственных заданий не предполагается.

### **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.**

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, при разработке комплексных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Развитие данного вида помощи детям будет осуществляться, как на уровне медицинских организаций субъектов Российской Федерации, так и на базе федеральных учреждений, оказывающих помощь детям.

Данные о ресурсном обеспечении реализации мероприятий Программы за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации приведены в Таблице 8.

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

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

## **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

## **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы**

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

## Подпрограмма 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Федеральное медико-биологическое агентство. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Министерство обороны Российской Федерации. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрены.
Цели Подпрограммы	Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами.
Задачи Подпрограммы	Снижение дефицита медицинских кадров, в том числе за счет снижения оттока кадров из государственной и муниципальной систем здравоохранения. Устранение дисбаланса в распределении медицинских кадров в трехуровневой системе оказания медицинской помощи. Совершенствование системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников. Разработка и внедрение аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов. Повышение престижа профессии, в том числе за счет создания позитивного образа медицинского и фармацевтического работника в общественном сознании. Развитие мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников. Формирование единых подходов к определению уровня квалификации и набора компетенций медицинских и фармацевтических работников, необходимых для занятия профессиональной деятельностью.
Целевые индикаторы и	Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического

<p>показатели Подпрограммы</p>	<p>образования в государственных образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования;          Количество подготовленных кадров высшей квалификации в интернатуре, ординатуре, аспирантуре в государственных образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования;          Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего профессионального образования;          Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования;          Количество обучающихся, прошедших подготовку в обучающих симуляционных центрах;          Доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации;          Доля аккредитованных специалистов.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в один этап с 2013 по 2020 годы.</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 21 125 379,0 тыс. руб., из них:          2013 г. – 5 452 703,6 тыс. руб.;          2014 г. – 4 009 018,8 тыс. руб.;          2015 г. – 1 475 622,6 тыс. руб.;          2016 г. – 1 657 937,7 тыс. руб.;          2017 г. – 1 951 625,6 тыс. руб.;          2018 г. – 5 114 103,6 тыс. руб.;          2019 г. – 2 201 010,5 тыс. руб.;          2020 г. – 2 263 356,7 тыс. руб.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации</p>	<p>обеспечение ежегодной подготовки специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных</p>

Подпрограммы	<p>образовательных учреждениях высшего профессионального образования Минздрава России – с 2016 года не менее 166 тыс. человек;</p> <p>обеспечение ежегодной подготовки специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования Минздрава России – с 2016 года не менее 46 600 человек;</p> <p>обеспечение ежегодной подготовки кадров высшей квалификации в интернатуре, ординатуре, аспирантуре в государственных образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования Минздрава России – не менее 1 450 человек, а с 2017 года – не менее 1 000 человек;</p> <p>обеспечение ежегодной подготовки специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования Минздрава России – с 2013 года не менее 610 человек;</p> <p>обеспечение к 2020 году ежегодной подготовки в обучающих симуляционных центрах до 300 тыс. человек;</p> <p>увеличение доли медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации до 98 %;</p> <p>обеспечение до 2020 года аккредитации 80 % медицинских и фармацевтических специалистов, занимающихся профессиональной деятельностью.</p>
--------------	--

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

Необходимым условием достижения главной цели модернизации здравоохранения – обеспечения равного доступа каждого гражданина к

качественной медицинской помощи – является проведение эффективной кадровой политики в отрасли, в том числе обеспечение оптимального распределения трудовых ресурсов в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи населению Российской Федерации и построение современной системы непрерывного профессионального образования посредством совершенствования организации профессиональной подготовки, повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников.

С целью стимулирования притока молодых специалистов в государственную и муниципальную системы здравоохранения предприняты меры по повышению уровня заработной платы, внедрению системы дополнительных выплат медицинским и фармацевтическим работникам, в том числе трудоустроившимся на селе, усилены меры социальной поддержки.

Вместе с тем, для обеспечения достижения максимального эффекта от уже предпринятых действий в сфере кадрового обеспечения отрасли, необходима концентрация государственного участия в решении следующих существенных проблем здравоохранения.

1. Наличие дефицита специалистов со средним и высшим медицинским образованием по отдельным медицинским специальностям.

Дефицит врачей в Российской Федерации составляет 40 000 человек, дефицит средних медицинских работников – 270 000 человек.

Дефицит медицинских кадров, как врачей, так и средних медицинских работников, отмечен во всех типах медицинских организаций и на всех уровнях оказания медицинской помощи, при этом в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, он отмечается практически в каждом субъекте Российской Федерации.

Отмечается наибольший дефицит ряда врачей-специалистов, преобладающий в амбулаторно-поликлинических учреждениях: терапевтов, педиатров, неврологов, оториноларингологов, психиатров-наркологов, онкологов, эндокринологов.

Дефицит анестезиологов-реаниматологов, фтизиатров, травматологов-ортопедов, инфекционистов, психиатров, гастроэнтерологов отмечается в большинстве стационарных учреждений субъектов Российской Федерации.

Отмечается высокий дефицит врачей клинической лабораторной диагностики, скорой медицинской помощи, рентгенологов, судебно-медицинских экспертов.

Реализация мероприятий Подпрограммы, а также мероприятия государственной программы Российской Федерации «Развитие образования» позволят обеспечить увеличение значения обеспеченности врачами на 10 тысяч населения до 42,2 в 2015 году и до 43,0 к 2020 году.

2. Недостаточный уровень качества подготовки и квалификации медицинских и фармацевтических работников.

Реализация новых образовательных технологий потребует разработки качественно новой процедуры определения готовности лиц, получивших медицинское или фармацевтическое образование, к практической работе в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи – аккредитации специалиста, которая будет осуществляться на основе приобретаемых в ходе обучения компетенций, разработка и внедрение которой предусмотрена с 2016 года с полным охватом всех работающих в отрасли специалистов к 2022 году.

Перечень допусков к медицинской и фармацевтической деятельности будет расширяться поэтапно по мере совершенствования профессиональных знаний, умений и навыков специалиста, в том числе посредством обучения образовательным программам высшего образования и дополнительного профессионального образования.

Реализация мероприятий Подпрограммы, а также мероприятия государственной программы Российской Федерации «Развитие образования» позволит существенно повысить качество профессионального образования медицинских и фармацевтических работников, включая создание системы непрерывного профессионального образования с высокой долей практической подготовки и дистанционных образовательных технологий, соответствующей современным потребностям практического здравоохранения.

3. Недостаточное количество средних медицинских работников.

Сокращение дефицита средних медицинских работников, в первую очередь, планируется осуществить посредством наращивания объема соответствующей подготовки в образовательных учреждениях среднего профессионального образования субъектов Российской Федерации и его увеличения от существующих контрольных цифр приема, в 2013 году составившего 83,8 тысяч человек.

Обеспечение реализации данного мероприятия будет осуществляться в рамках региональных программ развития кадрового потенциала здравоохранения с учетом необходимости достижения к 2020 году уровня соотношения врачей и среднего медицинского персонала 1 к 3.

4. Низкий уровень эффективности закрепления медицинских работников, прежде всего молодых специалистов, в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Обязательным условием эффективного функционирования системы здравоохранения на всей территории Российской Федерации является закрепление подготовленных кадров на рабочих местах с учетом потребности учреждений здравоохранения в конкретных специалистах, обеспечение их высокого социального статуса и благополучия.

В настоящее время отмечается недостаточный уровень трудоустройства выпускников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд систем регионального здравоохранения на территории и по направлению субъекта Российской Федерации, являвшегося заказчиком подготовки (в среднем по Российской Федерации – до 70 %, в ряде субъектов Российской Федерации данный показатель составляет ниже 50 %), что обусловлено недостаточным уровнем заработной платы, объемом мер социальной поддержки, и, как следствие, снижением уровня престижа медицинской профессии.

Мероприятиями Подпрограммы предусмотрено поэтапное повышение к 2018 году заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, до 200 % средней заработной платы в соответствующем регионе, среднего медицинского (фармацевтического) персонала и младшего медицинского (фармацевтического) персонала – до 100 % средней заработной платы в соответствующем регионе.

Кроме того, в рамках повышения структурной эффективности системы здравоохранения необходимо оптимизация численности и фонда оплаты труда административно-управленческого персонала государственных и муниципальных медицинских организаций, с учетом реальных потребностей отрасли путем расширения профессиональных возможностей, создания условий для их эффективной профессиональной служебной деятельности, в том числе посредством проведения повышения квалификации сотрудников администраций медицинских организаций в области управления здравоохранением, включая вопросы работы с персоналом, правового регулирования деятельности медицинских организаций, а также информатизации сферы здравоохранения.

Будет продолжена практика проведения ежегодных конкурсов среди работников здравоохранения, медицинских и фармацевтических организаций, позволяющих оценить наиболее значимые достижения и выявить перспективные проекты.

#### **По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году:**

Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования составит 139 545 человек.

Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего профессионального образования составит 498 520 человек.

Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в

государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования составит 1 830 человек.

Доля специалистов из числа административно-управленческого персонала организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, прошедших повышение квалификации по вопросам совершенствования организации управления здравоохранением, составит 100 %.

Количество созданных обучающих симуляционных центров составит 20 единиц.

Количество созданных экспериментальных операционных с использованием животных составит 20 единиц.

Количество обучающихся, прошедших подготовку в обучающих симуляционных центрах, вырастет с 40 000 человек в год в 2011 году до 60 000 человек в год в 2015 году.

Доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации, вырастет с 73 % в 2012 году до 80 % в 2015 году.

#### **По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:**

Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования составит 186 400 человек.

Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего профессионального образования составит 664 000 человек.

Количество подготовленных специалистов по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях среднего профессионального образования составит 2 440 человек.

Будет создано дополнительно 40 обучающих симуляционных центров.

Будет создано дополнительно 40 экспериментальных операционных с использованием животных.

Количество обучающихся, прошедших подготовку в обучающих симуляционных центрах вырастет с 130 000 человек в год в 2016 году до 300 000 человек в год в 2020 году.

Доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд соответствующего субъекта Российской Федерации, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации вырастет с 83 % в 2016 году до 98 % в 2020 году.

Доля аккредитованных специалистов составит 80 % в 2020 году.

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

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы определены:

В указах Президента Российской Федерации:

– от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»;

– от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

– от 7 мая 2012 г. № 599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки»;

В постановлениях и распоряжениях Правительства Российской Федерации:

– от 17 ноября 2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года»;

– от 15.04.2013 № 614-р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года»

и диктуются необходимостью улучшения ситуации с состоянием здоровья граждан посредством:

– обеспечения качественного прорыва в системе здравоохранения за счет построения эффективной системы подготовки и переподготовки медицинских кадров;

– обеспечения государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме за счет планирования ресурсов, обеспечивающих реализацию государственных гарантий;

– повышения эффективности системы организации медицинской помощи за счет оптимизации соотношения врачебного и среднего медицинского персонала;

– повышения квалификации медицинских работников и создания системы повышения мотивации к качественному труду за счет обеспечения подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования, повышения профессионального уровня и внедрения передовых медицинских технологий, разработки стандартов подготовки управленческих кадров в системе здравоохранения и реализации образовательных программ.

### **Мероприятие 7.1 Повышение квалификации и профессиональная переподготовка медицинских и фармацевтических работников**

Основные мероприятия по устранению кадрового дефицита и кадровой диспропорции в здравоохранении в части обеспечения подготовки медицинских и фармацевтических работников по образовательным программам среднего и высшего образования будут реализовываться в рамках мероприятия государственной программы Российской Федерации «Развитие образования».

Реализация мероприятия Подпрограммы будет направлена на обеспечение совершенствования профессиональных знаний, умений и навыков медицинскими и фармацевтическими работниками на этапе дополнительного профессионального образования. Повышение квалификации и профессиональная переподготовка медицинских и фармацевтических работников будут организовываться на базе государственных образовательных учреждений, реализующих образовательные программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования, в рамках соответствующего государственного задания на оказание государственных услуг по реализации программ дополнительного профессионального образования, при этом ежегодный объем указанного государственного задания подведомственным Минздраву России образовательным учреждениям среднего, высшего и дополнительного профессионального образования составит до 200 тыс. человек.

Кроме того, образовательными учреждениями Федерального медико-биологического агентства будет организовываться подготовка 6 474 человек ежегодно.

Также, подготовка медицинских и фармацевтических работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием проводится на базе образовательных учреждений среднего профессионального образования, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

Минздравом России проводится разработка типовых программ дополнительного профессионального образования — повышения квалификации и профессиональной переподготовки по 96 медицинским и фармацевтическим специальностям, разработаны федеральные государственные образовательные стандарты для подготовки кадров по программам ординатуры и аспирантуры, в

2014 году в рамках подпрограммы будут разработаны типовые основные образовательные программы.

С 2015 по 2018 гг. будет создано 80 обучающих симуляционных центров (20 центров в год), представляющих собой комплекс связанных между собой и работающих по единым стандартам и технологиям обучения структурных подразделений образовательных организаций.

До конца 2015 года в рамках указанных объемов государственного задания на подготовку специалистов по программам дополнительного профессионального образования будет организовано повышение квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения по вопросам совершенствования организации управления здравоохранением в условиях динамичного развития отрасли.

Степень и качество реализации указанных мероприятий будут непосредственно связаны с уровнем квалификации педагогических работников образовательных организаций, участвующих в подготовке медицинских и фармацевтических работников на всех этапах профессионального образования.

В связи с этим, в рамках обеспечения качества профессионального образования медицинских и фармацевтических работников в течение 2013–2015 гг. запланировано повышение квалификации всех педагогических работников государственных образовательных организаций, находящихся в ведении Минздрава России.

Планируется также повышение квалификации профессорско-преподавательского состава образовательных учреждений Минобрнауки России, ФМБА России, РАМН\* с привлечением средств федерального бюджета, предусмотренных на реализацию программ дополнительного профессионального образования медицинских и фармацевтических работников, содержащихся в ресурсном обеспечении государственной программы Российской Федерации «Развитие образования», и субъектов Российской Федерации, необходимых для реализации региональных программ кадрового обеспечения здравоохранения.

## **Мероприятие 7.2. Повышение престижа профессии**

Одним из направлений реализации данного мероприятия являются конкурс «Лучший врач года», наряду с которым, начиная с 2013 года, планируется проведение конкурса лучшего среднего медицинского работника, а с 2014 года – конкурса на лучшего преподавателя образовательного учреждения высшего и среднего профессионального образования, реализующего образовательные программы медицинского и фармацевтического образования.

При этом особое внимание будет обращено на необходимость проведения аналогичных мероприятий на региональном уровне.

В целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижа медицинской профессии, необходимо обеспечить медицинских работников государственных медицинских организаций конкурентным уровнем заработной платы.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» Правительству Российской Федерации поручено обеспечить:

повышение к 2018 году средней заработной платы врачей, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе;

повышение к 2018 году средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе;

повышение к 2018 году средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе.

Реализация мероприятий Подпрограммы на региональном уровне будет осуществляться посредством повышения заработной платы медицинским работникам государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений.

При этом повышение оплаты труда медицинских работников увязывается с достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг.

Для установления действенных механизмов зависимости уровня оплаты труда работников медицинских организаций от объема и качества предоставляемой ими медицинской услуги (обеспечения предоставления медицинской услуги) необходимо обеспечить поэтапный перевод медицинских работников на «эффективный контракт», то есть на трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, показатели и критерии оценки труда (эффективности деятельности), условия оплаты труда в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг.

Для решения данной задачи в рамках установленных систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений планируется усилить значение стимулирующих выплат и их долю в фонде оплаты труда учреждения. При этом стимулирование работников будет осуществляться исключительно за выполнение целевых показателей эффективности их труда, утвержденных на уровне локальных актов.

### **Мероприятие 7.3 Социальная поддержка отдельных категорий медицинских работников**

С целью улучшения кадровой ситуации в отрасли здравоохранения планируется реализация мероприятий по совершенствованию системы оказания мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников.

В 2012 году в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования предоставляются иные межбюджетные трансферты для осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011–2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта, из расчета 1 млн. рублей на одного медицинского работника.

При формировании региональных программ развития системы здравоохранения предусмотрены механизмы привлечения молодых специалистов в отрасль и сохранения имеющегося кадрового потенциала, в том числе за счет:

- обеспечения дополнительных выплат врачам остродефицитных специальностей, врачам, трудоустроившимся в сельских учреждениях здравоохранения, молодым специалистам (до 35 лет);
- предоставления жилых помещений, земельных участков, жилищных субсидий, субсидирование процентной ставки по кредиту на приобретение жилого помещения медицинскими и фармацевтическими работниками;
- предоставления иных мер социальной поддержки.

### **Мероприятие 7.4. Развитие сети обучающих симуляционных центров**

В настоящее время на базе 49 медицинских образовательных учреждений, находящихся в ведении Минздрава России, созданы и функционируют в различной организационной форме структурные подразделения, обеспечивающие практическую подготовку обучающихся по программам среднего, высшего и дополнительного профессионального образования с использованием современных симуляторов и фантомов.

Вместе с тем, деятельность данных структурных подразделений, включая объемы и виды практических навыков, осваиваемых обучающимися, требует нормативного регулирования в части определения требований к уровню оснащенности обучающего симуляционного центра. Указанные требования планируется разработать до конца 2014 года.

С 2015 по 2018 гг. будет создано и модернизировано 80 обучающих симуляционных центров (20 центров в год), представляющих собой комплекс связанных между собой и работающих по единым стандартам и технологиям обучения структурных подразделений образовательных организаций.

В этой связи, планируется определение ведущих образовательных организаций, обучающие симуляционные центры которых будут наделены координирующими полномочиями в области подготовки определенного перечня медицинских специалистов, по которым осуществляется обучение в соответствующем обучающем симуляционном центре.

Кроме того, будет создан единый всероссийский симуляционный образовательный центр – координирующий деятельность всех обучающих симуляционных центров.

Планируемое количество обучающихся, ежегодно проходящих подготовку в запланированных к созданию обучающих симуляционных центрах, в 2015 г. составит 60 тысяч человек, в 2016 г. – 130 тысяч человек, в 2017 г. – 250 тысяч человек, в 2018 г. – 290 тысяч человек, в 2019 г. и далее ежегодно – 300 тысяч человек.

Развитие сети обучающих симуляционных центров позволит обеспечить: высокий уровень практической подготовленности обучающихся, соответствующий современным потребностям практического здравоохранения; разработку единого стандарта оснащения и обучения в центрах в сопряжении с мировыми тенденциями и практиками применения симуляционного обучения; объективную оценку уровня практической подготовки специалиста.

Планируемые мероприятия направлены на развитие материально-технической базы существующих в образовательных учреждениях Минздрава России клинических структурных подразделений, включая капитальный ремонт используемых в данных целях зданий и сооружений образовательных учреждений, обновление используемого в медицинской деятельности лечебно-диагностического оборудования.

## **Мероприятие 7.5. Внедрение профессиональных стандартов**

Профессиональный стандарт призван определить единые требования на рынке труда в вопросах формирования и использования квалифицированных медицинских и фармацевтических специалистов, а также согласовать кадровые спрос и предложения через установление соответствия между системой подготовки кадров и сферой их использования.

Использование профессиональных стандартов позволит установить общие требования к качеству труда посредством влияния на производительность, повышение качества подготовки медицинских и фармацевтических работников в

системе профессионального образования, повышение уровня квалификации действующих работников.

Профессиональный стандарт обеспечит раскрытие современного содержания профессиональной деятельности в сфере здравоохранения, а также требований к квалификации медицинских и фармацевтических работников и представит наиболее полную и актуальную информацию о требованиях к квалификациям, необходимым для выполнения конкретных видов медицинской или фармацевтической деятельности.

### **Характеристика мер государственного регулирования в сфере реализации Подпрограммы**

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не применяются.

### **Характеристика мер правового регулирования в сфере реализации Подпрограммы**

Для реализации Подпрограммы необходима разработка ведомственных нормативных актов по утверждению государственного задания на подготовку специалистов по программам дополнительного профессионального образования, утверждению типовых программ дополнительного профессионального образования в области медицины и фармации, утверждению требований к уровню оснащённости обучающих симуляционных центров по специальностям подготовки, порядке аккредитации специалистов.

Ожидаемые сроки принятия нормативных актов – 2014 год, по порядку аккредитации специалистов – 2015 год.

Для реализации не требуется разработка правовых актов.

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

В рамках Подпрограммы будут реализованы государственные задания на оказание следующих услуг:

- реализация основных профессиональных образовательных программ послевузовского профессионального образования (интернатура);
- обучение по образовательным программам высшего образования по программам ординатуры;
- обучение по образовательным программам высшего образования программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре;

– реализация дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки).

Ежегодное государственное задание на оказание государственных услуг по реализации программ дополнительного профессионального образования в учреждениях среднего, высшего и дополнительного профессионального образования Минздрава России составит до 213 тысяч человек, в образовательных учреждениях ФМБА России до 6,5 тысяч человек ежегодно.

Ежегодное государственное задание на оказание государственных услуг по реализации программ подготовки кадров высшей квалификации (интернатура, ординатура, аспирантура) в учреждениях дополнительного профессионального образования Минздрава России составит до 1,45 тысяч человек в период с 2013–2016 гг. и до 1 тысячи человек, начиная с 2017 года.

Значения показателей указанных государственных заданий, предусмотренные Программой в 2013–2015 годах, приводятся в Таблице 7. Указанные значения подлежат ежегодному уточнению. Рост расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий по Подпрограмме планируется с учетом выхода на эффективный контракт с научно-педагогическими работниками и с учетом повышенного норматива для образовательных учреждений, реализующих программы подготовки медицинских специалистов. Объемы расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий подлежат ежегодному уточнению.

### **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации в случае их участия в разработке и реализации Подпрограммы (в случае если Подпрограмма направлена на достижение целей, относящихся к предмету совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации)**

Для эффективной реализации Подпрограммы в субъектах Российской Федерации разработаны программы кадрового обеспечения здравоохранения, направленных на поэтапное устранение дефицита кадров, в первую очередь, за счет развития системы целевой подготовки специалистов и дифференцированных мер социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников.

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

В рамках реализации мероприятий Подпрограммы в части развития практической подготовки медицинских и фармацевтических специалистов

посредством создания обучающих симуляционных центров планируется участие государственных образовательных учреждений Минобрнауки России, ФМБА России, субъектов Российской Федерации, реализующих медицинские и фармацевтические образовательные программы.

С 2013 года за счет средств ОМС осуществляется финансирование отдельных мероприятий по социальной поддержке отдельных категорий медицинских и фармацевтических работников. В рамках указанных мероприятий осуществляется финансовое обеспечение дополнительных выплат медицинским работникам первичного звена.

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

### **Обоснование выделения Подпрограммы**

Мероприятия Подпрограммы и мероприятия государственной программы Российской Федерации «Развитие образования» позволят достигнуть запланированных Программой результатов по повышению обеспеченности населения врачами (до 43,0 на 10 тысяч населения к 2020 г.), увеличение соотношения врачей и средних медицинских работников (до 1:3 к 2020 г.), повышение средней заработной платы медицинских работников (до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе для врачей, работников медицинских организаций, имеющих медицинское и иное высшее образование, и 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе для среднего, младшего медицинского (фармацевтического) персонала соответственно).

В рамках мероприятия Подпрограммы по повышению квалификации и профессиональной переподготовки медицинских и фармацевтических кадров будет организовано обучение медицинских и фармацевтических работников по программам дополнительного профессионального образования в образовательных учреждениях среднего, высшего и дополнительного профессионального образования Минздрава России в объеме до 213 тысяч человек ежегодно, что, в совокупности с объемами аналогичной подготовки, проводимой образовательными учреждениями среднего профессионального образования субъектов Российской Федерации (свыше 200 тысяч человек), позволит обеспечить потребность медицинских и фармацевтических работников, работающих в медицинских и фармацевтических организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения в периодичном

совершенствовании профессиональных знаний, умений и навыков (не менее 1 раза в 5 лет).

С целью достижения максимального эффекта от запланированных Программой мероприятий до конца 2015 года в рамках указанных объемов подготовки будет организовано повышение квалификации административно–управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения по вопросам совершенствования организации управления здравоохранением в условиях динамичного развития отрасли.

В целях повышения качества указанной подготовки в рамках Подпрограммы запланированы мероприятия по пересмотру имеющихся в настоящее время образовательных программ подготовки кадров высшей квалификации (интернатура и ординатура) и дополнительного профессионального образования с учетом опыта ведущих зарубежных высших учебных заведений в области подготовки медицинских и фармацевтических работников, а также необходимости актуализации вопросов деонтологии в программах подготовки в целях повышения степени удовлетворенности населения Российской Федерации качеством оказываемой медицинской помощи и предоставляемых фармацевтических услуг.

В развитие данного мероприятия планируется организация работы по формированию сети обучающих симуляционных центров, предусматривающей создание с 2015 по 2018 гг. 80 обучающих симуляционных центров, на базе которых ежегодно, начиная с 2019 г., будут проходить обучение до 300 тысяч человек.

Кроме того, с учетом запланированных на 2014–2020 годы средств федерального бюджета будут проведены мероприятия по развитию материально–технической базы государственных образовательных учреждений Минздрава России, имеющих в своей структуре клинические подразделения, а также государственных образовательных учреждений дополнительного профессионального образования Минздрава России, включая капитальный ремонт зданий, обновление учебного и лечебно-диагностического оборудования.

Планируется предпринять действия по увеличению оплаты труда медицинских работников, которая рассматривается в современных условиях как эффективный инструмент управления персоналом в целях повышения качества профессиональной деятельности.

До 2018 года будет обеспечено:

повышение средней заработной платы врачей, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное

высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) до 200 процентов средней заработной платы в соответствующем регионе;

повышение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе;

повышение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе.

В целях наиболее эффективной реализации данного мероприятия планируется установление действенных механизмов зависимости уровня оплаты труда работников медицинских организаций от объема и качества предоставляемой ими медицинской услуги (обеспечения предоставления медицинской услуги) посредством поэтапного перевода медицинских работников на «эффективный контракт».

Одновременно, для обеспечения стандартизации и унификации профессиональной деятельности, включая определение единых требований на рынке труда в вопросах формирования и использования квалифицированных медицинских и фармацевтических специалистов, а также согласование кадровых спроса и предложения через установление соответствия между системой подготовки кадров и сферой их использования, в рамках Подпрограммы планируется внедрение профессиональных стандартов в области здравоохранения.

Кроме того, Подпрограммой запланированы мероприятия по социальной поддержке отдельных категорий медицинских работников, направленные на привлечение молодых специалистов в отрасль и сохранение имеющегося кадрового потенциала и реализуемые за счет средств субъектов Российской Федерации в рамках региональных программ кадрового обеспечения системы здравоохранения, в том числе обеспечение дополнительных выплат врачам остродефицитных специальностей, врачам, трудоустроившимся в сельских учреждениях здравоохранения, врачам с вредными условиями труда, молодым специалистам (до 35 лет), предоставление жилых помещений, земельных участков, жилищных субсидий.

## **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

В расходах на основное мероприятие 7.1. «Повышение квалификации и профессиональная переподготовка медицинских и фармацевтических работников» учитываются объемы государственного задания на подготовку медицинских и фармацевтических работников в образовательных учреждениях среднего, высшего и дополнительного профессионального образования Минздрава России по программам дополнительного профессионального образования, а также на подготовку медицинских и фармацевтических работников в образовательных учреждениях дополнительного профессионального образования Минздрава России по программам подготовки кадров высшей квалификации (интернатура, ординатура, аспирантура), включая развитие их материально-технической базы.

Основное мероприятие 7.2. «Повышение престижа профессии» обеспечивается средствами федерального бюджета и консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на повышение средней заработной платы врачей, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала, младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) до 200, 100 и 100 процентов от средней заработной платы в регионе соответственно.

Финансовое обеспечение основного мероприятия 7.3. «Социальная поддержка отдельных категорий медицинских работников» будет осуществляться субъектами Российской Федерации в рамках региональных программ по восполнению дефицита медицинских кадров.

Расходы основного мероприятия 7.4. «Создание сети обучающих симуляционных центров», при условии дополнительного финансирования, обеспечат создание в период с 2015 по 2018 годов современной инфраструктуры практической подготовки медицинских и фармацевтических специалистов посредством создания 80 обучающих симуляционных центров.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

### **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.**

Основные риски реализации Подпрограммы связаны с тем, что не реализация или частичная реализация предлагаемых мероприятий окажет негативное влияние на систему здравоохранения в целом.

В число наиболее предполагаемых рисков можно отнести:

- невозможность консолидации мероприятий кадрового обеспечения системы здравоохранения в рамках реализации Программы и государственной программы Российской Федерации «Развитие образования»;
- недостаточное финансирование реализации мероприятий, направленных на кадровое обеспечение;
- недостаточное финансирование реализации мероприятий, направленных на повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала;
- отсутствие комплексных мероприятий социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников со стороны субъектов Российской Федерации;
- разработанные и реализуемые по формальному принципу программы кадрового обеспечения систем здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Меры управления рисками:

- планирование средств бюджетов субъектов Российской Федерации на мероприятия по повышению заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала, модернизация образовательных организаций, технологий, программ, социальная поддержка медицинских и фармацевтических работников;
- осуществление контроля мероприятий кадрового обеспечения субъектов Российской Федерации со стороны Минздрава России;
- разработка плана мероприятий по развитию сети подведомственных образовательных организаций с привлечением профессионального сообщества и общественных организаций.

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

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Не предусмотрены
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрены
Цели Подпрограммы	Увеличение значимости Российской Федерации в глобальном здравоохранении
Задачи Подпрограммы	<p>Повышение роли Российской Федерации в международных организациях в сфере охраны здоровья.</p> <p>Продвижение продуктов, производимых в Российской Федерации, и проектов на рынки зарубежных стран.</p> <p>Разработка национальной системы оказания помощи развитию другим странам (системы содействия международному развитию), включая систему ее целевых показателей и индикаторов.</p> <p>Подготовка предложений по совершенствованию нормативно-правовой и институциональной базы российского участия в международных отношениях в сфере охраны здоровья.</p> <p>Развитие международных многосторонних исследовательских и иных проектов, в которых участвует Российская Федерация.</p> <p>Поддержание устойчивых отношений с иностранными государствами в сфере охраны здоровья.</p> <p>Привлечение отечественных организаций к выполнению международных проектов.</p> <p>Обеспечение согласованной и скоординированной деятельности российских ведомств, участвующих в международных отношениях в сфере охраны здоровья.</p>

Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	Количество реализованных совместных международных проектов в области здравоохранения
Этапы и сроки реализации	Подпрограмма реализуется в один этап с 2013 по 2020 годы
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. рублей	Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 4 440 326,7 тыс. руб., из них: 2013 г. – 443 740,6 тыс. руб.; 2014 г. – 472 159,1 тыс. руб.; 2015 г. – 485 959,0 тыс. руб.; 2016 г. – 494 461,5 тыс. руб.; 2017 г. – 582 050,6 тыс. руб.; 2018 г. – 630 507,9 тыс. руб.; 2019 г. – 656 426,9 тыс. руб.; 2020 г. – 675 021,0 тыс. руб.
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы	Увеличение количества реализованных совместных международных проектов в области здравоохранения до 50 единиц.

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

Содействие международному развитию стран становится наиболее активно используемым инструментом внешней деятельности развитых государств. Так, мировой опыт показывает, что содействие международному развитию способствует увеличению политического и экономического влияния на мировой арене. Средства его представлены широким перечнем, включающим льготные кредиты, техническое и консультативное содействие, учреждение культурных центров, финансирование местных неправительственных организаций.

Текущие глобальные кризисы придают дополнительную актуальность международному сотрудничеству: так, использование международных связей для своевременного и эффективного реагирования на внешние и внутренние вызовы становится объективной необходимостью.

Содействие международному развитию должно также стать основой для популяризации в иностранных государствах отечественного здравоохранения.

Подпрограмма учитывает приоритеты внешней политики России, а именно сотрудничество с государствами – членами Содружества Независимых Государств, Евразийского экономического сообщества.

Реноме, которым пользуется Российская Федерация в «Группе Восьми», государствах БРИКС, может быть укреплено за счет усиления сотрудничества по здравоохранительной тематике со странами–партнерами по указанным объединениям, а также странами, входящими в Европейский союз.

Вне указанных сообществ приоритетным для Российской Федерации является сотрудничество со странами Востока, в том числе Китаем и Японией, представляющие собой исторически адаптированные к российской продукции емкие рынки. Представляется необходимым укреплять сотрудничество со странами Восточной Европы. Необходимо также налаживание контактов с Африканским союзом, Сообществом развития Юга Африки и другими организациями, представляющими интересы стран Африки, в настоящее время нуждающихся в оказании медицинской помощи, которая со стороны Российской Федерации может быть выражена в подготовке специалистов для системы здравоохранения указанных стран (включая их переподготовку), поставке им лекарственных средств и вакцин, медицинских изделий. В перспективе все указанные страны могут составить спрос на инвестиции и инвестиционные товары.

Укрепление международных позиций России в здравоохранении, а также решение задач, связанных с установлением равноправных, взаимовыгодных, партнерских отношений со всеми странами, успешное продвижение ее внешнеэкономических интересов, обеспечение влияния за рубежом требуют задействования всех имеющихся в распоряжении государства механизмов.

Международное сотрудничество, реализуемое на профессиональном уровне (сотрудничество научных и образовательных учреждений, медицинских организаций и т.д.), должно также быть вовлечено в этот процесс. Зарубежная деятельность учреждений, находящихся в ведении Минздрава России, ФМБА России и учреждений, находящихся в его ведении, Росздравнадзора, а также РАМН и его учреждений должна осуществляться с учетом политических приоритетов.

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

Согласно Концепции внешней политики Российской Федерации, утвержденной Президентом Российской Федерации (утверждена 12 июля 2008 г. № Пр-1440 в соответствии с высшим приоритетом национальной безопасности – защитой интересов личности, общества и государства – главные внешнеполитические усилия должны быть сосредоточены на достижении следующих основных целей:

обеспечение безопасности страны, сохранение и укрепление ее суверенитета и территориальной целостности, прочных и авторитетных позиций в мировом сообществе, в наибольшей мере отвечающих интересам Российской Федерации как одного из влиятельных центров современного мира и необходимых для роста ее политического, экономического, интеллектуального и духовного потенциала;

создание благоприятных внешних условий для модернизации России, перевода ее экономики на инновационный путь развития, повышения уровня жизни населения, консолидации общества, укрепления основ конституционного строя, правового государства и демократических институтов, реализации прав и свобод человека и, как следствие, обеспечение конкурентоспособности страны в глобализирующемся мире;

воздействие на общемировые процессы в целях установления справедливого и демократического миропорядка, основанного на коллективных началах в решении международных проблем и на верховенстве международного права, прежде всего на положениях Устава ООН, а также на равноправных и партнерских отношениях между государствами при центральной и координирующей роли ООН как основной организации, регулирующей международные отношения и обладающей уникальной легитимностью;

формирование отношений добрососедства с сопредельными государствами, содействие устранению имеющихся и предотвращению возникновения новых очагов напряженности и конфликтов в прилегающих к Российской Федерации регионах и других районах мира;

поиск согласия и совпадающих интересов с другими государствами и международными организациями в процессе решения задач, определяемых национальными приоритетами России, создание на этой основе системы двусторонних и многосторонних партнерских отношений, призванной

обеспечить устойчивость международного положения страны к колебаниям внешнеполитической конъюнктуры;

всесторонняя защита прав и законных интересов российских граждан и соотечественников, проживающих за рубежом;

содействие объективному восприятию Российской Федерации в мире как демократического государства с социально ориентированной рыночной экономикой и независимой внешней политикой;

поддержка и популяризация в иностранных государствах русского языка и культуры народов России, вносящих уникальный вклад в культурно-цивилизационное многообразие современного мира и в развитие партнерства цивилизаций.

Цели, задачи, показатели, результаты, сроки и контрольные этапы реализации Подпрограммы отражены в паспорте Подпрограммы.

### **Мероприятие 8.1. Формирование национальной системы содействия международному развитию.**

В рамках данного мероприятия планируется осуществить мобилизацию усилий органов власти на интенсификацию деятельности Российской Федерации по оказанию содействия развитию международных отношений в сфере здравоохранения. В ходе реализации указанного мероприятия должен быть усовершенствован механизм координации органов власти, сформирована нормативно-методическая и материально-техническая база национальной системы содействия международному развитию, разработаны программы и проекты в странах-получателях российской официальной помощи, а также методы, позволяющие наблюдать за их реализацией. Особое значение должно быть отдано освещению российской деятельности в области содействия международному развитию в средствах массовой информации (в том числе зарубежных) и на различного рода форумах.

### **Мероприятие 8.2. Международное сотрудничество в сфере охраны здоровья, связанное с выполнением принятых на себя Российской Федерацией обязательств.**

Одними из приоритетных партнеров по международному диалогу в сфере здравоохранения станут страны СНГ, «Группы Восьми», БРИКС и ШОС.

Данное мероприятие предусматривает обмен компетенциями с зарубежными партнерами в целях перехода к новому технологическому укладу, а также выведение на зарубежные рынки российской инновационной продукции (в частности, иммунобиологических препаратов).

### **Характеристика мер государственного регулирования**

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

### **Характеристика мер правового регулирования в сфере реализации Подпрограммы**

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

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

Доведение государственных заданий не предполагается.

### **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.**

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, при разработке комплексных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Данные о ресурсном обеспечении реализации мероприятий Программы за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации приведены в Таблице 8.

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

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

### **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

### **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.**

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

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

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Федеральное медико-биологическое агентство. Министерство финансов Российской Федерации. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрены.
Цели Подпрограммы	Обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Обеспечение граждан Российской Федерации эффективными и безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями. Проведение судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях в соответствии с единым порядком организации и производства судебно-медицинских экспертиз Российской Федерации. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.
Задачи Подпрограммы	Создание системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также эффективной системы управления качеством в здравоохранении. Предупреждение обращения на территории Российской Федерации фальсифицированных, контрафактных и недоброкачественных лекарственных средств и медицинских изделий. Предупреждение, обнаружение, пресечение нарушений

	<p>законодательства Российской Федерации по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, предотвращение распространения инфекционных болезней, предотвращение ввоза и реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов, иных грузов, представляющих опасность для человека на территорию Российской Федерации.</p> <p>Создание федеральной государственной судебно-экспертной службы Российской Федерации.</p> <p>Внедрение обязательной первичной лабораторной диагностики трупной крови на ВИЧ, ВГ В, ВГ С и туберкулез с помощью иммуноферментных тест-систем и приборных методов в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях.</p> <p>Поддержка развития инфраструктуры судебно-экспертных учреждений.</p> <p>Организация обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.</p>
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы	<p>Выполнение плана проверок;</p> <p>Выполнение мероприятий по обеспечению контроля (надзора)</p>
Этапы и сроки реализации Подпрограммы	<p>Подпрограмма реализуется в два этапа:</p> <p>1 этап: 2013 – 2015 годы</p> <p>2 этап: 2016 – 2020 годы.</p>
Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.	<p>Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 207 826 023,4 тыс. руб., из них:</p> <p>2013 г. – 21 981 663,0 тыс. руб.;</p> <p>2014 г. – 21 853 486,8 тыс. руб.;</p> <p>2015 г. – 22 928 302,8 тыс. руб.;</p> <p>2016 г. – 22 955 651,1 тыс. руб.;</p> <p>2017 г. – 27 022 026,1 тыс. руб.;</p> <p>2018 г. – 29 271 681,8 тыс. руб.;</p> <p>2019 г. – 30 474 985,9 тыс. руб.;</p> <p>2020 г. – 31 338 225,9 тыс. руб.</p>
Ожидаемые результаты реализации	<p>обеспечение выполнения мероприятий по обеспечению контроля (надзора) на 100 %;</p> <p>обеспечение выполнения плана проверок не ниже 90,5 %</p>

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

В настоящее время состояние системы государственных судебно-медицинских экспертных учреждений, находящихся в субъектах Российской Федерации, характеризуется недостаточным уровнем аппаратно-технического оснащения и возрастающими требованиями правоохранительных органов к сокращению сроков проведения судебно-медицинских экспертиз и повышению их качества.

Система государственной судебно-психиатрической экспертной службы в Российской Федерации представлена единственным судебно-психиатрическим экспертным учреждением федерального подчинения ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» и специализированными судебно-психиатрическими экспертными отделениями в структуре психиатрической службы субъектов Российской Федерации. Для осуществления диагностических процедур при производстве экспертной деятельности используется материально-техническая база психиатрических учреждений субъектов Российской Федерации.

Особую сложность составляет производство судебно-психиатрических экспертиз лицам, содержащимся под стражей, так как не решен вопрос охраны отделений для лиц, содержащихся под стражей, регламентируемый действующим законодательством. В связи с этим из 693 экспертных коек, развернутых в субъектах Российской Федерации 166 (24 %) находятся в СИЗО и ИВС.

Судебно-психиатрическая экспертная служба в субъектах Российской Федерации на сегодняшний день не располагает достаточным кадровым потенциалом, как в отношении численности экспертов, так и уровнем их профессиональной подготовки.

Организация и проведение контрольно-надзорных мероприятий направлены на обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности, соблюдения законодательства Российской Федерации при обращении лекарственных средств, безопасного применения медицинских изделий, санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны здоровья населения Российской Федерации.

Контроль в сфере охраны здоровья включает в себя:

- 1) контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
- 2) государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств, осуществляемый в соответствии с законодательством Российской Федерации об обращении лекарственных средств;

- 3) государственный контроль при обращении медицинских изделий;
- 4) государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляемый в соответствии с законодательством Российской Федерации о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Эффективность осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности достигается путем совокупной деятельности органов государственного контроля в соответствии с их полномочиями (Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федеральной службы по труду и занятости и их территориальных органов, федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения).

Эффективность осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора достигается совокупной деятельностью территориальных органов Роспотребнадзора и ФМБА России, непосредственно осуществляющих контрольно-надзорную деятельность, а также учреждений Роспотребнадзора и ФМБА России, обеспечивающих контроль и надзор, проведение широкого спектра лабораторных исследований, осуществление научно-исследовательских и научно-методических разработок, выполнение мероприятий по профилактике чумы.

Новые задачи перед санитарно-эпидемиологическими службами и научными учреждениями страны поставлены в связи с образованием Таможенного союза, вхождением России в ВТО, активным взаимодействием в рамках СНГ, ШОС, ЕврАзЭС.

Возросла роль Российской Федерации в реализации решений по борьбе с инфекционными болезнями, принятых в рамках председательства России в «Группе восьми» в 2006 году. Неоспорима лидирующая роль России в координации усилий по борьбе с эпидемиями в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

В 2011 году НИО Роспотребнадзора приступили к выполнению отраслевой научно-исследовательской программы на период 2011–2015 годов: «Научные исследования и разработки с целью обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и снижения инфекционной заболеваемости в Российской Федерации»

Последние годы в стране характеризуются стабильно высоким уровнем алкоголизма среди населения. Рост числа потребителей алкогольных напитков приводит к ухудшению состояния здоровья населения, определяет высокий уровень смертности.

В ближайшее время предполагается внести предложения по усилению ответственности как административной, так и уголовной за нарушения, связанные с ограничениями розничной продажи алкогольной продукции, в том числе пива, и табачной продукции; внесению изменений в Федеральный закон от 22.11.1995 № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» в части запрета продажи слабоалкогольных напитков вблизи детских, образовательных, медицинских учреждений, физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружениях, а также в ларьках, киосках, палатках, контейнерах; в Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе», в части полного запрета рекламы алкогольных напитков (в том числе энергетических напитков и пива) и табачных изделий.

**По результатам реализации 1 этапа Подпрограммы в 2015 году:**

Выполнение плана проверок составит не ниже 90,5 процентов,

Выполнение мероприятий по обеспечению контроля (надзора) составит 100 процентов.

На первом этапе реализации подпрограммы в приоритетном порядке решаются задачи создания эффективной системы управления качеством в здравоохранении.

**По результатам реализации 2 этапа Подпрограммы в 2020 году:**

Выполнение плана проверок (процент) составит не ниже 90,5;

Выполнение мероприятий по обеспечению контроля (надзора) составит 100 процентов.

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

Приоритетами государственной политики по осуществлению контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья, в рамках компетенции Роспотребнадзора и ФМБА России, является повышение эффективности осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Основными задачами в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения являются:

Реализация Концепции социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, Концепции демографической политики Российской

Федерации до 2025 года, Соглашения Таможенного союза по санитарным мерам.

Оптимизация федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и контроля в установленной сфере деятельности в соответствии с Федеральным законом от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

Обеспечение эффективности осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора, профилактики инфекционной и массовой неинфекционной заболеваемости.

Осуществление эффективного контроля и надзора за лицами, прибывающими из эпидемически неблагополучных стран и пересекающими Государственную границу; контроля за потенциально опасными партиями грузов (товаров).

Окончательные сроки реализации подпрограммы – 2020 год.

Приоритеты государственной политики в сфере реализации Подпрограммы отражены:

– в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– в Федеральном законе от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

– в Федеральном законе от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

– в Федеральном законе от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»,

– в Федеральном законе от 02 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»,

– в Федеральным законе от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,

– в Федеральном законе от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании»,

– в Федеральном законе от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»,

– в Федеральном законе от 9 января 1996 г. № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения»;

- в Федеральном законе от 4 мая 1999 г. № 96-ФЗ «Об охране атмосферного воздуха»;
- в Федеральном законе от 7 декабря 2011 г. № 416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении»;
- в Посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации;
- в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р);
- в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351);
- в поручении Председателя Правительства Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № ВП-П4-1006 по вопросу обеспечения выполнения подпунктов «а» и «б» пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 3 февраля 2012 г. № Пр-267 по передаче государственных судебно-медицинских экспертных учреждений из ведения субъектов Российской Федерации в ведение Министерства здравоохранения Российской Федерации и обеспечению производства судебно-психиатрических экспертиз исключительно в медицинских учреждениях и подразделениях, относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения;
- в Федеральном законе от 19 ноября 2008 г. № 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации», по созданию в структуре государственных судебно-медицинских экспертных учреждений генетических лабораторий с оснащением специализированных рабочих мест и укомплектование персоналом, обладающим соответствующими знаниями и практическими навыками;
- в Федеральном законе от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних»;
- в Федеральном законе от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

## Характеристика основных мероприятий Подпрограммы

### Мероприятие 9.1. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Управление качеством в здравоохранении – это организация и контроль медицинской деятельности (её качества и безопасности) для обеспечения потребности населения в медицинской помощи и удовлетворение потребителей.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относится организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья.

В целях улучшения здоровья населения, достижения стабильных показателей качества оказываемой медицинской помощи населению, поддержания их на соответствующем уровне и обеспечения непрерывного процесса повышения качества необходимо создание системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включающей: государственный контроль, ведомственный контроль и внутренний контроль и контроль, осуществляемый независимыми экспертными организациями.

Необходима независимая система оценки качества работы с учетом единого подхода, вне зависимости от географического положения и территориальной подчиненности объекта оценки, от организационно-правовой формы и формы собственности объекта оценки, его подведомственности.

Основными принципами системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности должны стать:

- Ориентированность на потребителя;
- Единство терминологии и методов оценки качества медицинской помощи на всей территории Российской Федерации;
- Ответственность каждого субъекта системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- Доступность информации о результатах деятельности системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- Формирование мотивации медицинских работников к улучшению качества медицинской помощи.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

- 1) соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;

2) определения показателей качества деятельности медицинских организаций;

3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС;

4) создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;

5) создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

1) проведения проверок соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья (Росздравнадзор);

2) осуществления лицензирования медицинской деятельности (Росздравнадзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации);

3) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи (Росздравнадзор);

4) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований (Росздравнадзор);

5) проведения проверок соблюдения медицинскими организациями требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) (Росздравнадзор);

6) проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности (Росздравнадзор);

7) проведения проверок организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Росздравнадзор).

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемый независимыми экспертными организациями, будет

регламентирован постановлением Правительства Российской Федерации об утверждении порядка организации и проведения независимой медицинской экспертизы. Указанное постановление Правительства Российской Федерации будет разработано во исполнение части 3 статьи 58 Федерального закона от 21.ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в целях реализации основных принципов охраны здоровья:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи.

## **Мероприятие 9.2. Государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств**

Основными принципами системы государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств должны стать:

- ориентированность на потребителя;
- ответственность каждого субъекта системы государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств;
- доступность информации о результатах государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств.

Основной целью государственного контроля в сфере обращения лекарственных средств, осуществляемого посредством лицензионного контроля и федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств, является обеспечение населения Российской Федерации качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами..

Государственный контроль осуществляется в порядке, установленном Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», с учетом особенностей организации и проведения проверок, установленных Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств осуществляется на всех этапах жизненного цикла лекарственных средств (доклинические исследования лекарственных средств, клинические

исследования лекарственных препаратов, хранение, перевозка, ввоз в Российскую Федерацию, отпуск, реализация лекарственных средств, применение лекарственных препаратов, уничтожение лекарственных средств).

Порядок осуществления федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств установлен постановлением Правительства Российской Федерации от 15 октября 2012 года № 1043 «Об утверждении положения о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств».

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств посредством:

- проведения проверок соблюдения субъектами обращения лекарственных средств правил лабораторной практики и правил клинической практики при проведении доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, правил оптовой торговли лекарственными средствами, правил отпуска лекарственных препаратов, правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов, правил хранения лекарственных средств, правил уничтожения лекарственных средств;

- контроля качества лекарственных средств при гражданском обороте;

- проведения мониторинга безопасности лекарственных препаратов;

### **Мероприятие 9.3. Государственный контроль за обращении медицинских изделий**

Государственный контроль за обращением медицинских изделий включает в себя контроль за техническими испытаниями, токсикологическими исследованиями, клиническими испытаниями, эффективностью, безопасностью, производством, изготовлением, реализацией, хранением, транспортировкой, ввозом на территорию Российской Федерации, вывозом с территории Российской Федерации медицинских изделий, за их монтажом, наладкой, применением, эксплуатацией, включая техническое обслуживание, ремонт, применением, утилизацией или уничтожением.

Государственный контроль за обращением медицинских изделий осуществляется посредством:

- 1) проведения проверок соблюдения субъектами обращения медицинских изделий утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти правил в сфере обращения медицинских изделий;

2) выдачи разрешений на ввоз на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях их государственной регистрации;

3) проведения мониторинга безопасности медицинских изделий в целях выявления и предотвращения побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

Государственный контроль за обращением медицинских изделий осуществляется в целях обеспечения качества, эффективности, безопасности медицинских изделий, а также применения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, мер по пресечению нарушений обязательных требований и (или) устранению последствий таких нарушений, выдачи предписаний об устранении выявленных нарушений и привлечения к ответственности лиц, их совершивших.

#### **Мероприятие 9.4. Развитие государственной судебно-медицинской экспертной деятельности.**

Основным требованием для объективности и полноты проведения экспертных исследований является материально и технически обеспеченная возможность их выполнения различными экспертами всех государственных судебно-медицинских экспертных учреждений, но работающих по единым методикам.

В целях обеспечения реализации мероприятий, предусмотренных Федеральным законом от 19 ноября 2008 г. № 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации, необходимо обеспечить создание в структуре государственных судебно-медицинских экспертных учреждений генетических лабораторий с оснащением специализированных рабочих мест и укомплектование персоналом, обладающим соответствующими знаниями и практическими навыками.

Во многих государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях Российской Федерации лаборатории молекулярно-генетического профиля отсутствуют. Для развития в указанных учреждениях данного вида экспертной деятельности необходимо первоначально провести организационно-штатные мероприятия с развертыванием указанных лабораторий, подготовку (переподготовку) сотрудников, а в последующем обеспечить необходимым оборудованием и расходными материалами.

В ходе реализации мероприятия планируется реализация комплекса мер по совершенствованию правовых, организационных и финансовых механизмов обеспечения деятельности государственных судебно-медицинских экспертных учреждений, включая:

- внедрение единого порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях Российской Федерации в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 12.05.2011 № 346н, которым утверждены общие принципы и особенности производства отдельных видов судебно-медицинских экспертиз, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения государственных судебно-медицинских экспертных учреждений медицинскими приборами и оборудованием для проведения основных видов экспертиз;

- обеспечение реализации мероприятий, предусмотренных Федеральным законом от 19 ноября 2008 г. № 242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации», обеспечить создание в структуре государственных судебно-медицинских экспертных учреждений генетических лабораторий с оснащением специализированных рабочих мест и укомплектование персоналом, обладающим соответствующими знаниями и практическими навыками;

- совершенствование деятельности судебно-медицинских экспертов на месте обнаружения трупа и при чрезвычайных ситуациях;

- внедрение обязательной первичной лабораторной диагностики трупной крови на ВИЧ, ВГ В, ВГ С и туберкулез в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях.

Осуществление судебно-психиатрической экспертной деятельности в Российской Федерации регулируется: Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации в области здравоохранения, Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3184-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральным законом от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», Гражданским Кодексом Российской Федерации от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ; Уголовным кодексом Российской Федерации от 13 июня 1996 г. № 63-ФЗ, Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации от 14 ноября 2002 года № 138-ФЗ; Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации от 18 декабря 2001 года № 174-ФЗ, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Инструкцией об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений), а также Федерального закона

от 15 июля 1995 г. №103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений (с изменениями и дополнениями).

В настоящее время в Российской Федерации система государственной судебно-психиатрической экспертной службы представлена единственным судебно-психиатрическим экспертным учреждением федерального подчинения ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России и специализированными судебно-психиатрическими экспертными отделениями в структуре психиатрической службы субъектов Российской Федерации. Для осуществления диагностических процедур при производстве экспертной деятельности используется материально-техническая база психиатрических учреждений субъектов Российской Федерации.

Судебно-психиатрическая экспертная служба в субъектах Российской Федерации на сегодняшний день не располагает достаточным кадровым потенциалом как в отношении численности экспертов, так и уровнем их профессиональной подготовки.

Особую сложность составляет производство судебно-психиатрических экспертиз лицам, содержащимся под стражей, т.к. не решен вопрос охраны отделений для лиц, содержащихся под стражей, регламентируемый действующим законодательством. В связи с этим из 693 экспертныхоек, развернутых в субъектах Российской Федерации, 166 (24 %) находятся в следственных изоляторах и изоляторах временного содержания.

Ожидаемые результаты:

- увеличение количества ежегодно проводимых судебно-психиатрических экспертиз государственными судебно-психиатрическими экспертными учреждениями на 15 % к 2020 году;
- обеспечение производства судебно-психиатрических экспертиз исключительно в медицинских учреждениях и подразделениях, относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения;
- возможность осуществления комплексной судебно-психиатрической экспертизы в каждом федеральном округе.

Сроки реализации мероприятий 2013–2015 гг.

## **Мероприятие 9.5. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор**

Реализация данного мероприятия включает:

Осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и контроля в установленной сфере деятельности в соответствии с Федеральным законом от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О

защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и контроля, в том числе за средой обитания человека (атмосферным воздухом, водой, почвой), качеством и безопасностью пищевых продуктов, ионизирующим и неионизирующим излучением, образовательными и лечебно-профилактическими учреждениями, условиями труда.

Осуществление эпидемиологического надзора за инфекционными заболеваниями, вакцинопрофилактикой населения, вспышечной заболеваемостью, особо опасными инфекционными заболеваниями, «забытыми» тропическими болезнями; усиление мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

Обеспечение санитарной охраны территории Российской Федерации, в том числе обеспечение мероприятий по санитарной охране территории Таможенного союза.

Реализацию планов медицинского и санитарно-эпидемиологического обеспечения, обеспечение контроля за проведением профилактических мероприятий в период подготовки и проведения зимних олимпийских игр в Сочи, Универсиады в Казани, саммита АТЭС во Владивостоке, чемпионата мира по футболу.

Обеспечение контрольно-надзорных мероприятий лабораторно-диагностическими исследованиями, экспертизами; проведение работ в очагах особо опасных инфекционных заболеваний, в том числе в очагах чумы; проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний.

Обеспечение контрольно-надзорных мероприятий научно-исследовательскими и научно-методическими разработками, направленными на диагностику и лечение инфекционных и неинфекционных заболеваний, разработку и внедрение санитарных нормативов по следующим направлениям:

- мониторинг возбудителей особо опасных, «новых» и «возвращающихся инфекций», накопление и анализ баз данных по полиморфизму генов особо опасных микроорганизмов в целях разработки алгоритмов молекулярного типирования патогенов;

- выявление и интегральная оценка параметров естественной изменчивости основных патогенных свойств возбудителей особо опасных инфекций для повышения эффективности молекулярного и эпидемиологического мониторинга;

- изучение геномики и протеомики возбудителей опасных инфекционных болезней для создания комплекса технических средств индикации, идентификации и характеристики патогенных биологических агентов в объектах окружающей среды;
- конструирование и внедрение в практику качественно новых средств детекции опасных патогенов с применением постгеномных технологий;
- создание единой (национальной) системы индикации, идентификации и типирования возбудителей особо опасных, «новых» и «возвращающихся» инфекций;
- разработка и внедрение инновационных методов и средств профилактики и лечения особо опасных и социально-значимых инфекций, разработка вакцин и других МИБП нового поколения;
- создание новых антибактериальных препаратов для предотвращения формирования лекарственной устойчивости патогенов и современных средств специфической антитоксической терапии инфекционных заболеваний;
- совершенствование технологии производства, стандартизации и контроля питательных сред и медицинских иммунобиологических препаратов для диагностики опасных инфекционных болезней.

## **Мероприятие 9.6 Организация обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.**

Реализация данного мероприятия включает:

Организацию ведения федерального статистического наблюдения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе наблюдение за состоянием заболеваемости инфекционными и массовыми неинфекционными заболеваниями (отравлениями) в связи с вредным воздействием факторов среды обитания на человека, формирование открытых и общедоступных государственных информационных ресурсов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Организацию и осуществление деятельности по социально-гигиеническому мониторингу, включая оценку, выявление изменений и прогноз состояния здоровья населения и среды обитания, установление и устранение вредного воздействия на человека факторов среды обитания.

Организацию внедрения системы оценки риска воздействия факторов среды обитания на здоровье человека.

Модернизацию материально-технической базы, информатизацию органов и организаций Роспотребнадзора и ФМБА России.

Организацию и осуществление деятельности по повышению уровня санитарной культуры населения, формированию навыков здорового образа жизни.

Наблюдение за исполнением требований санитарного законодательства, анализ и прогнозирование состояния исполнения требований санитарного законодательства.

Совершенствование санитарного законодательства, в том числе в части реализации соглашений Таможенного союза и документов Евразийской экономической комиссии.

Реализацию концепции формирования электронного правительства в Российской Федерации, переход на предоставление государственных услуг Роспотребнадзора и ФМБА России в электронном виде, внедрение информационных технологий в деятельность Роспотребнадзора и ФМБА России, его органов и учреждений.

Реализацию Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» по выполнению государственных заданий и их финансовому обеспечению в отношении федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Роспотребнадзора и ФМБА России.

Реализацию международных договоренностей, в части компетенции Роспотребнадзора, в рамках «Большой восьмерки – G8», ВОЗ, ШОС, СНГ, Таможенного союза, Евразийской экономической комиссии, двухсторонних соглашений о сотрудничестве.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не предусмотрены.

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

В целях выполнения Подпрограммы будут реализованы государственные задания на оказание следующих услуг:

– Проведение санитарно-эпидемиологических исследований, испытаний, токсикологических, гигиенических и иных видов оценок в целях обеспечения государственного контроля (надзора), социально-гигиенического

мониторинга, при действиях в условиях гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций (Роспотребнадзор, ФМБА России);

– Проведение санитарно-эпидемиологических экспертиз по установлению соответствия (несоответствия) проектной и иной документации, объектов хозяйственной и иной деятельности, продукции, работ, услуг, предусмотренных законодательством в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (Роспотребнадзор, ФМБА России);

– Проведение санитарно-эпидемиологических обследований по установлению соответствия (несоответствия) требованиям технических регламентов, государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов производственных, общественных помещений, зданий, сооружений, оборудования, транспорта, технологического оборудования, технологических процессов, рабочих мест в целях обеспечения государственного контроля (надзора) (Роспотребнадзор, ФМБА России);

– Проведение гигиенических и санитарно-эпидемиологических оценок по установлению вредного воздействия на человека факторов среды обитания, определению степени этого воздействия и прогнозированию санитарно-эпидемиологической обстановки в целях обеспечения государственного контроля (надзора) (Роспотребнадзор, ФМБА России);

– Проведение санитарно-эпидемиологических исследований, направленных на установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний (Роспотребнадзор, ФМБА России);

– Проведение санитарно-эпидемиологических обследований, исследований, испытаний (ФМБА России);

– Проведение исследований по социально значимым заболеваниям (гепатит В, гепатит С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека – ВИЧ–инфекция (ФМБА России);

– Проведение исследований в целях медико-санитарного и медико-биологического обеспечения спорта высших достижений (ФМБА России);

– Проведение санитарно-эпидемиологических обследований, исследований, испытаний, экспертиз и иных видов оценок влияния среды обитания в пилотируемом космическом аппарате на состояние здоровья и санитарно-эпидемиологическое благополучие экипажей российских космонавтов, осуществляющих космические полеты в рамках Федеральной космической программы Российской Федерации (ФМБА России);

– Организация и проведение статистического наблюдения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия работников

организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий, в учреждениях подведомственных ФМБА России;

- Ведение социально-гигиенического мониторинга, оценка риска воздействия вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека (ФМБА России);

- Учет инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в связи с вредным воздействием факторов среды обитания человека, (ФМБА России);

- Установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) (ФМБА России);

- Организация и проведение заключительной и камерной дезинфекции, дезинсекции, дератизации в очагах инфекционных и паразитарных заболеваний и в условиях чрезвычайных ситуаций (ФМБА России);

- Проведение санитарно-эпидемиологических расследований, направленных на установление причин и выявление условий возникновения и распространения профессиональных заболеваний (Роспотребнадзор);

- Проведение санитарно-эпидемиологических расследований, направленных на установление причин и выявление условий возникновения и распространения массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) людей, связанных с неблагоприятными факторами среды обитания (Роспотребнадзор);

- Организация и проведение социально-гигиенического мониторинга, оценка риска воздействия вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека (Роспотребнадзор);

- Организация и проведение статистического наблюдения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (Роспотребнадзор);

- Государственный учет инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в связи с вредным воздействием факторов среды обитания в целях формирования государственных информационных ресурсов (Роспотребнадзор);

- Организация и проведение заключительной и камерной дезинфекции, дезинсекции, дератизации в очагах инфекционных и паразитарных заболеваний и в условиях чрезвычайных ситуаций (Роспотребнадзор);

- Проведение прикладных научных исследований в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (Роспотребнадзор, ФМБА России);
- Экспериментальные разработки в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (Роспотребнадзор, ФМБА России);
- Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС (амбулаторно–поликлиническая, стационарная, консультативная) (Роспотребнадзор);
- Реализация дополнительных профессиональных образовательных программ, подготовка ординаторов, аспирантов, докторантов (Роспотребнадзор, ФМБА России).

Значения показателей указанных государственных заданий, предусмотренные Программой в 2013–2015 годах, приводятся в Таблице 7. Указанные значения подлежат ежегодному уточнению. В среднем прогнозируется рост расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий по Подпрограмме на значения, не превышающие прогнозный уровень инфляции. Объемы расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий подлежат ежегодному уточнению.

### **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.**

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, при разработке комплексных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Данные о ресурсном обеспечении реализации мероприятий Программы за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации приведены в Таблице 7.

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

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 7.

## **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

## **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.**

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

## Подпрограмма Б. «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Федеральное медико-биологическое агентство
Участники Подпрограммы	Не предусмотрены.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Ведомственная целевая программа ФМБА России «Медико-биологическое и медико-санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации на 2011–2013 годы»
Цели Подпрограммы	<p>Обеспечение обслуживаемых контингентов лиц доступной и качественной медицинской помощью.</p> <p>Повышение уровня здоровья и снижение смертности обслуживаемых контингентов лиц.</p> <p>Обеспечение потребности в медико-биологическом и медико-санитарном обеспечении спортсменов сборных команд Российской Федерации.</p> <p>Повышение своевременности и качества оказания медико-санитарной помощи при возникновении чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлениях).</p> <p>Обеспечение защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы.</p>
Задачи Подпрограммы	<p>Повышение эффективности мероприятий в области профилактики профессиональных заболеваний и оказания специализированной медицинской помощи больным с профессиональной патологией.</p> <p>Поддержка развития инфраструктуры лечебно-профилактического назначения, территориально интегрированной с базами подготовки спортивных сборных команд Российской Федерации.</p>

	<p>Повышение функциональной готовности медицинских формирований к оказанию медико-санитарной помощи при чрезвычайных ситуациях.</p> <p>Разработка инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы.</p>
<p>Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы</p>	<p>Процент охвата периодическими медицинскими осмотрами лиц из числа работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий;</p> <p>Укомплектованность врачами-профпатологами;</p> <p>Укомплектованность спортивных сборных команд; Российской Федерации врачами и массажистами;</p> <p>Количество внедренных инновационных технологий медико-биологического и медико-санитарного обеспечения в процесс подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта по годам;</p> <p>Количество мероприятий по обеспечению постоянной готовности к оказанию медико-санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлениях);</p> <p>Количество гигиенических нормативов и государственных стандартных образцов;</p> <p>Количество инновационных технологий медико-биологического и медико-санитарного обеспечения в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особоопасных факторов физической, химической и биологической природы, а также обеспечения безопасности пилотируемых космических программ, водолазных и кессонных работ.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в один этап – 2013–2020 годы</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований</p>	<p>Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 403 941 675,1 тыс. руб., из них: 2013 г. – 36 635 850,2 тыс. руб.;</p>

<p>Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>2014 г. – 55 194 319,2 тыс. руб.; 2015 г. – 42 314 144,4 тыс. руб.; 2016 г. – 43 905 155,4 тыс. руб.; 2017 г. – 51 682 535,7 тыс. руб.; 2018 г. – 55 985 244,4 тыс. руб.; 2019 г. – 58 286 693,2 тыс. руб.; 2020 г. – 59 937 732,6 тыс. руб.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Увеличение процента охвата периодическими медицинскими осмотрами лиц из числа работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий до 97,2 %.</p> <p>Увеличение уровня укомплектованности врачами-профпатологами до 73,5 %.</p> <p>Увеличение уровня укомплектованности спортивных сборных команд Российской Федерации врачами и массажистами до 100 %.</p> <p>Увеличение количества внедренных инновационных технологий медико-биологического и медико-санитарного обеспечения в процесс подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта по годам до 50 ед.</p> <p>Увеличение количества мероприятий по обеспечению постоянной готовности к оказанию медико-санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и при массовых неинфекционных заболеваниях (отравлениях) до 700 ед.</p> <p>Увеличение количества гигиенических нормативов и государственных стандартных образцов до 5 ед.</p> <p>Увеличение количества инновационных технологий медико-биологического и медико-санитарного обеспечения в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особоопасных факторов физической, химической и биологической природы, а также обеспечения безопасности пилотируемых космических программ, водолазных и кессонных работ до 25 ед.</p>

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

Оказание медико-санитарной помощи работникам предприятий с особо опасными условиями труда, следуя принципам современного здравоохранения и, являясь одним из приоритетных направлений деятельности ФМБА России, требует постоянного совершенствования и дальнейшего развития.

Наделение Федерального медико-биологического агентства дополнительными полномочиями способствовало совершенствованию основных направлений деятельности в области медико-санитарного обеспечения работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения, проживающего в районах их расположения.

Необходимо отметить, что в 2009 году Агентство наделено еще одной важнейшей функцией – по медико-санитарному и медико-биологическому обеспечению спортсменов сборных команд Российской Федерации и их ближайшего резерва.

Особенность медицинской помощи, оказываемой Агентством, состоит в том, что оно осуществляет обслуживание:

- контингента, работающего в стратегических отраслях промышленности (ракетно-космической, атомной, химического и биологического комплекса, водного транспорта),
- населения, проживающего вблизи предприятий стратегических отраслей промышленности,
- контингента, попадающего в экстремальные ситуации в результате аварий и инцидентов, происшествий, терактов и др.
- спортсменов сборных команд Российской Федерации и их ближайшего резерва.

Федеральное медико-биологическое агентство обслуживает около 1 000 предприятий с вредными и опасными производственными факторами.

Специфическим направлением деятельности, отличающим ФМБА России от общей системы здравоохранения, является промышленное здравоохранение – раздел государственного здравоохранения, представляющий комплекс социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья работников предприятий.

Задачами промышленного здравоохранения, являются: оказание высококвалифицированной медико-санитарной помощи работающим с целью снижения заболеваемости, инвалидности и смертности, профилактики профессиональных заболеваний и производственного травматизма, сохранения трудоспособности работающих и обеспечение постоянной готовности к

оказанию медицинской помощи в условиях возникновения чрезвычайных и аварийных ситуаций на обслуживаемых предприятиях.

Ключевым звеном промышленного здравоохранения в системе ФМБА России является цеховая служба, сохраненная и полноценно работающая в комплексе с психофизиологической службой и службой санитарно-эпидемиологического надзора, врачами по гигиене труда, по радиационной гигиене, проводящие совместные мероприятия по профилактике профпатологии.

Важной составляющей промышленного здравоохранения ФМБА России являются центры профпатологии. Центры профпатологии ФМБА России обеспечивают выполнение основной задачи – проведение углубленного обследования, экспертизы профпригодности и связи заболевания с профессией у лиц, работающих в опасных условиях труда и условиях воздействия вредных производственных факторов.

Ежегодно в среднем на 50–60 предприятиях, работники которых подвергались воздействию вредных производственных факторов фиксируются профессиональные заболевания, в среднем до 300 новых случаев в год.

Наибольшее количество профессиональных заболеваний обусловлено воздействием таких факторов как: шум и вибрация, а так же химический фактор.

Медико-санитарное обеспечение персонала и населения при радиационной или химической аварии входит в состав неотложных мероприятий, проводимых в кратчайшие сроки: спасение людей и оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим, предупреждение разнеса радиоактивных и химических загрязнений за пределы территорий особого режима, введение и организация соблюдения на этих территориях санитарно-гигиенических ограничений для предотвращения переоблучения или отравления, предупреждение возникновения или распространения инфекционных заболеваний.

Решение данной задачи направлено на повышение готовности медицинской службы системы ФМБА России к преодолению последствий аварий и других чрезвычайных ситуаций.

Свою деятельность ФМБА России осуществляет непосредственно или через свои территориальные органы, подведомственные организации во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления.

На обслуживаемых территориях и объектах организации ФМБА России обеспечивают функционирование всех созданных Минздравом России

функциональных подсистем Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Одним из основных направлений деятельности является также обслуживание населения отдельных территорий, проживающего вблизи предприятий стратегических отраслей промышленности, в том числе в ЗАТО с учетом специфики возможного воздействия производственных факторов на возникновение и течение общих и специфических заболеваний.

Несмотря на увеличение численности населения в закрытых административно-территориальных образованиях и сокращение в городах-спутниках атомных электростанций, процентное соотношение детей, работающих и неработающих лиц остается стабильным.

Численность детей в закрытых административно-территориальных образованиях и городах-спутниках атомных электростанций за анализируемый период практически не изменилась и составила 16–17 % от численности всего населения закрытых административно-территориальных образований и городов-спутников атомных электростанций соответственно. По России в целом этот показатель равен 20%.

Необходимо отметить, что в 2009 году Агентство наделено еще одной важнейшей функцией – по медико-санитарному и медико-биологическому обеспечению спортсменов сборных команд Российской Федерации и их ближайшего резерва, в связи с чем была разработана Целевая программа ведомства «Медико-биологическое и медико-санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации на 2011–2013 годы» (далее – ведомственная программа).

Ведомственная программа направлена на реализацию перечня практических мероприятий, обеспечивающих эффективную организацию оказания указанных государственных услуг, включая мероприятия по медико-биологическому и медико-санитарному обеспечению спортсменов сборных команд Российской Федерации – участников Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр.

Имеющиеся отечественные медико-биологические разработки, положительно зарекомендовавшие себя в практике здравоохранения, в том числе, в центрах ФМБА России, при их адаптации под задачи спорта высших достижений, могут составить реальную конкуренцию зарубежным аналогам, а по некоторым направлениям – и превзойти.

Учитывая изложенное, решение указанных задач требует реализации комплекса мер организационно-нормативного, материально-технического, научного, кадрового и координационного характера с учетом имеющегося мирового опыта.

Таким образом, эффективное медико-биологическое и медико-санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации может быть обеспечено лишь при использовании программно-целевого метода.

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

Реализация Подпрограммы осуществляется в соответствии с целями и задачами определенными:

Концепцией долгосрочного экономического развития Российской Федерации, задачами которой являются повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах, развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи и повышение роли профилактического лечения лиц, состоящих в группе риска по социально значимым заболеваниям, совершенствование службы скорой медицинской помощи и развитие санитарно-авиационной скорой медицинской помощи с оптимизацией сроков ее оказания и использованием эффективных методов лечения на догоспитальном этапе, оптимизация стационарной помощи, оказываемой населению на основе интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, разработку и реализацию мер по сокращению потерь трудоспособного населения путем снижения смертности от управляемых причин.

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

Основные проблемы государственной политики в области обеспечения медико-санитарного обеспечения отдельных категорий граждан определены Основами государственной политики в области ядерной и радиационной безопасности Российской Федерации на период до 2025 года по решению актуальных задач в области усиления защиты персонала, населения и окружающей среды, Основами государственной политики в области обеспечения химической и биологической безопасности Российской Федерации на период 2010 года и дальнейшую перспективу. Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 мая 2005 г. № 303 «О

разграничении полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения химической и биологической безопасности Российской Федерации» определены проблемы медико-санитарной защиты населения и окружающей среды. Вопросы и проблемы космической медицины отражены в Федеральной комической программе на 2006–2015 годы.

Цели, задачи, показатели, результаты, сроки и контрольные этапы реализации Подпрограммы отражены в паспорте Подпрограммы.

### **Мероприятие Б.1 Совершенствование медицинской помощи населению закрытых административно–территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда**

Основная цель деятельности медучреждений ФМБА России направлена на сохранение и укрепление здоровья персонала предприятий и объектов, а также населения прилегающих территорий от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы в условиях ракетно-ядерного и химического разоружения, конверсии и разработки новых технологий, снижение неблагоприятного влияния особо опасных производств на окружающую среду и сохранение профессиональной трудоспособности работающих.

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

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

В ходе реализации данного мероприятия планируется организация оказания специализированной, в том числе связанной с оказанием высокотехнологичной, медицинской помощи взрослому населению,

подлежащему обслуживанию ФМБА России, путем внедрения современных методов диагностики и лечения различных заболеваний, в том числе социально-значимых.

По повышению доступности и качества специализированной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов, новорожденным, детям, в том числе первого года жизни, и подросткам, проживающим на обслуживаемых территориях, планируется:

участие в реализации мероприятий программы «Родовой сертификат» для прикрепленного контингента по оказанию в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, новорожденным, а также по наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет;

оснащение оборудованием (создание) современных учреждений родовспоможения, в том числе перинатальных центров, в которых будут концентрироваться наиболее сложные контингенты беременных женщин из числа обслуживаемого контингента с тяжелой акушерской и перинатальной патологией, и где в полном объеме на современном уровне будет оказываться специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.

Совершенствование специализированной медицинской помощи женщинам и детям предусматривает обеспечение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой службами репродуктивного здоровья, перинатальной и педиатрической помощи; укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений родовспоможения и детства; обеспечение профилактики заболеваемости, инвалидности и смертности в детском и подростковом возрасте.

В целях повышения доступности и качества высокотехнологичной медицинской помощи для обслуживаемого населения планируется обеспечить федеральные специализированные медицинские учреждения и государственные образовательные учреждения высшего профессионального и послевузовского образования современным медицинским оборудованием для развития новых медицинских технологий и внедрения их в медицинскую практику.

Предполагается дальнейшее участие в реализации мероприятий по повышению эффективности и усилению первичного звена здравоохранения, сохранению и оптимальному использованию кадрового потенциала медицинских работников за счет поддержки и развития инфраструктуры амбулаторно-поликлинической помощи, усиления мотивации персонала в учреждениях ФМБА России. Особого внимания требует повышение

заинтересованности медицинских работников цеховой службы и промышленных здравпунктов, которые не включены в программы по выплатам первичному звену и узким специалистам в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий за счет средств ОМС.

В целях усиления контроля за здоровьем работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами и для сохранения и укрепления здоровья работающих граждан и продления их профессионального долголетия в перечень профилактических мероприятий дополнительно будут включены: развитие цеховой службы, материально-техническое переоснащение здравпунктов, дополнительно к участковому принципу оказания медицинской помощи работающим гражданам планируется внедрение в практику работы цеховой службы «скрининг-программ», разработка и внедрение автоматизированного рабочего места цехового врача.

Планируется создание и обеспечение действия системы оценки, контроля и управления профессиональными рисками на рабочем месте, что потребует создания необходимой нормативно-правовой и информационно-технической базы с последующим проведением комплекса организационно-правовых, финансово-экономических, производственно-технологических, социальных, медицинских и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на минимизацию воздействия неблагоприятных производственных факторов на здоровье работников.

Снижение риска воздействия опасных химических, биологических и радиационных факторов на человека и окружающую среду будет решаться путем систематического мониторинга опасных химических, биологических и радиационных факторов и контроля исполнения законодательства Российской Федерации в области химической и биологической безопасности.

Особое внимание уделяется вопросам обеспечения готовности лечебно-профилактических учреждений ФМБА России к деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций и оказанию медицинской помощи пострадавшим.

Профиль, количество, сроки готовности нештатных формирований функциональной подсистемы, а также лечебно-профилактические и санитарно-эпидемиологические учреждения, на базе которых они создаются, определяются руководителями органов управления здравоохранением исходя из медико-санитарной обстановки при возможных чрезвычайных ситуациях.

В составе лечебно-профилактических учреждениях ФМБА России, обслуживающих объекты промышленности, другие опасные объекты (в том числе объекты по хранению и уничтожению химического оружия) созданы специализированные аварийные формирования. В системе ФМБА России действуют специализированные центры, в том числе токсикологический и

профпатологии. На базе специализированных центров созданы специализированные профильные бригады, оснащенные современным оборудованием и медикаментами.

В рамках реализации настоящей подпрограммы предусмотрено:

– дальнейшая модернизация и развитие лечебно-профилактических учреждений, задействованных в подсистеме медико-санитарной помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях в организациях (на объектах), находящихся в ведении ФМБА России;

– разработка и внедрение современных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации населения при воздействии факторов физической, химической и биологической природы;

– обеспечение прикрепленного контингента средствами индивидуальной защиты, приборами радиационного, химического и биологического контроля, лекарственными средствами, медицинскими препаратами, вакцинами, антидотами и другими средствами медицинской защиты.

Проводимые мероприятия позволят улучшить профессиональный отбор работников на участки производств с особо опасными условиями труда, увеличить интенсивность труда и снизить риск аварийных ситуаций.

## **Мероприятие Б.2 Медико-биологическое и медико-санитарное обеспечение спортсменов сборных команд Российской Федерации.**

В рамках реализации ведомственной программы предусмотрены мероприятия:

Обеспечение проведения информативных углубленных медицинских обследований 100 % кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта, в том числе с использованием специализированных средств и методов на базе существующих лечебно-профилактических учреждений.

Проведение модернизации учреждений, участвующих в медико-санитарном и медико-биологическом обеспечении кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта.

Обеспечение спортивных сборных команд Российской Федерации лекарственными препаратами (в т.ч. инновационными), биологическими активными добавками, изделиями медицинского назначения.

Обеспечение деятельности психофизиологической службы спортивных сборных команд Российской Федерации.

Создание и ведение электронного регистра состояния здоровья кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта.

Амбулаторно-поликлиническое и стационарное лечение спортсменов в создаваемых Отделениях спортивной медицины.

Оплата труда врачей и среднего медицинского персонала спортивных сборных команд Российской Федерации.

Оплата командировочных расходов врачей и среднего медицинского персонала спортивных сборных команд Российской Федерации.

Выполнение медико-биологических исследований в интересах обеспечения подготовки кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта.

В рамках первого мероприятия ведомственной программы предполагается обеспечить проведение информативных углубленных медицинских обследований 100 % кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации в соответствии с требованиями Приказа Минздравсоцразвития России от 9 августа 2010 г. № 613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий» по видам спорта, в том числе с использованием специализированных средств и методов на базе существующих лечебно-профилактических учреждений.

Второе мероприятие ведомственной программы предусматривает приведение материально-технической базы подведомственных ФМБА России, участвующих в медико-санитарном и медико-биологическом обеспечении спортсменов сборных команд Российской Федерации, в соответствии с требованиями, предъявляемым к перечню оборудования для проведения углубленных медицинских обследований кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта, в том числе с использованием специализированных средств и методов.

Третье мероприятие ведомственной программы предполагает обеспечение спортивных сборных команд Российской Федерации лекарственными препаратами (в т.ч. инновационными), биологически активными добавками, изделиями медицинского назначения в ходе подготовки и проведения спортивных мероприятий. Реализация указанного мероприятия позволит обеспечить контроль над использованием спортсменами эффективной и качественной продукции, соответствующей особенностям тренировочно-соревновательной деятельности.

В рамках четвертого мероприятия ведомственной программы предусматривается создание психофизиологической службы в сфере спорта

высших достижений. Функционирование психофизиологической службы спортивных сборных команд Российской Федерации необходимо для достижения стабильности спортивного результата, реализации скрытых резервов организма спортсменов. Одновременно это должно стать альтернативой зависимости от допинговых средств.

В рамках оснащения психофизиологической службы спортивных сборных команд Российской Федерации должна быть произведена закупка специальных психофизиологических комплексов нейрофизиологической и психолого-реабилитационной аппаратуры для работы штатных психофизиологов в составе мобильных бригад при обследованиях и в составе спортивных сборных команд Российской Федерации в экспедиционном режиме.

Пятое мероприятие предполагает создание информационного ресурса, позволяющего автоматизировать сбор, обобщение и анализ данных о состоянии здоровья спортсмена. Для обеспечения работы системы электронного регистра потребуется разработка программного обеспечения, закупка серверного, коммуникационного и компьютерного оборудования, лицензий на стандартное программное обеспечение. Для обеспечения функционирования электронного регистра состояния здоровья кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта должна осуществляться реализация комплекса мер по поддержанию в работоспособном состоянии серверного и компьютерного оборудования, аренду каналов связи, а также мер по защите персональных данных кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта. Будет предусмотрена система интеграции и обмена информацией создаваемого электронного регистра состояния здоровья кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта ФМБА России с аналитическим центром Минспорта России.

Шестое мероприятие ведомственной программы предусматривает создание Отделений спортивной медицины в составе ЛПУ, осуществляющих амбулаторно-поликлиническое и стационарное лечение спортсменов сборных команд Российской Федерации и кандидатов.

Седьмое мероприятие ведомственной программы предусматривает обеспечение расходов на оплату труда дополнительного медицинского персонала, обеспечивающего подготовку спортсменов сборных команд Российской Федерации.

Восьмое мероприятие ведомственной программы предусматривает обеспечение расходов, связанных с командировками медицинского персонала, обеспечивающего подготовку спортсменов сборных команд Российской Федерации.

Девятое мероприятие ведомственной программы предусматривает постановку и выполнение комплекса научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по следующим направлениям:

- разработка комплекса медико-биологических критериев и технологий, позволяющих осуществлять отбор кандидатов в состав спортивных сборных команд Российской Федерации;
- разработка средств и методов контроля функционального состояния спортсмена на всех этапах тренировочно-соревновательного цикла;
- разработка медико-технических требований и эффективных способов коррекции функциональных состояний кандидатов в спортивные сборные команды Российской Федерации по видам спорта;
- разработка медико-биологических технологий повышения физиологических возможностей при интенсивных тренировочных и соревновательных нагрузках в спорте высших достижений и медико-гигиенических основ спортивного долголетия;
- разработка медико-биологических технологий реабилитации и восстановительного лечения для спорта высших достижений;
- разработка индивидуальных программ медико-биологического обеспечения по видам спорта и алгоритмов применения инновационных технологий в спортивной медицине.

### **Мероприятие Б.3 Обеспечение функциональной готовности к оказанию медико-санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлениях)**

Свою деятельность ФМБА России осуществляет непосредственно или через свои территориальные органы, подведомственные организации во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления.

Для решения поставленных задач по подготовке сил и средств к задействованию в ликвидации и минимизации последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе при радиационных, ядерных и химических авариях в ФМБА России проводятся следующие мероприятия:

- функционирование органов управления системой предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций ФМБА России;
- обеспечение постоянной работы органов управления формирований и специализированных служб;

- поддержание запасов материальных средств для работы в условиях чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий террористических проявлений;
- функционирование системы оповещения и информационного обеспечения;
- функционирование Комиссий по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности (КЧС и ПБ);
- функционирование всех созданных Минздравом России функциональных подсистем Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
- обеспечение поддержки принятия управленческих решений при оказании пострадавшим специализированной медицинской помощи;
- обеспечение научно-методическое руководство подведомственных организаций при оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и ликвидации и минимизации последствий террористических проявлений, в том числе связанных с угрозой применения радиоактивных и химических отравляющих веществ;
- содержание резервной коечной сети для развёртывания в объёме до 30 тыс. коек (10-200 коек в каждом учреждении);
- содержание Токсикологического центра на базе ФГУЗ «КБ № 123» ФМБА России);
- производство и разработка специальных медикаментов – антидотов и радиопротекторов (ФГУП «НПЦ Фармзащита» ФМБА России).
- участие специализированных формирований учреждений ФМБА России в ликвидации медицинских последствий ЧС природного и техногенного характера;
- участие в создании, освежении и поддержании резервов медицинского имущества и лекарственных средств для обеспечения деятельности медицинских формирований при оказании медицинской помощи;
- поддержание запаса необходимого оборудования, аппаратуры, средств и материалов для экспресс–индикации радиоактивных и химических веществ, биологических агентов из объектов внешней и производственной среды, а также диагностики и профилактики заболеваний, вызываемых перечисленными веществами и агентами;
- поддержание запасов профилактических антидотных препаратов, радиопротекторов, вакцинных и сывороточных препаратов для экстренной профилактики радиационных и химических поражений, инфекционных заболеваний;

– организация и проведение радиационной, химической и эпидемиологической разведки с целью выявления и установления границ территорий, подвергшихся радиоактивному, химическому, биологическому и иному заражению;

– участие в проведении экстренных мероприятий по локализации и ликвидации очагов радиационного, химического и биологического заражения не только на обслуживаемых территориях и в обслуживаемых организациях, но и на смежных территориях;

– контроль готовности специализированных стационаров, изоляторов, обсерваторов и др. к массовому приему, диагностике и лечению пострадавших в результате радиационного и химического поражения, а также инфекционных заболеваний;

– организация и обеспечение проведения медико-социальной экспертизы обслуживаемому населению, пострадавшему при ЧС и ликвидации и минимизации последствий террористических проявлений;

– обеспечение деятельности учреждений медико-социальной экспертизы в условиях чрезвычайных ситуаций.

Учитывая специфику деятельности ФМБА России, особое внимание уделяется вопросам радиационной, химической и биологической безопасности.

Системой госсанэпиднадзора ФМБА России осуществляются мероприятия по предотвращению сверхнормативного облучения людей и радиоактивного загрязнения объектов внешней среды, продуктов питания, воды и сельхозпродукции.

Научно-методическое сопровождение работы медико-санитарных частей по обеспечению готовности и действиям в условиях ЧС при авариях, связанных с химическими факторами, осуществляют НИИ гигиены, токсикологии и профпатологии ФМБА России (г. Волгоград) и НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека ФМБА России (г. Санкт-Петербург), Токсикологический центр «ФГУЗ КБ № 123» ФМБА России.

Предусмотрено создание 3-х аналитико-диагностических центров химической безопасности.

В составе ФМБА России имеется специализированное предприятие – Научно-производственный центр «Фармзащита», являющийся производителем средств медицинской защиты, в том числе антидотов для оказания помощи при поражении отравляющими веществами.

Территориальные органы ФМБА России (межрегиональные и региональные управления ФМБА России в количестве 38) и учреждения, обеспечивающие их деятельность (ФГБУЗ Центры гигиены и эпидемиологии ФМБА России – в количестве 57), организуют и участвуют в проведении

мероприятий по предупреждению, выявлению причин, локализации и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, радиационных, химических и биологических инцидентов, распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений).

Для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций на объектах и территориях обслуживаемых ФМБА России созданы и функционируют штатные и нештатные формирования.

На прикрепленных территориях проводится регулярный радиационный мониторинг с помощью передвижных радиологических лабораторий; проводится выборочный радиационный контроль автотранспорта при въезде и выезде с закрепленных территорий; проводится выборочный радиационный контроль квартир, в которых проживает персонал радиационно опасных объектов, проводятся регулярные целевые проверки объектов надзора и контроля в целях выявления нарушений санитарных правил при обращении с источниками ионизирующих излучений, в том числе с радиоактивными отходами.

Данная схема применяется в условиях повседневной деятельности Центров гигиены и эпидемиологии ФМБА России, в составе которых имеются также формирования повышенной готовности.

Указанные формирования в случае радиационных аварий готовы в течение нескольких часов провести предварительную индикацию радиоактивных загрязнений и в течение суток провести окончательную индикацию радионуклидов (изотопный состав, расчет доз) и дать рекомендации для принятия решений по защите населения.

Эта же схема применима и в случае террористических актов с применением источников ионизирующего излучения.

Аварийный медицинский радиационно-дозиметрический центр является подразделением постоянной готовности для ликвидации последствий радиационных аварий.

Данное подразделение при необходимости может придаваться для усиления Центрам гигиены и эпидемиологии ФМБА России в случае радиационной аварии и может быть использовано также в случае террористических актов на всей территории Российской Федерации.

Основной задачей аварийного медицинского радиационно-дозиметрического центра является оперативная оценка, научное обеспечение принятия управленческих решений по вопросам медико-санитарного обеспечения в случае радиационных аварий на предприятиях Росатома в других отраслях.

По согласованию с ФМБА России Аварийный медицинский радиационно-дозиметрический центр принимает непосредственное участие в проведении противоаварийных работ по запросам министерств и ведомств Российской Федерации и зарубежных организаций.

Деятельность ФМБА России по защите населения обслуживаемых территорий и персонала потенциально опасных объектов при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера или террористических проявлений осуществляется в рамках функциональных подсистем Минздрава России Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС.

#### **Мероприятие Б.4 Развитие и внедрение инновационных технологий в сфере защиты отдельных категорий граждан от воздействия особо опасных факторов физической, химической и биологической природы, а также обеспечение безопасности пилотируемых космических программ, водолазных и кессонных работ.**

Мероприятие направлено на:

- повышение эффективности реализации медико-технических проектов в области здравоохранения, направленных на раннюю диагностику и профилактику, эффективное лечение, реабилитацию отдельных категорий граждан подверженных воздействию особо опасных факторов физической, химической и биологической природы с целью максимального сокращения сроков восстановления их трудоспособности;

- создание и усовершенствование средств и методов сохранения здоровья и работоспособности космонавтов, водолазов и работников водного транспорта;

- медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека факторами физической, химической и биологической природы.

Ожидаемыми конечными результатами реализации мероприятия будут разработка и внедрение в практику инновационных лекарственных средств и методов профилактики, диагностики и лечения, развитие инновационной инфраструктуры в сфере оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан, мониторинг и прогнозирование состояния производственной и окружающей среды, предотвращение и ликвидации её загрязнения.

Одним из важных направлений является обеспечение прорывных результатов в медицинских исследованиях, способных дать начало новым лекарственным препаратам, технологиям и продуктам, является развитие

инновационной инфраструктуры для оказания медико-санитарной помощи отдельным категориям граждан.

Имеющиеся мощности организаций ФМБА России достаточны для проведения определенного круга исследований, однако не могут обеспечить получение прорывных разработок. Кроме того, различный уровень оснащенности организаций, осуществляющих инновационный поиск в сфере здравоохранения, существенно снижает возможности комплексирования их усилий и работы над совместными проектами.

В рамках данного мероприятия планируется разработка и внедрение в практику инновационных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, обусловленных воздействием особо опасных факторов физической, химической и биологической природы. Разработка системы мероприятий, средств и методов медико-биологического обеспечения безопасности длительных космических полётов, глубоководных водолазных и кессонных работ.

### **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.**

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме не предусматривается.

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

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не предусмотрены.

### **Характеристика мер правового регулирования в сфере реализации Подпрограммы**

В целях реализации Подпрограммы необходима разработка и принятие, а также внесении изменений в ранее и изданные, нормативные правовые акты о реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)», нормативных актов,

регулирующих реализацию отдельных (в том числе и новых) мероприятий подпрограммы.

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

В целях выполнения Подпрограммы 10 «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан» будут реализованы государственные задания на оказание следующих услуг:

- Проведение медико-социальной экспертизы;
- Оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной помощи отдельным категориям граждан, установленным федеральными законами, в амбулаторных условиях;
- Оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной помощи отдельным категориям граждан, установленным федеральными законами, в условиях дневного стационара;
- Установление связи заболевания (смерти) с профессией, а также причиной связи заболевания, инвалидности или смерти с воздействием особо опасных факторов физической, химической и биологической природы;
- Оказание первичной медико-санитарной помощи гражданам по профилю: психиатрия, наркология, фтизиатрия, дерматовенерология, а так же оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовой период в условиях дневного стационара;
- Оказание первичной медико-санитарной помощи гражданам по профилю: психиатрия, наркология, фтизиатрия, дерматовенерология, а так же оказание медицинской помощи;
- Оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе связанной с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи, отдельным категориям граждан, установленным законодательными и иными нормативно–правовыми актами Российской Федерации, в центрах профпатологии; специализированных профпатологических отделениях (койках), в условиях дневного стационара;
- Оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе связанной с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи отдельным категориям граждан, установленным федеральными законами, в центрах

профпатологии; специализированных профпатологических отделениях (койках), в стационарных условиях;

– Оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, гражданам по профилю: психиатрия, наркология, фтизиатрия, дерматовенерология, а так же оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовой период в условиях дневного стационара;

– Оказание специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, гражданам по профилю: психиатрия, наркология, фтизиатрия, дерматовенерология, а так же оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовой период в стационарных условиях;

– Оказание скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;

– Медицинская эвакуация, осуществляемая авиационным транспортом;

– Медицинская эвакуация, осуществляемая наземным, водным и другими видами транспорта;

– Паллиативная медицинская помощь;

– Проведение углубленного медицинского обследования отдельным категориям граждан, установленным законодательными и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации;

– Проведение судебно-медицинской экспертизы в амбулаторных условиях;

– Проведение судебно-медицинской экспертизы в условиях стационара;

– Подготовка заключения о годности (негодности) к профессиональной деятельности по итогам углубленного медицинского обследования отдельных категорий граждан, установленных законодательными и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации;

– Санаторно-курортное лечение;

– Медицинская реабилитация;

– Проведение углубленного медицинского обследования спортсменов сборных команд;

– Обеспечение постоянной готовности к оказанию медико-санитарной помощи в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и искусственного характера, инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлениях);

– Ведение информационных систем, баз данных в сфере здравоохранения, в том числе обеспечение конфиденциальности содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательными и иными нормативно–правовыми актами Российской Федерации;

– Ведение радиационно-эпидемиологического регистра работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий, а также населения, проживающего на территориях, пострадавших в результате радиационных аварий, в рамках Национального радиационно-эпидемиологического регистра;

– Содержание резерва лекарственных средств, медицинского оборудования и изделий медицинского назначения;

– Проведение прикладных научных исследований;

– Выполнение фундаментальных научных исследований.

Значения показателей указанных государственных заданий, предусмотренные Программой в 2013–2015 годах, приводятся в Таблице 7. Указанные значения подлежат ежегодному уточнению. В среднем прогнозируется рост расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий по Подпрограмме на значения, не превышающие прогнозный уровень инфляции. Объемы расходов федерального бюджета на реализацию государственных заданий подлежат ежегодному уточнению.

### **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета. Предоставление и распределение субсидий из федерального бюджета подведомственным учреждениям планируется осуществлять согласно Федеральному закону от 10.05.2010 № 83-ФЗ. Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.

### **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.**

Риски, которые могут возникнуть в ходе реализации Подпрограммы, и меры по управлению ими соответствуют описанным в разделе «Анализ рисков

реализации Государственной программы» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

### **Мероприятие Б.5. Межбюджетный трансферт на компенсацию выпадающих доходов бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов**

Иной межбюджетный трансферт на компенсацию выпадающих доходов бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов в рамках подпрограммы «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Межбюджетные трансферты).

### **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации**

Участие субъектов Российской Федерации в Подпрограмме не предусматривается.

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

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

Меры государственного регулирования в рамках данной Подпрограммы не предусмотрены.

### **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета. Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблицах 4 и 8.



## Подпрограмма Г. «Управление развитием отрасли»

### Паспорт Подпрограммы

Ответственный исполнитель Подпрограммы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Участники Подпрограммы	Федеральное медико-биологическое агентство. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения.
Программно-целевые инструменты Подпрограммы	Не предусмотрены.
Цели Подпрограммы	Повышение эффективности управления качеством медицинской помощи и охраны здоровья населения Российской Федерации.
Задачи Подпрограммы	Внедрение элементов проектного менеджмента в управление отраслью. Информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины. Институциональные преобразования, направленные на создание системы управления качеством медицинских услуг. Организация персонализированной работы медицинских организаций с высокорисковыми группами пациентов, в том числе с использованием мобильной связи, SMS, сети Интернет. Повышение доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования телемедицинских консультаций. Повышение оперативности оказания медицинской помощи высокорисковым группам пациентов, за счет использования технологий дистанционного скрининга. Масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников.
Целевые	Доля мероприятий государственной программы Российской Федерации

<p>индикаторы и показатели Подпрограммы</p>	<p>Федерации «Развитие здравоохранения», запланированных на отчетный год, которые выполнены в полном объеме; Доля медицинских организаций, внедривших систему управления качеством медицинских услуг; Процент отчетной медицинской документации, представленной в электронном виде в соответствии с едиными стандартами.</p>
<p>Этапы и сроки реализации Подпрограммы</p>	<p>Подпрограмма реализуется в один этап – 2013–2020 гг.</p>
<p>Объемы бюджетных ассигнований Подпрограммы, тыс. руб.</p>	<p>Всего средств федерального бюджета по предварительной оценке: 111 164 863,9 тыс. руб., из них: 2013 г. – 11 934 476,1 тыс. руб.; 2014 г. – 12 175 717,4 тыс. руб.; 2015 г. – 12 172 647,4 тыс. руб.; 2016 г. – 12 185 837,7 тыс. руб.; 2017 г. – 14 344 442,8 тыс. руб.; 2018 г. – 15 538 655,9 тыс. руб.; 2019 г. – 16 177 421,0 тыс. руб.; 2020 г. – 16 635 665,6 тыс. руб.</p>
<p>Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы</p>	<p>Доля мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», запланированных на отчетный год, которые выполнены в полном объеме, будет составлять не менее 95 % ежегодно. Увеличение доли медицинских организаций, внедривших систему управления качеством медицинских услуг – до 95 %. Процент отчетной медицинской документации, представленной в электронном виде в соответствии с едиными стандартами составит не менее 95 %.</p>

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

На протяжении последних лет в России реализуется курс на внедрение в процесс государственного управления современных инструментов стратегического планирования и управления, ориентированных на управление по результатам (программно-целевой подход). На программную структуру переходит процесс формирования федерального бюджета.

Переход на инновационную модель развития России возможен при условии модернизации подходов к организации управления, в том числе и в государственной сфере. В настоящее время значительная часть программных инициатив реализуется в рамках текущей деятельности федеральных органов исполнительной власти, что сужает возможности для эффективного применения всех инструментов.

Значительное число соисполнителей и максимальная вовлечённость региональных органов исполнительной власти в реализацию Программы говорит о критической важности вопросов межведомственной координации и выстраивания единого механизма управления для успешной реализации Программы. Это означает необходимость явного выделения функции управления и связанных с ней мероприятий в отдельную Подпрограмму. При реализации Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» целесообразно применение проектного подхода к управлению, формирование специализированных органов управления Программой, выделение в отдельные мероприятия действий, направленных на создание и поддержку функционирования инструментов управления в здравоохранении.

В рамках реализации Государственной программы необходимо создание эффективной системы информационно–аналитического обеспечения принятия решений. В условиях глобальной конкуренции (в том числе и конкуренции за привлечение и удержание человеческого капитала) необходимо существенно повысить возможности оперативного реагирования на изменение ситуации, максимально сократить сроки получения информации о ходе реализации Программы. Это возможно сделать только при выработке единой централизованной политики информационного обеспечения.

В рамках перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в системе ОМС должны быть созданы управленческие механизмы, определяющие развитие федеральных государственных учреждений. Большинство современных научно–исследовательских проектов

носит межведомственный и междисциплинарный характер, таким образом, становится неактуальным деление учреждений по видам деятельности (образовательные, научные и лечебные) и, как следствие, управление видами деятельности. Необходимо рассматривать федеральные государственные учреждения как сосредоточение различных компетенций в рамках единого коллектива профессионалов. Для эффективной реализации научного потенциала каждое из учреждений должно иметь определенные цели, а также возможности для их достижения (инфраструктуру), объединенные в единую стратегию развития. По мере выработки указанных сценарных решений внутренняя структура Государственной программы будет претерпевать определенные изменения.

С учетом принятия Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года, Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года и в целях модернизации сферы здравоохранения, направленной на повышение эффективности и качества оказания медицинских услуг, с учетом перехода на «эффективный контракт», в 2013 году будут разработаны региональные программы развития здравоохранения, а также планы перспективного развития подведомственных Минздраву России, ФМБА России, РАМН федеральных учреждений, осуществляющие медицинскую, научную и образовательную деятельность. Отдельной проблемой, согласно Концепции долгосрочного развития, является недостаточная приспособленность системы государственной статистики к целям управления инновационным развитием. Статистические данные, отражающие ключевые параметры инновационного развития, становятся доступными с лагом в несколько лет. Формы государственного статистического наблюдения позволяют оценить качество проводимых мероприятий, что особенно актуально для мероприятий, являющихся новыми для российской системы здравоохранения (например, паллиативная помощь). В связи с этим необходимо изменение аналитичности форм государственного статистического наблюдения, чтобы они могли быть в полной мере соотнесены с проводимыми в рамках реализации Государственной программы мероприятиями, отражали взаимное влияние проводимых мероприятий и порядков оказания медицинской помощи. В той же мере данная проблема относится и к аналитичности бюджетного процесса.

Как следствие, Государственная программа, являясь основным управленческим документом развития здравоохранения в масштабах государства, может и должна быть поэтапно переструктурирована по мере формирования необходимых аналитических признаков в соответствии с утвержденной структурой Программы. Соответственно, предполагается в течение 2013–2014

годов пересмотр объемов и распределения средств, выделяемых на реализацию мероприятий Программы. Имеющиеся в настоящее время финансовые инструменты не позволяют выделять финансирование по отдельным мероприятиям Программы. Реализация мероприятий Государственной программы требует поэтапного повышения аналитичности финансовой структуры ее подпрограмм и возможного перераспределения финансовых потоков между мероприятиями в зависимости от их эффективности и влияния на достижение показателей Государственной программы.

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

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации политика государства в том числе ориентирована на обеспечение эффективности системы государственного управления. Это особенно актуально в условиях усиливающейся глобальной конкуренции, которая также приобретает характер конкуренции не только в сфере бизнеса, но и в сфере систем государственного управления.

В этой связи реализация масштабных инвестиционно-направленных государственных программ должна быть в высокой степени сопряжена с применением самых современных стандартов управления при их реализации.

Цели, задачи, показатели, результаты, сроки и контрольные этапы реализации Подпрограммы отражены в паспорте Подпрограммы.

### **Мероприятие Г.1 Информационно-аналитическая поддержка реализации Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»**

В деятельности в сфере здравоохранения основополагающее значение имеют системность соответствующих мероприятий, их нормативно-правовое, материально-техническое, информационно-аналитическое, технологическое, а также научное обеспечение.

Реализация цели создания системы качественного и доступного здравоохранения эффективно достигается только при применении программно-целевого подхода.

Для целей оценки медико-социальной и экономической эффективности реализации Программы в деятельность органов управления здравоохранением, учреждений здравоохранения будут внедрены ключевые показатели эффективности. Важность и актуальность применения методов оценки

эффективности затрат в здравоохранении очевидна и рассматривается в контексте перехода с механизма финансирования отрасли к принципам бюджетирования, ориентированного на результат, когда эффективность использования имеющихся материальных ресурсов становится ключевым показателем эффективности функционирования системы.

Одним из важнейших факторов успешной реализации мероприятий Программы является их информационно-аналитическое обеспечение, основой которого являются формирование и эффективное использование информационных ресурсов, современных технических средств и информационных технологий в целях создания оптимальных условий для анализа текущего состояния и контроля хода выполнения Программы. Это необходимо для максимально полного удовлетворения информационных потребностей федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Повышение качества и оперативности сбора, обработки и анализа информации во всех элементах системы здравоохранения (включая, в частности, информацию, необходимую в сфере медицинской науки, информацию о кадровом составе, информацию о состоянии рынка медицинских услуг, медицинской техники и лекарственных средств и др.), ее обобщение и предоставление в форме, удобной для оперативной выработки вариантов управленческих решений, являются основой создания и внедрения эффективно действующих системы контроля качества в сфере здравоохранения. Их внедрение, в частности, позволит осуществлять детальный и своевременный контроль деятельности медицинского персонала и состояния медицинской техники.

В качестве одного из главных элементов обеспечения качества оказываемой медицинской помощи следует рассматривать разработку профессиональными сообществами (ассоциациями) клинических рекомендаций (руководств), содержащих сведения по профилактике, диагностике, лечению конкретных заболеваний и синдромов, которые будут служить основой для разработки стандартов медицинской помощи, индикаторов качества лечебно-диагностического процесса. При этом должен быть обеспечен доступ специалистов к указанным информационным материалам. Получение новых результатов исследований, новых методик, информации об изменении цен, изменении лекарственной устойчивости (биоорганизмов), введение новых врачебных специальностей могут и должны учитываться при управлении нормативной базой (порядками) и являться основанием для пересмотра порядков, в том числе в части штатного расписания лечебно-профилактических учреждений.

Реализация данного мероприятия напрямую связана с построением эффективной системы принятия решений на основе систематического поступления информации об изменении факторов риска, информации о ходе реализации каждого из мероприятий, информации о действиях исполнителей и соисполнителей Программы. Важной составляющей данного мероприятия будет выстраивание системы прогнозирования и оценки рисков, в том числе системы построения долгосрочных и среднесрочных прогнозов развития системы здравоохранения и медицинской науки в мировом масштабе.

В рамках мероприятий будут осуществляться следующие основные функции:

- сбор и систематизация статистической и аналитической информации о реализации мероприятий Программы;
- проведение экспертизы проектов на всех этапах реализации Программы;
- проведение независимой оценки показателей результативности и эффективности мероприятий Программы, их соответствия целевым индикаторам и показателям;
- внедрение и обеспечение применения информационных технологий в целях управления реализацией Программы и контроля за ходом мероприятий Программы;
- подготовка аналитической информации для принятия управленческих решений тактического и стратегического характера.

## **Мероприятие Г.2 Информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины**

Одним из сдерживающих факторов в развитии здравоохранения является недостаточное применение современных информационных технологий. В настоящее время реализованы процессы обобщения и предоставления в электронном виде агрегированной информации. При этом не в полной мере внедрены методы систематизации медицинской информации. Необходимо дальнейшее развитие и внедрение алгоритмов аналитической обработки информации для целей управления в здравоохранении. Дальнейшему развитию подлежат задачи, связанные с обеспечением информационной безопасности, в том числе в области персональных данных о состоянии здоровья пациента.

Кроме того, в медицинских организациях недостаточно широко используются современные информационно-телекоммуникационные технологии для телемедицины. Существующие отдельные аппаратно-программные решения не носят системного характера, отсутствует единое информационное пространство телемедицины. Широкое внедрение

телемедицины на основе единой технологической и технической политики позволит существенно повысить эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи, путем проведения удаленного скрининга высокорисковых групп пациентов и повышения качества диагностики социально значимых заболеваний на уровне первичного звена, повышения эффективности оказания скорой и неотложной медицинской помощи за счет использования технологии ГЛОНАСС, повышения доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования телемедицинских консультаций.

В настоящее время разработаны опытные образцы оборудования и программных средств для анализа реализации и прогнозирования выполнения работ по приоритетным направлениям развития здравоохранения, мониторинга и оценки эффективности управления бюджетными ресурсами, информационно-поисковых систем хранения и обработки мультимедийной информации, в том числе телемедицинской информации. Кроме того, обеспечено оснащение автомобилей скорой медицинской помощи и станций скорой медицинской помощи комплексами, обеспечивающими возможность передачи информации и позиционирования на основе технологии ГЛОНАСС, ведутся работы по внедрению систем, обеспечивающих мониторинг и управление транспортным ресурсом.

Созданы основы для создания электронной базы знаний в сфере здравоохранения. Имеются инновационные решения в области электронных образовательных курсов, систем поддержки принятия врачебных решений на основе базы знаний, запущена система, обеспечивающая экспертную поддержку медицинских работников по вопросам взаимодействия лекарственных средств.

Главной задачей по данному направлению в краткосрочной перспективе является масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов, а также систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников.

Перечень мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение сформирован в соответствии с инновационным сценарием социально-экономического развития Российской Федерации, определенным Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р (далее соответственно - инновационный сценарий, Концепция).

Инновационный сценарий в наибольшей степени соответствует идеологии общества, ориентированного на постиндустриальную экономику. При

реализации инновационного сценария мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение становятся инструментом решения задач модернизации здравоохранения, регионального развития и интеграции в мировое хозяйство, повышения качества человеческого капитала и стандартов жизни населения.

На реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение будут влиять следующие риски:

- невыполнение инновационного сценария;
- неактуальность планирования, запаздывание согласования мероприятий относительно развития технологий;
- недостаточная гибкость мероприятий к изменению мировых тенденций развития информационных технологий в здравоохранении, внешним факторам и организационным изменениям органов государственной власти;
- недостаточная согласованность выполнения работ в рамках других государственных программ и мероприятий, предусматривающих внедрение современных информационных технологий в здравоохранение;
- пассивное сопротивление использованию современных информационных технологий со стороны медицинского сообщества;
- пассивное сопротивление отдельных граждан и общественных организаций, вызванное этическими, моральными, культурными и религиозными причинами, проведению мероприятий по созданию информационных баз, реестров, классификаторов и единого идентификатора гражданина.

Мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение, включая развитие телемедицины, реализуются путем создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - Система).

Система позволит обеспечить решение комплекса задач по следующим направлениям:

- повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе информационно-технологической поддержки решения задач прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи, а также контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству их предоставления;
- повышение качества оказания медицинской помощи на основе совершенствования информационно-технологического обеспечения деятельности медицинских и фармацевтических организаций, их персонала, учащихся медицинских и фармацевтических учреждений;

- повышение информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также осуществления деятельности в сфере здравоохранения на основе обеспечения возможностей электронного взаимодействия с соответствующими уполномоченными органами.

Ожидаемый социально-экономический эффект от создания и внедрения Системы включает:

- снижение смертности, инвалидности и осложнений, связанных с медицинскими ошибками, низким уровнем оперативности, полноты и достоверности информации о состоянии здоровья пациентов и имеющихся ресурсах в системе здравоохранения;

- снижение дополнительных затрат на лечение несвоевременно диагностированных заболеваний, затрат, связанных с низким уровнем оперативности предоставления медицинской помощи по причине отсутствия необходимой информации, исправлением последствий медицинских ошибок, выплат по инвалидности, а также затрат, связанных с компенсационными выплатами в результате медицинских ошибок;

- повышение трудового потенциала нации за счет снижения временной и постоянной потери трудоспособности населения в результате заболеваний;

- снижение стоимости медицинской помощи за счет сокращения количества излишних лабораторных исследований и их дублирования, перехода на использование цифровых технологий при проведении радиологических исследований, снижения затрат времени медицинского персонала на поиск и доступ к необходимой информации о пациенте, работу с трудночитаемыми бумажными медицинскими документами, подготовку учетных и отчетных документов, за счет повышения эффективности медико-экономической экспертизы и иных механизмов финансового контроля;

- снижение затрат на лекарственное обеспечение за счет повышения точности планирования потребности в дорогостоящих лекарственных препаратах и лекарственных препаратах с ограниченным сроком годности;

- повышение качества и доступности медицинского обслуживания, лекарственного обеспечения и обеспечения населения изделиями медицинского назначения за счет внедрения лучших практик, стандартизации и повышения точности планирования и распределения необходимых объемов медицинской помощи и ресурсов в системе здравоохранения, а также перехода на преимущественно одноканальное финансирование медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования;

- снижение затрат за счет внедрения лучших практик, стандартизации, централизации и сокращения дублирования компонентов вычислительной и телекоммуникационной инфраструктуры в рамках единого информационного пространства в сфере здравоохранения.

В рамках Государственной программы в 2013-2020 годах планируется реализация следующих мероприятий:

- завершение работ по стандартизации в сфере медицинской информатики;  
- продолжение работ по подключению и обеспечению доступа медицинских организаций к сети общего пользования Интернет с учетом требований информационной безопасности;

- продолжение реализация программ стимулирования внедрения современных информационных систем в деятельность медицинских организаций;

- продолжение реализации мероприятий по популяризации использования информационных технологий в здравоохранении;

- продолжение работ по обеспечению доступа медицинских организаций к Системе с учетом требований информационной безопасности;

- масштабирование аппаратно-программных решений для оказания медицинских услуг медицинским работником на основе современных информационно-телекоммуникационных технологий;

- масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников;

- создание специализированных медицинских экспертных систем и включение их в медицинские информационные системы в качестве инструментов формально-логического контроля;

- внедрение телемедицины на основе единой технологической и технической политики;

- совершенствование системы обеспечения вызовов скорой медицинской помощи по единому номеру «103», с использованием технологии ГЛОНАСС, обеспечение работоспособности унифицированного программного решения для обеспечения функции диспетчеризации санитарного автотранспорта во всех субъектах Российской Федерации, с использованием технологии ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS, интеграция с системой обеспечения вызовов экстренных оперативных служб по единому номеру «112»;

- разработка и внедрение решений для оперативного круглосуточного сбора сведений о состоянии здоровья человека на основе применения информационных технологий, компьютерного оборудования и датчиков;

- создание специализированных информационных ресурсов для медицинских работников и граждан по вопросам здравоохранения;

- создание системы поддержки принятия врачебных решений при постановке диагноза, выборе методики лечения и назначении лекарственных препаратов;

- обеспечение работоспособности и бесперебойной работы прикладных компонентов Системы с целью перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, использования телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

- создание телемедицинской инфраструктуры на федеральном уровне, на уровне субъекта Российской Федерации и на уровне межрайонных центров экстренной специализированной медицинской помощи;

- организация персонализированной работы медицинских организаций с высокорисковыми группами пациентов, в том числе с использованием мобильной связи, SMS, сети Интернет;

- поддержка инновационных проектов по внедрению современных информационных систем в здравоохранение.

Также в рамках реализации мероприятий решается задача создания системы эпидемиологической, популяционной, медико-генетической информации, необходимой для моделирования и прогнозирования.

Для успешной реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» необходимо обеспечение работоспособности и дальнейшего развития Системы и выполнение следующих работ:

- обеспечение работоспособности федерального центра обработки данных;

- обеспечение услуг единой защищенной вычислительной сети;

- обеспечение функционирования и внедрение прикладных компонентов Системы;

- обеспечение работоспособности унифицированного программного решения для обеспечения функции диспетчеризации санитарного автотранспорта во всех субъектах Российской Федерации, с использованием технологии ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS.

Реализация данных мероприятий обеспечит успешное функционирование единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения до 2020 года.

Успешное внедрение и применение информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения с учетом зарубежного опыта должно

способствовать системной модернизации отрасли, достижению основных целей государственной политики в сфере здравоохранения, включая повышение доступности и качества медицинской помощи, предоставление возможности на новом качественном уровне проводить как планирование, так и контроль за использованием бюджетных средств, удовлетворение потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи, получение общей статистической картины по заболеваемости населения по всей стране, совершенствование квалификации медицинского персонала, повышение информированности граждан в вопросах здравоохранения.

### **Мероприятие Г.3 Реализация функций центральных аппаратов исполнителей Программы**

В значительной части, и в первую очередь, в области нормативного и правового регулирования, реализация мероприятий Программы осуществляется ответственным исполнителем Программы, соисполнителями Подпрограмм Государственной программы, в соответствии с параметрами утвержденной Государственной программы и в рамках установленной компетенции.

Важнейшим элементом реализации Программы является взаимосвязь планирования, реализации, мониторинга, уточнения и корректировки Программы. Управление развитием отрасли должно строиться в соответствии с ее структурой и обозначенными целями и задачами. Успешная реализация Программы возможна только при внедрении программно–целевого подхода к управлению. Для этого должна быть определена организационная структура управления реализацией Программы.

Должен быть определен состав участников управления. При этом структура и квалификация административно-управленческого персонала должны корреспондировать структуре Государственной программы. Представляется целесообразным проведение в Министерстве здравоохранения Российской Федерации реструктуризации, направленной на выделение ответственных профильных структурных подразделений в зависимости от тематики предлагаемых Подпрограмм.

В качестве административных функций этих структурных подразделений должна быть определена координация выполнения соответствующих мероприятий, мониторинг их реализации и контроль за реализацией мероприятий. Соответственно, должны быть разработаны планы работы указанных структурных подразделений на долгосрочный и краткосрочный период. В качестве показателя эффективности работы структурного подразделения должно выступать достижение значений целевых индикаторов, определенных Государственной программой.

В качестве исполнителей мероприятий Программы выступают также учреждения, подведомственные Министерству. Должны быть разработаны и утверждены программы развития подведомственных учреждений соответствующего профиля, отражающие, в том числе, деятельность учреждений в рамках выполнения мероприятий Программы. Исходя из направлений деятельности, зафиксированных в программах развития, определяются цели и задачи, позволяющие установить этим учреждениям соответствующее государственное задание.

В рамках формирования государственного задания подведомственным учреждениям науки основная часть работ по данному направлению будет связана с совершенствованием существующих и формулированием новых порядков и стандартов оказания медицинской помощи. Решение поставленных задач будет осуществляться путем проведения аналитической, экспертной, исследовательской работы, результатом которой должна стать не только актуализация порядков и стандартов оказания медицинской помощи, но и разработка методического сопровождения по их применению в практическом здравоохранении.

Структура сети подведомственных Министерству учреждений должна быть изменена. Целесообразно создание системы головных научно-исследовательских институтов различных профилей. Головные НИИ будут курировать тематические направления научных исследований, являться координаторами научных исследований, а также будут формировать профильные программы исследований. В рамках этой деятельности головные НИИ могут руководить не только своими штатными специалистами, но и формировать сообщество профильных специалистов вне зависимости от ведомственной принадлежности.

Для подведомственных учреждений должны быть определены индикаторы эффективности их деятельности, а также критерии эффективности деятельности руководителя. Требуется изменения действующая система мотивации руководителей учреждений. Она должна быть направлена на повышение эффективности основного вида деятельности учреждения, для осуществления которого это учреждение создано.

#### **Мероприятие Г.4 Совершенствование статистического наблюдения в сфере здравоохранения**

Для оценки происходящих в здравоохранении преобразований требуется создание единой автоматизированной статистической информационной системы для чего необходима разработка научно обоснованной системы

статистических показателей и научная организация статистического наблюдения.

Система статистических показателей является единой для всех уровней управления, обеспечивается единой методологией их исчисления. Она призвана обеспечить получение информации, которая будет характеризовать состояние и развитие здравоохранения на всех уровнях управления.

Получение необходимых данных о количественных и качественных значениях статистических показателей должно изменяться в соответствии с требованиями системы статистических наблюдений.

Совершенствование статистического наблюдения обеспечит повышение содержательности, достоверности и оперативности отчетных данных на основе статистической отчетности или данных мониторингов.

Основной целью системы отчетных показателей является контроль за проведением, выполнением и достижением целевых индикаторов.

Программный подход позволит проводить целевой комплекс мероприятий по совершенствованию системы статистического наблюдения – от постановки вопросов до разработки конкретных форм отчетности.

В настоящее время уже разработаны некоторые основные направления совершенствования системы статистического наблюдения: это формирование на базе системы статистических показателей деятельности здравоохранения перечня важнейших мероприятий по наблюдению за ходом реализации госпрограммы.

Последовательность этапов разработки и реализации совершенствования статистического наблюдения:

1. Необходимо определить перечень показателей, для сплошного наблюдения, а также перечень показателей и объектов статистического наблюдения; информация по ним может быть получена при помощи выборочного наблюдения и единовременного учета.

2. Разработка и внедрение форм отчетности для сплошного наблюдения, а также программ и форм выборочного наблюдения и математического аппарата для распространения данных выборочного наблюдения на всю совокупность объектов.

3. Оснащение медицинских организаций средствами вычислительной техники и современными программами обработки информации.

### **Характеристика мер государственного регулирования**

Меры государственного регулирования в рамках Подпрограммы не предусмотрены.

## **Характеристика мер правового регулирования в сфере реализации Подпрограммы**

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

В частности, меры правового регулирования связаны с подготовкой и внедрением в практику: Приказов, распоряжений на уровне исполнителей Программы, связанных с утверждением единых и скоординированных правил и норм управления реализацией мероприятиями Программы, взаимодействия участников.

Приказов, распоряжение на уровне Правительства Российской Федерации в области институциональных преобразований в системе управления здравоохранением. В частности, институциональных преобразований в структуре Минздрава России.

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

Доведение государственного задания не предусмотрено.

## **Характеристики основных мероприятий, реализуемых субъектами Российской Федерации.**

Субъекты Российской Федерации принимают совместное участие с Российской Федерацией в мероприятиях, реализуемых в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, при разработке комплексных программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Данные о ресурсном обеспечении реализации мероприятий Программы за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации приведены в Таблице 8.

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

Участие государственных корпораций, акционерных обществ с государственным участием, общественных, научных и иных организаций, а также государственных внебюджетных фондов в реализации данной Подпрограммы отражено в таблице 8.

## **Обоснование объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы**

Финансирование мероприятий Подпрограммы осуществляется за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов государственных внебюджетных фондов.

Финансирование Подпрограммы по каждому мероприятию определяется индивидуально.

Объём финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы формируется на основании планирования средств на содержание центральных аппаратов ответственных исполнителей Программы, ответственных исполнителей Подпрограмм, соисполнителей Программы как часть средств, связанных с реализацией Программы.

Средства, затрачиваемые на внедрение современных информационно – телекоммуникационных технологий в здравоохранение, определяются необходимостью обеспечения бесперебойного функционирования имеющихся информационно – телекоммуникационных технологий в медицинских организациях, средств, необходимых для разработки соответствующих специализированных аппаратно – программных комплексов, их установки и внедрения, а также средств необходимых для поддержания в актуальном состоянии информационных систем в сфере здравоохранения и реализации процесса их ведения информационных систем в сфере здравоохранения.

Ресурсное обеспечение реализации государственной программы за счет средств федерального бюджета подлежит ежегодному уточнению в рамках бюджетного цикла.

Подробная характеристика объема финансовых ресурсов, необходимых для реализации Подпрограммы представлена в таблице 4.

## **Анализ рисков реализации Подпрограммы и описание мер управления рисками реализации Подпрограммы.**

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