



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

25.10.2018

№ 736-ПП

г. Екатеринбург

О докладе «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2017 году»

В соответствии с подпунктом 14 пункта 3 статьи 4 Закона Свердловской области от 21 ноября 2012 года № 91-ОЗ «Об охране здоровья граждан в Свердловской области», постановлением Правительства Свердловской области от 13.01.2016 № 16-ПП «Об утверждении Положения, структуры, предельного лимита штатной численности и фонда по должностным окладам в месяц Министерства здравоохранения Свердловской области», в целях анализа состояния системы здравоохранения, выявления наиболее актуальных проблем и определения приоритетных направлений развития отрасли, рассмотрев подготовленный Министерством здравоохранения Свердловской области доклад «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2017 году», Правительство Свердловской области

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Принять к сведению доклад «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2017 году» (приложение).

2. Министерству здравоохранения Свердловской области:

1) при реализации государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года», утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года», направлений Стратегии социально-экономического развития Свердловской области на 2016–2030 годы, утвержденной Законом Свердловской области от 21 декабря 2015 года № 151-ОЗ «О Стратегии социально-экономического развития Свердловской области на 2016–2030 годы», внедрении порядков оказания медицинской помощи, совершенствовании трехуровневой системы организации медицинской помощи, планировании сети и структуры здравоохранения Свердловской области учитывать положения, выводы и рекомендации доклада «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2017 году»;

2) принимать меры по повышению эффективности деятельности системы здравоохранения Свердловской области, качества и доступности медицинской помощи, удовлетворенности населения оказанной медицинской помощью.

3. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Заместителя Губернатора Свердловской области П.В. Крекова.

4. Настоящее постановление опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru).

Исполняющий обязанности
Губернатора Свердловской области



А.В. Орлов

Приложение
к постановлению Правительства
Свердловской области
от 25.10.2018 № 736-пп

ДОКЛАД
«О состоянии здоровья граждан, проживающих
в Свердловской области, в 2017 году»

ОГЛАВЛЕНИЕ

Термины и сокращения, используемые в докладе «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2017 году»	6
Введение	10
Раздел 1. Медико-демографическая ситуация и показатели здоровья населения Свердловской области	10
Глава 1. Численность, состав и структура населения	11
Глава 2. Рождаемость	13
Глава 3. Смертность	15
Глава 4. Материнская и младенческая смертность	19
Глава 5. Продолжительность жизни	22
Раздел 2. Заболеваемость населения Свердловской области	23
Глава 6. Общая и первичная заболеваемость	23
Глава 7. Болезни системы кровообращения	30
Глава 8. Болезни органов дыхания	33
Глава 9. Болезни органов пищеварения	34
Глава 10. Злокачественные новообразования	36
Глава 11. Травмы и отравления	39
Глава 12. Социально значимые заболевания	42
Параграф 1. Туберкулез	42
Параграф 2. ВИЧ-инфекция	45
Параграф 3. Психические расстройства	46
Параграф 4. Наркологические расстройства	50
Параграф 5. Заболевания, передаваемые половым путем	54
Глава 13. Заболеваемость детского населения	57
Глава 14. Временная утрата трудоспособности	63
Глава 15. Инвалидность населения	66
Параграф 6. Инвалидность взрослого населения	67
Параграф 7. Инвалидность детского населения	72
Раздел 3. Виды медицинской помощи	74
Глава 16. Первичная медико-санитарная помощь	74
Глава 17. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	81
Глава 18. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	83
Глава 19. Медицинская реабилитация	87
Глава 20. Паллиативная медицинская помощь, в том числе детям	90
Раздел 4. Организационные технологии трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Уровни медицинских организаций в трехуровневой системе	94
Раздел 5. Итоги реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2017 год. Характеристика основных показателей обеспеченности населения медицинской помощью	96
Раздел 6. Деятельность отдельных служб здравоохранения	106
Глава 21. Терапевтическая служба	106
Глава 22. Хирургическая служба	123
Глава 23. Педиатрическая служба	130
Глава 24. Акушерско-гинекологическая служба	135
Глава 25. Организация медицинской помощи при социально значимых заболеваниях	139

Параграф 8. Фтизиатрическая служба	139
Параграф 9. Организация помощи ВИЧ-инфицированным	142
Параграф 10. Психиатрическая служба	144
Параграф 11. Наркологическая служба	147
Параграф 12. Дерматовенерологическая служба	149
Глава 26. Деятельность параклинических подразделений	150
Параграф 13. Лабораторная служба	150
Параграф 14. Служба лучевой диагностики	153
Параграф 15. Служба функциональной диагностики	154
Параграф 16. Служба ультразвуковой диагностики	155
Глава 27. Служба крови	156
Глава 28. Служба судебно-медицинской экспертизы	157
Глава 29. Служба судебно-психиатрической экспертизы	160
Глава 30. Патологоанатомическая служба	164
Раздел 7. Характеристика основных параметров реализации программ лекарственного обеспечения в 2017 году и перспективы до 2021 года	167
Раздел 8. Кадровые ресурсы здравоохранения в 2017 году. Перспективы обеспеченности врачебным и сестринским персоналом на 2021 год	176
Раздел 9. Состояние основных фондов и техническое оснащение медицинских организаций	183
Раздел 10. Финансовое обеспечение здравоохранения Свердловской области в 2017 году и перспективы на 2018 год	189
Раздел 11. Реализация государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года»	192
Раздел 12. Информатизация системы здравоохранения в 2017 году и перспективы до 2021 года	196
Раздел 13. Реализация указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года в 2017 году	198
Раздел 14. Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи населению Свердловской области. Перспективы развития отрасли до 2021 года	200
Раздел 15. Основные нормативные правовые акты Свердловской области, принятые в сфере охраны здоровья населения в 2017 году	202

Термины и сокращения, используемые в докладе «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2017 году»

АДИС – автоматизированная диспетчерская информационная система.

АНО – автономная некоммерческая организация.

АРВТ – антиретровирусная терапия.

БСК – болезни системы кровообращения.

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) – вирус, вызывающий заболевание – ВИЧ-инфекцию, последняя стадия которого известна как синдром приобретенного иммунодефицита.

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь.

Внутрибольничная инфекция – любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в стационар или обращения в медицинскую организацию за медицинской помощью, или инфекционное заболевание сотрудника лечебного учреждения вследствие его работы в данном учреждении вне зависимости от проявления симптомов заболевания во время либо после пребывания в лечебном учреждении.

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) – специализированное агентство Организации Объединенных Наций, ответственность которого касается вопросов международного здравоохранения и общественного здоровья. Всемирная организация здравоохранения способствует развитию служб здравоохранения, предупреждению и контролю заболеваний, улучшению условий окружающей среды, координации и развитию биомедицинских исследований, планированию и внедрению программ по здравоохранению.

ГАУЗ СО – государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области.

ГБ – городская больница.

ГБПОУ – государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение.

ГБУЗ – государственное бюджетное учреждение здравоохранения.

ГБУЗ СО – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области.

ГБУЗ СО МКМЦ «Бонум» – ГБУЗ СО «Детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум».

ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» – ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1».

ГБУЗ СО «СОКБ № 1» – ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1».

ГБУЗ СО СОКПН ГВВ – ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн».

ГБУЗ СО «СООД» – ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер».

ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» – ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД».

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» – ГБУЗ СО «Научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт кардиологии».

ГКБ – городская клиническая больница.

ГЛОНАСС – глобальная навигационная спутниковая система.

ГО – городской округ.

Государственная программа – государственная программа Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области на период до 2024 года», утвержденная постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года».

ГУФСИН – Главное управление Федеральной службы исполнения наказаний по Свердловской области.

«Дорожная карта» – План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Свердловской области», утвержденный постановлением Правительства Свердловской области от 26.02.2013 № 225-ПП «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Свердловской области».

Естественное движение населения – изменение численности населения естественным, биологическим путем, путем рождений и смертей.

ЗАО – закрытое акционерное общество.

ЗН – злокачественные новообразования.

Коэффициент суммарной рождаемости – показатель количества детей, которых в среднем родила бы женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15–49 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты. Для простого воспроизводства населения необходимо, чтобы коэффициент суммарной рождаемости находился в пределах 2,1–2,3.

Клинико-статистическая группа – это группа больных, объединенных одним общим диагнозом, тяжестью состояния, сопутствующим диагнозом, требующих одинакового (стандартного) оказания медицинской помощи, имеющая одинаковые конечные результаты лечения.

Летальность – статистический показатель (в процентах), отражающий отношение умерших от какого-либо заболевания (травмы) к числу больных данным заболеванием (травмой). Больничная летальность – статистический показатель (в процентах), отражающий отношение умерших в данном лечебном учреждении к числу всех выписанных и умерших больных.

Материнская смертность – частота случаев смерти женщин, наступившей в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью. Показатель материнской смертности рассчитывается на 100 тыс. новорожденных, родившихся живыми.

МАУ – муниципальное автономное учреждение.

МАУ «ГКБ № 40» – муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 40».

МБУ – муниципальное бюджетное учреждение.

Медицинская эвакуация – транспортировка граждан в целях спасения их жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

Младенческая смертность – количество случаев смерти детей в возрасте до одного года в расчете на 1000 новорожденных, родившихся живыми. Составляющими показателя младенческой смертности являются показатели ранней и поздней неонатальной смертности, постнеонатальной смертности.

ММЦ – межмуниципальный медицинский центр.

МО, муниципальное образование – муниципальное образование, расположенное на территории Свердловской области.

МР – муниципальный район.

Н/д – нет данных.

НИИ – научно-исследовательский институт.

Нозологическая форма – отдельное самостоятельное заболевание, характеризующееся определенной причиной, однозначным механизмом развития, типичными внешними проявлениями и специфическими нарушениями функций органов и тканей организма.

Обращение – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания. Наряду с посещением обращение является статистической единицей учета деятельности амбулаторно-поликлинической службы.

Общая заболеваемость – частота всех болезней, выявленных в течение года, как впервые, так и ранее зарегистрированных, при первичном обращении в календарном году. Показатель общей заболеваемости рассчитывается на 1000 человек населения либо на 100 тыс. человек населения.

ОВП – общеврачебная практика.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении – число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся или числу сверстников определенного возраста, если предположить, что на всем протяжении их жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой, какой она была в том году, для которого и производилось исчисление.

ОАО – открытое акционерное общество.

ООО – общество с ограниченной ответственностью.

ООО «КИМ» – негосударственная научно-практическая медицинская организация «Клинический институт мозга».

ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция) – группа острозаразных вирусных заболеваний верхних дыхательных путей, передающихся воздушно-капельным путем и характеризующихся симптомами инфекционного токсикоза. ОРВИ – самая распространенная группа заболеваний, объединяющая грипп, парагрипп, респираторно-синтициальную инфекцию, риновирусную и аденовирусную инфекции и другие инфекции верхних дыхательных путей.

ОРЗ (острое респираторное заболевание) – группа инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей, передающихся воздушно-капельным путем. В тех случаях, когда доказана вирусная природа болезни, ОРЗ называют ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция).

ОМС – обязательное медицинское страхование.

Первичная заболеваемость – совокупность впервые выявленных заболеваний в календарном году. Показатель первичной заболеваемости рассчитывается на 1000 человек населения либо на 100 тыс. человек населения.

Перинатальная смертность – смертность плодов с 22 недель беременности и новорожденных в возрасте до 7 дней жизни, рассчитанная на 1000 новорожденных, родившихся живыми и мертвыми.

Посещение – это единичный контакт пациента с врачом по любому поводу с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом). Наряду с обращением посещение является статистической единицей учета деятельности амбулаторно-поликлинической службы.

Перинатальный период – период с 22 недель внутриутробной жизни плода до 7 дней жизни новорожденного.

Постнеонатальный период – период жизни ребенка от 28 дней до 1 года.

ПСО – первичное сосудистое отделение.

Ранняя неонатальная смертность – частота случаев смерти детей в возрасте от рождения до 7 дней жизни. Показатель ранней неонатальной смертности рассчитывается на 1000 новорожденных, родившихся живыми.

Региональный фрагмент ЕГИСЗ СО – региональный фрагмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Свердловской области.

Скрининг – один из методов динамического наблюдения за определенными параметрами здоровья различных групп населения, который нацелен на полный охват данным наблюдением всех членов исследуемой группы.

Служба – структура, объединяющая организации и специалистов, профессионально занимающихся диагностикой, лечением, профилактикой определенных нозологических форм и патологических состояний.

Смертность населения – частота случаев смерти, рассчитанная на 1000 человек населения.

Смертность трудоспособного населения – частота случаев смерти трудоспособного населения, рассчитанная на 1000 человек трудоспособного населения.

СМИ – средства массовой информации.

СМП – скорая медицинская помощь.

СПИД (синдром приобретенного иммунного дефицита человека) – состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции.

Территориальная программа – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2016 год, утвержденная постановлением Правительства Свердловской области от 24.12.2015 № 1195-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2016 год».

ТЦМК – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Территориальный центр медицины катастроф».

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области.

УЗИ – ультразвуковое исследование.

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

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

Уровень госпитализации – отношение числа госпитализированных в медицинское учреждение (либо во все медицинские учреждения данного административно-территориального образования) по поводу какого-либо заболевания либо всех заболеваний к численности населения, обслуживаемого данным медицинским учреждением (либо всеми медицинскими учреждениями данного административно-территориального образования). Обычно данный показатель рассчитывается на 1000 человек населения.

УрФО – Уральский федеральный округ.

Учреждение здравоохранения – медицинская организация, подведомственная Министерству здравоохранения Свердловской области.

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт.

ФГБОУ ВО УГМУ – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ФГБУ – федеральное государственное бюджетное учреждение.

ФГБУЗ – федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения.

ФГБУ «НИИ ОММ» – федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ФГБУ «НИИ фтизиопульмонологии» – федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии».

Фертильный возраст – возраст женщины от 15 до 49 лет включительно.

ФМБА – Федеральное медико-биологическое агентство Российской Федерации.

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

ЭКГ – электрокардиограмма.

Введение

Доклад «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2017 году» (далее – Доклад) подготовлен Министерством здравоохранения Свердловской области во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 03.03.1993 № 195 «О порядке разработки и распространения ежегодного государственного доклада о состоянии здоровья населения Российской Федерации» и в соответствии с подпунктом 13 статьи 5 Закона Свердловской области от 21 ноября 2012 года № 91-ОЗ «Об охране здоровья граждан в Свердловской области».

В Докладе приводится аналитическая информация, отражающая динамику показателей общественного здоровья и тенденции развития здравоохранения Свердловской области. Доступность и полнота информации, ее преемственность позволяют провести многолетний анализ имеющихся проблем и оценить эффективность предпринятых мер по их решению. Доклад является источником информационного обеспечения управленческой деятельности руководителей органов законодательной и исполнительной государственной власти Свердловской области, глав муниципальных образований и руководителей здравоохранения.

Доклад готовится по уточненной статистической информации на основе доклада о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Свердловской области по итогам деятельности за 2017 год, подготовленного в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598, который определяет целевые значения показателей по причинам смертности, в наибольшей степени влияющим на медико-демографическую ситуацию, и содержит ряд поручений, направленных на развитие тех секторов социальной сферы и здравоохранения, которые определяют уровень популяционного здоровья.

Во исполнение поручений и для достижения целевых значений показателей Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 Министерством здравоохранения Свердловской области разработан и утвержден ряд оперативных, среднесрочных и стратегических документов по повышению доступности и качества медицинской помощи, кадровой политике в здравоохранении, формированию здорового образа жизни и другим направлениям. Постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года» утверждена государственная программа Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года». В Плане мероприятий («дорожной карте») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Свердловской области», утвержденном постановлением Правительства Свердловской области от 26.02.2013 № 225-ПП «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Свердловской области», установлены показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи, а также основные показатели здоровья населения до 2018 года. Министерство здравоохранения Свердловской области и учреждения здравоохранения комплексно подходят к решению поставленных задач, ориентируясь на положения Стратегии социально-экономического развития Свердловской области на 2016–2030 годы, утвержденной Законом Свердловской области от 21 декабря 2015 года № 151-ОЗ «О Стратегии социально-экономического развития Свердловской области на 2016–2030 годы», реализуя мероприятия, которые приводят к улучшению значений индикаторов деятельности здравоохранения: повышению охвата населения медицинскими осмотрами и диспансеризацией, раннему выявлению заболеваний и своевременному началу лечения, снижению летальности от основных причин, повышению эффективности использования оборудования, интенсификации и структурной эффективности ресурсной базы отрасли. Деятельность здравоохранения является составной частью усилий, предпринимаемых в Свердловской области для улучшения здоровья населения и стабилизации демографической ситуации.

Раздел 1. Медико-демографическая ситуация и показатели здоровья населения Свердловской области

Глава 1. Численность, состав и структура населения

По данным Управления Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области, на 01.01.2018 постоянное население Свердловской области составляло 4 325 256 человек. В городской местности проживало 84,8% населения (3 666 856 человек), в сельской – 15,2% (658 400 человек). В 2017 году в Свердловской области продолжилось снижение численности населения (на 4085 человек, или на 0,1%) (таблица 1).

Таблица 1

Численность постоянного населения Свердловской области в 2011–2017 годах и прогноз на 2021 год

(тыс. человек)

Номер строки	Показатель	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2021 год (прогноз)
1.	Численность постоянного населения	4297,2	4307,5	4315,8	4327,5	4330,0	4329,3	4325,3	4315,9

В большинстве сельских населенных пунктов отмечалось снижение численности населения как за счет старения и естественной убыли населения, снижения рождаемости, так и за счет миграции населения в крупные города (таблица 2).

Таблица 2

Численность городского и сельского населения Свердловской области в 2011–2017 годах и прогноз на 2021 год

(тыс. человек)

Номер строки	Показатель	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2021 год (прогноз)
1.	Численность сельского населения	692,5	690,4	687,4	683,1	678,3	672,0	658,4	618,6
2.	Численность городского населения	3604,7	3617,2	3628,5	3637,6	3649,2	3658,0	3666,9	3697,3

Перераспределение населения из сел в города создает основания для перераспределения сил и средств медицинского обеспечения: централизации кадровых и материально-технических ресурсов в городах, развития сети ФАП и мобильных (выездных) форм оказания медицинской помощи в небольших сельских населенных пунктах.

Структура населения Свердловской области в 1998–2018 годах соответствует регрессивному типу. Происходит процесс старения населения и многолетний рост числа пожилых людей (численность трудоспособного населения в 2017 году сократилась на 1,6%, с 2 438 394 человек в 2016 году до 2 400 067 человек в 2017 году, в 2016 году – на 1,7%), что увеличивает нагрузку на экономику, систему здравоохранения и влияет на потенциал воспроизводства населения. Коэффициент демографической нагрузки имеет тенденцию к увеличению: в 2017 году он составил 803,8 нетрудоспособных на 1000 человек трудоспособного возраста (458,9 – старше трудоспособного возраста и 344,9 – младше

трудоспособного возраста), увеличившись в сравнении с 2016 годом на 3,6%. К 2021 году ожидается сохранение тенденции снижения доли трудоспособного населения за счет увеличения доли людей старшей возрастной группы (таблица 3).

Таблица 3

**Возрастная структура населения Свердловской области в 2011–2017 годах
и прогноз на 2021 год**

(процентов)									
Номер строки	Категория населения	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2021 год (прогноз)
1.	Младше трудоспособного возраста	16,1	16,5	16,9	17,5	19,2	18,6	19,1	17,5
2.	Трудоспособное население	60,9	60,2	59,3	58,3	57,3	56,3	55,4	55,3
3.	Старше трудоспособного возраста	23,0	23,3	23,8	24,2	23,5	25,1	25,4	27,2

В структуре населения Свердловской области женщины составляют 54,1% (2343,3 тыс. человек), мужчины – 45,9% (1986,1 тыс. человек); в 2017 году на 1000 мужчин приходилось 1180 женщин.

В возрастной группе от 0 до 17 лет количество мужчин превышает количество женщин в среднем на 5,1%. В возрасте 30–34 лет мужчин на 0,75% больше женщин. В возрасте 35–39 лет мужчин становится на 5,4% меньше, чем женщин, что связано с более высоким уровнем смертности среди мужчин. В последующих возрастных категориях разница в соотношении мужчин и женщин постепенно увеличивается. В возрастной группе 50–54 лет мужчин меньше, чем женщин, на 16,1%, в группе 70 лет и старше мужчин меньше на 62,6%. Половозрастная структура населения в сельской местности несколько иная, чем в целом по Свердловской области: число мужчин превышает число женщин вплоть до возраста 45–49 лет, после чего численность мужчин начинает сокращаться. В возрастной категории 70 лет и старше доля мужчин, проживающих в сельской местности, составляет 29,3%, в городах – 26,8% от общей численности населения.

В 2017 году доля женщин фертильного возраста снизилась на 0,9%, составив 23,7% от общей численности населения Свердловской области, а к 2021 году ожидается ее снижение до 23,0% (таблица 4). Женщины детородного возраста составляют 43,7% от всего женского населения Свердловской области (в 2016 году – 44,1%).

Таблица 4

**Доля женщин 15–49 лет в общей численности населения Свердловской области
и прогноз на 2021 год**

(процентов)									
Номер строки	Показатель	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2021 год (прогноз)
1.	Доля женщин 15–49 лет в общей численности населения	27,6	25,7	24,8	24,5	24,5	24,3	23,7	23,0
2.	Изменение доли женщин 15–49 лет в общей численности населения	0,0	-6,9	-3,5	-1,2	0,0	-0,8	-2,5	-3,0

Глава 2. Рождаемость

Наблюдавшийся в Свердловской области до 2015 года рост числа рождений и увеличение показателей рождаемости происходили как за счет нахождения в фертильном возрасте поколения 80-х годов, так и за счет реализации отложенных рождений женщинами старшего возраста (рисунок 1). Сокращение уровня рождаемости в 2016–2017 годах обусловлено сокращением числа женщин репродуктивного возраста и связано с ростом среднего возраста матерей при рождении первых и последующих детей.

Число родившихся в Свердловской области в расчете на 1000 населения в 1985–2017 годах и прогноз до 2027 года

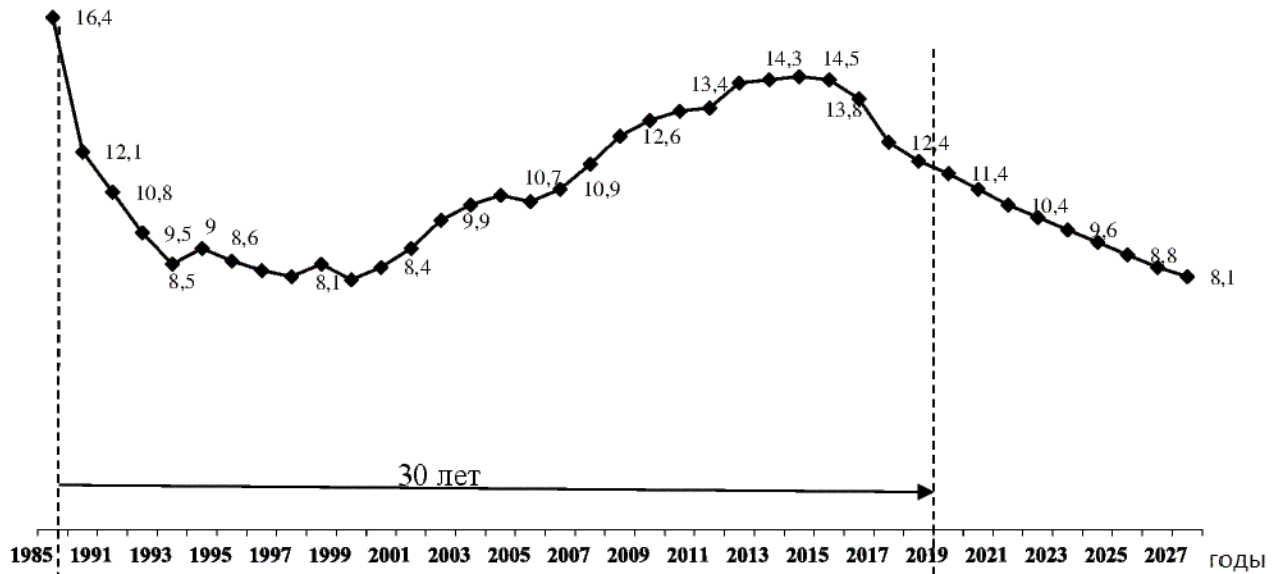


Рис. 1

Демографическая ситуация, сложившаяся в Свердловской области в 2017 году, характеризуется снижением числа родившихся детей, общая численность которых составила 53 583 человека. За год снижение числа родившихся живыми составило 6257 человек, показатель рождаемости снизился на 10,1%, составив 12,4 родившихся на 1000 человек населения (таблица 5). Прогнозируется дальнейшее снижение числа рождений к 2021 году до 52,1 тыс. человек в год.

Таблица 5

Динамика числа родившихся в Свердловской области в 2011–2017 годах и прогноз на 2021 год

Номер строки	Показатель	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2021 год (прогноз)
1.	Число родившихся живыми (человек)	58 038	61 649	62 229	62 600	62 232	59 840	53 583	52 126
2.	Рождаемость на 1000 человек населения	13,5	14,3	14,4	14,5	14,4	13,8	12,4	10,4

Суммарный коэффициент рождаемости является наиболее точным показателем уровня рождаемости, данный коэффициент характеризует среднее число рождений у одной женщины в гипотетическом поколении за всю ее жизнь. В Свердловской области суммарный коэффициент рождаемости с 2016 года начал снижаться, что свидетельствует об изменении комплекса социально-экономических факторов, влияющих на репродуктивный выбор женщины (рисунок 2).

**Динамика суммарного коэффициента рождаемости
в Свердловской области в 2014–2017 годах и прогноз на 2021 год**

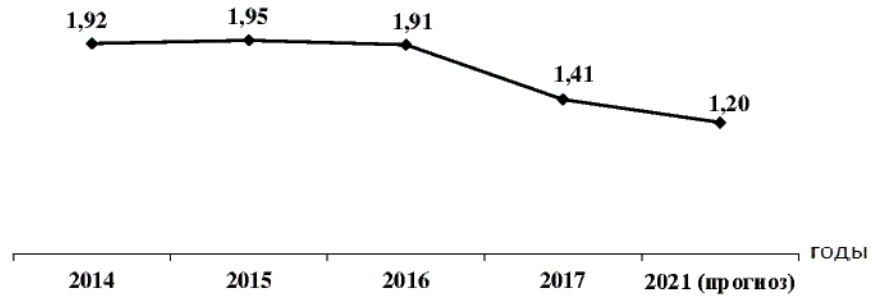


Рис. 2

Динамика повозрастных коэффициентов рождаемости в 2017 году представлена на рисунке 3.

**Динамика повозрастных коэффициентов рождаемости
в Свердловской области в 2017 году, детей на 1000 женщин соответствующего возраста**

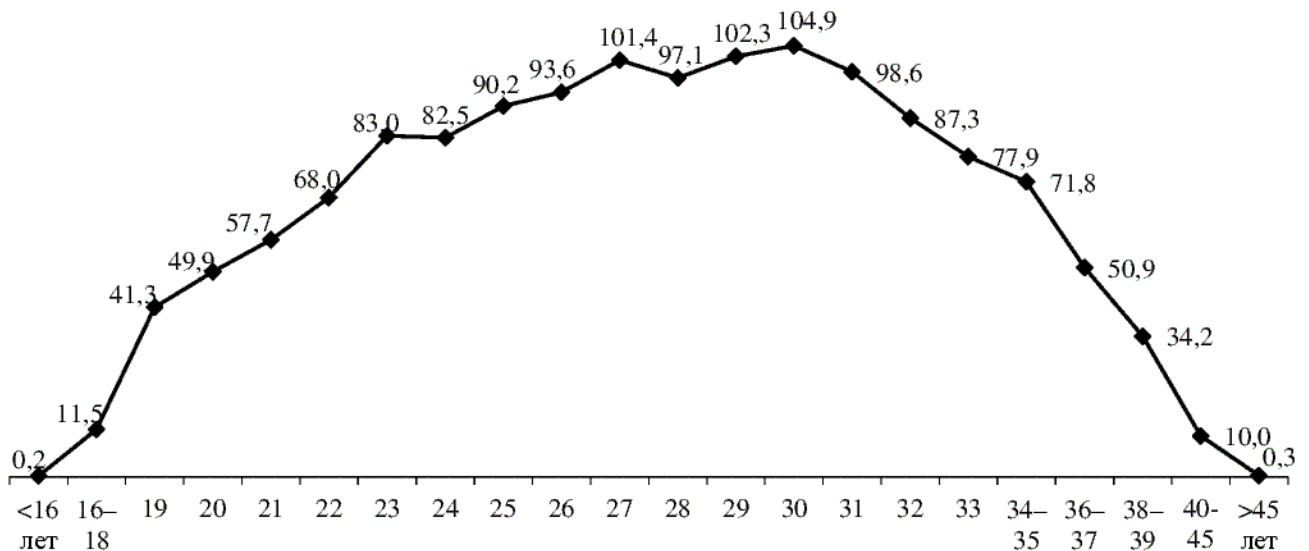


Рис. 3

На уровень рождаемости оказывает влияние целый ряд социально-экономических факторов: структура и состав населения, доля женщин фертильного возраста в общей численности населения, средний возраст матери при рождении первого и последующих детей. Эксперты также отмечают высокую вероятность синхронного изменения продолжительности жизни (в особенности мужчин) и суммарного коэффициента рождаемости. Кроме того, динамика рождаемости на 90% детерминирована динамикой брачности (с возрастным лагом в 1 год). При этом вероятность рождения детей в так называемых «гражданских» браках на 70%

ниже, чем в зарегистрированных. В 2017 году в Свердловской области уровень брачности составил 7,3 брака на 1000 человек населения (в 2016 году – 8,5), а уровень разводов – 4,6 случая на 1000 человек населения (в 2016 году – 4,5).

Глава 3. Смертность

Тенденция роста смертности, сложившаяся с 2014 года, сменилась в 2016–2017 годах снижением. Число умерших в Свердловской области в 2017 году сократилось на 3155 человек (таблица 6), а коэффициент смертности составил 13,3 случая на 1000 человек населения (в 2016 году – 14,0).

Таблица 6

Динамика числа умерших в Свердловской области в 2011–2017 годах, прогноз на 2021 год

(человек)

Номер строки	Показатель	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2021 год (прогноз)
1.	Число умерших	60 814	60 155	59 266	60 386	61 222	60 831	57 676	58 500
2.	Естественный прирост (+), убыль (–)	-0,6	0,3	0,7	0,5	0,3	-0,2	-0,9	-1,5

Естественная убыль численности населения в 2017 году составила 4093 человека, или 0,9 на 1000 человек населения, что в 4 раза больше, чем в 2016 году (991 человек, или 0,2 на 1000 человек населения). Естественная убыль сформировалась как за счет городского (2032 человека), так и за счет сельского населения (2061 человек).

К 2021 году ожидается рост естественной убыли сельского населения за счет опережающего роста доли пожилого населения, среди городского населения убыль сохранится за счет низкого коэффициента рождаемости среди доминирующей возрастной группы женского населения 35–40 лет.

Зарегистрировано снижение показателя смертности трудоспособного населения (на 9,7% к уровню 2016 года), абсолютное число умерших лиц в трудоспособном возрасте – 13 585 человек, что меньше, чем в 2016 году (15 297 человек). Удельный вес трудоспособного населения среди умерших всех возрастов в 2017 году продолжил многолетнее снижение и составил 23,9% (в 2015 году – 25,7%, в 2016 году – 25,5%). К 2021 году общая смертность населения прогнозируется на уровне 13,6 случая на 1000 человек населения, что на 2,3% выше уровня 2017 года. Смертность в трудоспособном возрасте к 2021 году прогнозируется на уровне 6,2 случая на 100 тыс. человек населения трудоспособного возраста (таблица 7).

Таблица 7

Динамика показателей смертности населения Свердловской области в 2004–2017 годах, прогноз на 2021 год

Номер строки	Год	Смертность на 1000 человек населения	В процентах к предыдущему году	Смертность на 1000 человек трудоспособного населения
1	2	3	4	5
1.	2004	16,51	96,77	8,76
2.	2005	16,58	100,4	8,69
3.	2006	15,22	91,80	7,51
4.	2007	14,65	96,25	6,89

1	2	3	4	5
5.	2008	14,7	100,3	6,8
6.	2009	14,3	97,61	6,46
7.	2010	14,3	100	6,26
8.	2011	14,1	98,60	6,23
9.	2012	14,0	99,29	5,99
10.	2013	13,7	97,85	6,00
11.	2014	14,0	102,2	6,25
12.	2015	14,2	101,4	6,34
13.	2016	14,0	98,6	6,13
14.	2017	13,3	95,0	5,66
15.	2021 (прогноз)	13,6	102,3	6,2

Основные медико-демографические показатели Свердловской области в сравнении с общероссийскими и данными по Уральскому федеральному округу представлены в таблице 8.

Таблица 8

Медико-демографические показатели смертности населения в 2012–2017 годах

(число родившихся на 1000 человек населения)							
Номер строки	Территория	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Российская Федерация	13,2	13,3	13,3	13,3	12,9	11,5
2.	УрФО	15,1	15,0	15,2	14,9	14,2	12,6
3.	Свердловская область	14,3	14,4	14,5	14,4	13,8	12,4
(число умерших на 1000 человек населения)							
4.	Российская Федерация	13,3	13,0	13,1	13,1	12,9	12,4
5.	УрФО	12,6	12,3	12,4	12,5	12,3	11,7
6.	Свердловская область	14,0	13,7	14,0	14,2	14,0	13,3
(число умерших от БСК на 100 тыс. человек населения)							
7.	Российская Федерация	737,1	698,1	653,7	631,8	614,1	584,7
8.	УрФО	659,5	625,9	581,1	575,8	566,2	536,1
9.	Свердловская область	751,1	723,4	659,0	690,7	678,3	654,6
(число умерших от новообразований на 100 тыс. человек населения)							
10.	Российская Федерация	203,1	203,3	201,1	203,2	201,6	196,9
11.	УрФО	200,9	198,5	199,5	200,0	198,5	198,6
12.	Свердловская область	225,4	223,9	227,4	219,6	221,9	226,1
(число умерших от туберкулеза на 100 тыс. человек населения)							
13.	Российская Федерация	12,5	11,3	9,8	9,0	7,5	6,2
14.	УрФО	15,8	14,5	13,4	13,3	11,1	8,8
15.	Свердловская область	16,9	15,3	15,5	15,5	12,7	10,3
(число умерших от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. человек населения)							
16.	Российская Федерация	14,1	14,0	14,0	12,1	10,8	10,1
17.	УрФО	16,4	14,8	14,8	12,5	10,4	9,3
18.	Свердловская область	14,2	12,5	11,7	12,1	8,5	6,7
(число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми)							
19.	Российская Федерация	8,6	8,2	7,4	6,5	6,0	5,5
20.	УрФО	7,5	7,4	6,4	5,8	5,5	5,1
21.	Свердловская область	7,4	6,9	6,3	5,5	5,8	4,8

(материнская смертность на 100 тыс. детей, родившихся живыми)

22.	Российская Федерация	11,5	11,3	11,3	10,9	8,3	7,3
23.	УрФО	12,5	10,9	10,9	9,2	9,8	н/д
24.	Свердловская область	9,7	14,5	9,5	9,6	10,0	10,0

Структура общей смертности в 2017 году следующая: первое место занимают БСК – 49,1% (в 2016 году – 48,3%), второе место – новообразования – 17,0% (в 2016 году – 15,8%), третье место – внешние причины смерти – 9,7% (в 2016 году – 10,7%) (таблица 9).

Таблица 9

Структура смертности населения Свердловской области по причинам смерти в 2017 году

Номер строки	Причина	Число умерших (человек)	В процентах от всех причин	Смертность на 100 000 человек
1.	Всего умерших в том числе от:	57 676	100	1332,8
2.	БСК	28 326	49,1	654,6
3.	новообразований	9782	17,0	226,1
4.	внешних причин смерти	5570	9,7	128,7
5.	симптомов, признаков, отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках МКБ-10	4457	7,7	102,9
6.	болезней органов пищеварения	3325	5,8	76,8
7.	инфекционных и паразитарных болезней	2038	3,5	47,1
8.	болезней органов дыхания	1881	3,3	43,5
9.	иных причин	6754	4,0	156,0

На первые три причины приходится 75,8% смертности населения Свердловской области. На четвертом месте (7,7%) – класс болезней «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках МКБ-10», где ведущей причиной смерти является диагноз «старость», что является признаком дефекта кодирования причин смерти при заполнении медицинских свидетельств о смерти врачами и требует принятия организационных мер с целью повышения качества кодирования. На пятом месте – смертность от болезней пищеварительной системы (5,8%), на шестом – смертность от инфекционных и паразитарных болезней (3,5%, 47,1 случая на 100 тыс. человек населения). Основной нозологической формой класса «Инфекционные и паразитарные болезни», обусловившей смертность, является ВИЧ-инфекция или комбинированная ВИЧ-инфекция и туберкулез. В сравнении с 2016 годом число умерших от ВИЧ-инфекции выросло на 5,2%.

В 2017 году продолжила снижаться смертность в трудоспособном возрасте (таблица 10).

Наибольшее снижение смертности населения трудоспособного возраста в 2017 году отмечалось по следующим болезням: туберкулез (на 30,8% к уровню 2016 года), болезни органов дыхания (на 18,9%), болезни органов пищеварения (на 13,1%), БСК (на 9,1%).

**Смертность населения в трудоспособном возрасте по основным классам
и отдельным причинам смерти в 2017 году,
на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста**

Номер строки	Наименование показателя	Российская Федерация		УрФО		Свердловская область	
		2016 год	2017 год	2016 год	2017 год	2016 год	2017 год
1.	От всех причин в том числе	517,6	473,4	565,3	512,7	627,3	566,0
2.	некоторых инфекционных и паразитарных болезней из них	34,1	34,1	64,3	64,6	79,0	75,4
3.	от туберкулеза	10,1	8,2	14,4	11,1	17,2	11,9
4.	новообразований из них	77,5	73,3	76,7	70,4	80,1	73,6
5.	злокачественных	76,4	72,3	75,7	69,7	79,2	73,1
6.	БСК из них:	152,7	143,7	162,3	147,8	172,2	156,5
7.	ишемической болезни сердца	70,2	64,9	66,0	61,2	71,2	64,4
8.	цереброваскулярных болезней	30,6	29,1	28,4	26,8	33,2	31,6
9.	болезней органов дыхания	22,1	17,6	20,1	15,7	21,7	17,6
10.	болезней органов пищеварения	46,6	41,8	46,8	39,7	59,0	51,3
11.	внешних причин смерти из них:	131,4	119,3	151,6	135,6	170,0	150,2
12.	транспортных всех видов травм в том числе	19,2	17,6	17,5	15,8	14,8	13,2
13.	от ДТП	14,2	13,2	13,8	12,4	10,7	8,7
14.	случайных отравлений алкоголем	10,8	9,3	12,8	11,2	14,7	12,7
15.	самоубийств	20,1	17,4	25,9	19,7	21,0	14,4
16.	убийств	9,9	8,5	12,4	10,8	13,8	11,7
17.	отравлений и воздействия алкоголем с неопределенными намерениями	2,3	2,5	4,1	3,0	6,3	5,8

К 2021 году прогнозируется стабилизация уровня смертности населения трудоспособного возраста по основным классам болезней, за исключением инфекционных болезней (из-за большого количества ВИЧ-инфицированных молодых людей) и новообразований (вследствие значительного влияния экологических факторов на здоровье (последнее место Свердловской области в экологическом рейтинге регионов России в 2017 году)).

Детская смертность

Уровень детской смертности (смертности детей в возрасте 0–17 лет) в 2017 году составил 52,3 случая на 1000 детей соответствующего возраста. Всего в 2017 году умерли 480 детей, из них в возрасте до 1 года – 260, с 1 года до 14 лет – 165, в возрасте 15–17 лет – 55 детей.

В сравнении с уровнем 2016 года (70,8 случая на 100 000 детей 0–17 лет) показатель детской смертности снизился на 24,9%, в сравнении с уровнем 2013 года – на 42,7% (таблица 11).

Уровень детской смертности в 2013–2017 годах, на 100 тыс. детей в возрасте 0–17 лет

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Уровень детской смертности, на 100 000 детей в возрасте 0–17 лет	93,0	79,8	66,2	70,8	53,2
2.	Изменение к уровню прошлого года, в процентах	-1,1	-14,2	-17,0	+6,9	-24,9

Структура детской смертности в 2017 году следующая: на 1 месте (31,3%) – травмы и отравления, на 2 месте (23,7%) – состояния перинатального периода, на 3 месте (11,6%) – инфекционные болезни, на 4 месте (10,15%) – врожденные пороки развития, другие причины (болезни органов дыхания, нервной системы, новообразования) занимали от 3,3% до 2,3% в структуре детской смертности. Кроме того, структура детской смертности различается по управленческим округам Свердловской области: так, в Западном и Южном управленческих округах доля случаев смерти детей 0–17 лет от инфекционных заболеваний превышала среднеобластной уровень соответственно на 24% и 30,6%, в Западном и Восточном управленческих округах уровень детской смертности по причине травм и отравлений выше, чем в среднем по Свердловской области, на 65%, в Горнозаводском и Южном управленческих округах уровень смертности от болезней органов дыхания ниже среднеобластного уровня соответственно на 61,3% и 35,5%. В МО «город Екатеринбург» структура детской смертности отличается от таковой по Свердловской области: на 1 месте (25,1%) – состояния перинатального периода, на 2 месте (21,2%) – травмы и отравления, 3 место (10,7%) делят болезни органов дыхания и врожденные пороки развития, 4 место (9,1%) – у инфекционных болезней. Кроме того, уровень детской смертности в МО «город Екатеринбург» на 19,5% ниже, чем в среднем по Свердловской области. Такие структура и уровень показателя указывают на более высокий уровень социально-экономического развития МО «город Екатеринбург» по сравнению с другими территориями Свердловской области.

Структура детской смертности по возрастным группам детей следующая: у детей 0–4 лет на 1 месте среди причин смерти находятся состояния перинатального периода (34%), у детей 5–17 лет – травмы и отравления, причем чем старше возрастная группа, тем выше в ней удельный вес внешних причин (в группе 5–9 лет – 40,5%, в группе 10–14 лет – 60,4%, в группе 15–17 лет – 76,4%). Среди внешних причин смерти детей ведущие места в структуре занимают механические асфиксии, транспортные несчастные случаи и смерть при пожаре.

Глава 4. Материнская и младенческая смертность

Стратегической целью службы охраны здоровья матери и ребенка на территории Свердловской области является улучшение состояния здоровья детей и матерей. Составляющие стратегии: качество, доступность, своевременность и эффективность медицинской помощи в службе родовспоможения и детства. В целях повышения качества оказания медицинской помощи детям и обеспечения оперативного анализа случаев смерти, для снижения заболеваемости и смертности детей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 27.05.2016 № 845-п «О совершенствовании системы мониторинга детской смертности в Свердловской области» осуществлялся мониторинг перинатальной, младенческой и детской смертности.

В 2017 году зарегистрировано 260 случаев смерти детей в возрасте до 1 года (в 2016 году – 346, в 2013 году – 430). Показатель младенческой смертности в 2017 году составил 4,8 случая на 1000 родившихся живыми, что ниже, чем в 2016 году, на 17,2% (таблица 12). С 2013 года показатель снизился на 30%. По сравнению с целевым значением

показателя, установленным Государственной программой на 2017 год (5,6 случая на 1000 родившихся живыми), уровень младенческой смертности ниже на 14,3%.

Таблица 12

**Динамика показателя младенческой смертности в Свердловской области
в 2013–2017 годах**

(число умерших детей до 1 года на 1000 родившихся живыми)

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Младенческая смертность	6,9	6,3	5,5	5,8	4,8
2.	Процент изменений к предыдущему году	-5,4	-8,7	-12,7	3,6	-17,2

Наиболее высокий уровень младенческой смертности зарегистрирован в Северном управленческом округе (5,9 случая на 1000 родившихся живыми), наиболее низкий – в МО «город Екатеринбург» (3,5 случая на 1000 родившихся живыми).

Среди всех умерших детей в возрасте до 1 года недоношенные составили 54% (141 ребенок), в том числе с экстремально низкой массой тела (от 500 до 999 г) – 28% (73 ребенка).

В раннем неонатальном периоде (в возрасте до 7 дней жизни) умерли 86 детей (в 2016 году – 111 детей), в позднем неонатальном периоде (в возрасте от 7 дней до 1 месяца) – 50 детей (в 2016 году – 62 ребенка), в постнеонатальном периоде (в возрасте от 1 месяца до 1 года) – 123 ребенка (в 2016 году – 173). Увеличение в структуре показателя доли случаев смерти в неонатальном периоде указывает на имеющиеся резервы в организации медицинской помощи беременным и новорожденным, необходимость дальнейшего совершенствования квалификации медицинского персонала (рисунок 4).

В медицинских организациях первого уровня оказания медицинской помощи умерли 76 детей (29,2%), второго – 73 ребенка (28,1%), третьего – 111 детей (42,7%). Преобладание в структуре случаев по месту смерти организаций третьего уровня в трехуровневой системе организации медицинской помощи, а также ежегодный рост их удельного веса указывают на правильно выстроенную и своевременную маршрутизацию беременных высокого перинатального риска и детей в возрасте до 1 года в медицинские организации для оказания медицинской помощи.

Структура младенческой смертности по возрасту ребенка в 2016–2017 годах



Рис. 4

В структуре младенческой смертности в 2017 году на 1 месте – состояния перинатального периода (43,7%), 2 место делят врожденные пороки развития и инфекционные

болезни (14,6%), 3 место – у внешних причин (10,4%). Для сравнения, в 2016 году внешние причины (травмы и отравления) занимали 2 место (15,5%), врожденные аномалии – 3 место (13,8%), инфекционные болезни – 4 место (8,6%).

Необходимо отметить, что 20% всех случаев младенческой смерти происходит на дому (при этом смерть регистрируется в медицинских организациях по месту прикрепления ребенка для получения первичной медико-санитарной помощи) (таблица 13) без оказания медицинской помощи, что является серьезной социальной проблемой. Обычно такие случаи младенческой смерти регистрируются в так называемых асоциальных семьях, причинами смерти младенцев на дому являются травмы и отравления, а также инфекционные заболевания. Необходимо активное привлечение органов местного самоуправления МО к поддержке и помощи таким семьям, мониторингу воспитания в них детей.

Таблица 13

Динамика некоторых показателей смерти детей до 1 года от немедицинских причин

(процентов)

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Доля детей до 1 года, умерших от внешних причин	14,4	12,7	13,4	14,4	10,4
2.	Доля детей до 1 года, умерших на дому	23,4	20,8	20,8	20,2	20,0

Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 01.03.2018 № 210 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в период 2018–2020 годов планируется выделение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации для приобретения медицинского оборудования в поликлиники и поликлинические отделения медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, и муниципальных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям. Ожидается, что улучшение материально-технической базы медицинских организаций педиатрической службы повлияет на уровень младенческой смертности, и к 2020 году данный показатель в Свердловской области снизится до 4,1 случая на 1000 родившихся живыми.

Показатель материнской смертности в 2017 году составил 10,0 случая на 100 тыс. родившихся живыми, не изменившись по сравнению с 2016 годом и превысив целевое значение показателя на 2017 год, установленное Государственной программой, на 2%.

Всего в 2017 году зарегистрировано 6 случаев материнской смертности (таблица 14). Причины каждого случая были проанализированы на уровне Министерства здравоохранения Свердловской области и медицинских организаций, оказывавших медицинскую помощь беременным женщинам. Смерть двух женщин произошла вне стационара, при этом одна из умерших не обращалась за какой-либо медицинской помощью в медицинские организации за последние несколько лет, в другом случае произошла смерть от анафилактикоидного синдрома беременности, что является непредотвратимым на современном уровне развития акушерской науки. В 33,3% случаев материнской смертности были зарегистрированы на уровне учреждений родовспоможения первого уровня, в 33,3% случаев – в перинатальных центрах третьего уровня. Все случаи признаны ургентными, то есть могли произойти на любом уровне оказания медицинской помощи.

**Динамика показателя материнской смертности в Свердловской области
в 2013–2017 годах**

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Всего умерло женщин	9	6	6	6	6
2.	Случаев смерти на 100 тыс. живорожденных детей	14,4	9,5	9,6	10,0	10,0

В динамике за 10 лет (с 2008 по 2017 год) показатель устойчиво снижается, демонстрируя незначительные колебания, и в сравнении с 2008 годом его значение снизилось на 66% (рисунок 5).

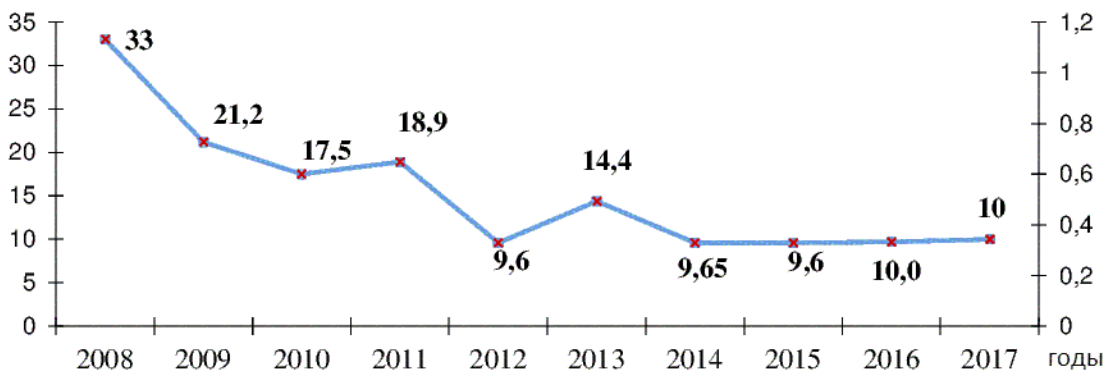


Рис. 5

Государственная программа устанавливает ежегодные целевые значения показателя материнской смертности до 2024 года. В сравнении с уровнем 2017 года показатель должен быть снижен до 8,6 случая на 100 тыс. родившихся живыми, или на 14%, к 2024 году. Благодаря запланированным мероприятиям, направленным на повышение доступности и качества медицинской помощи беременным женщинам (совершенствование маршрутизации в учреждения родовспоможения, внедрение в повседневную работу акушеров-гинекологов современных протоколов оказания медицинской помощи, информатизация службы родовспоможения), ожидается высокая вероятность достижения установленных значений показателя.

Глава 5. Продолжительность жизни

Одним из интегральных показателей демографической ситуации является ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Величина данного показателя отражает состояние здоровья населения, окружающей среды, бытовые условия, качество и доступность медицинской помощи.

В Свердловской области в течение последних двух десятилетий показатель ожидаемой продолжительности жизни значительно колебался, но с 2005 по 2013 год приобрел тенденцию к росту. По сравнению с 2016 годом ожидаемая продолжительность жизни населения увеличилась и в 2017 году составила 71,23 года (рисунок 6).

**Динамика продолжительности жизни населения Свердловской области
в 2012–2017 годах, прогноз на 2021 год**

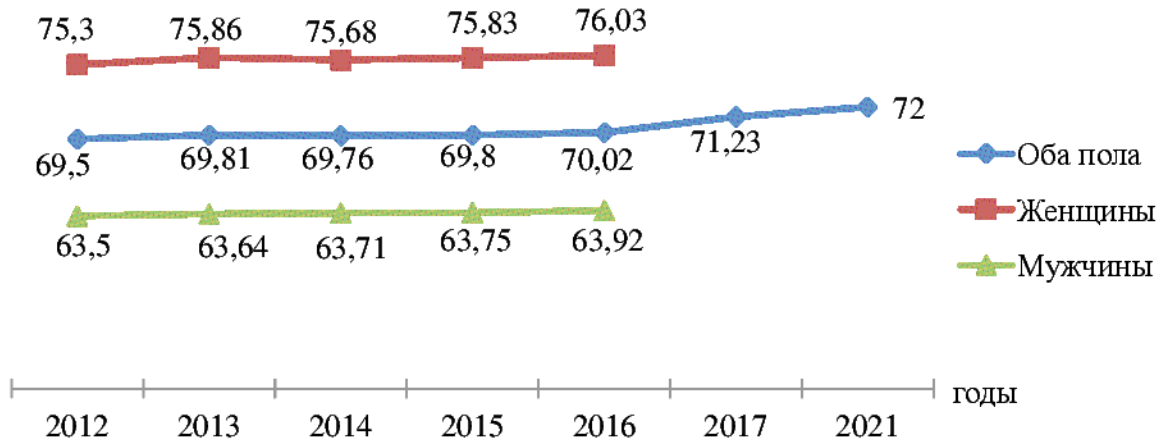


Рис. 6

Темпы роста продолжительности жизни в Свердловской области ниже, чем в среднем по Российской Федерации, где уровень в 70 лет был достигнут в 2012 году (рисунок 7).

**Продолжительность жизни населения Свердловской области в сравнении с показателями
по Российской Федерации и УрФО**

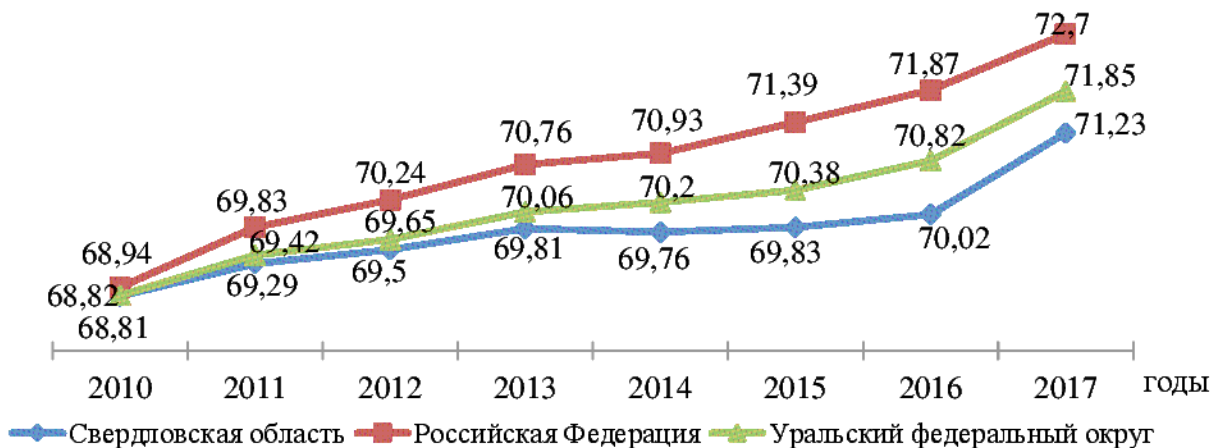


Рис. 7

К 2021 году ожидаемая продолжительность жизни в Свердловской области прогнозируется на уровне 72 лет.

Раздел 2. Заболеваемость населения Свердловской области

Глава 6. Общая и первичная заболеваемость

Заболеваемость населения является потенциальной основой для планирования ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи. В 2017 году на территории Свердловской области зарегистрировано 6321 тыс. заболеваний, из них в 3282 тыс. случаев (51,9%) диагноз установлен впервые. Анализ интенсивных показателей за 2007–2016 годы указывает на то, что уровень общей заболеваемости относительно стабилен, но в 2017 году зарегистрировано его увеличение, как и в целом по Российской Федерации в 2016 году. Вместе с тем в течение всего последнего

десятилетия уровень общей заболеваемости в Свердловской области был ниже среднего по Российской Федерации (рисунок 8).

Динамика общей заболеваемости населения Свердловской области в 2008–2017 годах

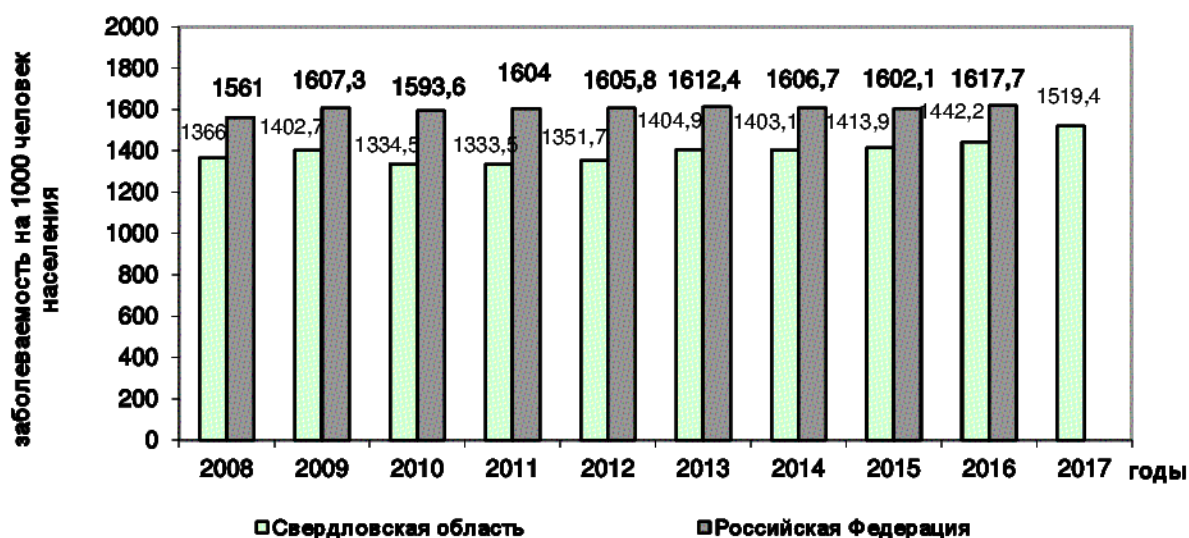


Рис. 8

В 2017 году зарегистрировано 1519,4 случая заболеваний на 1000 человек населения, и в сравнении с 2013 годом темп роста составил 8,2% (таблица 15). Такой прирост может быть обусловлен проведением диспансеризации определенных групп взрослого населения и подростков.

Таблица 15

Общая заболеваемость населения Свердловской области в 2013 и 2017 годы

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	2013 год		2017 год		Темп прироста/убыли (процентов)
		абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Всего	5 826 406	1404,9	6 321 355	1519,4	8,2
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	220 491	53,2	214 819	51,6	-2,9
3.	Новообразования	162 025	39,1	206 737	49,7	27,2
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	39 825	9,6	47 827	11,5	19,7
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	235 253	56,7	319 247	76,7	35,3
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	160 581	38,7	155 602	37,4	-3,4
7.	Болезни нервной системы	202 281	48,8	229 167	55,1	12,9
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	437 913	105,6	436 646	105,0	-0,6

1	2	3	4	5	6	7
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	164 259	39,6	168 904	40,6	2,5
10.	БСК	675 583	162,9	796 652	191,5	17,5
11.	Болезни органов дыхания	1 543 422	372,1	1 657 159	398,3	7,0
12.	Болезни органов пищеварения	327 301	78,9	391 992	94,2	19,4
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	261 511	63,1	236 211	56,8	-10,0
14.	Болезни костно-мышечной системы	430 157	103,7	484 676	116,5	12,3
15.	Болезни мочеполовой системы	354 809	85,6	406 216	97,6	14,1
16.	Беременность, роды и послеродовой период	119 489	28,8	96 127	23,1	-19,8
17.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	32 949	7,94	24 667	5,93	-25,4
18.	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	17 654	4,3	20 321	4,9	14,7
19.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	30 995	7,5	10 364	2,5	-66,7
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	409 908	98,8	418 021	100,5	1,7

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

В 2017 году в сравнении с 2013 годом наиболее интенсивное увеличение заболеваемости отмечается по классам: «Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ» (на 35,3%), «Новообразования» (на 27,2%), «Болезни крови и кроветворных органов» (на 19,7%), «Болезни системы пищеварения» (на 19,4%), «Болезни системы кровообращения» (на 17,5%), «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» (на 14,7%). Чаще стали регистрироваться болезни мочеполовой системы (на 14,1%), заболевания нервной системы (на 12,9%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 12,3%), заболевания органов дыхания (на 7%), болезни уха и сосцевидного отростка (на 2,5%). Незначительно повысился уровень травматизма (на 1,7%). Реже стали регистрироваться болезни кожи и подкожной клетчатки (на 10%), психические расстройства и расстройства поведения (на 3,4%), инфекционные и паразитарные болезни (на 2,9%), болезни глаза и его придаточного аппарата (0,6%).

Снизился уровень регистрации отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (на 25,4%), а также патологических состояний при беременности, родах и послеродовом периоде (на 19,8%). Самое значительное снижение наблюдается по классу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях» (на 66,7%), что может свидетельствовать о повышении качества диагностики заболеваний.

По сравнению с 2016 годом уровень заболеваемости в 2017 году вырос на 5,4% (таблица 16).

Общая заболеваемость населения Свердловской области в 2016–2017 годах

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	2016 год		2017 год		Темп прироста/убыли (процентов)
		абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	
1.	Всего	6 004 338	1442,2	6 321 355	1519,4	5,3
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	209 833	50,4	214 819	51,6	2,4
3.	Новообразования	172 947	41,5	206 737	49,7	19,5
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	43 640	10,5	47 827	11,5	9,6
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	293 940	70,6	319 247	76,7	8,6
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	156 345	37,6	155 602	37,4	-0,5
7.	Болезни нервной системы	216 728	52,1	229 167	55,1	5,7
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	417 610	100,3	436 646	105,0	4,6
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	164 461	39,5	168 904	40,6	2,7
10.	БСК	694 337	166,8	796 652	191,5	14,7
11.	Болезни органов дыхания	1 572 165	377,6	1 657 159	398,3	5,4
12.	Болезни органов пищеварения	415 090	99,7	391 992	94,2	-5,6
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	238 427	57,3	236 211	56,8	-0,9
14.	Болезни костно-мышечной системы	473 750	113,8	484 676	116,5	2,3
15.	Болезни мочеполовой системы	388 535	93,3	406 216	97,6	4,6
16.	Беременность, роды и послеродовой период	95 152	22,9	96 127	23,1	1,0
17.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	26 072	6,3	24 667	5,93	-5,4
18.	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	20 304	4,9	20 321	4,9	0,1
19.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	6 120	1,5	10 364	2,5	69,3
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	398 882	95,8	418 021	100,5	4,8

В 2017 году по сравнению с 2016 годом чаще стали регистрироваться новообразования (на 19,6%), БСК (на 14,8%), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (на 9,7%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 8,7%), болезни нервной системы (на 5,8%), болезни органов дыхания (на 5,5%). Уровень травматизма вырос на 4,9%. Рост уровня заболеваемости на 4,6% зарегистрирован по классам «Болезни глаза и его придаточного аппарата» и «Болезни мочеполовой системы», на 2,4% – «Болезни костно-мышечной системы» и «Инфекционные и паразитарные болезни». Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, в 2017 году регистрировались на 69,5% чаще,

чем в 2016 году, что объясняется улучшением регистрации этих случаев при проведении профилактических осмотров и диспансеризации. По отдельным классам болезней наблюдалось снижение уровня заболеваемости: «Болезни органов пищеварения» (на 5,5%), «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» (на 5,3%), «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (на 0,9%), «Психические расстройства и расстройства поведения» (на 0,4%).

Входящие в состав Свердловской области административно-территориальные образования вносят различный вклад в сложившуюся динамику уровня общей заболеваемости.

В 2017 году статистически значимый рост уровня общей заболеваемости выявлен в 35 МО, статистически значимое снижение произошло в 15 МО. Повышение уровня заболеваемости в 2017 году наблюдалось в 68% МО.

Среди МО, где наблюдается рост заболеваемости, обращает на себя внимание ГО Первоуральск, где уровень общей заболеваемости увеличился на 45%. В Тугулымском ГО прирост уровня заболеваемости составил 470 случаев на 1000 человек населения, в Бисертском ГО – 422 случая, в ГО Верхняя Тура – 326 случаев на 1000 человек населения за год. Заметное увеличение показателя общей заболеваемости в 2017 году наблюдается также в МО Алапаевское (на 306 случаев на 1000 человек населения), ГО Нижняя Салда (на 256 случаев на 1000 человек населения), Горноуральском ГО (на 159 случаев на 1000 человек населения), Каменском ГО (на 156 случаев на 1000 человек населения), ГО Красноуфимск и МО Красноуфимский округ (на 136 случаев на 1000 человек населения).

Снижение показателя заболеваемости по сравнению с 2016 годом отмечено в Тавдинском ГО, где уровень общей заболеваемости снизился на 112%, в Махневском МО (с 1094 случаев в 2016 году до 1080 случаев на 1000 человек населения в 2017 году), в ГО Красноуральск (с 2080 случаев в 2016 году до 1633 случаев на 1000 человек населения в 2017 году).

В МО «город Екатеринбург» показатель общей заболеваемости повысился до 1508 случаев на 1000 человек населения (в 2016 году – 1451 случай). В 2017 году наблюдалось увеличение показателя общей заболеваемости в городе Каменске-Уральском (с 1550 до 1858 случаев на 1000 человек населения). В городе Нижний Тагил показатель общей заболеваемости незначительно снизился (с 1542 до 1540 случаев на 1000 человек населения).

Уровень первичной заболеваемости населения в целом по Свердловской области в 2017 году составил 788,9 случая на 1000 человек населения (рисунок 9).

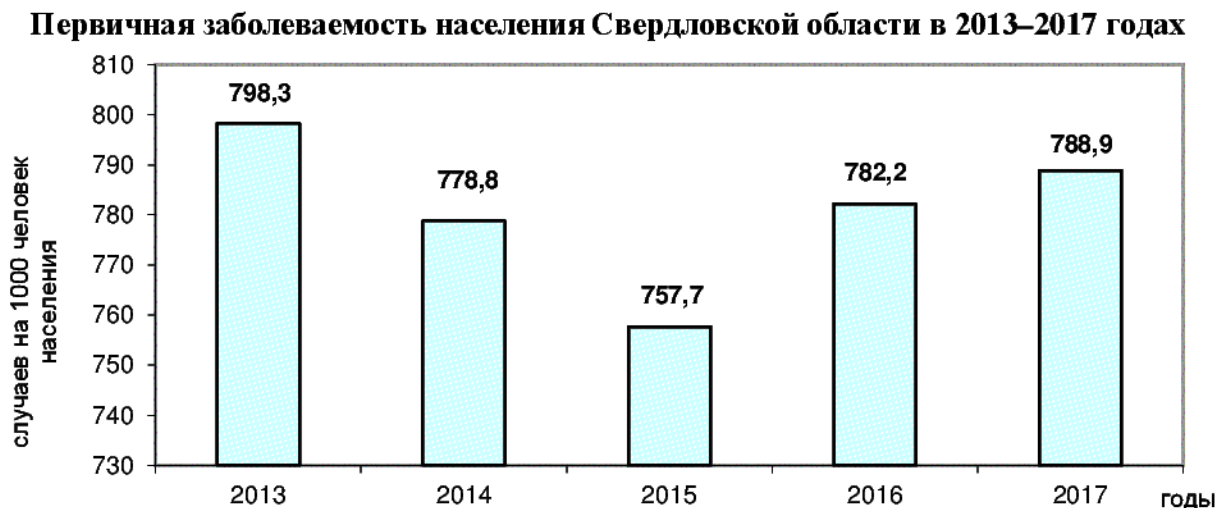


Рис. 9

В период с 2013 по 2017 годы наблюдалось чередование роста уровня первичной заболеваемости и его некоторого снижения, что вызвано увеличением заболеваемости

некоторыми болезнями, а также выявлением ранее не зарегистрированных хронических заболеваний при проведении диспансеризации (таблица 17).

Таблица 17

Первичная заболеваемость населения Свердловской области в 2013 и 2017 годах

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	2013 год		2017 год		Темп прироста/убыли (процентов)
		абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	
1.	Всего	3 310 951	798,3	3 282 343	788,9	-1,2
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	148 840	35,9	124 497	29,9	-16,7
3.	Новообразования	48 642	11,7	42 153	10,1	-13,7
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	18 460	4,5	18 326	4,4	-2,2
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	42 461	10,2	60 578	14,6	43,1
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	19 501	4,7	18 252	4,4	-6,4
7.	Болезни нервной системы	71 071	17,1	70 350	16,9	-1,2
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	149 522	36,1	147 990	35,6	-1,4
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	118 114	28,5	121 964	29,3	2,8
10.	БСК	121 385	29,3	122 313	29,4	0,3
11.	Болезни органов дыхания	1 390 275	335,2	1 474 377	354,4	5,7
12.	Болезни органов пищеварения	106 232	25,6	115 267	27,7	8,2
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	191 048	46,1	146 753	35,3	-23,4
14.	Болезни костно-мышечной системы	135 633	32,7	124 787	30,0	-8,3
15.	Болезни мочеполовой системы	186 011	44,9	168 526	40,5	-9,8
16.	Беременность, роды и послеродовой период	98 994	23,9	71 627	17,2	-28,0
17.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	32 949	7,9	24 667	5,9	-25,3
18.	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	3 942	1,0	3 547	0,9	-10,0
19.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	18 491	4,5	8 352	2,0	-55,6
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	409 380	98,7	418 021	100,5	1,8

В 2017 году наблюдался незначительный (на 0,9%) рост показателя первичной заболеваемости по сравнению с 2016 годом (таблица 18).

Таблица 18

Первичная заболеваемость населения Свердловской области в 2016 и 2017 годах

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	2016 год		2017 год		Темп прироста/убыли (процентов)
		абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	
1.	Всего	3 256 533	782,2	3 282 343	788,9	0,9
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	127 680	30,7	124 497	29,9	-2,6
3.	Новообразования	43 638	10,5	42 153	10,1	-3,8
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	18 911	4,5	18 326	4,4	-2,2
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	56 379	13,5	60 578	14,6	8,1
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	18 896	4,5	18 252	4,4	-2,2
7.	Болезни нервной системы	73 958	17,8	70 350	16,9	-5,1
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	133 215	32	147 990	35,6	11,3
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	116 855	28,1	121 964	29,3	4,3
10.	БСК	118 074	28,4	122 313	29,4	3,5
11.	Болезни органов дыхания	1 411 203	339	1 474 377	354,4	4,5
12.	Болезни органов пищеварения	168 683	40,5	115 267	27,7	-31,6
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	154 714	37,2	146 753	35,3	-5,1
14.	Болезни костно-мышечной системы	125 041	30	124 787	30,0	0,0
15.	Болезни мочеполовой системы	184 115	44,2	168 526	40,5	-8,4
16.	Беременность, роды и послеродовой период	69 919	16,8	71 627	17,2	2,4
17.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	26 072	6,3	24 667	5,9	-6,3
18.	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	4 178	1	3 547	0,9	-10,0
19.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	6 120	1,5	8 352	2,0	33,3
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	398 882	95,8	418 021	100,5	4,9

Структура общей заболеваемости, установившаяся в 2016 году, в 2017 году незначительно изменилась (таблица 19). Болезни органов дыхания продолжают занимать первое место – 26,2%

от общего числа случаев. Второе место принадлежит БСК (12,6%). Болезни костно-мышечной системы занимают третье место (7,7%), болезни глаза и его придаточного аппарата занимают в 2017 году четвертое место (6,9%). На пятом месте в 2017 году – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (6,6%).

Таблица 19

Структура общей и первичной заболеваемости по классам болезней, процентов

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость
1.	Всего	100	100
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3,4	3,8
3.	Новообразования	3,3	1,3
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,8	0,6
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5,1	1,8
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	2,5	0,6
7.	Болезни нервной системы	3,6	2,1
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	6,9	4,5
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	2,7	3,7
10.	БСК	12,6	3,7
11.	Болезни органов дыхания	26,2	44,9
12.	Болезни органов пищеварения	6,2	3,5
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	3,7	4,5
14.	Болезни костно-мышечной системы	7,7	3,8
15.	Болезни мочеполовой системы	6,4	5,1
16.	Беременность, роды и послеродовой период	1,5	2,2
17.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,4	0,8
18.	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,3	0,1
19.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	0,2	0,3
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6,6	12,7

В 2017 году в сравнении с 2016 годом структура первичной заболеваемости также незначительно изменилась. Первое место (44,9%), как и в случае с общей заболеваемостью, принадлежит болезням органов дыхания. На втором месте – травмы и отравления (12,7%), на третьем месте – болезни мочеполовой системы (5,1%), четвертое место делят болезни кожи и подкожной клетчатки и болезни глаза (4,5%). На пятом месте – болезни костно-мышечной системы (3,8%).

Глава 7. Болезни системы кровообращения

В структуре общей заболеваемости БСК занимают второе место. В 2017 году было зарегистрировано 783 796 случаев БСК среди взрослого населения (в 2016 году – 682 054 случая, в 2015 году – 661 672 случая, в 2014 году – 650 991 случай, в 2013 году – 664 473 случая). Показатель общей заболеваемости БСК составил 237,8 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2016 году – 205,8).

В 2017 году данный диагноз впервые в жизни установлен у 117 597 человек, что составило 15,0% от всех случаев БСК (в 2016 году – 114 060 человек, или 16,7%, в 2015 году –

113 140 человек, или 17,0%, в 2014 году – 111 534 человека, или 17,1%, в 2013 году – 117 148 человек, или 17,6%). Показатель первичной заболеваемости БСК в 2017 году составил 35,7 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2016 году – 34,4).

Динамика общей и первичной заболеваемости БСК в Свердловской области представлена на рисунке 10. С 2013 по 2017 год уровень этих показателей увеличился на 25,4% и 6,9% соответственно.

Динамика общей и первичной заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения в Свердловской области в 2013–2017 годах (случаев на 1000 человек взрослого населения)

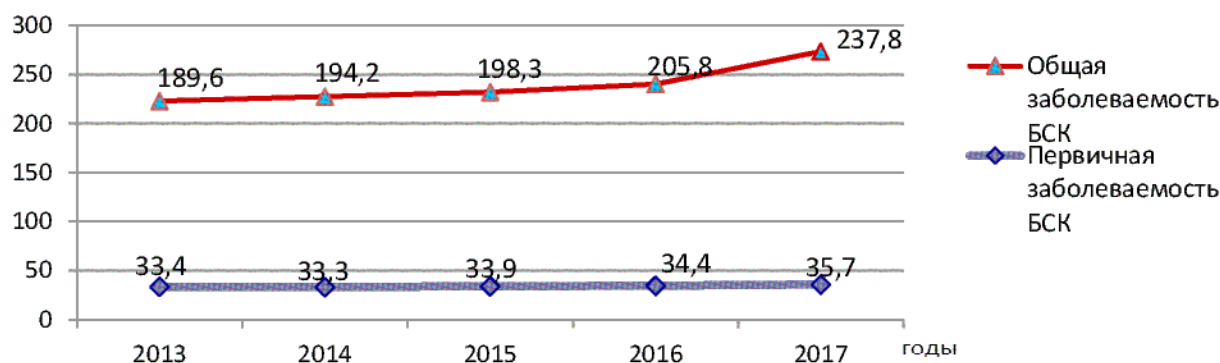


Рис. 10

Продолжается рост общей заболеваемости артериальной гипертензией: в 2017 году этот показатель увеличился на 15,6% и составил 119,7 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2016 году – 103,5 случая). Показатель первичной заболеваемости артериальной гипертензией в 2017 году вырос на 26,5% и составил 10,5 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2016 году – 8,3 случая). Динамика заболеваемости артериальной гипертензией в 2013–2017 годах представлена на рисунке 11.

Рост уровня регистрируемой заболеваемости БСК, в том числе артериальной гипертензией, следует расценивать как позитивный факт, который явился результатом проведения диспансеризации, повышения уровня информированности населения о симптомах заболеваний и их осложнениях и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью. Кроме того, на рост заболеваемости влияет постепенное увеличение в структуре населения доли пожилых и старых людей, у которых накапливаются хронические неинфекционные заболевания.

Динамика заболеваемости взрослого населения артериальной гипертензией в Свердловской области в 2013–2017 годах (случаев на 1000 человек взрослого населения)

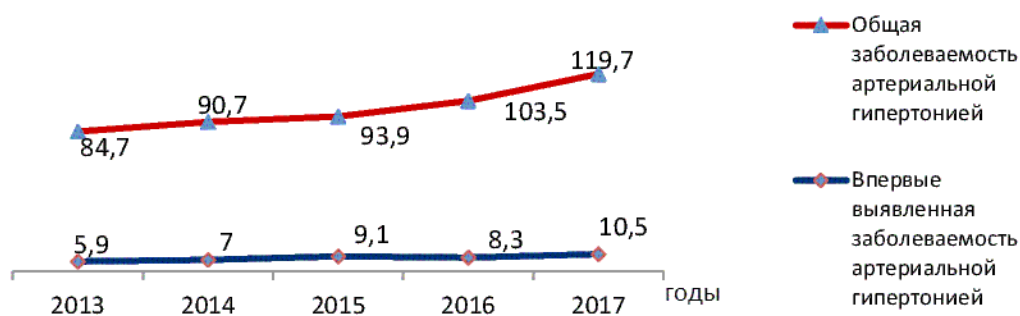


Рис. 11

Показатель общей заболеваемости взрослого населения ишемической болезнью сердца в 2017 году составил 35,8 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2016 году – 31,2 случая) и увеличился на 14,7%. Показатель заболеваемости ишемической болезнью сердца с впервые установленным диагнозом в 2017 году составил 8,0 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2016 году – 6,8 случая). Основными факторами риска развития ишемической болезни сердца являются повышенный уровень холестерина, артериальная гипертензия, курение, гиподинамия, сахарный диабет, избыточная масса тела, нерациональное питание. Неснижающийся уровень заболеваемости ишемической болезнью сердца говорит о широком распространении в популяции перечисленных факторов риска.

Грозным осложнением ишемической болезни сердца является инфаркт миокарда. После пика заболеваемости в 2015 году показатели заболеваемости взрослого населения острым и первичным инфарктом миокарда вернулись к значениям 2013–2014 годов (рисунок 12).

Динамика заболеваемости взрослого населения инфарктом миокарда в Свердловской области в 2013–2017 годах (случаев на 1000 человек взрослого населения)

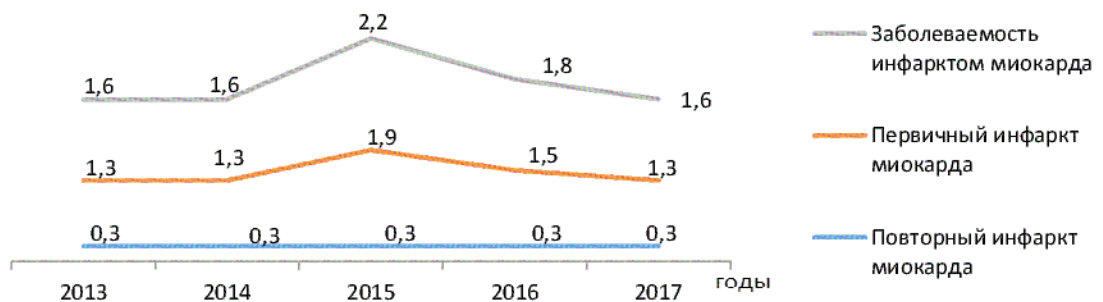


Рис. 12

Показатель заболеваемости повторным инфарктом миокарда в 2017 году составил 0,3 случая на 1000 человек взрослого населения.

В Свердловской области отмечается постепенное снижение смертности от БСК (таблица 20). Показатель летальности от повторного инфаркта миокарда в 2017 году тоже незначительно снизился (рисунок 13).

Таблица 20

Смертность от БСК в 2013–2017 годах

(случаев на 100 тыс. человек населения)

Номер строки	Годы	БСК	Ишемическая болезнь сердца	Инфаркт миокарда	Летальность от инфаркта миокарда (процентов)
1.	2013	723,4		47,8	12,26
2.	2014	660,6		42,8	11,01
3.	2015	691,0	383,1	39,8	11,24
4.	2016	678,3	372,2	42,3	12,3
5.	2017	654,6	363,3	43,7	12,2

Для значимого снижения уровня заболеваемости инфарктом миокарда необходимо существенно улучшить качество проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца и расширить спектр профилактических мероприятий, направленных на внедрение принципов здорового образа жизни среди населения Свердловской области.

Динамика госпитальной летальности от инфаркта миокарда (процентов)

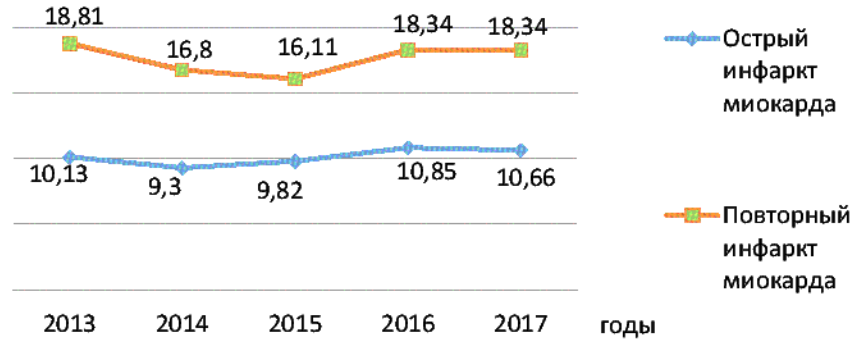


Рис. 13

Глава 8. Болезни органов дыхания

Общая заболеваемость болезнями органов дыхания продолжает расти (в 2015 году – 370,6 случая на 1000 человек населения, в 2016 году – 377,6 случая, в 2017 году – 398,3 случая). Первичная заболеваемость также увеличивается (в 2015 году – 330 случаев на 1000 человек населения, в 2016 году – 339 случаев, в 2017 году – 354,4 случая).

В 2017 году по сравнению с 2016 годом на 9,0% снизилась заболеваемость пневмониями, на 10,0% – хроническим бронхитом, на 11,7% – хронической обструктивной болезнью легких. Сохраняется рост заболеваемости бронхиальной астмой, что связано, прежде всего, с более качественной ранней диагностикой заболевания и увеличением обращаемости пациентов. Этот показатель существенно выше общероссийского (15,0 против 10,3 случая на 1000 человек населения).

Напротив, при снижении общей заболеваемости и относительно стабильном уровне первичной заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких почти в 2 раза выросла больничная летальность – с 3,66% в 2013 году до 7,1% в 2017 году.

Смертность от болезней органов дыхания в 2013–2017 годах ежегодно снижается (в 2013 году – 52,7 случая, в 2014–2015 годах – 46,8 случая, в 2016 году – 45,1 случая, в 2017 году – 41,2 случая на 100 тыс. человек населения), при этом сокращается смертность от внебольничной пневмонии (в 2013 году – 31,3 случая на 100 тыс. человек населения, в 2017 году – 16,9 случая) благодаря внедрению в лечебную практику медицинских организаций методических рекомендаций «Клинико-организационный алгоритм ведения пациентов с внебольничной пневмонией», утвержденных приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 21.08.2012 № 948-п «Об утверждении методических рекомендаций «Клинико-организационный алгоритм ведения пациентов с внебольничной пневмонией». Уровень больничной летальности при пневмонии вырос с 0,97% в 2016 году до 1,3% в 2017 году.

Основные показатели работы пульмонологической службы отражены в таблице 21.

Таблица 21

Основные показатели работы пульмонологической службы Свердловской области в 2015–2017 годах

Номер строки	Показатель	2015 год	2016 год	2017 год
1	2	3	4	5
1.	Количество коек, всего, единиц	402	404	406
2.	Численность врачей-пульмонологов, всего, человек	69	70	67

1	2	3	4	5
3.	Обеспеченность врачами-пульмонологами, число врачей на 10 тыс. человек населения	0,2	0,2	0,2
4.	Заболеваемость болезнями органов дыхания, случаев на 1000 человек населения, всего	370,6	377,6	398,3
5.	в том числе среди взрослых	182,7	188,8	198,5
6.	среди детей	1131,2	1115,3	1155,5
7.	Первичная заболеваемость болезнями органов дыхания, случаев на 1000 человек населения	330,0	339,0	354,4
8.	Заболеваемость хронической обструктивной болезнью легких, случаев на 1000 человек населения	5,9	5,0	5,3
9.	Первичная заболеваемость хронической обструктивной болезнью легких, случаев на 1000 человек населения	0,7	0,7	0,6
10.	Заболеваемость пневмонией, случаев на 1000 человек населения	5,3	5,5	5,2
11.	Смертность от болезней органов дыхания, на 100 тыс. человек населения, всего	46,8	45,1	41,2
12.	Смертность от пневмонии, на 100 тыс. человек населения	21,5	18,7	16,9
13.	Смертность от хронической обструктивной болезни легких, на 100 тыс. человек населения	18,9	17,3	17,2
14.	Больничная летальность от болезней органов дыхания, процентов	0,96	0,97	1,0
15.	Больничная летальность от пневмонии, процентов	1,56	1,41	1,3
16.	Больничная летальность от хронической обструктивной болезни легких, процентов	5,39	6,53	7,1

Глава 9. Болезни органов пищеварения

После роста общей заболеваемости болезнями органов пищеварения в 2013–2016 годах (на 31,6% с 2013 по 2016 год) в 2017 году этот показатель снизился на 7% и составил 92,7 случая заболевания на 1000 человек населения (в 2016 году – 99,7 случая). Показатель первичной заболеваемости сократился на 47,3% и вернулся к уровню 2015 года – 27,5 случая на 1000 человек населения (рисунок 14). 31% всех случаев заболеваний органов пищеварения составляют болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, болезни аппендикса и брюшины, не учитывавшиеся отдельно до 2016 года, что и обеспечило существенный рост уровня общей и первичной заболеваемости. Наблюдается снижение за 5 лет (с 2013 по 2017 год) заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки как общей (на 11,4%), так и первичной (на 12,5%). При болезнях печени и поджелудочной железы, напротив, отмечается рост уровня заболеваемости, что обусловлено повышением уровня диагностических возможностей при этих заболеваниях. В то же время снижается смертность от болезней печени (таблица 22).

Доля больных, состоящих на диспансерном учете, увеличилась на 1,46%, в основном за счет охвата диспансерным наблюдением пациентов с болезнями печени и поджелудочной железы.

Смертность от заболеваний органов пищеварения (включая абдоминальную хирургическую патологию) за 2013–2017 годы увеличилась на 8,6%, а за 2017 год – на 16,7% (в 2013 году – 71,0 случая смерти на 100 тыс. человек населения, в 2016 году – 81,9 случая, в 2017 году – 95,6 случая).

**Общая и первичная заболеваемость болезнями органов пищеварения
в 2013–2017 годах, на 1000 человек населения**



Рис. 14

Таблица 22

Показатели заболеваемости болезнями органов пищеварения в 2013–2017 годах

Номер строки	Показатели	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Общая заболеваемость, на 1000 человек населения в том числе по ведущим нозологическим формам	70,4	95,4	85,4	99,7	92,7
2.	язва желудка и двенадцатиперстной кишки	6,1	5,9	5,7	5,4	5,4
3.	гастрит и дуоденит	20,4	20,6	20,6	21,1	24,9
4.	болезни печени	3	3,1	3,3	3,5	3,7
5.	болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей	14,4	14,3	13,9	13,5	13,9
6.	болезни поджелудочной железы	8,7	9,4	10,3	10,1	11,6
7.	Первичная заболеваемость, на 1000 человек населения в том числе по ведущим нозологическим формам	20,4	33,1	26,8	40,5	27,5
8.	язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,8	0,7	0,9	0,8	0,7
9.	гастрит и дуоденит	4,1	3,7	3,5	3,6	3,7
10.	болезни печени	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
11.	болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей	3,7	3,6	3,2	3,4	3,4
12.	болезни поджелудочной железы	1,6	1,6	1,8	1,9	0,8

Больничная летальность по классу болезней органов пищеварения в 2017 году по сравнению с 2016 годом снизилась на 1,8% и составила 2,71% от числа выбывших из стационара пациентов данного профиля (таблица 23). Основной причиной больничной летальности являются болезни печени в терминальной стадии как результат развития и осложнения гепатитов вирусной и невирусной (алкогольной) природы, которыми пациенты заболели 15–20 лет назад, в 90-е годы.

**Основные причины больничной летальности по классу болезней органов пищеварения
в 2017 году**

Номер строки	Наименование заболевания	Больничная летальность (процентов)
1.	Болезни органов пищеварения, всего в том числе:	2,71
2.	язва желудка и двенадцатиперстной кишки	7,7
3.	болезни печени	16,14
4.	болезни поджелудочной железы	1,53

Глава 10. Злокачественные новообразования

В 2017 году в Свердловской области было зарегистрировано 18 452 новых случая ЗН, из них в 1595 случаях диагноз установлен посмертно. Показатель заболеваемости на 100 тыс. человек населения составил 426,4 случая. За период с 2008 по 2017 год уровень заболеваемости ЗН увеличился с 357,6 до 426,5 на 100 тыс. человек населения, или на 19,3%, а смертности от них – с 217,1 до 223,5 случая на 100 тыс. человек населения, или на 2,9% (рисунок 15).

**Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований
в Свердловской области в 2008–2017 годах**

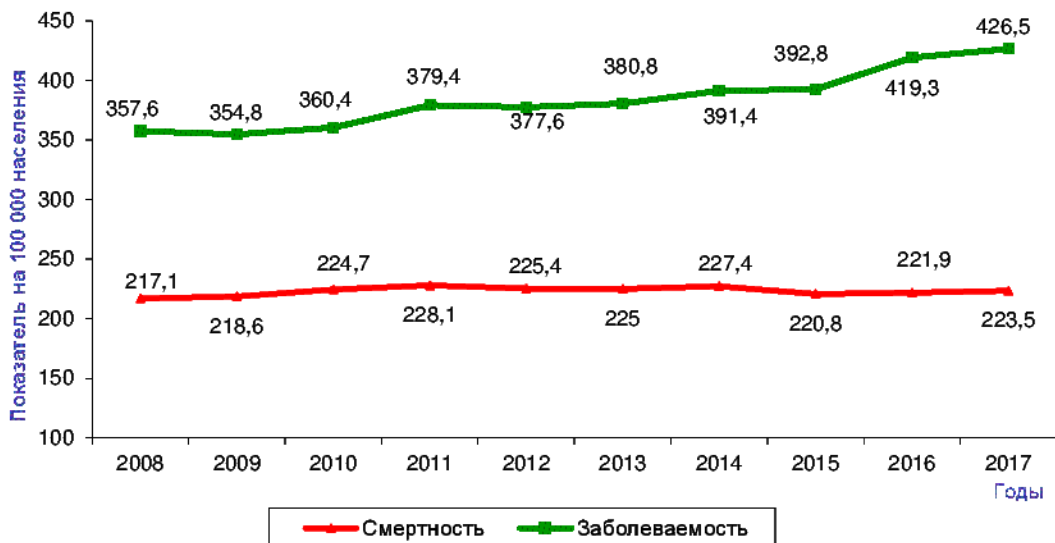


Рис. 15

При увеличении заболеваемости наблюдается стабилизация смертности от ЗН, показателя одногодичной смертности (таблица 24). Растет показатель пятилетней выживаемости больных после оперативного и консервативного лечения. Соотношение «заболеваемость/смертность» остается стабильным и составляет 1,9. При этом настораживает высокая доля онкозаболеваний, выявленных в последней, IV стадии (24,4%, что выше, чем в 2016 году, на 19%), что ставит перед здравоохранением задачу улучшения качества диспансеризации и профилактических осмотров, повышения онкологической настороженности врачебного и сестринского персонала.

**Динамика основных показателей, характеризующих онкологическую ситуацию
в Свердловской области, в период с 2013 по 2017 год**

Номер строки	Показатели	2013 год	2016 год	2017 год	Изменение в процентах к уровню 2013 года
1.	Заболеваемость, случаев на 100 тыс. человек населения	380,8	419,3	426,5	+12,0
2.	Смертность, случаев на 100 тыс. человек населения	225,0	221,9	223,5	+0,7
3.	Одногодичная смертность, процентов	22,0	23,1	24,1	+9,5
4.	Пятилетняя выживаемость, процентов	55,7	56,9	57	+2,3
5.	Выявляемость злокачественных новообразований в IV стадии, процентов	19,7	20,5	24,4	+23,9
6.	Выявляемость злокачественных новообразований в I–II стадиях, процентов	54,4	55,8	55,5	+2,0

Наиболее высокий уровень заболеваемости ЗН зарегистрирован в МО город Алапаевск (572,2 случая на 100 тыс. человек населения), Асбестовском ГО (569,9), Североуральском ГО (568,9), Полевском ГО (520,3 случая) (таблица 25). В 2017 году наибольший рост заболеваемости был отмечен в следующих МО: ГО Сухой Лог – на 25,9%, Полевском ГО – на 19,6%, «ГО «Город Лесной» – на 16,4%, ГО Карпинск – на 15,1%.

Таблица 25

**Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями в некоторых
муниципальных образованиях в 2016–2017 годах**

(на 100 тыс. человек населения)

Номер строки	Муниципальное образование	2016 год	2017 год	Изменение в процентах к уровню 2016 года
1.	МО город Алапаевск	521,1	572,2	9,8
2.	Асбестовский ГО	501,3	569,9	13,6
3.	Верхнесалдинский ГО	427,6	457,8	7,0
4.	ГО Карпинск	436,7	502,7	15,1
5.	Кировградский ГО	505,5	511,1	1,1
6.	«ГО «Город Лесной»	419,3	488,4	16,4
7.	ГО Первоуральск	444,9	474,1	6,5
8.	Полевской ГО	434,9	520,3	19,6
9.	Североуральский ГО	528,9	568,9	7,5
10.	ГО Сухой Лог	407,3	512,9	25,9
11.	По Свердловской области	419,3	426,4	1,6

В 2017 году на 16% увеличилось число вновь зарегистрированных больных ЗН полости рта (253 случая, в 2016 году – 218 случаев), пищевода – на 15% (182 случая, в 2016 году – 158 случаев), молочной железы – на 11% (1946 случаев, в 2016 году – 1752 случая), кожи – на 9,4% (2049 случаев, в 2016 году – 1879 случаев).

Сократилось число больных раком печени на 11% (в 2017 году – 173 человека, в 2016 году – 193 человека), поджелудочной железы – на 11% (в 2017 году – 429 человек, в 2016 году – 842 человека), тела матки – на 3,2% (в 2017 году – 717 человек, в 2016 году – 740 человек), желудка – на 2,5% (в 2017 году – 950 человек, в 2016 году – 974 человека). Не изменилось число больных меланомой, ЗН глотки, костей, шейки матки.

В структуре заболеваемости мужского населения первое место занимают ЗН легких (18,9%), второе – предстательной железы (14,1%), третье – кожи (8,7%).

В структуре заболеваемости женского населения первое место занимают ЗН молочной железы (19,4%), второе – кожи (13,2%), третье – ободочной кишки (7,7%).

Из общего числа вновь зарегистрированных больных ЗН 23% выявлены при профилактических осмотрах (в 2016 году – 26,1%, в 2015 году – 30%), 57% больных состоят на учете 5 лет и более (в 2016 году – 56,9%). Ежегодно из числа впервые выявленных больных с ЗН, подлежащих радикальному лечению (пациенты с I, II и III стадиями), 70% заканчивают радикальное лечение и переходят в диспансерную группу.

В 2017 году из общего количества больных ЗН, взятых на учет, у 55,5% установлены I и II стадии заболевания (в 2016 году – 55,8%), III стадия – у 17,1% (в 2016 году – 18,4%). Улучшились показатели выявления больных в I–II стадиях при ЗН ободочной кишки, поджелудочной железы, гортани, молочной железы, шейки матки (таблица 26). Число больных с IV стадией ЗН за 5 лет увеличилось с 18,8% в 2012 году до 24,4% в 2017 году. Для наиболее распространенных опухолей доля поздней диагностики превышает 50%.

Таблица 26

Динамика выявления больных некоторыми локализациями ЗН на I–II стадиях заболевания в 2015–2017 годах

Номер строки	Локализация ЗН	(процентов)		
		2015 год	2016 год	2017 год
1.	Ободочная кишка	37,7	39,6	45,0
2.	Поджелудочная железа	15,7	14,6	18,6
3.	Молочная железа	65,7	66,7	68,2
4.	Шейка матки	52,6	55,6	57,2

В структуре онкологической смертности первое место занимают ЗН легких (18,2%), второе – желудка (8,8%), третье – ободочной кишки и молочной железы (7,9%), четвертое – прямой кишки (6,3%).

Смертность от ЗН снизилась в городе Нижний Тагил, Бисертском ГО, ГО Карпинск, ГО Верхняя Пышма. Однако в ряде территорий отмечен рост онкологической смертности.

Доля умерших в течение первого года после постановки диагноза ЗН наиболее высока в ГО Рефтинский (57,8%), Слободо-Туринском МР (53,8%), Белоярском ГО (51%), ГО Верхотурский (46,3%), ГО Краснотурьинск (45,2%), Ачитском ГО (38,5%), Ивдельском ГО (38,5%), Горноуральском ГО (33,3%), Тугулымском ГО (33,3%), ГО Карпинск (32,1%), по Свердловской области этот показатель составляет 24,1%.

Наиболее проблемными по основным показателям, характеризующим работу по выявлению, диагностике, соблюдению принципов ведения онкологических больных, являются МО Алапаевское и МО город Алапаевск, Шалинский ГО, Арамилский ГО, Сысертский ГО, Верхнесалдинский ГО, Североуральский ГО, Малышевский ГО (таблица 27).

Муниципальные образования, в которых отмечен рост онкологической смертности населения в 2017 году

(на 100 тыс. человек населения)

Номер строки	Муниципальное образование	Показатели смертности		Изменение в процентах к уровню 2016 года
		2016 год	2017 год	
1.	МО город Алапаевск	228,5	349,3	52,8
2.	Арамильский ГО	178,5	249,4	39,7
3.	Асбестовский ГО	264,7	271,5	2,6
4.	Верхнесалдинский ГО	153,3	193,7	26,3
5.	МО «город Екатеринбург»	196,4	207,6	5,7
6.	Город Каменск-Уральский	259,8	268,0	3,1
7.	Малышевский ГО	250,9	291,2	16,0
8.	Североуральский ГО	247,4	288,1	16,4
9.	Талицкий ГО	230,9	241,5	4,5
10.	Сысертский ГО	181,6	234,7	29,2
11.	Шалинский ГО	157,4	236,5	50,2

В целом по Свердловской области продолжается увеличение численности контингентов диспансерных больных, что свидетельствует об общей эффективности проводимых онкологической службой и общей лечебной сетью мероприятий (рисунок 16).

**Количество онкологических больных, состоящих на диспансерном учете, впервые взятых на диспансерный учет и умерших от ЗН в 2013–2017 годах
(по данным ГБУЗ СО «СООД»)**

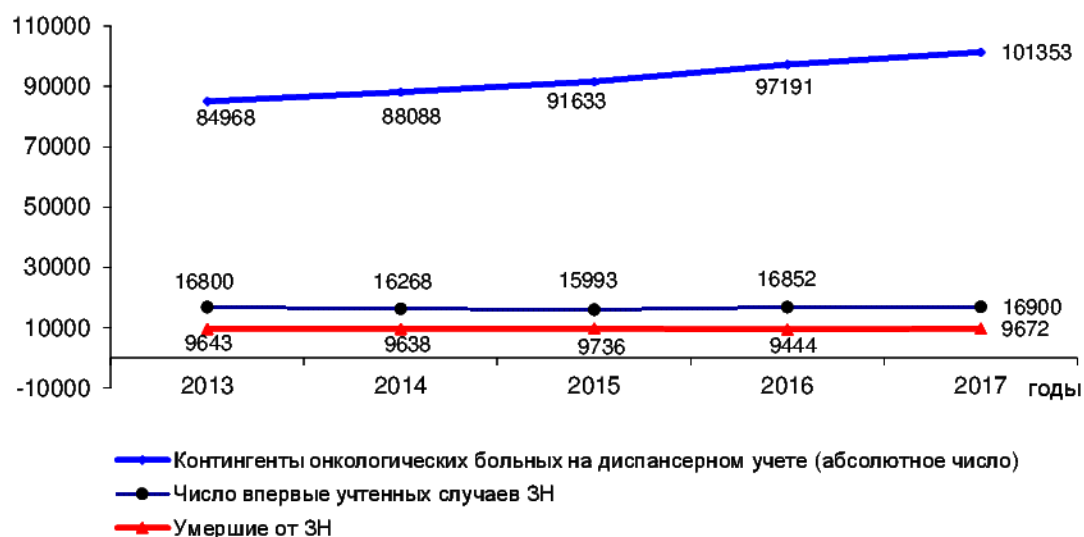


Рис. 16

Глава 11. Травмы и отравления

В 2017 году в Свердловской области абсолютное число травм составило 386 050, что на 0,4% выше, чем в 2016 году (384 375). Уровень травматизма составил 89,2 случая на 1000 человек населения (выше уровня 2016 года (88,8) на 0,5%). Травмы, полученные

взрослым населением (старше 18 лет), составили 77,3% от общего числа травм, детьми (до 17 лет включительно) – 22,7% (таблица 28, рисунок 17).

Таблица 28

Динамика травматизма среди населения Свердловской области в 2013–2017 годах

(абсолютные значения)						
Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Количество травм в том числе	410 315	386 725	390 241	384 375	386 050
2.	у мужчин	187 772	177 393	173 369	302 700	298 501
3.	у женщин	144 629	134 540	139 228		
4.	у детей	77 914	74 792	77 644	81 675	87 549
5.	Количество травм на 1000 человек населения	95,1	93,1	90,01	88,8	89,2

С 2013 года отмечается тенденция к снижению уровня травматизма в Свердловской области (рисунок 17), структура травматизма остается неизменной.

Уровень травматизма населения Свердловской области в 2013–2017 годах (на 1000 человек населения)

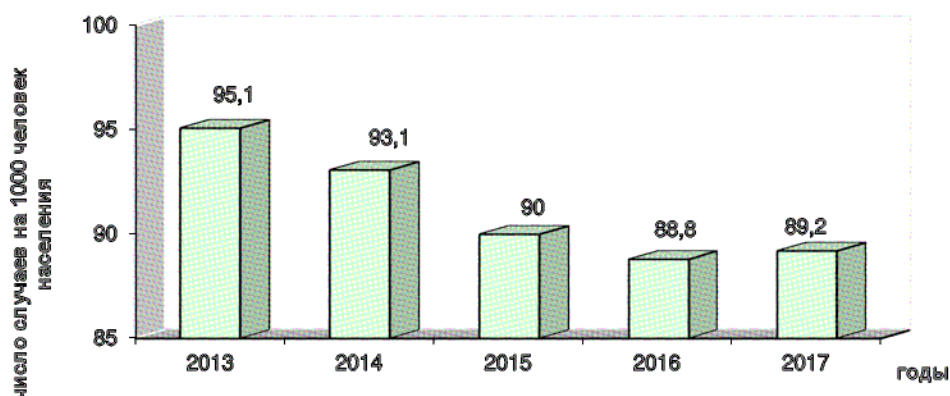


Рис. 17

В 2017 году в структуре травматизма доля бытового травматизма составила 57,8% (в 2016 году – 57,7%), на втором месте – уличные нетранспортные травмы (8,4%, в 2016 году – 17,8%); травмы, связанные с производством, составляют 1,1% (в 2016 году – 1,4%) (рисунок 18).

Основными причинами производственного травматизма являются неудовлетворительная организация производства работ (22,8%), нарушение требований безопасности (17,8%), неудовлетворительное техническое состояние зданий, территорий (5,8%).

Структура травматизма в Свердловской области, в процентах

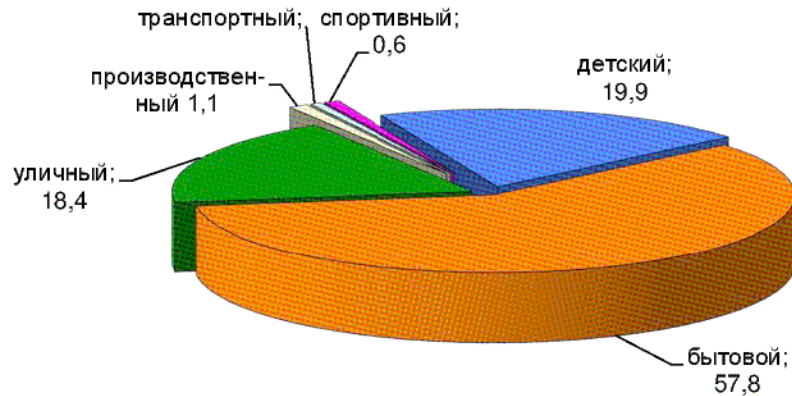


Рис. 18

В 2017 году в Свердловской области было зафиксировано 5542 случая острых отравлений, что меньше, чем в 2016 году (5967), и меньше, чем в 2010 году (6657). Показатель заболеваемости острыми отравлениями составил 133,7 случая на 100 тыс. жителей, что на 9% ниже уровня 2016 года (147,0) и ниже среднего показателя по Свердловской области за последние 5 лет на 10% (149,1) (рисунок 19). Было зафиксировано 1139 случаев острых отравлений у детей до 17 лет (20,7%, в 2016 году – 1237 случаев, или 20,7%). В 2017 году зарегистрировано 756 случаев смерти от острых отравлений в быту (в 2016 году – 669 случаев). Смертность от острых отравлений в быту в 2017 году составила 18,2 случая на 100 тыс. жителей, что выше уровня 2016 года (16,5) на 10%.

Динамика показателя заболеваемости острыми отравлениями населения Свердловской области в 2013–2017 годах

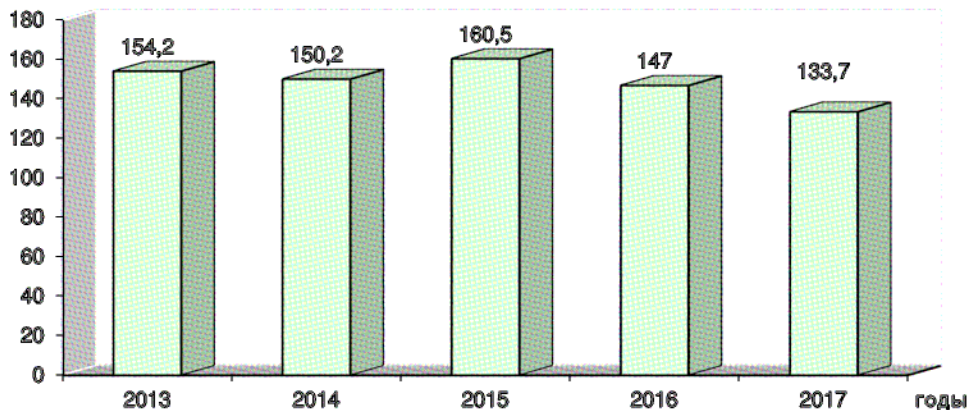


Рис. 19

По сравнению с 2016 годом на 11% увеличился интенсивный показатель отравлений наркотиками, по всем остальным группам отравлений отмечается снижение уровней показателей.

Из общего числа случаев острых бытовых отравлений 19,6% (1085 человек) – это отравления с суицидальной целью, 24,1% (1334 человека) – с целью получения эффекта наркотического опьянения, токсикомания, 23,4% (1297 человек) – отравления с целью алкоголизации. Таким образом, 67,1% случаев бытовых отравлений возникает в результате умышленного употребления продукта, вызвавшего отравление.

Распределение острых бытовых отравлений по возрастным группам в 2015–2017 годах остается практически неизменным, наибольшее число случаев (72,3%) регистрируется у лиц трудоспособного возраста.

По возрастным группам острые отравления в быту распределились следующим образом: до 14 лет – 824 человека (15%), 15–17 лет – 315 человек (5,7%), 18–35 лет – 1839 человек (33,2%), 36–54 года – 1602 человека (29%), 55 лет и старше – 962 человека (17,3%).

Отравления среди женщин (1894 человека, или 34,2%) регистрировались в 1,9 раза реже, чем у мужчин (3648 человек, или 65,8%).

Первое место в структуре отравлений в 2017 году занимают лекарственные препараты (44,7%), далее следуют отравления алкоголем (22,8%), товарами бытовой химии (13%), наркотиками (9%), пищевыми продуктами (в том числе уксусной кислотой) – 4,5%.

Ведущее место в структуре причин смерти от отравлений занимают алкоголь – 44,4% (336 человек), препараты бытовой химии – 22,1% (167 человек), наркотики – 7,3% (55 человек), неуточненные вещества – 16,5% (125 человек), уксусная кислота – 4,2% (32 человека), медикаменты – 5% (36 человек).

От суицидальных попыток в 2017 году погибли 44 из 1085 человек (в 2016 году – 36 из 1147), или 4% от пытавшихся покончить жизнь самоубийством, в том числе 14 человек, или 32%, употребляли уксусную кислоту, 19 человек, или 43,2%, применяли лекарственные препараты.

Уровень заболеваемости острыми отравлениями по сравнению со среднеобластным превышен в Артинском ГО (222,4 случая на 100 тыс. человек населения), ГО Среднеуральск (184,6), городе Каменске-Уральском (171,3), городе Нижний Тагил (187,5), Кушвинском ГО (230,1), ГО Верхняя Тура (152,1), МО «город Екатеринбург» (167,3).

Высокий уровень смертности от острых отравлений в быту зарегистрирован в Ирбитском МО (62,2 случая на 100 тыс. человек населения), Кушвинском ГО (53,1), ГО Верхняя Тура (54,3), Полевском ГО (49,7), Серовском ГО (52), Сосьвинском ГО (76,8), Артинском ГО (57,4), городе Нижний Тагил (46,1), Белоярском ГО (52), ГО Рефтинский (60,2), поселке Верхняя Синячиха (54,1), ГО Среднеуральск (47,2), ГО Верхотурский (49,3).

Глава 12. Социально значимые заболевания

Параграф 1. Туберкулез

Основные показатели заболеваемости и распространенности туберкулеза среди населения Свердловской области в 2017 году улучшились. Общее число зарегистрированных случаев заболевания туберкулезом в 2017 году уменьшилось на 606 и составило 3147. Снижение числа заболевших туберкулезом произошло за счет уменьшения регистрации случаев туберкулеза у иностранных граждан и лиц без определенного места жительства. Показатель заболеваемости туберкулезом в 2017 году составил 72,7 случая на 100 тыс. человек населения, что на 16,1% ниже значений 2016 года (86,7 случая) (таблица 29).

Показатель распространенности туберкулеза на территории Свердловской области снизился в 2017 году по сравнению с 2016 годом на 6,7% – с 194,9 до 181,8 случая на 100 тыс. населения, распространенность наиболее эпидемиологически опасных бациллярных форм туберкулеза уменьшилась до 73,2 на 100 тыс. населения (в 2016 году – 78,3). В то же время ситуация среди населения Свердловской области характеризуется более высокой по сравнению с таковой в Российской Федерации распространенностью туберкулеза (181,8 и 109,8 случая на 100 тыс. человек населения соответственно) (таблица 29).

Наиболее высокие уровни заболеваемости населения туберкулезом в 2017 году были зарегистрированы в ГО Верх-Нейвинский (159,1), Туринском ГО (138,8), ГО Сухой Лог (131,8), Талицком ГО (114,0), Каменском ГО (106,6), ГО Сухой Лог (131,8), Слободо-Туринском МР (106,9), Новолялинском ГО (101,7), Арамилском ГО (97,6), ГО Дегтярск (93,4), Горноуральском ГО (93,4), Артемовском ГО (90,4).

**Показатели заболеваемости, распространенности, инвалидности и смертности
от туберкулеза в Свердловской области в 2013–2017 годах**

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Заболеваемость, на 100 тыс. человек населения	94,7	92,4	93,2	86,7	72,7
2.	Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет, на 100 тыс. детей 0–14 лет	31,8	20,6	19,2	16,4	15,9
3.	Заболеваемость детей в возрасте 15–17 лет, на 100 тыс. детей 15–17 лет	39,0	25,5	27,0	35,5	29,0
4.	Частота рецидивов, на 100 тыс. человек населения	14,6	15,8	16,2	14,3	14,2
5.	Распространенность, на 100 тыс. человек населения	226,6	218,3	204,8	194,9	181,8
6.	Распространенность туберкулеза с бактериовыделением, на 100 тыс. человек населения	88,3	82,9	82,8	78,3	73,2
7.	Инвалидность, на 100 тыс. человек населения	42,2	37,0	36,0	34,3	37,0
8.	Смертность от туберкулеза, на 100 тыс. человек населения	15,3	15,6	15,5	12,7	9,8
9.	Соотношение «заболеваемость/смертность»	6,2	5,9	6,0	6,8	7,4

Туберкулезом чаще болеют мужчины (69,0%). Пик заболеваемости туберкулезом (61,9% всех случаев заболевания) как у мужчин, так и у женщин в 2017 году пришелся на возрастные группы с 25 до 34 лет (29,1%) и с 35 до 44 лет (32,8%). Социальный состав впервые заболевших туберкулезом в Свердловской области не изменился, доля работающих на момент выявления заболевания в 2017 году составила 21,5%.

Среди всех впервые зарегистрированных в 2017 году случаев заболевания туберкулез органов дыхания составил 98,2%, внелегочные формы туберкулеза – 1,8% (в 2016 году – 98,1% и 1,9% соответственно) от числа новых случаев заболевания (регистрировались поражения мочеполовых органов, костей, суставов и периферических лимфатических узлов). Основными клиническими формами впервые зарегистрированного туберкулеза легких остаются инфильтративный (59,9%), очаговый (11,7%) и диссеминированный (8,9%).

Общая частота рецидивов туберкулеза на территории Свердловской области уменьшилась в 2017 году до 14,2 случая на 100 тыс. человек населения (в 2016 году – 14,3), среди них доля бактериовыделителей составила 45,4% (в 2016 году – 41,4%).

На территории Свердловской области имеется высокая концентрация учреждений ГУФСИН (система ГУФСИН является одной из самых крупных в стране, включает 37 колоний и следственных изоляторов). В 2017 году показатель заболеваемости туберкулезом без учета лиц, находившихся в учреждениях ГУФСИН, составил 65,4 случая на 100 тыс. человек населения (в 2016 году – соответственно 76,5 случая на 100 тыс. человек населения и 11,8%), что на 14,5% ниже совокупного показателя 2017 года, составляющего 72,7 случая на 100 тыс. человек населения.

В Свердловской области эпидемиологическая ситуация по туберкулезу осложняется развивающейся быстрыми темпами эпидемией ВИЧ-инфекции. Абсолютное число впервые выявленных больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией снизилось с 1307 человек

в 2016 году до 1119 человек в 2017 году. До 35,6% увеличилась доля лиц с ВИЧ среди впервые взятых на учет больных туберкулезом (в 2016 году – 34,8%). В 2017 году показатель заболеваемости туберкулезом без учета лиц с ВИЧ-инфекцией снизился по отношению к 2016 году и составил 46,9 случая на 100 тыс. человек населения.

Начиная с 2013 года отмечается снижение показателя заболеваемости туберкулезом детского населения. В 2016 году показатель заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет составлял 16,4 случая на 100 тыс. детей, в 2017 году – 15,9 случая (таблица 29). Заболеваемость туберкулезом подростков снизилась на 18,3% (с 35,5 случая в 2016 году до 29,0 случая в 2017 году на 100 тыс. подросткового населения) (таблица 29).

Заболеваемость туберкулезом взрослых контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции составила в 2017 году 246,6 случая на 100 тыс. контактных лиц (в 2016 году – 267,9).

На 18,8% уменьшилось количество больных фиброзно-кавернозным туберкулезом среди впервые взятых на учет (с 32 человек в 2016 году до 26 человек в 2017 году).

В 2017 году на 29,4% уменьшилось количество иностранных граждан, заболевших туберкулезом (в 2016 году – 109 человек, в 2017 году – 77 человек), но увеличилось число лиц без определенного места жительства среди впервые выявленных больных туберкулезом (с 78 человек в 2016 году до 81 человека в 2017 году).

Показатель заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам соответствует показателю 2016 года – 9,8 случая на 100 тыс. человек населения. Распространенность этих форм туберкулеза возросла с 41,2 случая в 2016 году до 44,3 случая на 100 тыс. человек населения в 2017 году, что свидетельствует об улучшении бактериологической диагностики туберкулеза. Об удовлетворительном качестве работы бактериологических лабораторий свидетельствует и увеличение значения соотношения численности впервые выявленных больных, выделяющих микобактерии туберкулеза, и больных с деструкцией легочной ткани: 1,43 в 2017 году и 1,26 в 2016 году.

Показатель общей инвалидности по туберкулезу увеличился с 34,3 случая в 2016 году до 37,0 случая на 100 тыс. человек населения в 2017 году. Доля инвалидов в структуре впервые выявленных больных туберкулезом составила в 2017 году 3,9% (в 2016 году – 2,7%).

Смертность населения Свердловской области от туберкулеза составила в 2017 году 10,3 случая на 100 тыс. человек населения (в 2016 году – 12,7 случая). Среди умерших от туберкулеза 68,4% составили лица в трудоспособном возрасте, что ниже уровня 2016 года (77,1%). Соотношение «заболеваемость/смертность» в 2017 году составило 7,4 (в 2016 году – 6,8).

Уменьшилось количество умерших больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза: в 2017 умерли 558 человек, в 2016 году – 635 человек. Число умерших от туберкулеза в течение первого года наблюдения после установления диагноза в 2017 году составило 62 человека, или 2,5% от числа впервые выявленных больных туберкулезом (в 2016 году – 87 человек, или 3,0%).

В 2015 году в Свердловской области был осуществлен переход к ежегодным флюорографическим осмотрам населения (до 2015 года граждане осматривались 1 раз в 2 года), что привело к увеличению охвата осмотренных методом рентгенофлюорографии – 87,5% в 2017 году. Охват детей в 2017 году туберкулинодиагностикой составил 92,5%. Охват населения всеми видами профилактических осмотров в 2017 году составил 89,6%.

Сохраняются высокими показатели, характеризующие организацию выявления туберкулеза: доля выявленных при профилактических осмотрах больных туберкулезом в 2017 году составила 61,0%, в 2016 году – 63,6%.

В 2017 году много внимания уделялось активному выявлению туберкулеза методом рентгенофлюорографии органов грудной клетки среди групп риска, неорганизованного населения, особенно лиц, не осмотренных в течение двух и более лет, а также сельских жителей: выявляемость туберкулеза среди неорганизованного населения в 2017 году составила 1,6 случая на 1000 осмотренных с профилактической целью (в 2016 году – 1,6), среди сельских жителей – 1,3 (в 2016 году – 1,3 на 1000 осмотренных с профилактической целью).

Параграф 2. ВИЧ-инфекция

В Свердловской области распространение ВИЧ-инфекции носит генерализованный характер. На 01.01.2018 зарегистрировано 94 569 случаев ВИЧ-инфекции (в 2016 году – 87 556 случаев), на диспансерном учете состояли 58 716 пациентов, или 86,3% от числа подлежащих диспансерному наблюдению, в том числе 5944 пациента, находящихся в ГУФСИН. Умерли в течение 2017 года 2035 человек. Показатель смертности составил 47,0 случая на 100 тыс. человек населения.

Число вновь выявленных ВИЧ-инфицированных составило 6875 человек, из них 68 – иностранные граждане.

Пораженность ВИЧ-инфекцией (число живых ВИЧ-инфицированных) составила 1629,0 случая на 100 тыс. человек населения. В 2017 году вновь выявлено 6807 ВИЧ-инфицированных граждан Российской Федерации, показатель заболеваемости составил 157,2 случая на 100 тыс. человек населения, что на 0,76% ниже уровня 2016 года (158,4).

Случаи ВИЧ-инфекции регистрируются на всей территории Свердловской области. Наиболее высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции (более 3%) отмечается в 6 МО: Кировградском ГО (4116,6 случая на 100 тыс. человек населения), Североуральском ГО (3973,2), Полевском ГО (3613,0), ГО Первоуральск (3321,0), ГО Верхний Тагил (3309,6), ГО Сухой Лог (3073,0); в 17 МО уровень распространенности ВИЧ-инфекции более 2%.

За 2017 год на наличие антител к ВИЧ-инфекции был обследован 1 190 751 гражданин Российской Федерации, или 27,5% населения Свердловской области (с учетом экспресс-тестирования на ВИЧ), что на 10,4% больше, чем в 2016 году (24,9%). Показатель выявляемости составил 770,3 случая на 100 тыс. обследованных в скрининге, что ниже уровня 2016 года (794,9) на 3,1%. Выявляемость ВИЧ-инфекции в группах риска значительно превышала показатель выявляемости среди всего населения.

Наиболее высокий показатель выявляемости отмечен среди потребителей инъекционных наркотиков – 5720,3 случая на 100 тыс. обследованных в этой группе населения, что в 7,4 раза превышает выявляемость среди всего населения (770,3). Среди больных заболеваниями, передающимися половым путем, показатель выявляемости в целом по Свердловской области составил 2828,6 случая на 100 тыс. обследованных, что в 3,7 раза выше, чем среди всего населения.

Среди лиц, обследованных по так называемому «коду 120» (половые партнеры ВИЧ-инфицированных, партнеры по внутривенному ведению наркотиков, медицинские контакты при аварийных ситуациях, дети с перинатальным контактом), выявляемость составила 735,9 случая на 100 тыс. обследованных, что в 4,8 раза выше, чем среди всего населения.

Каждый пятый из числа обследованных добровольно был обследован по клиническим показаниям, выявляемость составила 1173,5 случая на 100 тыс. обследованных, что в 1,5 раза превышает среднеобластной уровень. Из числа выявленных и добровольно обследованных в 2017 году у 38% установлены поздние стадии заболеваний (4А, 4Б, 4В).

В эпидемический процесс ВИЧ-инфекции вовлечены все социальные и возрастные группы населения: 68,9% ВИЧ-инфицированных, выявленных за 2017 год, – это люди в возрасте 20–39 лет; обращает на себя внимание снижение в сравнении с 2016 годом удельного веса среди вновь выявленных доли лиц в возрастной группе 30–39 лет (с 47,3% в 2016 году до 46,3% в 2017 году) и возрастной группе 20–29 лет (с 24,9% в 2016 году до 22,6% в 2017 году).

В 2017 году в структуре путей передачи ВИЧ-инфекции половой путь составил 54,9% (в 2016 году – 52,3%), инфицирование в связи с внутривенным потреблением наркотических средств – 40,8% (в 2016 году – 43,6%). Среди женщин на первом месте – половой путь передачи (в 2017 году – 77,6%, в 2016 году – 73,8%); среди мужчин – наркотический путь передачи (в 2017 году – 55,0%, в 2016 году – 54,8%).

С каждым годом среди ВИЧ-инфицированных увеличивается доля женщин. В 2017 году она составила 38,8% от всех зарегистрированных случаев (2670 зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции), из них 68,9% (1840 человек) – женщины детородного возраста. Это приводит к возможности реализации вертикального пути передачи вируса от ВИЧ-инфицированной матери ребенку. Всего в Свердловской области за период регистрации ВИЧ-инфекции родилось 17 632 ребенка от ВИЧ-инфицированных матерей, в том числе в 2017 году – 1388 детей. За весь период наблюдения 1013 детям установлен диагноз «ВИЧ-инфекция» (5,8%).

С 2015 по 2017 год отмечена стабилизация показателей смертности и летальности ВИЧ-инфицированных пациентов. По состоянию на 31.12.2017 кумулятивно (с 1990 года) по разным причинам умерли 19 517 ВИЧ-инфицированных, в том числе от ВИЧ-инфекции – 8245 человек (42,2%), от других причин – 11 272 человека (57,8%). За 2017 год умерло 2035 человек, в том числе от ВИЧ-инфекции – 1043 человека (51,2%), от туберкулеза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией, – 526 человек (50,4%), от других причин – 517 человек (49,6%).

Параграф 3. Психические расстройства

В 2017 году в Свердловской области было зарегистрировано 109 977 больных с психическими расстройствами – 2,6% от всего населения Свердловской области, из них 19 699 детей, или 2,6% от детского населения, 5735 подростков, или 5% от подросткового населения. По сравнению с 2014 годом количество зарегистрированных больных увеличилось на 4,9%, а с 2016 годом – на 2,5% (таблица 30).

Таблица 30

Количество зарегистрированных больных с психическими расстройствами в Свердловской области в 2013–2017 годах

Номер строки	Год	Абсолютное число			Процент от населения		
		всего	дети	подростки	всего	дети	подростки
1.	2013	103 551	16 836	4970	2,5	2,6	4,2
2.	2014	104 858	17 525	5053	2,5	2,6	4,6
3.	2015	106 923	17 923	5253	2,6	2,6	4,8
4.	2016	107 272	18 629	5358	2,6	2,6	5,0
5.	2017	109 977	19 699	5735	2,6	2,6	5,3

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации с 2011 года ежегодно снижается (на 9,5% за 6 лет). В Свердловской области он нестабилен, но имеет тенденцию к росту. В 2017 году показатель увеличился на 0,4% и составил 300,1 случая на 100 тыс. человек населения (в 2016 году – 299,0, в 2015 году – 262,1), что выше среднего показателя по Российской Федерации (в 2016 году – 296,7) и ниже, чем по УрФО (324,3). На 6,2% вырос показатель первичной заболеваемости у подростков (15–17 лет) – 785,3 случая на 100 тыс. подростков (в 2016 году – 739,2, в 2015 году – 579,4), на 6,8% – у взрослых (216,5 случая на 100 тыс. человек населения в 2017 году, 202,6 случая – в 2016 году). На 12,2% снизилась первичная заболеваемость среди детей 0–14 лет – 593,2 случая на 100 тыс. человек детского населения (в 2016 году – 675,5, в 2015 году – 517,7) (таблица 31).

В 2017 году при сохраняющейся тенденции постепенного роста количества пациентов с впервые в жизни установленными диагнозами психических расстройств снизились показатели первичной заболеваемости психозами на 0,3%, умственной отсталостью – на 2,7% и вырос показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера на 0,9%.

Динамика первичной заболеваемости, в том числе детей и подростков

(на 100 тыс. человек соответствующей возрастной группы)

Номер строки	Год	Всего		Дети	Подростки	Взрослые
		Свердловская область	Российская Федерация	Свердловская область	Свердловская область	Свердловская область
1.	2011	273,4	335,5	459,4	367,7	236,0
2.	2012	268,7	328,3	498,8	430,4	220,6
3.	2013	257,8	319,9	503,8	487,5	202,9
4.	2014	281,5	311,0	600,4	625,2	206,9
5.	2015	262,1	300,9	517,7	579,4	199,1
6.	2016	299,0	296,7	675,5	739,2	202,6
7.	2017	300,1	н/д	593,2	785,3	216,5

В 2017 году в структуре первичной заболеваемости по сравнению с 2016 годом значительных изменений не произошло: доля психотических расстройств составила 20,1% (в 2016 году – 20,3%), психических расстройств непсихотического характера – 72,6% (в 2016 году – 72,2%), доля умственной отсталости – 7,3% (в 2016 году – 7,5%) (таблица 32).

Таблица 32

Структура первичной заболеваемости психическими расстройствами в 2013–2017 годах

Номер строки	Год	Психозы			Непсихотические психические расстройства			Умственная отсталость		
		абсолютное число	на 100 тыс. человек населения	процентов	абсолютное число	на 100 тыс. человек населения	процентов	абсолютное число	на 100 тыс. человек населения	процентов
1.	2013	2973	71,8	27,9	6900	166,7	64,7	796	19,2	7,5
2.	2014	3039	73,3	26,0	7769	187,3	66,5	868	20,9	7,4
3.	2015	2233	53,8	20,5	7819	188,3	71,8	833	20,1	7,6
4.	2016	2532	60,6	20,3	9020	216,0	72,2	936	22,4	7,5
5.	2017	2506	60,4	20,1	9047	217,9	72,6	907	21,8	7,3

С 2012 года регистрируется постепенный рост показателя общей заболеваемости (в 2017 году – 2648,9 случая заболеваний на 100 тыс. человек населения, в 2012 году – 2499,4), с 2013 по 2017 год увеличение составило 5,8%. За этот же период среди подростков заболеваемость увеличилась на 24,3% (в 2017 году – 5267,4 случая на 100 тыс. подростков, в 2013 году – 4236,2). Показатель общей заболеваемости среди детей с 2013 по 2017 год уменьшился на 0,47% (таблица 33). Рост показателей общей заболеваемости за 2017 год среди детей составил 1,9%, среди подростков – 5,5%.

Динамика общей заболеваемости психическими заболеваниями

(на 100 тыс. человек соответствующей возрастной группы)

Номер строки	Год	Всего		Дети		Подростки	
		Свердловская область	Российская Федерация	Свердловская область	Свердловская область		
1.	2012	2499,4	2855,7	2669,1	3965,4		
2.	2013	2503,3	2855,6	2612,4	4236,2		
3.	2014	2528,3	2799,0	2621,3	4558,5		
4.	2015	2557,3	2764,9	2591,8	4823,3		
5.	2016	2568,7	2744,4	2551,6	4994,6		
6.	2017	2648,9	н/д	2600,2	5267,4		

С 2013 года общая заболеваемость расстройствами психотического характера выросла на 1,3%, а по сравнению с 2016 годом – на 1,6% и составила 855,7 случая на 100 тыс. человек населения (таблица 34). По данным 2016 года в Российской Федерации данный показатель составил 757,2 случая на 100 тыс. человек населения, в УрФО – 787,8. Показатель общей заболеваемости психическими расстройствами в Свердловской области на протяжении последних лет также превышает показатели по Российской Федерации и УрФО.

В группе психических расстройств непсихотического характера сохраняется тенденция к росту, с 2013 по 2017 год общая заболеваемость выросла на 12,4%, по сравнению с 2016 годом – на 4,6% (в 2017 году – 1335,4 случая на 100 тыс. человек населения) (таблица 34). В Российской Федерации общая заболеваемость непсихическими расстройствами в 2016 году составила 1389,5 случая на 100 тыс. человек населения, в УрФО – 1577,3 случая на 100 тыс. человек населения.

Показатель общей заболеваемости умственной отсталостью с 2013 по 2017 год снизился на 2,3%, хотя по сравнению с 2016 годом наблюдается его повышение на 1,7% (457,83 случая на 100 тыс. человек населения) (таблица 34). В 2016 году в Российской Федерации общая заболеваемость умственной отсталостью составила 597,6, в УрФО – 621,1 случая на 100 тыс. человек населения, что существенно выше, чем в Свердловской области.

В структуре общей заболеваемости значительных изменений не произошло. Больные с психозами составили 32,3% (в 2016 году – 32,8%), с непсихическими расстройствами – 50,4% (в 2016 году – 49,7%), с умственной отсталостью – 17,5% (в 2016 году – 17,5%).

Таблица 34

Структура общей заболеваемости психическими расстройствами

Номер строки	Год	Психозы			Непсихотические психические расстройства			Умственная отсталость		
		абсолютное число	на 100 тыс. человек населения	про-цент-ов	абсолютное число	на 100 тыс. человек населения	про-цент-ов	абсолютное число	на 100 тыс. человек населения	про-цент-ов
1.	2013	34 965	844,9	33,8	49 185	1188,6	47,5	19 401	468,8	18,3
2.	2014	35 569	857,6	33,9	50 185	1210,0	47,9	19 104	460,6	18,2
3.	2015	35 860	863,6	33,8	51 527	1240,9	48,5	18 806	452,9	17,7
4.	2016	35 184	842,5	32,8	53 290	1276,1	49,7	18 798	450,1	17,5
5.	2017	35 527	885,7	32,3	55 442	1335,4	50,4	19 008	457,8	17,3

В 2017 году под наблюдением психиатров находились 105 347 больных (в 2013 году – 98 738, в 2014 году – 100 440, в 2015 году – 101 323, в 2016 году – 103 335), из них 35 865, или 32,1%, состояли под диспансерным наблюдением (в 2013 году – 42,3%, в 2014 году – 40,3%, в 2015 году – 37,8%, в 2016 году – 33%), 71 482 человека, или 67,9%, получали консультативно-лечебную помощь (в 2013 году – 57,7%, в 2014 году – 59,7%, в 2015 году – 62,2%, в 2016 году – 67%). В 2013–2017 годах происходит сокращение диспансерной группы и расширение группы пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь (таблица 35).

Таблица 35

Динамика показателей диспансерной и консультативной групп наблюдения

Норме строки	Год	Всего состоит под наблюдением на конец года		Из них:			
				диспансерная группа		консультативная группа	
		абсолютное число	на 100 тыс. человек населения	на 100 тыс. человек населения	про- центов	на 100 тыс. человек населения	про- центов
1.	2013	98 738	2386,0	1008,8	42,3	1377,2	57,7
2.	2014	100 440	2421,8	976,7	40,3	1445,1	59,7
3.	2015	101 323	2440,0	923,2	37,8	1516,8	62,2
4.	2016	103 335	2472,5	817,1	33,0	1657,3	67,0
5.	2017	105 347	2537,4	815,7	32,1	1721,7	67,9

В Свердловской области 30 582 человека (в 2013 году – 31 770, в 2014 году – 30 916 человек, в 2015 году – 30 763 человека, в 2016 году – 30 862 человека) имеют группу инвалидности вследствие психических расстройств (таблица 36), в том числе 4572 ребенка. Общее количество инвалидов за 2013–2017 годы снизилось на 3,7%, а с 2016 года – на 0,9%. Показатель инвалидности составил 743,1 случая на 100 тыс. человек населения, инвалидность среди взрослых составила 799,9 случая на 100 тыс. человек взрослого населения, среди детей – 527,6 случая на 100 тыс. детей.

Впервые признаны инвалидами 1232 человека, что на 10% больше, чем в 2016 году, показатель инвалидности составил 29,7 случая инвалидности на 100 тыс. человек населения (таблица 36), или 3,6 на 100 больных, состоящих на диспансерном наблюдении.

Таблица 36

Показатели стойкой утраты трудоспособности по психическим расстройствам в Свердловской области в 2013–2017 годах

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Общее количество инвалидов	31 770	30 916	30 763	30 862	30 582
2.	Первичная инвалидность на 100 больных, состоящих на диспансерном учете	2,1	2,4	3,6	3,3	3,6
3.	Первичная инвалидность на 100 тыс. населения	21,0	23,7	32,9	26,8	29,7

Из общего числа впервые признанных инвалидами 703 (57,1%) – дети (в 2016 году – 51,2%), 49 человек (4,0%) – пациенты, которым была определена III группа инвалидности (в 2015 году – 2,3%) (таблица 37).

С 2013 по 2017 год растет количество детей, которым была определена категория «ребенок-инвалид», увеличение составило 88,4%, по сравнению с 2016 годом количество детей-инвалидов вследствие психических расстройств увеличилось на 22,7%. Показатель первичной инвалидности у детей составляет 81,1 случая на 100 тыс. человек детского населения (в Российской Федерации в 2015 году – 50,5 случая на 100 тыс. человек детского населения).

Таблица 37

Динамика первичной инвалидности

Номер строки	Показатель	(человек)				
		2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Впервые признаны инвалидами из них	870	982	1367	1120	1232
2.	инвалидами III группы	52	52	32	76	49
3.	инвалидами до 17 лет включительно	373	419	480	573	703

В структуре пациентов, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств, 23% составляют пациенты, страдающие шизофренией, 31,5% – умственной отсталостью, 8,5% – больные с хроническими неорганическими психозами и детскими психозами, 2,7% – больные психическими расстройствами вследствие эпилепсии.

В 2017 году на принудительное лечение поступили 717 человек, в том числе на амбулаторное принудительное лечение – 255 (35,6%), на стационарное – 462 (64,4%).

За 2013–2017 годы количество пациентов, поступивших на принудительное лечение, увеличилось на 66%. Доля психиатрических коек, занятых пациентами, находящимися на принудительном лечении, увеличилась в 2012–2017 годах с 9% в 2012 году до 14,5% в 2017 году.

Параграф 4. Наркологические расстройства

На 01.01.2018 в Свердловской области под наблюдением врачей психиатров-наркологов находилось 42 822 человека (в 2016 году – 45 320), что составило 1,03% от всего населения Свердловской области (в 2016 году – 1,0%). У 33 900 человек установлен диагноз наркологического заболевания (79,2% от числа состоящих на учете). У 6746 человек установлен диагноз синдром зависимости от наркотических веществ.

Снижение уровня заболеваемости наркоманией в Свердловской области, установившееся с 2009 года, ежегодно увеличивает темпы. В 2015 году снижение по отношению к предыдущему году составляло 5,5%, в 2016 году – 9,1% (показатель стал ниже среднероссийского), в 2017 году – 12,9% (рисунок 20). Показатель общей заболеваемости наркоманиями в Свердловской области составил 171,3 случая на 100 тыс. человек населения (в 2016 году – 196,7 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2017 году продолжилась тенденция снижения числа лиц, больных наркоманией, среди несовершеннолетних. По-прежнему основную массу в этой возрастной категории больных составляют дети от 15 до 17 лет. Положительным фактом также является отсутствие в группе наблюдения в связи с наркоманией детей в возрасте до 14 лет.

Общая заболеваемость наркоманией (на 100 тыс. человек населения)

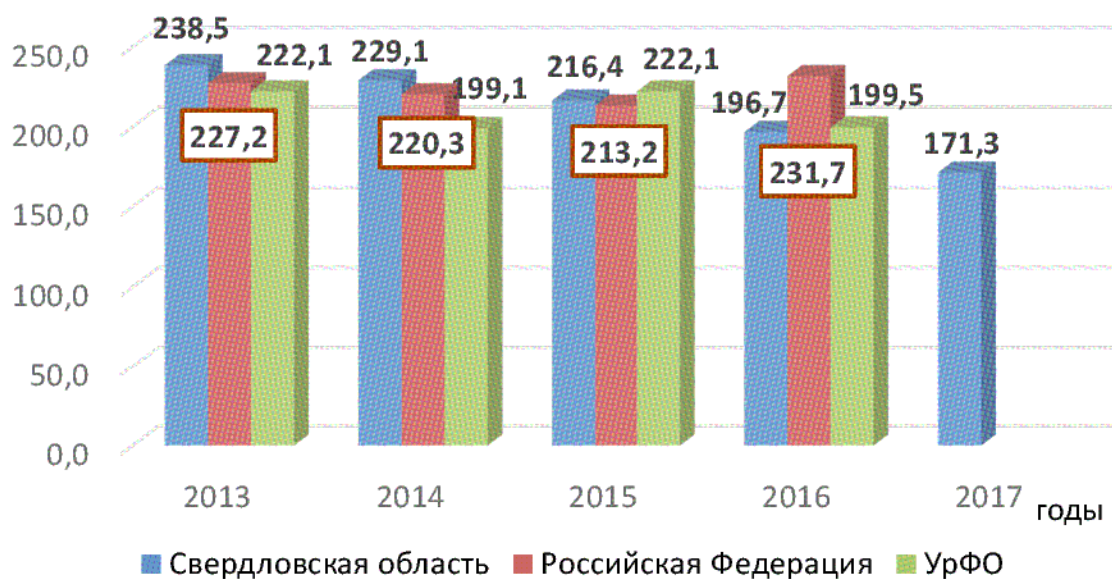


Рис. 20

У несовершеннолетних с зарегистрированным фактом употребления наркотических веществ с вредными последствиями впервые за несколько лет отмечено снижение показателя среди подростков (в 2017 году – 191,9 случая на 100 тыс. человек населения, что ниже показателя за 2016 год на 24,6%). Одновременно с этим отмечается снижение этого показателя среди детей до 14 лет в общем числе зарегистрированных лиц, употреблявших наркотические вещества с вредными последствиями (рисунок 21).

Число несовершеннолетних лиц, у которых зарегистрирован факт употребления наркотических веществ с вредными последствиями (на 100 тыс. человек соответствующего возраста)

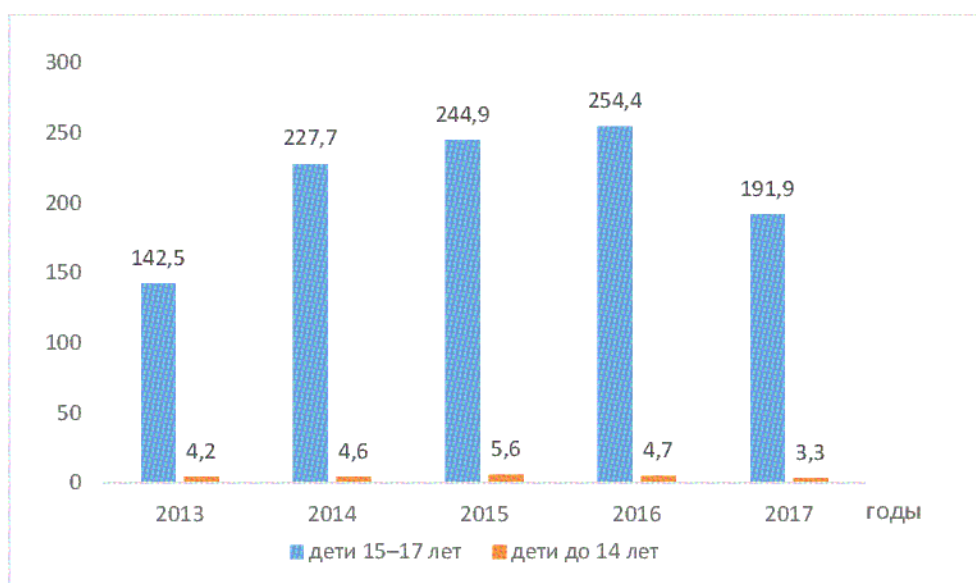


Рис. 21

Первичная заболеваемость наркоманиями в Свердловской области в 2014–2016 годах снижалась, однако в 2017 году зафиксирован рост показателя на 9,3% (16,3 случая на 100 тыс. человек населения) (рисунок 22).

Первичная заболеваемость наркоманией (на 100 тыс. человек населения)

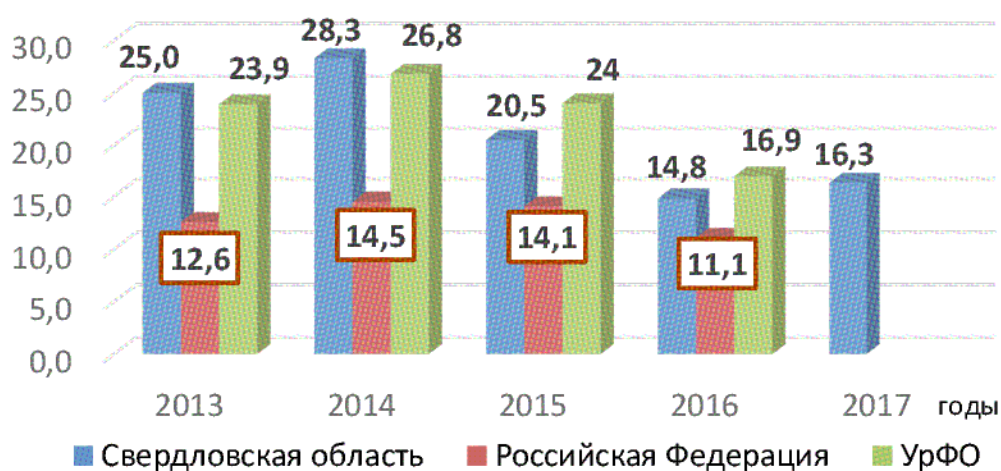


Рис. 22

Рост заболеваемости связан с двумя причинами: первая – стремительное распространение синтетических наркотиков с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Вторая относится к государственному регулированию проблемы наркопотребления. В 2013 году с целью усиления правового аспекта побуждения наркозависимых к лечению и реабилитации были внесены изменения в отдельные законодательные акты Российской Федерации, в соответствии с которыми суд может возложить на лицо, совершившее правонарушение, при условии, что имеются основания полагать, что он является больным наркоманией, обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ.

Показатель общей заболеваемости алкоголизмом в Свердловской области с 2013 года снизился на 19,6%, с 2016 года – на 6,1% и в 2017 году достиг значения 620,5 случая заболевания на 100 тыс. человек населения, что ниже, чем в Российской Федерации, на 40,6% (рисунок 23).

Общая заболеваемость алкоголизмом (на 100 тыс. человек населения)

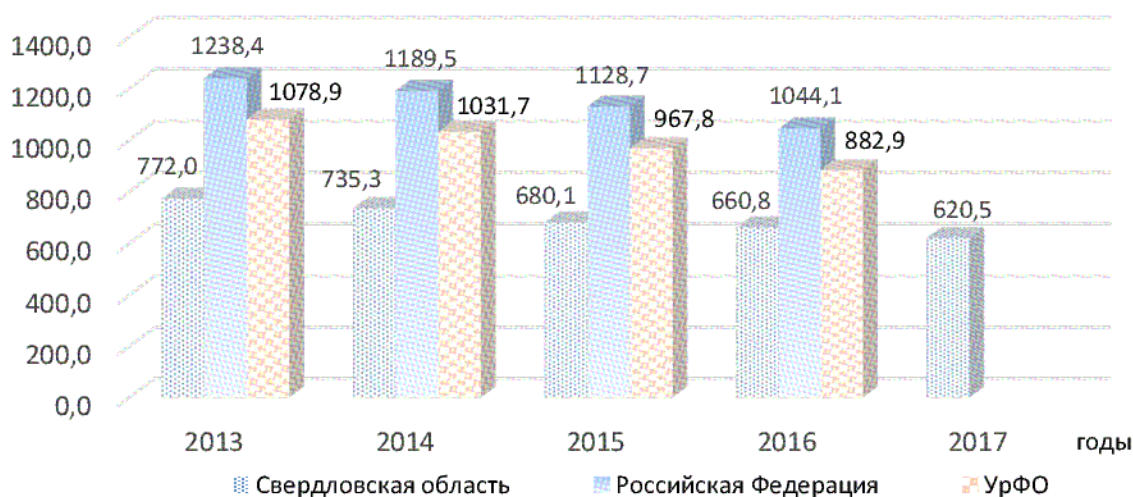


Рис. 23

Продолжается снижение показателя первичной заболеваемости алкоголизмом (в 2017 году – 41,0 случая на 100 тыс. человек населения, в 2016 году – 46,7 случая, или на 12,2%) (рисунок 24).

Первичная заболеваемость алкоголизмом (на 100 тыс. человек населения)

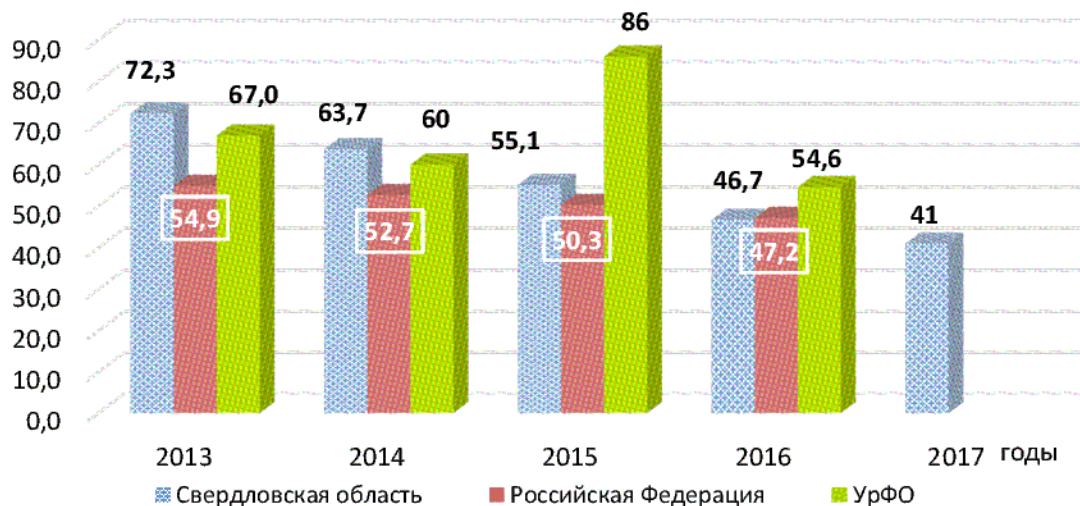


Рис. 24

Одновременно с этим продолжается снижение первичной заболеваемости алкогольными психозами: в 2017 году показатель составил 16,1 случая на 100 тыс. человек населения, что на 25,4% меньше, чем в 2016 году (21,6 случая).

Доля ремиссий длительностью от 1 до 2 лет у больных алкоголизмом в Свердловской области с 2015 года увеличивается. В 2017 году она увеличилась на 4,6% и составила 13,6% (в Российской Федерации – 13,0%) (таблица 38). При этом удельный вес длительных ремиссий (свыше 2 лет) снизился на 2,6%, хотя превышает аналогичный показатель по Российской Федерации (10,4%).

Таблица 38

Доля больных алкоголизмом и наркоманией, находящихся в ремиссии, в 2012–2016 годах

		(процентов)				
Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Ремиссии у больных алкоголизмом от 1 до 2 лет	12,0	12,8	12,7	13,0	13,6
2.	Ремиссии у больных алкоголизмом свыше 2 лет	13,5	11,7	11,2	11,5	11,2
3.	Ремиссии у больных наркоманией от 1 до 2 лет	8,6	10,8	11,2	13,3	15,6
4.	Ремиссии у больных наркоманией свыше 2 лет	11,4	12,5	12,9	16,5	15,1

У больных наркоманией доля ремиссий от 1 до 2 лет в 2013–2017 годах постоянно увеличивается и превышает среднероссийский показатель. С 2013 года она увеличилась в 1,8 раза, а за 2017 год – на 17,3%. Доля ремиссий длительностью свыше 2 лет уменьшилась в 2017 году на 8,5%, но на 39,8% превышает показатель по Российской Федерации (10,8%). Положительная динамика ремиссий у больных наркоманией указывает на эффективность реабилитационных мероприятий, проводимых в Свердловской области.

Количество смертельных отравлений наркотическими средствами увеличивается значительными темпами – с 3,4 случая на 100 тыс. человек населения в 2015 году до 7,8 случая в 2017 году (в 2016 году – на 41,2%, в 2017 году – на 62,5%) (рисунок 25), что связано

с распространением наркотических средств синтетического происхождения, которые обладают высокой токсической активностью. В 2017 году зарегистрировано 325 случаев смертельных отравлений наркотиками.

Смертельные отравления наркотическими веществами в Свердловской области в 2013–2017 годах (случаев на 100 тыс. человек населения)



Рис. 25

Количество смертельных отравлений этанолом в расчете на 100 тыс. человек населения в Свердловской области в 2017 году снизилось на 21,4% и составило 16,1 случая на 100 тыс. человек населения (рисунок 26).

Смертельные отравления этанолом (случаев на 100 тыс. человек населения)

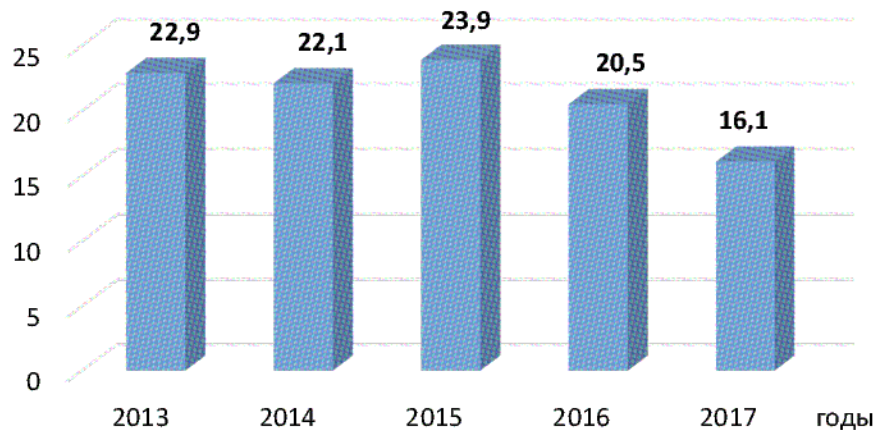


Рис. 26

Параграф 5. Заболевания, передаваемые половым путем

В Свердловской области в 2017 году зарегистрировано 9269 случаев инфекций, передаваемых половым путем, показатель на 100 тыс. человек населения составил 222,6 случая. Снижение заболеваемости по сравнению с 2016 годом (271,9 случая на 100 тыс. человек населения) составило 18,1%.

Среди заболеваний, передаваемых половым путем, в 2017 году наиболее часто регистрировался трихомоноз – 2926 случаев (31,5% в структуре заболеваемости инфекциями,

передаваемыми половым путем, показатель заболеваемости – 70,3 случая на 100 тыс. человек населения, что ниже показателя 2016 года на 24,8%).

Зарегистрировано 2253 случая аногенитальных бородавок (24,4% в структуре заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем), 1611 случаев урогенитального хламидиоза (17,4%), 1017 случаев урогенитального герпеса (11,0%), 963 случая сифилиса (10,4%), 499 случаев гонококковой инфекции (5,4%).

В 2017 году в Свердловской области зарегистрировано 963 случая сифилиса (23,1 случая на 100 тыс. человек населения) (рисунок 27), заболеваемость сифилисом в 2017 году снизилась на 5,6% в сравнении с 2016 годом.

Рост заболеваемости сифилисом отмечался в 27 МО, где заболеваемость превышала среднеобластной показатель в 1,1–2,5 раза.

Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в ГО ЗАТО Свободный (58,4 случая на 100 тыс. человек населения), ГО Верхняя Тура (54,3), Горноуральском ГО (49,8), городе Нижний Тагил (49,0), ГО Нижняя Салда (45,3), Ивдельском ГО (40,5), ГО Богданович (39,1), ГО Сухой Лог (34,9), Ачитском ГО (31,0), ГО Рефтинский (30,9).

В 2017 году зарегистрировано 2 случая врожденного сифилиса (город Нижний Тагил и ГО Верхняя Салда).

В возрасте от 0 до 14 лет приобретенным сифилисом заболел 1 ребенок, путь заражения – бытовой, в возрасте от 15 до 17 лет заболели 6 подростков, все заразились половым путем.

Динамика заболеваемости населения Свердловской области сифилисом в 2013–2017 годах

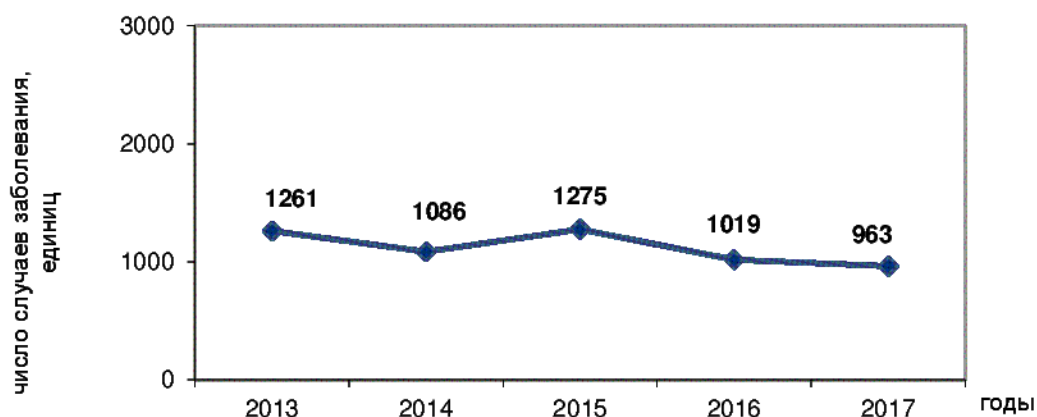


Рис. 27

В 2017 году медицинскими работниками в поликлиниках и стационарах при всех видах медицинских осмотров активно выявлено 85,9% от всех заболевших сифилисом.

В 2017 году в Свердловской области зарегистрировано 499 случаев гонококковой инфекции (12,0 случая на 100 тыс. человек населения). Заболеваемость гонококковой инфекцией в 2017 году снизилась на 46,5% в сравнении с 2016 годом (рисунок 28).

Рост заболеваемости гонококковой инфекцией отмечался в 5 МО, в 24 МО заболеваемость превышала среднеобластной показатель в 1,1–3,9 раза. Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в ГО Сухой Лог (47,3 случая на 100 тыс. человек населения), Артинском ГО (39,5), Асбестовском ГО (25,1), Талицком ГО (24,7), Шалинском ГО (24,6), ГО Красноуфимск (24,3), городе Каменске-Уральском (22,1), ГО Ревда (21,9), ГО Богданович (21,7), Качканарском ГО (21,4).

Динамика заболеваемости населения Свердловской области гонококковой инфекцией в 2013–2017 годах (абсолютное число случаев)

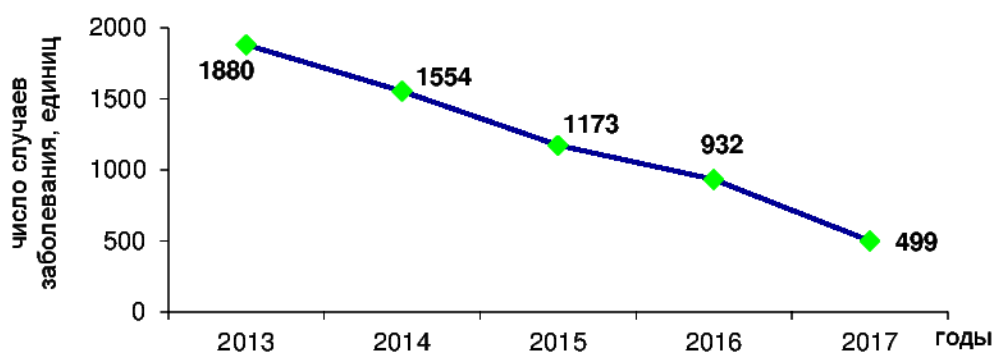


Рис. 28

В возрасте от 0 до 14 лет гонореей заболели 6 детей. Случаев сексуального насилия не зарегистрировано. В возрасте от 15 до 17 лет заболели 15 подростков, что ниже числа заболевших в 2016 году в 1,5 раза.

Медицинскими работниками активно выявлены 26,9% от всех больных гонококковой инфекцией.

В 2017 году в Свердловской области зарегистрировано 553 случая чесотки, 23,7% из них – медицинскими работниками во время профилактических осмотров. Показатель заболеваемости составил 13,3 случая на 100 тыс. человек населения, снижение в сравнении с 2016 годом составило 13,8% (рисунок 29).

Рост заболеваемости чесоткой отмечался в 24 МО, в 19 МО заболеваемость превышала среднеобластной показатель в 1,1–5,4 раза.

Динамика заболеваемости населения Свердловской области чесоткой в 2013–2017 годах (абсолютное число случаев)

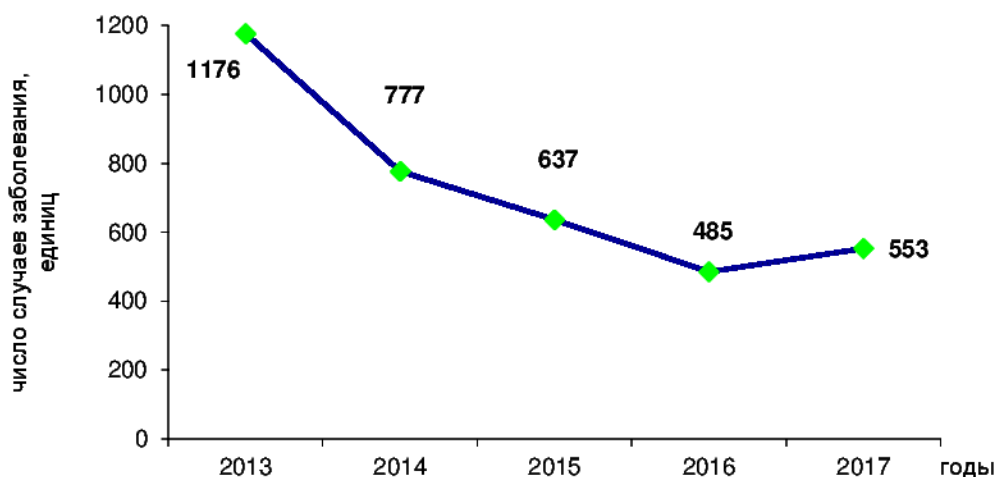


Рис. 29

Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в МО город Ирбит (72,4 случая на 100 тыс. человек населения), Сысертском ГО (65,6), Пышминском ГО (45,7), Туринском ГО (45,4), ГО Красноуфимск (39,4), ГО Нижняя Салда (33,9), Арамилском ГО (33,0), МО город Алапаевск (29,7), городе Нижний Тагил (24,5).

В 2017 году в Свердловской области зарегистрировано 2005 случаев заболевания дерматофитиями (48,2 случая на 100 тыс. человек населения), что на 7,3% больше, чем в 2016 году (рисунок 30).

Динамика заболеваемости населения Свердловской области дерматофитиями в 2013–2017 годах (абсолютное число случаев)

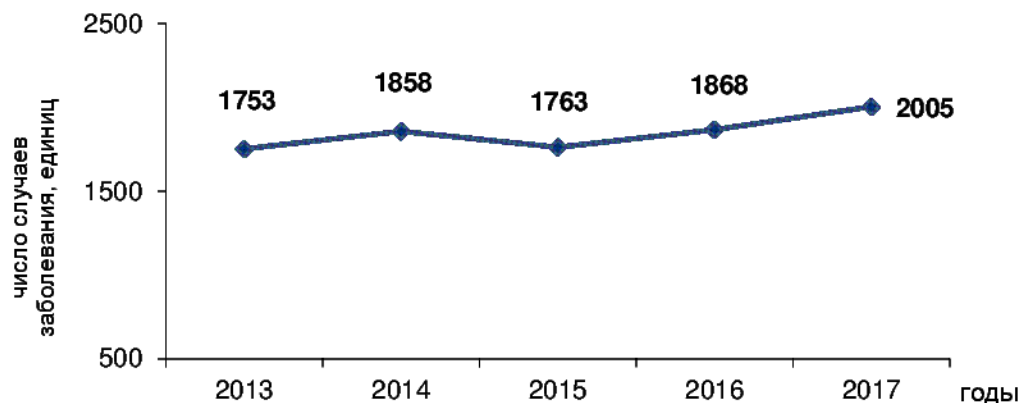


Рис. 30

Рост заболеваемости дерматофитиями отмечался в 28 МО, в 27 МО заболеваемость превысила среднеобластной показатель (45,2 случая на 100 тыс. человек населения) в 1,1–3,1 раза.

Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в Артемовском ГО (147,9 случая на 100 тыс. человек населения), Пышминском ГО (142,1), Байкаловском МР (137,3), Невьянском ГО (114,8), Серовском ГО (110,4), МО город Алапаевск (105,0), Тугулымском ГО (97,1), Горноуральском ГО (90,9), МО город Ирбит (89,0), Арамильском ГО (87,9).

Медицинскими работниками в 2017 году активно выявлено 18,6% заболевших дерматофитиями.

Случаев смертности населения Свердловской области от социально значимых дерматовенерологических заболеваний в 2017 году не зарегистрировано.

Глава 13. Заболеваемость детского населения

Показатель общей заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2013–2017 годах имеет тенденцию к снижению. В 2017 году он составил 2089,6 случая на 1000 человек детского населения и по сравнению с 2016 годом снизился на 3,6%.

В структуре общей заболеваемости лидирующую позицию занимают болезни органов дыхания (1182,6 случая на 1000 детей), обусловленные в первую очередь высокой распространенностью ОРВИ и ОРЗ (таблица 39).

Второе место (5,5%) занимают болезни глаза и его придаточного аппарата, на третье место (4,9%) в 2017 году вышли инфекционные болезни. Вместе с тем по всем трем классам заболеваний в 2017 году зарегистрировано снижение заболеваемости по сравнению с 2016 годом (болезни органов дыхания – на 0,4%, болезни глаза – на 6,6%, инфекционные болезни – на 0,4%).

Зафиксирован рост уровня заболеваемости по классу «Новообразования» (на 1,8%), По большинству остальных классов болезней заболеваемость снизилась, причем наиболее существенно – по болезням органов пищеварения, болезням костно-мышечной системы и отдельным состояниям перинатального периода, чему способствовало повышение качества оказания медицинской помощи новорожденным детям в организациях родовспоможения.

Практически отсутствует динамика изменения показателей заболеваемости по классам болезней «Психические расстройства и расстройства поведения» и «Травмы и отравления».

Таблица 39

Общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет

(случаев на 1000 детей соответствующего возраста)

Номер строки	Классы болезней	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	Изменение к уровню 2016 года (процентов)
1.	Всего в том числе:	2303,7	2157,7	2089,9	2166,60	2089,6	-3,6
2.	инфекционные болезни	102,2	102,9	102,4	103,73	103,3	-0,4
3.	новообразования	7,8	7,2	7,2	6,48	6,6	1,8
4.	болезни эндокринной системы	35,1	33,6	32,0	36,07	33,1	-8,2
5.	болезни крови и кроветворных органов	25,0	24,4	25,3	24,9	23,4	-6,0
6.	Психические расстройства	25,6	24,8	24,5	25,60	25,4	-0,8
7.	болезни нервной системы	108,6	97,7	98,4	100,07	94,7	- 5,4
8.	болезни глаза	127,3	119,4	117,8	124,33	116,1	-6,6
9.	болезни уха	63,1	59,8	52,3	56,72	54,5	-3,9
10.	болезни системы кровообращения	12,2	11,2	11,9	12,14	11,7	- 5,6
11.	болезни органов дыхания	1275,5	1182,7	1161,4	1186,87	1182,6	- 0,4
12.	болезни органов пищеварения	108,1	120,9	96,8	117,0	93,0	-20,5
13.	болезни мочеполовой системы	62,6	59,1	58,5	55,1	52,5	- 4,7
14.	болезни кожи и подкожной клетчатки	102,3	97,7	94,2	93,7	85,9	- 8,3
15.	болезни костно-мышечной системы	64,1	65,3	66,5	72,8	62,1	-14,7
16.	врожденные аномалии	20,3	18,7	19,6	22,1	20,3	- 8,2
17.	отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	49,3	43,2	33,9	35,2	31,3	-11,1
18.	травмы и отравления	89,5	79,9	82,0	90,3	89,9	-0,44

Показатель первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2017 году остался на том же уровне, что и в 2016 году – 1679,9 случая на 1000 детей. При этом наиболее существенное увеличение уровня заболеваемости в 2017 году было отмечено по классам «Болезни системы кровообращения» (на 13,5%), «Новообразования» (на 11,1%), «Болезни костно-мышечной системы» (на 7,9%). Вместе с тем существенно снизилась первичная заболеваемость по классам «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» (на 40,1%), «Болезни органов пищеварения» (на 25,9%), «Врожденные аномалии и пороки развития» (на 12,5%) (таблица 40).

Первичная заболеваемость детей в возрасте до 14 лет

(случаев на 1000 детей соответствующего возраста)

Номер строки	Классы болезней	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	Изменение к уровню 2015 года (процентов)
1.	Всего в том числе:	1928,7	1792,8	1699,0	1677,8	1679,9	0,1
2.	инфекционные болезни	92,2	94,8	91,1	88,0	86,1	-2,16
3.	новообразования	4,1	3,4	3,3	2,7	3,0	11,1
4.	болезни эндокринной системы	13,7	13,7	11,0	13,3	12,5	-6,0
5.	болезни крови и кроветворных органов	16,1	15,3	14,3	13,6	13,4	-1,5
6.	психические расстройства	5,1	5,8	5,0	6,6	5,9	-10,6
7.	болезни нервной системы	54,0	46,9	46,2	47,1	44,4	-5,7
8.	болезни глаза	73,4	67,4	60,5	62,8	58,9	-6,2
9.	болезни уха	57,3	54,7	46,4	47,5	48,6	2,3
10.	болезни системы кровообращения	4,8	4,1	4,0	3,8	4,3	13,5
11.	болезни органов дыхания	1237,4	1147,5	1115,2	1083,6	1117,8	3,15
12.	болезни органов пищеварения	63,4	62,1	51,5	65,7	48,7	-25,9
13.	болезни мочеполовой системы	29,3	30,0	24,6	22,1	19,7	-10,9
14.	болезни кожи и подкожной клетчатки	80,3	76,8	66,0	59,8	54,2	-9,4
15.	болезни костно-мышечной системы	39,6	36,1	34,0	31,5	34,0	7,93
16.	врожденные аномалии	5,2	4,9	4,9	4,9	4,3	-12,5
17.	болезни перинатального периода	49,3	43,2	34,3	33,9	20,3	-40,1
18.	травмы и отравления	89,4	79,7	82,0	86,9	89,9	3,45

С 2013 по 2017 год наметилась стабилизация в показателях общей заболеваемости подростков 15–17 лет (таблица 41). Вместе с тем в 2017 году отмечается существенный рост заболеваемости (более чем на 15%) в сравнении с 2016 годом по таким классам болезней, как «Новообразования» и «Травмы и отравления». Снижение уровня заболеваемости в сравнении с 2016 годом зарегистрировано по классам «Болезни эндокринной системы и обмена веществ», «Болезни органов пищеварения», «Болезни костно-мышечной системы», «Врожденные аномалии и пороки развития».

В структуре общей заболеваемости подростков, как и у детей, на первом месте – болезни органов дыхания (33,1%), на втором – болезни глаза (10,5%). На третьем месте – травмы и отравления (9,4%), что обусловлено особенностями возраста и поведения подростков (для сравнения, доля травм и отравлений в структуре общей заболеваемости у детей – 4,3%, у взрослых – 7,3%).

Заболеваемость подростков 15–17 лет

(случаев на 1000 детей соответствующего возраста)

Номер строки	Классы болезней	2013 год		2014 год		2015 год		2016 год		2017 год	
		общая	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая	первичная
1.	Всего в том числе:	1967,3	1248,8	1868,0	1153,9	1853,0	1140,8	1836,1	1103,5	1884,4	1175,1
2.	инфекционные болезни	45,1	31,2	34,2	26,4	42,6	33,1	36,1	26,9	39,1	29,6
3.	новообразования	7,5	4,2	6,3	2,6	8,0	2,9	6,9	2,5	8,7	3,0
4.	болезни эндокринной системы	71,8	18,6	83,6	20,0	81,0	21,8	82,8	22,1	79,7	23,9
5.	болезни крови и кроветворных органов	11,7	6,3	11,4	5,5	12,4	6,9	11,5	6,0	13,4	7,8
6.	психические расстройства	57,5	9,9	56,7	10,9	59,6	11,1	59,0	11,7	62,7	11,7
7.	болезни нервной системы	118,9	38,7	114,4	39,1	108,5	31,9	111,1	32,0	118,3	36,7
8.	болезни глаза и его придаточного аппарата	186,8	61,2	186,9	73,9	184,5	63,2	191,8	65,2	198,0	62,6
9.	болезни уха	40,5	33,0	37,6	29,1	37,2	25,5	39,1	28,2	41,2	31,1
10.	болезни системы кровообращения	27,9	9,4	25,5	8,4	29,0	9,9	29,2	9,2	32,0	11,6
11.	болезни органов дыхания	677,3	614,4	603,2	541,9	599,6	532,2	599,8	536,6	625,2	562,3
12.	болезни органов пищеварения	163,8	51,1	177,2	51,5	167,6	57,2	159,5	56,6	139,1	47,9
13.	болезни мочеполовой системы	123,7	61,0	122,5	60,7	127,9	64,4	119,08	54,4	126,3	59,5
14.	осложнения беременности и родов	10,1	8,4	8,1	7,0	7,1	4,8	6,7	4,3	3,9	3,5
15.	болезни кожи и подкожной клетчатки	102,1	73,5	94,5	64,2	95,3	62,2	88,0	50,8	87,8	51,7
16.	болезни костно-мышечной системы	124,2	51,9	130,3	53,6	123,5	57,0	125,1	40,5	111,7	46,6
17.	врожденные anomalies	14,7	1,3	13,1	1,0	14,2	1,7	14,9	1,4	16,6	1,1
18.	травмы и отравления	163,0	163,0	153,4	153,2	148,8	148,8	151,2	151,2	178,0	178,0

Уровень и структура заболеваемости детей первого года жизни определяются физиологическими особенностями периодов родовой деятельности и новорожденности. Среднемноголетний уровень заболеваемости составляет 2816,7 случая на 1000 детей соответствующего возраста, и его годовые колебания находятся в диапазоне не более 5% от среднемноголетнего значения (таблица 42). В структуре заболеваемости детей первого года

жизни на первом месте (43,4%) – болезни органов дыхания, и на их уровень оказывают влияние особенности иммунологической реактивности детей раннего возраста, а также высокая возрастная уязвимость верхних дыхательных путей для вирусов респираторной группы.

На втором месте (16,4%) в структуре заболеваемости детей первого года жизни – состояния перинатального периода, на третьем (10,8%) – болезни нервной системы. Как правило, данные состояния носят преходящий, функциональный характер и при правильном лечении, своевременных реабилитационных мероприятиях постепенно нивелируются: так, доля болезней нервной системы в структуре заболеваемости детей до 14 лет составляет уже 4%, а состояний перинатального периода – 1,5%.

Таблица 42

**Заболеваемость детей первого года жизни
(на 1000 детей соответствующего возраста)**

Номер строки	Классы болезней	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Всего в том числе	2928,1	2794,4	2923,3	2654,3	2783,3
2.	инфекционные и паразитарные болезни	114,3	100,2	97,9	97,0	100,4
3.	болезни нервной системы	237,2	224,1	305,4	289,8	310,2
4.	болезни глаза и его придаточного аппарата	113,7	109,3	122,0	125,8	121,6
5.	болезни уха	52,6	48,5	45,1	43,4	42,6
6.	в том числе потеря слуха	1,4	1,1	1,5	0,8	1,4
7.	болезни органов дыхания	1186,1	1138,7	1190,1	1125,6	1209,0
8.	в том числе ОРВИ, пневмония, грипп	1108,3	991,3	1090,1	1034,3	1046,1
9.	болезни органов пищеварения	167,7	152,5	160,3	138,3	128,2
10.	болезни мочеполовой системы	67,5	66,5	65,2	59,2	52,1
11.	врожденные аномалии	36,8	35,7	37,2	38,2	31,1
12.	отдельные состояния перинатального периода	607,0	554,1	534,8	415,4	458,1
13.	травмы и отравления	6,0	6,3	6,9	9,8	10,1

На показатель заболеваемости детского населения большое влияние оказывает проведение регулярных медицинских осмотров и диспансеризации детей декретированных возрастных и социальных групп, поскольку случаи заболеваний (в том числе выявленные активно, на медицинских осмотрах) статистически учитываются только при обращении пациента к медицинскому работнику (поэтому показатель заболеваемости не характеризует истинное распространение заболеваний в популяции).

В Свердловской области диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», а также приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 08.12.2016 № 2303-п «О проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в 2017 году в Свердловской области», согласно которому в 2017 году планировалось осмотреть 11 984 ребенка данной категории, воспитывающихся в семьях.

По состоянию на 31.12.2017 проведен осмотр 11 796 человек, что составляет 98% от общего числа детей, запланированных для проведения осмотра в 2017 году, из них детей-инвалидов – 298 человек.

Индивидуальные программы реабилитации (далее – ИПР) детей-инвалидов из числа осматриваемых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, выполнены в полном объеме в отношении 240 детей, что составляет 80% от общего числа осматриваемых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеющих установленную инвалидность. Продолжилось выполнение ИПР в отношении 58 детей, или 19,4% от общего числа осматриваемых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеющих установленную инвалидность.

В структуре выявленных заболеваний и отклонений в здоровье у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, первые четыре позиции занимают болезни глаза и его придаточного аппарата (16,8%), болезни органов пищеварения (в том числе заболевания полости рта, кариес) (16,1%), болезни нервной системы (15,9%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (14,1%).

Из числа осматриваемых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 2118 детей нуждались в специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. Число детей, получивших такую помощь, – 1800 (85% от числа нуждающихся).

По результатам диспансеризации к категории здоровых (1 группа здоровья) отнесено лишь 6,7% детей. Дети, имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья (2 группа здоровья), составляют 61,6%, дети с хроническими заболеваниями (3 группа здоровья) – 28%, дети с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации (4 группа здоровья) – 1,4%, дети с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации (5 группа здоровья) – 2,3%.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», а также приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.12.2016 № 2421-п «О проведении в 2017 году диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Свердловской области» в 2017 году было запланировано осмотреть 6135 человек. На 31.12.2017 осмотрено 6101 человек (из них детей-инвалидов – 1087), что составляет 99% от общего числа детей, подлежащих осмотру в 2017 году, и 100% детей, находящихся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

ИПР детей-инвалидов из числа осматриваемых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, пребывающих в стационарных отделениях, в отчетном периоде выполнены в полном объеме в отношении 1138 детей, или 90,7% от общего числа осматриваемых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеющих установленную инвалидность. Продолжилось выполнение ИПР в отношении 116 детей, или 9,2% от общего числа осматриваемых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеющих установленную инвалидность.

В структуре выявленных заболеваний и отклонений у детей, пребывающих в стационарных учреждениях для детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, первые 3 места занимают болезни нервной системы (17,6% от общего количества выявленных заболеваний), психические расстройства и расстройства поведения (16%), болезни органов пищеварения (в том числе заболевания полости рта, кариес) – 14,3%.

По результатам диспансеризации к категории здоровых (1 группа здоровья) отнесено 3,6% осматриваемых детей. Дети, имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья (2 группа здоровья), составляют 40,6%, дети с хроническими заболеваниями (3 группа здоровья) – 31,8%, дети с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации (4 группа здоровья) – 3,3%, дети с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации и дети-инвалиды (5 группа здоровья) – 20,7%.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров,

в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» и приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 16.12.2016 № 2407-п «О прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в 2017 году в Свердловской области» было запланировано провести профилактические осмотры 775 234 несовершеннолетних.

По данным медицинских организаций Свердловской области, участвующих в проведении профилактических осмотров несовершеннолетних, на 31.12.2017 осмотрено 746 312 детей, что составляет 96,2% от числа запланированных к осмотру на 2017 год. ИПР детей-инвалидов в 2017 году выполнены у 84% детей-инвалидов.

В структуре выявленных заболеваний и отклонений у осмотренных детей первые четыре места занимают болезни глаза и его придаточного аппарата (17,4%), болезни нервной системы (17%), болезни костно-мышечной системы (16,7%), болезни органов пищеварения (в том числе заболевания полости рта, кариес) (15,6%).

По результатам медицинских осмотров к категории здоровых (1 группа здоровья) отнесено 30,5% детей. Дети, имеющие функциональные отклонения в состоянии здоровья (2 группа здоровья), составляют 57,5%, дети с хроническими заболеваниями (3 группа здоровья) – 11,2%, дети с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации (4 группа здоровья) – 0,3%, дети с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, дети-инвалиды (5 группа здоровья) – 0,5%.

С целью обеспечения координации деятельности медицинских организаций в Свердловской области, участвующих в диспансеризации детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также осуществляющих профилактические медицинские осмотры детей различных возрастных категорий, для проведения анализа полученных результатов и оценки своевременности и полноты назначения необходимых оздоровительных и реабилитационных мероприятий, для достижения улучшения в состоянии здоровья детского населения Министерством здравоохранения Свердловской области создан Центр мониторинга диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и реабилитации несовершеннолетних на базе ГБУЗ МКМЦ «Бонум».

Глава 14. Временная утрата трудоспособности

По данным Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, в 2017 году в Свердловской области было зарегистрировано 1 108 697 случаев (в 2016 году – 1 218 725 случаев) временной нетрудоспособности общей продолжительностью 12 717 356 дней (в 2016 году – 13 438 082 дня). Средняя длительность 1 случая составила 10,8 дня (в 2016 году – 10 дней).

На 1,6% уменьшилось число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих (в 2017 году – 68,5 случая, в 2016 году – 69,6 случая), при этом число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих снизилось на 3,9% и составило 737,5 дня (в 2016 году – 767,1 дня).

Ежедневно по причине временной нетрудоспособности не работали 51,5 тыс. человек (в 2016 году – 54,4 тыс. человек). Потери рабочего времени по причине временной нетрудоспособности равнозначны тому, что в целом в 2017 году Свердловская область не работала 7,4 дня в году (в 2016 году – 7,7 дня).

Наиболее высокие темпы роста потерь рабочего времени из-за временной нетрудоспособности зарегистрированы в Волчанском ГО (на 25,6%), Новолялинском ГО (на 13,6%), Тугулымском ГО (на 12,1%), ГО Сухой Лог (на 11,1%), ГО Заречный (на 9,1%), «ГО «Город Лесной» (на 8,2%).

Снижение потерь рабочего времени из-за временной нетрудоспособности отмечено в Таборинском МР (на 17,3%), Режевском ГО (на 15,9%), Ивдельском ГО (на 11,9%), ГО Верхняя Тура (на 9,3%).

В 20 МО Свердловской области показатель потерь рабочего времени ниже среднеобластного (737,5 дня на 100 работающих). В то же время наиболее высокие потери отмечаются в Верхнесалдинском ГО (1575,8 дня на 100 работающих), Нижнетуринском ГО (1423,7), Североуральском ГО (1378,9), Новолялинском ГО (1167,2), ГО Первоуральск (1108,0), Асбестовском ГО (1083,7), городе Нижний Тагил (1065,8), Туринском ГО (1065,5), Кировоградском ГО (1057,0), ГО Нижняя Салда (1048,6), Серовском ГО (1008,8).

В основных отраслях промышленности по-прежнему остается высоким уровень потерь рабочего времени по причине временной нетрудоспособности. Показатель на 100 работающих превышает среднеобластной в нефтехимической промышленности (1099,5 дня), производстве транспортных средств и оборудования (827,3), деревообрабатывающей промышленности (1177,6), металлургическом производстве (797,5), химическом производстве (1243,1), в сельском и лесном хозяйствах (881,2).

В непромышленной сфере в целом (здравоохранение и предоставление социальных услуг, образование, наука, культура, общественные и политические организации, управление, торговля, операции с недвижимым имуществом) показатель потерь по нетрудоспособности снизился на 18,6% и составил 558,7 дня на 100 работающих.

В 2017 году показатель потерь по временной нетрудоспособности работников учреждений здравоохранения и социальных услуг в днях на 100 работающих снизился в сравнении с 2016 годом на 1,1% и составил 898,1 дня (в 2016 году – 907,8). Этот показатель по-прежнему превышает среднеобластной на 21,8% и в 1,6 раза – показатель заболеваемости работников непромышленной сферы. Средняя длительность 1 случая временной нетрудоспособности работников здравоохранения и социальной сферы составила 10,0 дня, что на 1,8 дня ниже показателя 2016 года. Ежедневно в медицинских и социальных учреждениях по причине временной нетрудоспособности не работали 4,6 тыс. специалистов, что составляет 3,6% от числа работающих.

По данным формы федерального статистического наблюдения 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» (далее – форма 16-ВН), за 2017 год число случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности составило 765 469, общее число дней нетрудоспособности – 10 546 383; в пересчете на 100 работающих число случаев заболеваний составило 72,25, продолжительность потерь по нетрудоспособности на 100 работающих – 972,11 дня. По сравнению с 2016 годом отмечается снижение на 2,34% уровня заболеваемости в случаях и на 3,05% в днях. Средняя длительность 1 случая заболевания с временной нетрудоспособностью составила 13,8 дня, что на 0,7% ниже, чем в 2016 году.

Разница в показателях, содержащихся в форме 16-ВН, и данных Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации объясняется различной методикой расчетов, особенностями оплаты первых трех дней заболевания с временной утратой трудоспособности, различиями в учете численности работающих и разницей в количестве больничных листов, выданных медицинскими организациями, дошедших до страхователя и подлежащих оплате из средств социального страхования.

По сравнению с 2016 годом рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности в 2017 году отмечался по следующим классам болезней: «Новообразования» (в днях – на 0,72%, в случаях – на 2,3%), «Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ» (в днях – на 6,12%, в случаях – на 14,6%), в том числе заболеваемость сахарным диабетом выросла на 4,8% в днях и на 9,3% в случаях, «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (в днях – на 1,32% при неизменном количестве случаев на 100 работающих), «Болезни костно-мышечной системы» (в днях – на 6,5%, в случаях – на 5,4%), «Врожденные аномалии и пороки развития» (в днях – на 9,5%, в случаях – на 9,2%).

Отмечается незначительный (на 1,45%) рост числа случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности по классу «Болезни системы кровообращения», при этом, хотя

продолжительность заболеваний данного класса в целом снизилась на 0,44%, по диагнозу «цереброваскулярные болезни» зарегистрировано как увеличение количества случаев на 4,2%, так и общего количества дней нахождения на больничном листке (на 13,4%). Число случаев диагноза «ишемическая болезнь сердца» увеличилось на 4,5%, число дней нетрудоспособности – на 6,4%.

Снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности отмечается по классам «Инфекционные и паразитарные болезни» (в том числе заболеваемость туберкулезом – на 4,9% в днях и на 4,7% – в случаях), «Болезни крови и кроветворных органов» (в днях – на 15%, в случаях – на 3,7%), «Психические расстройства и расстройства поведения» (в днях – на 4,6%, в случаях – на 3,5%), «Болезни нервной системы» (в днях – на 7,7%, в случаях – на 6,7%), «Болезни уха и сосцевидного отростка» (в днях – на 2,3%, в случаях – на 6,2%), «Болезни органов дыхания», в том числе ОРВИ (в днях – на 2,4%, в случаях – на 2,8%), «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (в днях – на 4%, в случаях – на 4,8%), «Болезни мочеполовой системы» (в днях – на 7,5%, в случаях – на 2,5%). Очень незначительно (на 0,2% в днях и на 0,8% в случаях) снизилась заболеваемость болезнями органов пищеварения.

Количество случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности по классу «Травмы и отравления» в 2017 году составило 1 724 811, при этом число дней нахождения на больничном листе в расчете на 100 работающих сократилось на 10%, а число случаев – на 9,6%.

В связи со снижением рождаемости в 2017 году зафиксировано уменьшение числа случаев временной нетрудоспособности в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом на 55,5% и числа дней нетрудоспособности на 58,5% в расчете на 100 работающих. Кроме того, поскольку ежегодно сокращается число аборт (в 2013 году – 40,2 тыс., в 2016 году – 32,9 тыс., в 2017 году – 29,6 тыс.), снижается и уровень заболеваемости с временной утратой по этой причине. Число больничных листов, выданных в связи с аборт, в 2017 году составило 16 764. Разница между общим числом аборт и числом аборт, в связи с которыми выдан больничный листок, объясняется внедрением в женских консультациях Свердловской области безопасной технологии медикаментозного аборт, при которой прерывание беременности происходит в результате амбулаторного приема лекарственного препарата, а выдачи больничного листка при этом не требуется.

Кроме заболеваний работающие граждане, проживающие на территории Свердловской области, в 2017 году временно не работали по следующим причинам: уход за больным, освобождение от работы в связи с карантином, отпуск в связи с санаторным лечением. По сравнению с 2016 годом уровень нетрудоспособности по этим причинам сократился на 1,82% в днях и на 0,4% в случаях. При этом в 3,5 раза увеличилось число случаев нетрудоспособности в связи с пребыванием в санаторно-курортных организациях (38 случаев) и в 4 раза – число дней временной нетрудоспособности (506 дней). На 5% выросло число случаев нетрудоспособности, связанных с уходом за больным, но на 32% сократилось число случаев нахождения на карантине (250 случаев общей длительностью 1256 дней).

В структуре всех причин временной нетрудоспособности на первом месте стоят заболевания (83% в днях и 78,3% в случаях), на втором месте – уход за больным (16,9% в днях и 25,1% в случаях); 0,02% в структуре причин временной нетрудоспособности составляет освобождение от работы в связи с карантином.

В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания: их удельный вес составил 25,1% в днях и 38,7% в случаях. Наибольший удельный вес занимают ОРВИ (18,5% в днях и 29,9% в случаях). Грипп и пневмония занимают в структуре болезней органов дыхания менее 1%. Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности по данному классу болезней составила 9 дней и ниже уровня 2016 года на 1,1%.

Второе место в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности занимают болезни костно-мышечной системы: их удельный вес составил в днях 18,3%,

в случаях – 16,5%. Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности составила 15,3 дня (в 2016 году – 15,2 дня).

Третье место в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности занимает класс «Травмы и отравления», его удельный вес в днях составил 16,6%, в случаях – 9,9%. Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности по причине травм и отравлений составила 22,8 дня и практически не изменилась в сравнении с 2016 годом.

Четвертое место в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности принадлежит БСК. Их удельный вес в днях составил 10,4%, в случаях – 8,6%. Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности составила 16,8 дня, что на 1,8% выше уровня 2016 года.

Глава 15. Инвалидность населения

В 2017 году в районные отделения федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» обратился 68 051 человек (в 2016 году – 68 919 человек), что на 1,3% меньше, чем в 2016 году. Увеличилось на 0,6% число обращений лиц пенсионного возраста (на 173 человека) и детей до 18 лет (на 55 человек) и снизилось среди лиц трудоспособного возраста на 3,6% (на 1096 человек), в основном за счет граждан, обращающихся в связи с установлением инвалидности без срока переосвидетельствования в предыдущие годы (категории «ребенок-инвалид» до 18 лет) (таблица 43).

В 2017 году в Свердловской области впервые признаны инвалидами 21 127 человек, что на 1415 человек больше, чем в 2016 году. Число впервые признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше увеличилось с 17 511 до 18 848 человек, в основном за счет лиц трудоспособного возраста (63,3%); среди лиц пенсионного возраста впервые признаны инвалидами на 846 человек больше, чем в 2016 году. Число впервые признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет увеличилось с 2201 до 2279 человек (таблица 43).

Таблица 43

Основные показатели деятельности федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» за 2014–2017 годы

(абсолютные значения)

Номер строки	Показатель	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1	2	3	4	5	6
1.	Число освидетельствований	78 784	75 400	68 919	68 051
2.	в том числе:				
	взрослых	68 898	64 518	59 066	58 143
3.	детей	9886	10 882	9853	9908
4.	Число освидетельствований для определения инвалидности, всего	66 460	63 816	58 506	57 691
5.	впервые:	25 105	23 509	22 965	24 111
6.	в том числе				
	взрослых	22 600	21 109	20 351	21 496
7.	детей	2505	2400	2614	2615
8.	повторно:	41 355	40 307	35 541	33 580
9.	в том числе				
	взрослых	34 702	32 682	28 981	27 152
10.	детей	6653	7625	6560	6428
11.	Число признанных инвалидами, всего	59 673	54 664	52 112	52 823

1	2	3	4	5	6
12.	впервые:	21 856	19 725	19 712	21 127
13.	взрослых	19 805	17 812	17 511	18 848
14.	в том числе в трудоспособном возрасте	9225	7950	8177	8668
15.	в пенсионном возрасте	10 580	9862	9334	10 180
16.	детей	2051	1913	2201	2279
17.	повторно:	37 817	34 939	32 400	31 696
18.	взрослых	31 788	28 623	26 315	25 631
19.	в том числе в трудоспособном возрасте	18 083	15 964	14 236	13 696
20.	в пенсионном возрасте	13 705	12 659	12 079	11 935
21.	детей	6029	6316	6085	6065
22.	Освидетельствованы для определения степени утраты профессиональной трудоспособности, процентов	2877	2583	1986	1479
23.	Установлена степень утраты профессиональной трудоспособности	2794	2484	1907	1412
24.	впервые	763	596	499	366
25.	повторно	2031	1888	1408	1046
26.	Разработано программ реабилитации пострадавшего на производстве, всего	6710	6622	6115	5631
27.	впервые	790	629	521	391
28.	повторно	5920	5993	5594	5240
29.	Разработано индивидуальных программ реабилитации инвалидов, всего	63 802	58 284	55 115	56 209
30.	взрослым	55 078	49 260	46 219	47 063
31.	детям	8724	9024	8896	9146

Уровень первичной инвалидности всего населения Свердловской области в 2017 году составил 50,8 случая на 10 тыс. человек населения (в 2016 году – 47,3).

При повторном освидетельствовании в 2017 году в Свердловской области признаны инвалидами 31 696 человек, что на 704 человека меньше, чем в 2016 году. Число повторно признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше уменьшилось с 26 315 до 25 631 человека (на 684 человека), за счет лиц трудоспособного возраста – на 540 человек и лиц пенсионного возраста – на 144 человека. Число повторно признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет снизилось с 6085 до 6065 человек.

Уровень повторной инвалидности населения Свердловской области в 2017 году составил 76,1 случая на 10 тыс. человек населения и снизился по сравнению с 2016 годом на 2,2% (в 2016 году – 77,8).

Параграф 6. Инвалидность взрослого населения

Показатель первичной инвалидности граждан в возрасте старше 18 лет составил 57,2 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (в 2016 году – 52,8, по Российской Федерации в 2016 году – 56,4), рост в сравнении с 2016 годом составил 8,3%. Уровень первичной инвалидности городского взрослого населения увеличился до 59,0 случая (в 2016 году – 55,4), или на 6,5%, сельского взрослого населения – до 47,1 случая на 10 тыс. человек соответствующего населения (в 2016 году – 38,3), или на 23,0%.

Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения в сравнении с 2016 годом увеличился с 35,9 до 38,7 случая на 10 тыс. человек трудоспособного населения (на 7,8%), среди лиц пенсионного возраста – с 89,8 до 96,5 случая на 10 тыс. человек населения соответствующего возраста (на 7,5%) (в Российской Федерации в 2016 году – 98,2). Соотношение между лицами трудоспособного и пенсионного возраста, впервые признанными

инвалидами, составило 46,0% и 54,0% соответственно (в 2016 году – 46,7% и 53,3% соответственно).

В структуре первичной инвалидности мужчины составили 55,3%, женщины – 44,7%. Среди городского населения удельный вес мужчин – 54,8%, женщин – 45,2%; среди сельского населения – соответственно 58,3% и 41,7%. В 2013–2017 годах сохраняется тенденция к росту удельного веса мужчин среди впервые признанных инвалидами.

Инвалиды I группы составили 22,2% (в 2016 году – 22,4%), II группы – 36,2% (в 2016 году – 36,4%), III группы – 41,6% (в 2016 году – 41,2%) (рисунок 31).

Структура первичной инвалидности взрослого населения Свердловской области по группам инвалидности в 2015–2017 годах (процентов)

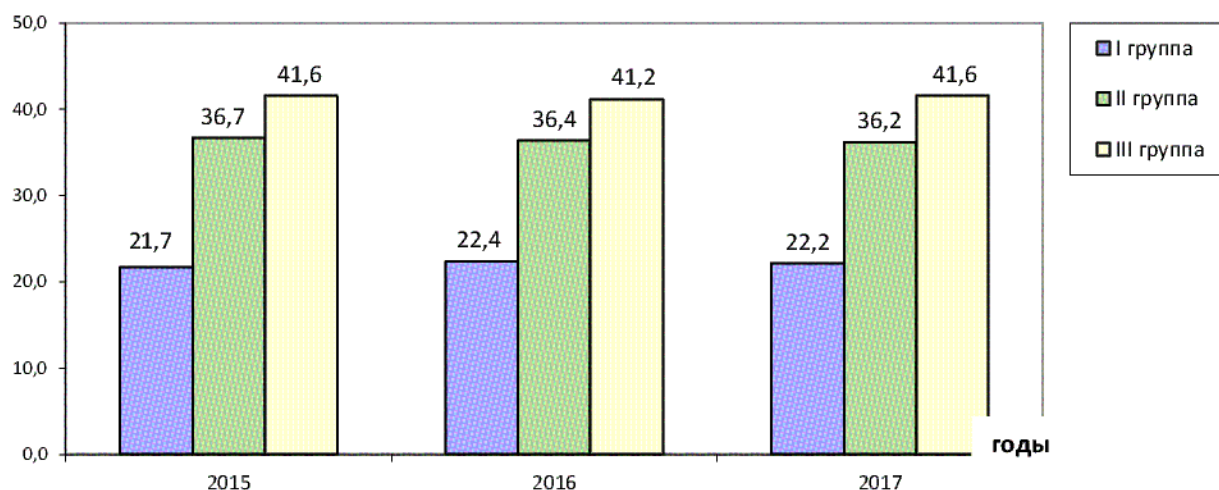
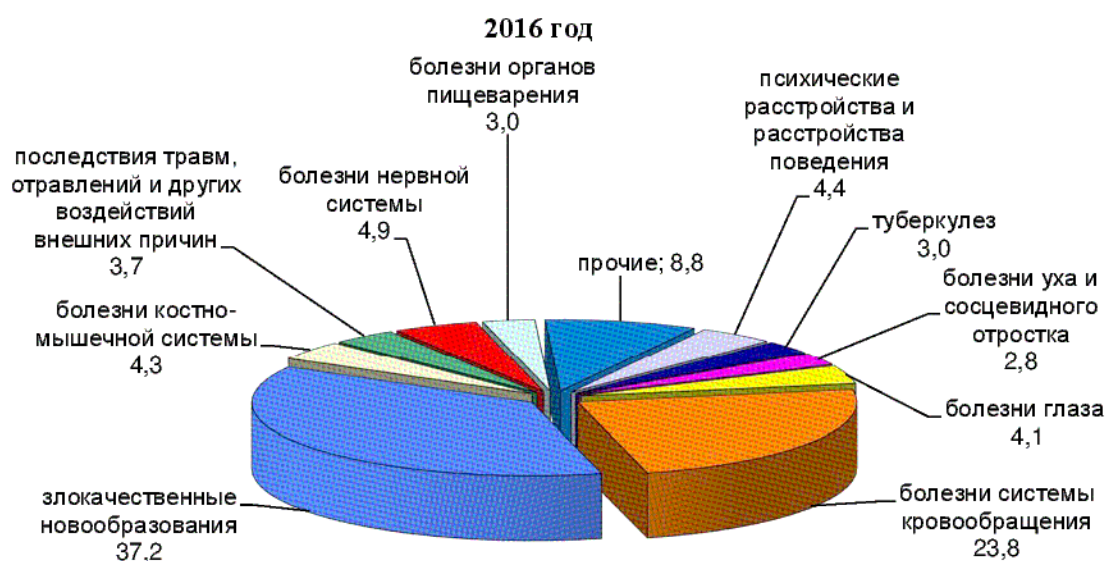


Рис. 31

Структура первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней отражена на рисунке 32.

Структура первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней в 2016 и 2017 годах (процентов)



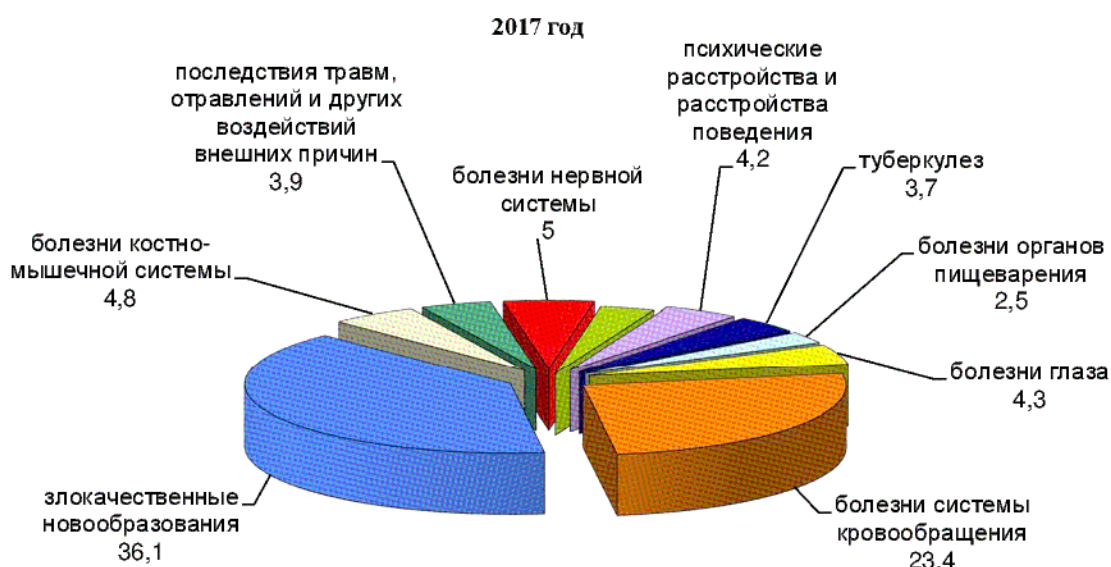


Рис. 32

На I месте – ЗН (36,1%, 20,7 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2016 году – 37,2%, 19,7 случая – I место); на II месте – БСК (23,4%, 13,4 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2016 году – 23,8%, 12,6 случая – II место);

на III месте – болезни нервной системы (5,0%, 2,9 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2016 году – 4,9%, 2,6 случая – V место);

на IV месте – психические расстройства и расстройства поведения (4,8%, 2,7 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2016 году – 4,4%, 2,4 случая – IV место);

на V месте – болезни глаза и его придаточного аппарата (4,3%, 2,5 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2016 году – 4,1%, 2,3 случая – VI место).

Уровень инвалидности вследствие ЗН остается стабильно высоким. В 2017 году впервые признаны инвалидами по этой причине 6803 человека (в 2016 году – 6515 человек) в возрасте старше 18 лет. Инвалидность вследствие ЗН вышла на 1 место в большинстве МО, в том числе в МО «город Екатеринбург». Среди впервые признанных инвалидами вследствие ЗН преобладают лица пенсионного возраста – 65,9%, уровень первичной инвалидности лиц пенсионного возраста составил 42,5 случая (в 2016 году – 40,2), трудоспособного возраста – 10,3 случая инвалидности на 10 тыс. человек соответствующего возраста (в 2016 году – 10,3 случая).

Уровень инвалидности вследствие БСК после снижения в 2012–2016 годах вырос на 5,8%. Число впервые признанных инвалидами вследствие БСК составило 4409 человек (в 2016 году – 4168 человек).

Болезни нервной системы второй год подряд занимают в структуре причин инвалидности 3 место. Число впервые признанных инвалидами вследствие болезней нервной системы в 2017 году составило 949 человек, что на 11,3% больше, чем в 2016 году (853 человека). Уровень первичной инвалидности на 10 тыс. человек населения в 2017 году составил 2,9 случая (в 2016 году – 2,4 случая).

В 2017 году болезни костно-мышечной системы перешли на 4 место (в 2016 году – 5 место). Впервые установлена инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы 897 гражданам, что на 18% больше, чем в 2016 году (760 человек).

На 5 место перешли болезни глаза и его придаточного аппарата, ранее занимавшие 6 место. В 2017 году впервые установлена инвалидность вследствие болезней глаза 807 гражданам (в 2016 году – 725 человекам), уровень первичной инвалидности увеличился с 2,2 случая в 2016 году до 2,5 случая на 10 тыс. человек населения в 2017 году.

Первичная инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения переместилась с 4 места в 2016 году на 6 в 2017 году. Число впервые признанных инвалидами по этой причине составило 800 человек (в 2016 году – 779 человек), уровень первичной инвалидности – 2,4 случая на 10 тыс. человек населения.

Среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции и туберкулеза, на трудоспособный возраст приходится соответственно 98,7% и 96,0%. Высока доля лиц трудоспособного возраста среди впервые признанных инвалидами вследствие бытовых травм – 81,3%, психических расстройств и расстройств поведения – 71,4%.

Группа инвалидности установлена без срока переосвидетельствования 4010 гражданам, что составляет 21,3% от всех впервые признанных инвалидами старше 18 лет (в 2016 году – 3304 гражданам, 18,9%).

При повторном освидетельствовании в 2017 году в Свердловской области признано инвалидами 31 696 человек, что на 704 человека меньше, чем в 2016 году. Число повторно признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше уменьшилось с 26 315 человек в 2016 году до 25 631 человека в 2017 году, в основном за счет лиц трудоспособного возраста (на 540 человек).

Показатель повторной инвалидности граждан в возрасте старше 18 лет составил 76,1 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (в 2016 году – 79,4).

Показатель повторной инвалидности трудоспособного населения снизился до 61,2 случая на 10 тыс. человек трудоспособного возраста (в 2016 году – 62,6, по Российской Федерации в 2016 году – 94,8), или на 2,2% по сравнению с 2016 годом, среди лиц пенсионного возраста этот показатель снизился с 116,2 случая на 10 тыс. человек соответствующего возраста в 2016 году до 113,1 в 2017 году, или на 2,7% (по Российской Федерации в 2016 году – 165,3). Соотношение лиц трудоспособного и пенсионного возраста, повторно признанных инвалидами, составило 53,1% и 46,6% соответственно (в 2016 году – 54,1% и 45,9% соответственно).

В структуре повторной инвалидности мужчины составили 56,2%, женщины – 43,8% (в 2016 году – 56,3 и 43,7% соответственно).

Структура повторной инвалидности по группам и классам болезней представлена на рисунках 33 и 34.

Структура повторно признанных инвалидами в возрасте старше 18 лет по группам инвалидности в 2015–2017 годах (процентов)

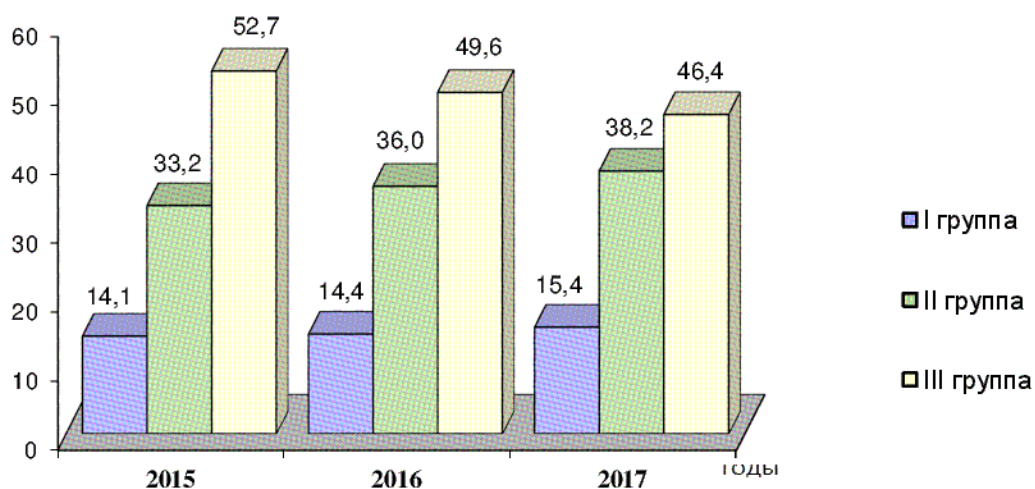


Рис. 33

Структура повторно признанных инвалидами в возрасте старше 18 лет по классам болезней в 2017 году (процентов)

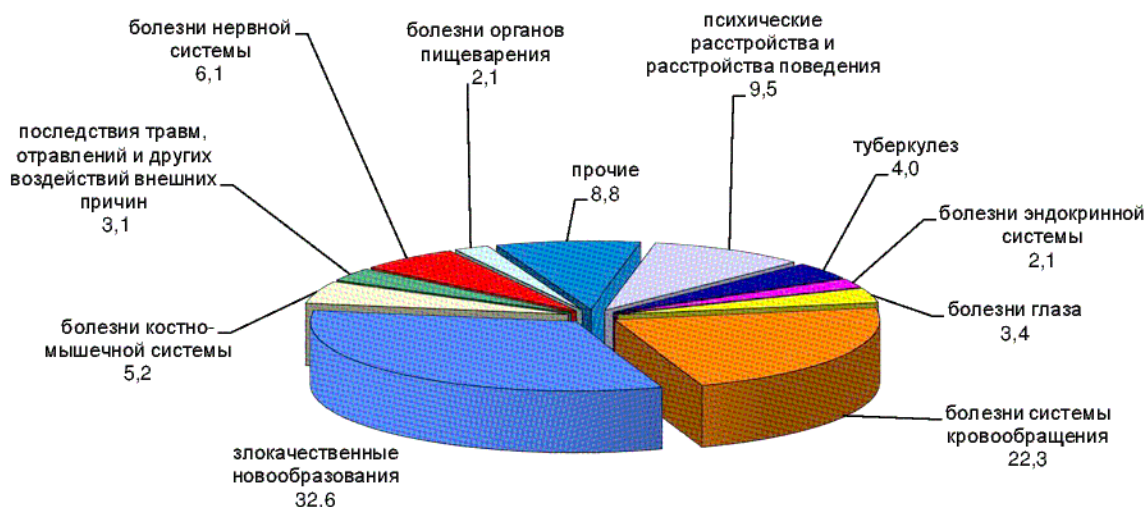


Рис. 34

На 1 месте – ЗН (32,6%), уровень повторной инвалидности 25,4 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (в 2016 году – 29,0%, или 23,0 случая на 10 тыс. человек населения; в 2015 году – 24,0%, 20,6 случая);

на 2 месте – БСК (22,3%), уровень повторной инвалидности – 17,4 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (в 2016 году – 23,8%, 18,9 случая; в 2015 году – 24,8%, 21,3 случая);

на 3 месте – психические расстройства и расстройства поведения (9,5%), уровень повторной инвалидности – 7,4 случая на 10 тыс. взрослого населения (в 2016 году – 9,3%, уровень повторной инвалидности – 7,4 случая; в 2015 году – 9,0%, 7,7 случая);

на 4 месте – болезни нервной системы (6,1%), уровень повторной инвалидности – 4,7 случая на 10 тыс. взрослого населения (в 2016 году – 6,0%, 4,8 случая; в 2015 году – 6,1%, 5,2 случая);

на 5 месте болезни костно-мышечной системы (5,2%), уровень повторной инвалидности – 4,0 случая на 10 тыс. взрослого населения (в 2016 году – 6,9%, 5,5 случая; в 2015 году – 9,6%, 8,2 случая).

В 2017 году переосвидетельствованы для установления группы инвалидности 27 152 человека в возрасте 18 лет и старше (в 2016 году – 28 981 человек, в 2015 году – 32 682 человека; в 2014 году – 34 702 человека), из них признаны инвалидами 25 631 человек, что составляет 94,4% (в 2016 году – 26 315 человек, 90,8%; в 2015 году – 28 623 человека, 87,6%; в 2014 году – 31 788 человек, 91,6%).

В 2017 году показатель полной реабилитации инвалидов старше 18 лет снизился и составил 5,6% (в 2016 году – 9,2%).

При переосвидетельствовании группа инвалидности установлена бессрочно 11 524 человекам, что составляет 45,0% от числа повторно признанных инвалидами (в 2016 году – 11 192 человекам, 42,5%). Доля частичной реабилитации составила 14,7% (1835 человек) (в 2016 году – 16,7%, или 2082 человека).

За 2017 год разработано 56 209 индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида (далее – ИПРА) (в 2016 году – 55 115), в том числе гражданам старше 18 лет – 47 063 ИПРА, из них при первичном освидетельствовании – 18 838, при повторном освидетельствовании – 28 225. Наибольшее число рекомендаций в ИПРА дано по медицинской реабилитации (в 55 452 ИПРА), из них лицам старше 18 лет – в 46 326 ИПРА, или 98,4% от числа разработанных ИПРА для взрослых.

Рекомендации на санаторно-курортное лечение даны в 7628 ИПРА, или в 13,6% программ, из них лицам старше 18 лет – в 5002 ИПРА (10,6%). Рекомендации по реконструктивной хирургии даны в 1,6% ИПРА для взрослых. Рекомендации на обеспечение техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями даны в 24 223 ИПРА (в 2016 году – в 22 972 ИПРА), из них взрослым – в 21 142 ИПРА (в 2016 году – в 19 855 ИПРА), детям-инвалидам – в 3081 ИПРА (в 2016 году – в 3117 ИПРА).

В 5382 ИПРА (11,4%), разработанных лицам старше 18 лет, даны рекомендации по профессиональной ориентации (в 2016 году – 13,0%).

В 21 708 ИПРА (46,1%), разработанных лицам старше 18 лет, даны заключения о нуждаемости в содействии трудоустройству (в 2016 году – 48,7%), из них 12 025 – в обычных условиях производства с предоставлением соответствующих условий труда, 9328 – в специально созданных условиях труда и на дому, 222 – на специальном рабочем месте, оснащённом (оборудованном) с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалида.

Одна из задач, которая решалась специалистами по медико-социальной экспертизе, – оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий при повторном освидетельствовании. Она проведена в 16 474 ИПРА взрослых и в 4102 ИПРА детей-инвалидов, в том числе с положительными результатами в 4630 (28,1%) ИПРА взрослых (в 2016 году – 36,2%) и в 1445 (32,5%) ИПРА детей-инвалидов (в 2016 году – 45,7%).

Параграф 7. Инвалидность детского населения

Показатель первичной инвалидности детского населения составил в 2017 году 26,2 случая на 10 тыс. детей (в Российской Федерации – 25,7) и в сравнении с 2016 годом (25,9) увеличился на 1,2%. Уровень первичной инвалидности детей в сельской местности составил 16,5, в городской – 28,1 случая на 10 тыс. соответствующего населения (в 2016 году – 12,1 и 25,7 соответственно). Темп роста показателя первичной инвалидности городского детского населения составил 9,3%, сельского детского населения – 36,4%.

Среди пациентов, получивших инвалидность впервые, как и в предыдущие годы, преобладали мальчики – 60,0%. В возрастной структуре первичной инвалидности дети в возрасте 0–3 года составили 37,7% (858 детей), в возрасте 4–7 лет – 29,7% (677 детей), 8–14 лет – 26,4% (602 ребенка), от 15 до 17 лет – 6,2% (142 ребенка).

Структура первичной инвалидности детского населения по классам болезней представлена на рисунке 35.

Структура первичной инвалидности детского населения по классам болезней в 2017 году (процентов)

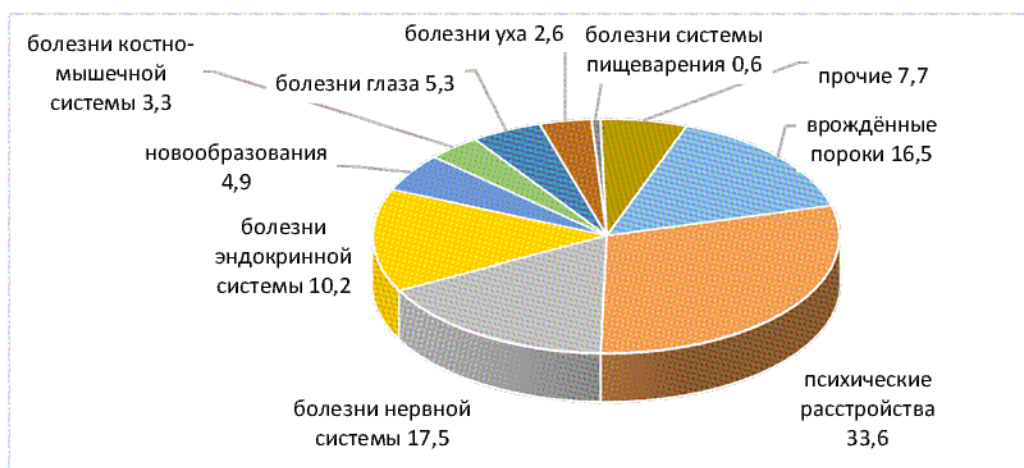


Рис. 35

На 1 месте – психические расстройства и расстройства поведения (33,6%, или 8,8 случая на 10 тыс. детей) (в 2016 году – 29,6%, 7,7 случая);

на 2 месте – болезни нервной системы (17,5%, 4,6 случая на 10 тыс. детей) (в 2016 году – 16,9%, 4,4 случая);

на 3 месте – врожденные пороки развития (16,5%, 4,3 случая на 10 тыс. детей) (в 2016 году – 15,3%, 4,0 случая);

на 4 месте – болезни эндокринной системы (10,2%, 2,7 случая на 10 тыс. детей) (в 2016 году – 14,2%, 3,7 случая);

на 5 месте – новообразования (4,9%, 1,3 случая на 10 тыс. детей) (в 2016 году – 5,3%, 1,4 случая).

Категория «ребенок-инвалид» установлена впервые сроком до 18 лет 123 детям (5,4%) (в 2016 году – 97 детям, или 4,4% от общей численности детей, впервые признанных инвалидами в возрасте до 18 лет).

Уровень повторной инвалидности лиц в возрасте до 18 лет составил 69,8 случая на 10 тыс. детского населения (в 2016 году – 71,7, в Российской Федерации в 2016 году – 84,2), что ниже показателя 2016 года на 2,6%.

Среди пациентов, получивших инвалидность повторно, преобладают мальчики – 59,8% (в 2016 году – 59,6%). В возрастной структуре, как и в предыдущие годы, наибольший удельный вес у детей от 8 до 14 лет – 38,8% (2351 человек), от 4 до 7 лет – 35,7% (2167 человек), от 0 до 3 лет – 19,3% (1168 человек), от 15 до 17 лет – 6,2% (379 человек).

Структура повторной инвалидности детского населения по классам болезней представлена на рисунке 36.

Переосвидетельствованы с целью установления категории «ребенок-инвалид» в 2017 году 6428 детей до 18 лет (в 2016 году – 6560 человек), из них признаны инвалидами 6065 человек, или 92,8% (в 2016 году – 6085 детей, или 82,8%). При переосвидетельствовании установлена категория «ребенок-инвалид» сроком до 18 лет 2154 детям, или 35,5% (в 2016 году – 1717 детям, или 28,2%).

Показатель полной реабилитации составил 5,6% – 363 человека (в 2016 году – 475 человек, или 7,2%).

Структура повторной инвалидности детского населения по классам болезней в 2017 году (процентов)

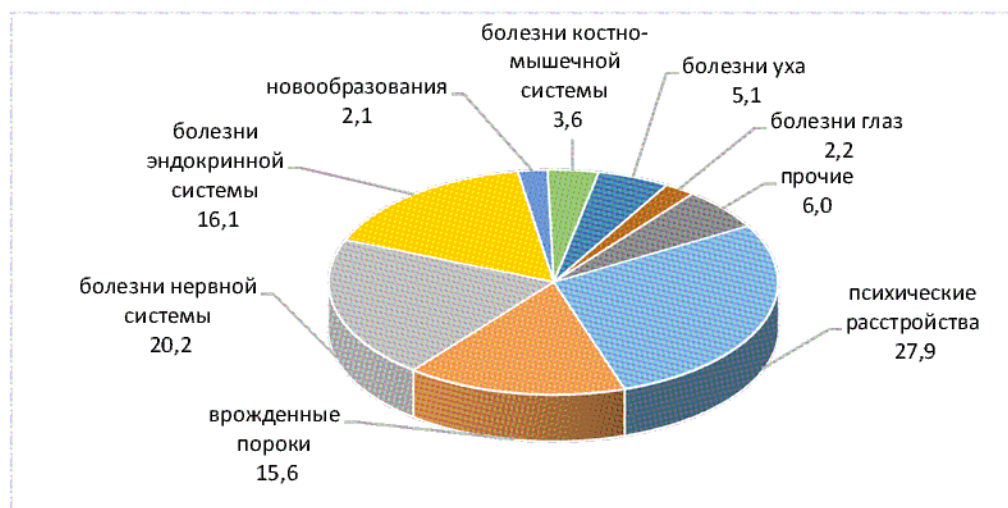


Рис. 36

За 2017 год детям-инвалидам до 18 лет разработано 9146 ИПРА (при первичном освидетельствовании – 2279, при повторном – 6867, из них 802 ребенка-инвалида обратились только с целью разработки ИПРА), в том числе 9126 – по медицинской реабилитации, или 99,8% от всех разработанных ИПРА детям-инвалидам. Количество рекомендаций

по реконструктивной хирургии детям-инвалидам составило 3,1% от общего количества разработанных ИПРА детям-инвалидам. Рекомендации на санаторно-курортное лечение даны в 2626 ИПРА (28,7%).

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий проведена по 4102 ИПРА, разработанным детям-инвалидам. Положительные результаты реабилитации отмечены в 1445 ИПРА (35,2%).

В 2017 году в рамках мероприятий по психолого-педагогической реабилитации или абилитации определена нуждаемость в рекомендациях по условиям организации обучения в 65,6% ИПРА детей-инвалидов (в 2016 году – 73,0%, в 2015 году – 92,7%), нуждаемость в психологической помощи в образовательной организации – в 39,0% (в 2016 году – 62,5%, в 2015 году – 83,1%), нуждаемость в профессиональной ориентации в образовательной организации – в 6,4% (в 2016 году – 9,5%, в 2015 году – 0,0%).

Число повторно признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет снизилось с 6085 человек до 6065 (на 20 человек). Выполнение ИПРА детей-инвалидов в 2017 году составило 84%.

Из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, осмотрено в процессе диспансеризации 298 детей. ИПРА выполнены в полном объеме в отношении 240 детей, что составляет 80,5% от общего числа осмотренных детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеющих установленную инвалидность. Для 58 детей (19,4%) ИПРА продолжены в 2018 году.

Выполнение ИПРА детей-инвалидов из числа осмотренных детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, пребывающих в стационарных отделениях, в 2017 году составило 90,7%, в полном объеме ИПРА выполнены в отношении 1138 детей, для 116 детей (9,2%) выполнение продолжено в 2018 году.

Раздел 3. Виды медицинской помощи

Глава 16. Первичная медико-санитарная помощь

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

Первичная медико-санитарная помощь оказывается гражданам в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях участковыми врачами-терапевтами, участковыми врачами-педиатрами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

В рамках Территориальной программы в 2017 году первичную медико-санитарную помощь взрослому населению на территории Свердловской области оказывали 93 учреждения здравоохранения, из них 69 – бюджетных, 24 – автономных; 24 муниципальных медицинские организации.

Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая учреждениями здравоохранения, представлена доврачебной и первичной врачебной помощью, а также первичной специализированной медицинской помощью.

В 2017 году была продолжена работа по организации и оснащению домовых хозяйств, а также обеспечению их телефонной связью. По состоянию на 01.01.2018 в Свердловской области организовано 209 домовых хозяйств, до 2020 года планируется организация еще 40 домовых хозяйств в тех населенных пунктах численностью до 100 человек, где отсутствуют какие-либо медицинские подразделения (ФАП, ОВП).

С целью повышения качества и доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи всем пациентам, нуждающимся в ней, с учетом результатов пилотного проекта по разработке норм труда в здравоохранении, реализуемого Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2014–2015 годах, а также с целью повышения эффективности использования медицинских кадров, оптимизации деятельности на основе пересмотра функциональных обязанностей в соответствии с уровнем полученного профессионального образования врачей-терапевтов, фельдшеров и медицинских сестер в медицинских организациях в Свердловской области была организована работа комплексных врачебно-фельдшерских бригад. Были разработаны Положение о комплексной врачебно-фельдшерской бригаде, должностные инструкции врача, фельдшера и медицинской сестры с передачей части трудовых функций от врача фельдшеру и от врача и фельдшера медицинской сестре. Разработана система маршрутизации пациентов при работе комплексных врачебно-фельдшерских бригад. Проводился ежемесячный мониторинг результатов работы бригад. С целью оценки рациональности использования рабочего времени и исключения дублирования трудовых функций проведены фотохронометражные исследования работы участкового врача-терапевта, фельдшера и медицинской сестры, работающих в бригаде.

Внедрение разработанной схемы рационального распределения потока пациентов (маршрутизации) позволило увеличить численность обслуживаемого населения с обеспечением доступности и качества оказания медицинской помощи, увеличением количества посещений в поликлинику и на дом, особенно с профилактической целью, увеличением охвата населения флюорографическими исследованиями, профилактическими прививками, диспансерными осмотрами.

Работа в составе комплексной врачебно-фельдшерской бригады способствовала повышению эффективности деятельности врачей, фельдшеров, медицинских сестер в оказании медицинской помощи, выполнению ими задач в соответствии с уровнем полученного образования. Обеспечена равная доступность пациентов всех прикрепленных участков при наличии показаний к врачебной помощи. Повысилась удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи.

Дальнейшее развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению комплексными врачебно-фельдшерскими бригадами позволило в 2016 году организовать комплексные бригады в 23 учреждениях здравоохранения (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 04.12.2015 № 1981-п «О расширении пилотного проекта по организации комплексных врачебно-фельдшерских бригад для оказания первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях Свердловской области»), а затем в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 16.11.2017 № 1973-п «О переходе к работе комплексными врачебно-фельдшерскими бригадами для оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях Свердловской области» рекомендовать организацию таких бригад во всех учреждениях здравоохранения.

Оказание неотложной медицинской помощи на территории Свердловской области в амбулаторно-поликлинических условиях организовано в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 14.02.2013 № 170-п «Об организации оказания неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлиническими учреждениями здравоохранения Свердловской области».

Кабинет (отделение) неотложной медицинской помощи является структурным подразделением амбулаторно-поликлинического учреждения, предназначенным для оказания неотложной медицинской помощи населению на дому и в поликлинике при внезапных острых заболеваниях (состояниях), обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи. Кабинет осуществляет свою деятельность в часы работы амбулаторно-поликлинического учреждения.

Неотложная медицинская помощь оказывается бригадами СМП, врачами общей врачебной практики, врачами врачебных амбулаторий, врачами (фельдшерами) кабинетов (отделений) неотложной помощи. Проводится постоянная работа по совершенствованию взаимодействия службы СМП и кабинетов (отделений) неотложной помощи по приему (передачи) вызовов, укомплектованию кадрами, совершенствованию профессиональных знаний.

В соответствии с Территориальной программой в 2017 году во всех медицинских организациях, имеющих прикрепленное население, оказывалась неотложная медицинская помощь. В 2017 году выполнено 1 209 788 неотложных посещений, что составило 49% от норматива, установленного Территориальной программой. Невыполнение норматива связано с обслуживанием части неотложных вызовов с удаленных территорий Свердловской области силами бригад СМП, а также проводимыми профилактическими мероприятиями, в том числе диспансеризацией. С целью обеспечения организационно-методического сопровождения и оценки деятельности учреждений здравоохранения по организации неотложной помощи издан приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 07.12.2016 № 2261-п «Об организации мониторинга оказания населению Свердловской области неотложной медицинской помощи».

Для приближения медицинской помощи к населению отдаленных территорий широко используются выездные формы работы. На территории Свердловской области (в ГО Красноуфимск, Камышловском ГО, городе Каменске-Уральском, МО город Алапаевск, ГО Первоуральск, МО «город Екатеринбург», Белоярском ГО, Сысертском ГО, МО город Ирбит, Асбестовском ГО, Серовском ГО, городе Нижний Тагил) функционируют 22 передвижных флюорографических аппарата для обеспечения населения доступным флюорографическим скринингом органов грудной клетки. За 2017 год обследованы 268 902 человека, из них 72 554 человека (27%) – сельские жители. Направлен на дообследование 2891 человек, выявлен активный туберкулез у 157 человек, рак легких – у 93 человек, другая патология – у 1266 человек. В сравнении с 2016 годом количество осмотренных увеличилось на 4,5%, в том числе сельских жителей – на 8%.

С 2013 года для проведения медицинских осмотров на отдаленных территориях Свердловской области используются 5 передвижных лечебно-профилактических модулей для выездных врачебных бригад «Диагностика» (далее – модуль «Диагностика»). Модуль «Диагностика» смонтирован на базе автомобиля «КамАЗ» и имеет оснащенные современным оборудованием рабочие места офтальмолога, оториноларинголога, кардиолога, невропатолога, хирурга, акушера-гинеколога, уролога, проктолога, лабораторию, кабинет врача УЗИ, ЭКГ.

В 2017 году врачебными бригадами модулей «Диагностика» осмотрены 5437 человек, направлены на дообследование 367 человек, на стационарное лечение – 49 человек. В сравнении с 2016 годом количество осмотренных увеличилось в 2 раза. В целях повышения эффективности организации работы модулей «Диагностика» утвержден приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.01.2018 № 127-п «Об организации выездной работы мобильных лечебно-профилактических модулей «Диагностика» на территории Свердловской области на 2018–2020 годы».

Порядок проведения медицинских осмотров населения на отдаленных территориях Свердловской области определен приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 11.11.2015 № 1793-п «О формировании мобильных медицинских бригад, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и первичную специализированную медицинскую помощь в структуре медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь взрослому населению Свердловской области».

С целью обеспечения доступности врачебной помощи сельскому населению организована работа 136 мобильных медицинских бригад, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и первичную специализированную медицинскую помощь. За 2017 год выполнено 1350 выездов мобильных медицинских бригад, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, осмотрены 69 016 человек (на 10% больше, чем в 2016 году), из них взяты

на диспансерное наблюдение 3174 человека, направлены на дообследование 5312 человек, на стационарное лечение 1065 человек.

Кроме того, работает модуль «Диамобиль» – выездная эндокринологическая поликлиника ГБУЗ СО «СОКБ № 1». Всего во время выездов модуля «Диамобиль» осмотрены 1014 больных сахарным диабетом, проживающих в сельских территориях МО город Алапаевск, Режевского ГО, Артемовского ГО, МО Алапаевское. С 2015 года в части территорий Свердловской области силами врачей-эндокринологов бригады «Диамобиль» после окончания обследования проводятся тематические занятия по программе «Школа для больных диабетом 2 типа, находящихся на инсулинотерапии».

За 2017 год в передвижном консультативно-диагностическом модуле «Диамобиль» обследованы 1014 больных сахарным диабетом. Всем пациентам был проведен скрининг для выявления осложнений сахарного диабета: осмотр глазного дна врачом-офтальмологом, осмотр врачом-хирургом в кабинете «Диабетическая стопа», осмотр врачом-кардиологом и врачом-эндокринологом, произведены лабораторные анализы на определение уровня гликированного гемоглобина, альбуминурии, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, холестерина и триглицеридов, ЭКГ-исследование.

Министерством здравоохранения Свердловской области приобретено 20 передвижных ФАП для труднодоступных и отдаленных территорий Свердловской области, которые обслуживают 183 населенных пункта Свердловской области общей численностью 22 492 человека. Передвижной ФАП выезжает в населенные пункты по утвержденному графику (не менее 2 раз в неделю), который доведен до сельских жителей через старост и медицинских работников.

В 2017 году передвижными ФАП выполнен 1291 выезд, проконсультированы 13 046 человек (в 1,5 раза больше, чем в 2016 году), в том числе с целью раннего выявления онкологической патологии репродуктивной системы в условиях передвижного ФАП осмотрены 885 женщин. В 2018 году планируется приобрести дополнительно еще 12 передвижных ФАП.

Для обеспечения консультативной медицинской помощи в отдаленных районных больницах Свердловской области применяются телекоммуникационные медицинские технологии. Всего в 2017 году в Свердловской области функционировали 30 телемедицинских центров, 68 телемедицинских пунктов, в которых организовано 120 точек подключения.

В целях повышения доступности консультирования населения специалистами ММЦ и крупных многопрофильных медицинских организаций в Свердловской области с использованием телемедицинских технологий в 2017 году обеспечено доступом к скоростному интернету 169 обособленных подразделений медицинских организаций, в 2018 году планируется подключить еще 86 подразделений. Количество телемедицинских пунктов выросло с 2014 года на 32%, а количество телемедицинских консультаций – на 147%.

По сравнению с 2016 годом количество консультаций с применением телемедицинских технологий выросло на 3,3%. За 2016 год в Свердловской области было проведено 26 192 телемедицинских консультации, за 2017 год – 27 051. В среднем количество консультаций составило 2254 в месяц. Удаленное консультирование пациентов является перспективным направлением обеспечения доступности медицинской помощи, особенно населению удаленных и труднодоступных территорий.

Анализ реестров по специальности врача, оказавшего услугу «телемедицинское консультирование», показал, что 91,1% от всего количества телемедицинских консультаций приходится на 10 специальностей (неврология, нейрохирургия, гематология, анестезиология и реаниматология, эндокринология, аллергология и иммунология, акушерство и гинекология, урология, кардиология, гастроэнтерология). Оказание услуги врачами именно этих специальностей обусловлено устойчивым функционированием на территории Свердловской области системы оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, а также дефицитом в медицинских организациях таких специалистов, как эндокринолог, гематолог, аллерголог, уролог.

77,5% диагнозов приходится на три класса МКБ-10: «Болезни системы кровообращения» – 52,4%, «Новообразования» и «Болезни крови, кроветворных органов» – 19%, «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» – 6,1%.

Диспансеризация взрослого населения является одной из приоритетных задач здравоохранения Свердловской области. В постоянном режиме рабочей группой Министерства здравоохранения Свердловской области, ГБУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики» проводятся выездные проверки учреждений здравоохранения по организации работы по диспансеризации определенных групп взрослого населения. В 2017 году проведены 43 проверки.

В 2017 году диспансеризацией были охвачены 572 400 человек, что составляет 77,6% от плана на 2017 год (737 155 человек).

При проведении диспансеризации выявлено 541 876 случаев заболеваний (или 94 667,4 случая на 100 тыс. лиц, прошедших диспансеризацию), что в 1,3 раза выше показателя 2016 года. Из них впервые выявлено 111 074 случая заболеваний (или 19 405,0 на 100 тыс. лиц, прошедших диспансеризацию). Хронических неинфекционных заболеваний выявлено 230 168, в том числе заболеваний системы кровообращения – 194 719 (34,0% в структуре выявленных заболеваний), сахарного диабета – 16 169 случаев (3,0%), болезней органов дыхания – 15 814 случаев (2,9%), злокачественных новообразований – 3466 случаев (0,6%).

Высокий и очень высокий риск тяжелых сердечно-сосудистых осложнений установлен у 84 157 человек из числа полностью завершивших диспансеризацию (14,7%). По результатам диспансеризации каждому третьему пациенту назначено лечение. Направлены на дополнительное диагностическое исследование, не входящее в объем диспансеризации, более 33 тыс. человек (5,8%). Три тысячи пациентов направлены для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

С целью формирования поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания, пациентам в рамках диспансеризации взрослого населения проведено профилактическое консультирование.

Особое внимание уделялось вопросам качества проведения диспансеризации. Для повышения эффективности диспансеризации активно использовалась такая форма работы, как обучение медицинских работников в режиме телевидеоконференции при проведении выездных семинаров. Проведено исследование по оценке знаний врачей вопросов организации диспансеризации, обучение и последующее тестирование руководителей медицинских организаций.

Изданы информационные материалы для специалистов «Краткое профилактическое консультирование». Данные методические разработки активно использованы при подготовке специалистов, участвующих в проведении диспансеризации.

Проведенные мероприятия способствовали повышению качества диспансеризации и диспансерного наблюдения, о чем свидетельствуют показатели 2017 года: доля лиц, направленных на второй этап диспансеризации, увеличилась на 2% по сравнению с 2016 годом и составила 29,2%, приблизившись к целевому критерию 30%; показатель выявленных заболеваний на 100 тыс. осмотренных увеличился по сравнению с 2016 годом в 1,3 раза, доля больных с ЗН, за которыми установлено диспансерное наблюдение, увеличилась на 30,6% и составила 96,7% от числа подлежащих, доля больных с заболеваниями органов дыхания, за которыми установлено диспансерное наблюдение, увеличилась на 13,6%, с сахарным диабетом – на 10,8%, доля больных с болезнями системы кровообращения – на 10,1%.

В Свердловской области в 2017 году реализовывались программы, направленные на пропаганду здорового образа жизни, в том числе на популяризацию культуры здорового питания, профилактику бытового пьянства, алкоголизма и наркомании, табакокурения, повышение физической активности. Программа демографического развития Свердловской области на период до 2025 года, одобренная постановлением Правительства Свердловской

области от 27.08.2007 № 830-ПП «О Программе демографического развития Свердловской области на период до 2025 года», государственная программа Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области на период до 2024 года», утвержденная постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года», Комплексный план мероприятий по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области на 2014–2018 годы, утвержденный распоряжением Правительства Свердловской области от 08.09.2014 № 1099-РП «О мероприятиях по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области на 2014–2018 годы», комплексная программа Свердловской области «Старшее поколение» на 2014–2018 годы, утвержденная постановлением Правительства Свердловской области от 12.03.2014 № 167-ПП «Об утверждении комплексной программы Свердловской области «Старшее поколение» на 2014–2018 годы», и комплексная программа Свердловской области «Здоровье уральцев» на 2015–2017 годы, утвержденная постановлением Правительства Свердловской области от 07.07.2015 № 582-ПП «Об утверждении комплексной программы Свердловской области «Здоровье уральцев» на 2015–2017 годы».

Основным принципом профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни в Свердловской области является создание системы межведомственного взаимодействия и активное вовлечение населения в профилактические мероприятия. Для этого создан Координационный совет по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области, состав которого утвержден распоряжением Правительства Свердловской области от 08.09.2014 № 1099-РП «О мероприятиях по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области на 2014–2018 годы».

Активно проводится работа с главами МО по разработке и реализации муниципальных программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни, борьбе с социально значимыми инфекциями, вакцинопрофилактике. В большинстве МО такие программы разработаны и реализуются, их общее число на 31.12.2017 составило 215.

Координацию и методическое сопровождение мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни в Свердловской области и УрФО осуществляет ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики».

В 2017 году служба медицинской профилактики Свердловской области была представлена 2 центрами медицинской профилактики: ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики» и МАУ «Городской центр медицинской профилактики» города Екатеринбурга. В учреждениях здравоохранения работают 51 отделение медицинской профилактики и 52 кабинета медицинской профилактики, 25 центров здоровья, которые принимают активное участие в организации и проведении мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, в том числе в рамках проведения массовых акций и информационных кампаний, организации диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения.

В 2017 году проведена активная работа по привлечению социально ориентированных некоммерческих организаций к информированию граждан о факторах риска развития заболеваний, мотивации к ведению здорового образа жизни. Создан сайт «Дом Медика» (<http://dmedika.ru/>), ориентированный на объединение некоммерческих организаций медицинского профиля в Свердловской области.

В 2017 году продолжена работа по совершенствованию на территории Свердловской области системы профилактики наркологических расстройств. Особое внимание уделено вопросам взаимодействия специалистов первичного звена здравоохранения и психиатров-наркологов при проведении скрининга проблемного употребления алкоголя и организации профилактического консультирования пациентов с риском пагубного потребления алкоголя, наркотических средств и психоактивных веществ без назначения врача.

В 2017 году в центрах здоровья Свердловской области было зарегистрировано более 237 тыс. посещений. Расширяется практика школ здоровья для пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, школ психологической подготовки семьи к рождению ребенка, школ для желающих бросить курить. Всего в 2017 году в учреждениях здравоохранения работало 2038 школ для пациентов, проведено 14 110 циклов, на которых обучены более 164 тыс. пациентов.

Большое внимание уделяется вопросам ограничения потребления табака. В 2017 году в медицинских организациях в Свердловской области работало 82 школы для желающих бросить курить, в них бесплатно получили медицинскую помощь по отказу от курения 4649 человек. Проведена выездная школа для желающих бросить курить для сотрудников Главного управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по Свердловской области.

В рамках профилактического проекта «Останови инсульт!» продолжила работу группа «Останови инсульт!» в социальных сетях «Одноклассники» и «ВКонтакте». Информация о признаках инсульта и действиях при обнаружении этих признаков размещалась также в общественном транспорте, на радио- и телеканалах, в печатных СМИ, на сайтах медицинских организаций. В городах Полевском и Нижний Тагил проводилась адресная рассылка флаеров-открыток о признаках инсульта. При поддержке Фонда по борьбе с инсультом «ОРБИ» в 2017 году организована и проведена акция «Дети на защите взрослых».

С целью повышения информированности населения о проявлениях сахарного диабета у детей и своевременного обращения родителей за медицинской помощью в 2017 году реализован профилактический проект «Дети тоже болеют диабетом». Созданы 4 видеоролика с участием команды КВН «Уральские пельмени», музыкальной рок-группы «Чайф», врачей-эндокринологов, олимпийских чемпионов; ролики транслировались на региональных телевизионных каналах.

В 2017 году созданы информационные программы, адаптированные для пожилых пациентов, постоянно действующие рубрики в СМИ «Проблемы здоровья пожилых», «Активное долголетие». Организованы радиопередачи с участием главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Свердловской области (ревматолога, эндокринолога, специалиста по медицинской профилактике), интервью в газетах «Аргументы и факты», «Пенсионер» по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Большой популярностью среди лиц старшего возраста пользуются школы здоровья и долголетия «50+», которые организованы в 43 медицинских организациях Свердловской области. В 2017 году в них обучены более 5 тыс. человек старшего возраста, за период с 2013 по 2017 год – более 14,5 тыс. человек.

При поддержке Правительства Свердловской области в 2017 году в городе Екатеринбурге состоялся IX Уральский конгресс по здоровому образу жизни, в рамках которого проведены Уральский форум «Здоровье или табак», выставка «Урал – территория здоровья», массовая акция профилактической направленности «Свердловская область – территория здоровья», международный конкурс студенческих работ «Развитие технологий здоровьесбережения в современном обществе», традиционное шествие «3000 шагов к здоровью», товарищеский матч команд футбольных клубов «Урал» и «ВИЗ-Синара». Всего в работе Конгресса приняли участие более 3000 человек из 8 субъектов Российской Федерации.

Все большую популярность у населения приобретают массовые профилактические акции, направленные на повышение мотивации к ведению здорового образа жизни. В 2017 году в Свердловской области проведено 10 179 таких акций, в которых приняли участие около 1 млн. человек. Массовые акции были организованы в поддержку инициатив ВОЗ в рамках проведения Всемирного дня здоровья, Всемирного дня сердца, Всемирного дня борьбы с инсультом, Всемирного дня борьбы против хронической обструктивной болезни легких, а также объявленного Губернатором Свердловской области Дня здоровья Свердловской области.

В августе 2017 года для жителей ГО Верх-Нейвинский проведена массовая акция профилактической направленности «Мы за здоровый образ жизни». В рамках акции организовано обследование населения выездными центрами здоровья для взрослого и детского населения на постах здоровья, проведены флюорографические обследования в передвижном флюорографе. На детской площадке «Азбука здоровья» проведены лекции и беседы «Руки мой перед едой – мылом, теплой водой», «Правильно чистить зубы, чтобы сохранить их здоровье», конкурс рисунков на асфальте «Мы – за здоровый образ жизни!», мастер-класс «Северная ходьба для начинающих», массовая зарядка «Быть здоровым – это модно!».

Ко Всемирному дню борьбы с гепатитом на базе ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики» организована массовая акция профилактической направленности «Знать – чтобы жить». По результатам обследования, которое прошли более 300 человек, проведены консультации врачом-гепатологом, лекции «Вирусный гепатит С: меры профилактики, как выявить и куда обращаться».

С целью повышения престижа медицинской профессии через демонстрацию многообразия талантов медицинских работников учреждений здравоохранения совместно с некоммерческим партнерством «Медицинская Палата Свердловской области» реализован проект «Мир глазами врача». Издан альманах с одноименным названием, в который включены 120 лучших фоторабот 45 авторов-медиков. Организована выставочная экспозиция в Доме Правительства Свердловской области и Свердловском государственном академическом театре драмы.

Глава 17. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, в медицинских организациях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Организация оказания специализированной медицинской помощи в Свердловской области осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2016 № 132н «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения», а также на основании приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, утверждающих порядки оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, и приказов Министерства здравоохранения Свердловской области, утверждающих схемы маршрутизации пациентов в медицинские организации в Свердловской области в зависимости от профиля заболевания и медицинских показаний (в том числе тяжести состояния и риска для жизни).

Специализированная медицинская помощь оказывается в медицинских организациях первого и второго уровней общей лечебной сети, подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области, и в муниципальных медицинских организациях МО «город Екатеринбург». Кроме того, специализированную медицинскую помощь оказывают организации социально значимых служб по профилям «психиатрия», «наркология», «туберкулез», «инфекции, передаваемые половым путем», «ВИЧ-инфекция». Население Свердловской области получает специализированную медицинскую помощь и в крупных учреждениях здравоохранения, оказывающих в том числе и высокотехнологичную медицинскую помощь, – ГБУЗ СО «СОКБ № 1», ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», ГБУЗ СО СОКПН ГВВ, ГБУЗ СО МКМЦ «Бонум», ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», ГБУЗ СО «Центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт травматологии и ортопедии имени В.Д. Чаклина», ГБУЗ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии». Кроме того,

на территории Свердловской области специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь предоставляют федеральные НИИ, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, – это ФГБУ «НИИ ОММ» по профилям «акушерство-гинекология», «неонатология», ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» по профилям «торакальная хирургия», «травматология и ортопедия», «урология», а также медицинские организации муниципальной и частной форм собственности, осуществляющие деятельность в рамках Территориальной программы.

На базе многопрофильных больниц в 10 МО (МО город Алапаевск, Асбестовский ГО, МО город Ирбит, город Каменск-Уральский, ГО Красноуфимск, ГО Краснотурьинск, город Нижний Тагил, ГО Первоуральск, ГО Ревда, Серовский ГО) с 2011 года функционируют 16 ММЦ, оказывающих специализированную медицинскую помощь по 15–20 профилям.

Специализированная помощь в Свердловской области оказывается по 58 профилям, общий коечный фонд составляет 31 395 среднегодовых круглосуточных коек, или 75,9 койки на 10 000 человек населения, мощность дневных стационаров составляет 8415 мест, или 20,2 места на 10 000 человек населения. В течение 2002–2017 годов коечный фонд здравоохранения Свердловской области планомерно реструктуризируется и оптимизируется, с 2013 года число коек сократилось на 10,5% в связи с внедрением современных лечебно-диагностических методик, расширением применения эффективных лекарственных препаратов, внедрением стационарзамещающих технологий, позволяющих сократить время пребывания на круглосуточной койке.

Закрепление населения Свердловской области за ММЦ и маршрутизация пациентов на госпитализацию по профилям медицинской помощи утверждены приказами Министерства здравоохранения Свердловской области с учетом структуры ММЦ.

Медицинские организации первого и второго уровней, ММЦ и крупные моно- и многопрофильные больницы в соответствии с порядками оказания специализированной медицинской помощи, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, и структурой трехуровневой системы оказания медицинской помощи оснащены необходимым лечебно-диагностическим оборудованием. В ММЦ и крупных больницах функционируют компьютерные и магниторезонансные томографы, С-дуги, эндоскопическое оборудование, оборудование для проведения малоинвазивных хирургических операций, аппараты искусственной вентиляции легких, наркозно-дыхательная аппаратура, мониторы для динамического наблюдения за тяжелыми больными и другое медицинское оборудование.

Для повышения доступности оказания специализированной медицинской помощи населению наиболее отдаленных территорий Свердловской области Министерством здравоохранения Свердловской области заключены соглашения с Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа и Департаментом здравоохранения Тюменской области. Кроме того, заключено соглашение с Департаментом здравоохранения Курганской области о госпитализации экстренных больных из приграничных территорий Курганской области в ГБУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский».

Новым направлением в развитии специализированной медицинской помощи в соответствии со Стратегией действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р, планом мероприятий на 2016–2020 годы по реализации первого этапа Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.11.2016 № 2539-р, в 2017 году стала организация оказания гериатрической помощи населению. С декабря 2017 года на базе ГБУЗ СО СОКПН ГВВ организованы консультативный прием врача-гериатра и гериатрическое отделение на 40 коек.

На третьем уровне трехуровневой системы организации медицинской помощи оказывается преимущественно специализированная и ВМП. Последняя, являясь частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно

доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Организация оказания ВМП осуществляется с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

В Свердловской области ВМП оказывается по всем 20 утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации профилям. По состоянию на 31.12.2017 «лист ожидания» на оказание ВМП составил 959 человек по всем профилям ВМП.

В динамике с 2012 по 2015 год объем ВМП для жителей Свердловской области ежегодно увеличивался и в целом вырос в 1,64 раза. С 2015 года темпы прироста объемов ВМП постепенно начали снижаться, так как с 2012 по 2015 год была существенно сокращена очередность на оказание ВМП по основным наиболее востребованным методикам. В течение 2015–2017 годов объем ВМП, оказываемой за счет всех источников финансирования, соответствует нормативам, рекомендованным федеральной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год.

Экстренная медицинская помощь при угрожающих жизни состояниях оказывается в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии круглосуточных стационаров с общей коечной мощностью 985 коек, в том числе 154 койки для реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Кроме того, в структуре 34 ПСО медицинских организаций развернуты койки интенсивной терапии (62 – неврологического и 88 – кардиологического профилей) для оказания медицинской помощи больным с инсультами и инфарктами.

Глава 18. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. Организация оказания СМП построена на территориальном принципе обслуживания населения и единстве, своевременности и непрерывности лечебных мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапах.

В 2017 году на территории Свердловской области функционировали 56 организаций и подразделений службы СМП, из них 8 самостоятельных станций и 48 отделений в учреждениях здравоохранения, 3 отделения СМП в медико-санитарных частях, подведомственных ФМБА (в городах Заречном, Новоуральске, Лесном). В структуре службы 91% составляют отделения СМП IV, V, VI категорий (с числом выездов менее 25 тыс. в год). МБУ «Станция скорой помощи им. В.Ф. Капиноса» и ГБУЗ СО «Городская станция скорой медицинской помощи город Нижний Тагил» относятся к внекатегорийным станциям (более 100 тыс. выездов в год).

С 01.05.2017 отделения СМП ГБУЗ СО «Серовская городская больница», обслуживающие поселки Гари, Восточный, Сосьва, включены в структуру ГБУЗ СО «Серовская городская станция скорой медицинской помощи».

В 2017 году количество бригад СМП увеличилось на 11. В суточном режиме на территории Свердловской области работали 346,75 бригады, из них 261,75 – фельдшерские (75,6%), 47 – врачебные общепрофильные бригады (13,6%), 38 – специализированные бригады (10,8%) (23 реанимационные, 10,5 педиатрических, 4 психиатрические, 0,5 выездной экстренной консультативной бригады) (таблица 44). Всего в Свердловской области работают 366 врачей СМП, большинство из них в МБУ «Станция скорой медицинской помощи имени В.Ф. Капиноса» города Екатеринбурга (252 врача) и на станциях СМП крупных городов Свердловской области.

По сравнению с 2016 годом количество штатных единиц персонала СМП уменьшилось на 167,5 должности (на 2,3%), из них 33,25 – это должности врачебного персонала (сокращение с 432,75 в 2016 году до 399,5 в 2017 году, или на 7,7%). Сокращение числа врачей СМП (физических лиц) составило 12,9% (с 224 до 195). Коэффициент совместительства врачей СМП в 2017 году составил 1,51. Укомплектованность штатных должностей врачей СМП в 2017 году составила 73,5%, обеспеченность населения Свердловской области врачами СМП – 0,47 на 10 тыс. человек населения.

Таблица 44

Количество бригад СМП в Свердловской области

(абсолютные значения)

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Всего бригад из них	355	339	330,7	335,75	346,75
2.	фельдшерских	237	238	236,7	246,75	261,75
3.	врачебных	60	57	51,5	49,75	47
4.	специализированных	58	44	42,4	38	38

Штатная численность средних медицинских работников в службе СМП в 2017 году осталась на уровне 2016 года и составила 3849,25 должности (в 2016 году – 3837,25), из них должностей фельдшеров – 2812,25. Укомплектованность должностей фельдшеров СМП – 95,5%. Фельдшеров (физических лиц) на 31.12.2017 работало 2150, укомплектованность должностей физическими лицами составила 75%, коэффициент совместительства – 1,25. Показатель обеспеченности фельдшерами СМП находится на уровне общероссийского и составляет 4,96 на 10 тыс. человек населения.

Уровень обеспеченности фельдшерами (медицинскими сестрами) по приему вызовов СМП в 2017 году в Свердловской области составил 0,97 на 10 тыс. человек населения.

В 2017 году число лиц, которым была оказана СМП выездными бригадами вне медицинской организации, составило 1 123 649 человек, бригадами СМП Свердловской области выполнено 1 208 947 вызовов (таблица 45).

Таблица 45

Показатели объема деятельности и численности бригад СМП в Свердловской области

(абсолютные значения)

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1	2	3	4	5	6	7
1.	Выполнено выездов	1 225 597	1 145 280	1 146 616	1 271 607	1 208 947
2.	из них безрезультатных выездов	74 706	76 850	74 436	77 422	75 615
3.	Количество выездов на 1000 человек населения	294,4	273,8	275,4	288,7	290,4
4.	Среднесуточная нагрузка на 1 выездную бригаду	10,4	10,2	10,3	10,3	9,6
5.	Отказано за необоснованностью вызова (вызовы переданы в амбулаторную службу)	61 201	40 766	36 891	53 051	44 770
6.	Число лиц, которым оказана СМП амбулаторно и при выездах	1 277 135	1 185 053	1 186 569	1 194 185	1 133 332

1	2	3	4	5	6	7
7.	в том числе в амбулаторных условиях	38 135	25 918	21 025	17 851	9683

Количество безрезультатных выездов уменьшилось с 2016 года на 8281 (с 6,5% до 3,7% от всех выполненных выездов).

В течение 2013–2017 годов в Свердловской области отмечается устойчивая динамика снижения количества лиц, обслуженных бригадами СМП в амбулаторных условиях, что свидетельствует о повышении эффективности работы службы СМП и постепенном отказе от практики использования подразделений СМП для оказания первичной медико-санитарной помощи, в особенности при отсутствии условий для ее оказания.

В структуре вызовов бригад СМП в 2017 году 20,5% составляли выезды к детям, 38,3% – к взрослому населению трудоспособного возраста и 41,2% – к гражданам старше трудоспособного возраста. В структуре обслуженных вызовов по типу места вызова доминирующее положение (81,8%) занимают вызовы по месту жительства (в квартиру, частный дом), вызовы в медицинские организации составили 6,2%, на улицу – 5%, в общественное место – 4%.

79,6% всех вызовов были по случаю внезапных заболеваний и состояний, 10,3% – по поводу травм и отравлений, 2% – по поводу родов и патологии беременности. Выездными бригадами СМП было обслужено 86 682 вызова по поводу медицинской эвакуации (7,7% всех вызовов), что на 1133 вызова больше, чем в 2016 году. При этом число межбольничных медицинских эвакуаций уменьшилось на 5,1% – с 46 875 до 44 463, что говорит об эффективности принимаемых мер в части маршрутизации больных различного профиля.

Одними из основных показателей, характеризующих работу СМП, являются показатели экстренности (таблица 46). Одним из таких показателей является уровень госпитализации в стационар бригадой СМП. Значение этого показателя в Свердловской области в 2017 году составило 96,8 случая на 1000 человек населения, что существенно выше аналогичного показателя по Российской Федерации (72,3 случая на 1000 населения в 2016 году) и указывает на хорошую эффективность работы службы СМП. Доля вызовов с госпитализацией больного в стационар в структуре всех вызовов составила в 2017 году 35,9%, при этом показатель по станциям СМП составил 43%, по отделениям СМП – 24,7%.

Таблица 46

Показатели экстренности госпитализаций при выездах бригад СМП в 2013–2017 годах

Номер строки	Показатели	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Число лиц, которым оказана СМП при выездах, человек	1 239 000	1 159 135	1 157 973	1 176 334	1 123 649
2.	Число госпитализированных	397 992	386 518	393 171	404 343	402 948
3.	Частота госпитализации по СМП, на 1000 человек населения	92,2	89,4	90,8	93,4	96,8
4.	Доля госпитализированных больных в структуре обслуженных лиц, процентов	32,1	33,3	33,9	34,4	35,9

Доля выездов бригад СМП со временем доезда до пациента менее 20 минут в 2017 году увеличилась до 84% (в 2016 году – 81,2%, в 2015 году – 81,1%). При оказании СМП в экстренной форме доля выездов со временем доезда до пациента менее 20 минут составила 88,3%, а на дорожно-транспортное происшествие – 93,8% (в 2016 году – 92,2%) (таблица 47).

Удельный вес выездов бригад СМП со временем доезда до больного менее 20 минут

(процентов)

Номер строки	Количество санитарных заданий	Доля вызовов со временем доезда менее 20 минут в общем числе вызовов		
		2015 год	2016 год	2017 год
1.	Всего вызовов	81,1	81,2	88,3
2.	из них вызовов на дорожно-транспортное происшествие	91,8	92,1	93,8

В 2017 году на станции (в отделения) СМП поступил 688 421 вызов для оказания СМП в неотложной форме, что составило 55% от общего числа обращений за медицинской помощью, поступивших в службу СМП. Передано в поликлинику для оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме 44 770 вызовов, что на 8,3 тыс. вызовов меньше, чем в 2016 году, поскольку и число неотложных вызовов, поступивших на станции (в отделения) СМП, сократилось в сравнении с 2016 годом.

В Свердловской области реализуются мероприятия по снижению смертности пациентов с сердечно-сосудистой патологией, в том числе на догоспитальном этапе. Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой СМП проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами СМП, выросла с 4,5% в 2016 году до 6% в 2017 году (при целевом значении данного показателя на 2017 год – 5%).

Количество автомобилей СМП в службе уменьшилось с 586 в 2016 году до 569 в 2017 году. В структуре парка санитарного автотранспорта 49,9% – это автомобили класса «А», 42% – класса «В», 8,1% – класса «С» (реанимобили).

Объем финансовых средств областного бюджета, предусмотренных на реализацию мероприятий по приобретению и оснащению санитарного автотранспорта, в 2017 году составил 72 млн. рублей. За 2017 год в учреждения здравоохранения за счет средств областного бюджета поставлено 32 полностью укомплектованных автомобиля СМП, в том числе 4 автомобиля класса «С» и 28 автомобилей класса «В». За счет средств федерального бюджета поставлено 36 автомобилей СМП, из них 20 автомобилей передано в 14 МО, еще 16 автомобилей СМП переданы в 16 моногородов Свердловской области в рамках приоритетного проекта «Комплексное развитие моногородов». Таким образом, за счет средств федерального и областного бюджетов в 2017 году приобретено 68 новых автомобилей СМП, что позволило обновить санитарный автопарк Свердловской области более чем на 65%.

В 2017 году для оснащения машин СМП закуплены электрокардиографы (32 единицы для комплекса «Валента») на сумму 2,4 млн. рублей, 28 автоматических наружных дефибрилляторов на сумму 4,4 млн. рублей.

Все медицинские организации в Свердловской области, оказывающие СМП, оснащены программным комплексом автоматизации диспетчерской службы «АДИС» (далее – ПК «АДИС») и навигационной системой ГЛОНАСС.

В 2017 году завершены работы по обновлению ПК «АДИС» во всех дежурно-диспетчерских службах СМП, подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области и управлению здравоохранения Администрации города Екатеринбурга. Все подразделения СМП Свердловской области подключены к региональному серверу ПК «АДИС» и готовы к получению вызовов из унифицированного программного обеспечения Системы-112.

Скорая специализированная медицинская помощь

Скорая специализированная медицинская помощь оказывается силами ТЦМК. Экстренная медицинская помощь специалистами ТЦМК оказывается на догоспитальном и госпитальном этапах.

В ТЦМК круглосуточно оказывают помощь 7 бригад экстренной консультативной помощи, в том числе 2 бригады – в филиалах ТЦМК в городах Ирбите и Краснотурьинске, 12 трассовых пунктов, 2 вертолета МИ-2.

В ТЦМК имеется мобильный медицинский отряд специального назначения, готовый к развертыванию на границе очага чрезвычайной ситуации (далее – ЧС).

ТЦМК работает в трех режимах: повседневном, режиме угрозы ЧС и режиме ЧС. В 2017 году зарегистрировано 74 ЧС (в 2016 году – 86), при этом число пострадавших по сравнению с 2016 годом уменьшилось на 222 человека, или на 61,7%, и составило 366. Количество дорожно-транспортных происшествий уменьшилось на 16% (с 50 в 2016 году до 42 в 2017 году), число пострадавших в них составило 248 человек (в 2016 году – 255).

В режиме повседневной работы ТЦМК осуществляет оказание экстренной лечебно-консультативной помощи населению Свердловской области, включая медицинскую эвакуацию больных и пострадавших авиационным транспортом. На 31.12.2017 в Свердловской области вблизи медицинских организаций функционировали 25 посадочных (вертолетных) площадок (из них 9 площадок при трассовых пунктах ТЦМК на федеральных автодорогах Р-242 и Р-351).

В 2017 году специалистами ТЦМК выполнено 6245 санитарных заданий, сделано 2929 выездов в учреждения здравоохранения, прооперировано на месте в экстренном порядке 551 больной, проконсультировано по телефону 3173 больных. Всего силами бригад ТЦМК и филиалов ТЦМК за 2017 год эвакуированы 1528 пациентов, в том числе 201 – авиационным транспортом. Таким образом, 24,5% вызовов к пациенту закончено эвакуацией (на 1,5% больше, чем в 2016 году).

Работа по организации оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе велась в следующих направлениях: развитие трассовой службы, совершенствование взаимодействия со службой СМП, совершенствование работы учебно-тренировочного центра ТЦМК.

На 31.12.2017 создана устойчиво работающая система из 12 трассовых пунктов, позволившая организовать систему оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на федеральных автомобильных дорогах с наибольшим пассажиро- и грузопотоком по транспортному коридору Восток-Запад.

Глава 19. Медицинская реабилитация

Развитие медицинской реабилитации в Свердловской области идет по следующим основным направлениям: нейрореабилитация; реабилитация пациентов с сердечно-сосудистой патологией (после перенесенного острого инфаркта миокарда, оперативных вмешательств на сердце); реабилитация после травм и операций на костях и суставах; реабилитация детей; реабилитация пациентов соматического профиля (в том числе пациентов с заболеваниями органов дыхания, эндокринными заболеваниями, после операций по поводу язвенной болезни желудка, желчнокаменной болезни, панкреатита, мочекаменной болезни и других). В 2017 году принято решение о проведении пилотного проекта по оказанию реабилитационной помощи пациентам после нейрохирургических вмешательств при опухолях центральной нервной системы (согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 02.03.2017 № 317-п «О проведении пилотного проекта по организации медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» пациентам после нейрохирургических вмешательств» пилотной площадкой проекта выбран ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Озеро Чусовское»).

Подготовлена необходимая нормативная база по организации реабилитационной помощи и маршрутизации пациентов, разработан механизм оплаты случаев оказания реабилитационной помощи за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы. Всего в 2017 году в Свердловской области 14 медицинских организаций оказывали специализированную медицинскую помощь по медицинской реабилитации за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы. Кроме того, реабилитация лиц с наркотической зависимостью проводилась в ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медико-социальной реабилитации больных наркоманией «Урал без наркотиков» за счет средств областного бюджета.

В Свердловской области функционируют 7 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», в том числе ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Озеро Чусовское», ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Санаторий Руш», ГАУЗ СО «Областная специализированная больница восстановительного лечения «Липовка», ГБУЗ СО МКМЦ «Бонум», ГБУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский», ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск», МАУЗ «Центральная городская больница № 3» города Екатеринбурга, МБУ «Центральная городская клиническая больница № 6» города Екатеринбурга. Общая коечная мощность профиля «медицинская реабилитация» составляет 598 круглосуточных коек, в том числе 176 коек для больных с заболеваниями нервной системы и органов чувств, 53 койки для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы. Кроме того, реабилитационную помощь населению в 2017 году оказывали ООО «Клиника Павлова», ООО «Уральский клинический лечебно-реабилитационный центр», ООО «КИМ», ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 121» ФМБА России.

Обеспеченность населения койками реабилитационного профиля составила в 2017 году 1,6 койки на 10 тыс. человек населения, при этом по профилю «неврология» она составила 0,66 койки (300 коек), «кардиология» – 0,37 койки (160 коек), «травматология и ортопедия» – 0,13 койки (56 коек), «онкология» – 0,02 койки (8 коек). В 2017 году в реабилитационных отделениях медицинских организаций нейрореабилитационного профиля пролечены 6540 человек (в 2016 году – 5683), в кардиореабилитационных – 3680 человек (в 2016 году – 3198).

С 2017 года получили развитие реабилитационные технологии в условиях дневного стационара. В ГАУЗ СО «Областная специализированная больница восстановительного лечения «Липовка», ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Санаторий Руш», ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск», негосударственном медицинском учреждении «Дорожная больница на ст. Свердловск-Пассажирский» ОАО «РЖД», ГБУЗ СО «Центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт травматологии и ортопедии имени В.Д. Чаклина», федеральном бюджетном учреждении науки «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» открыто 7 отделений дневного стационара на 125 мест. Общая мощность стационарзамещающих подразделений профиля «медицинская реабилитация» по всем медицинским организациям составляет 154 места.

В 2017 году существенно увеличилось количество медицинского персонала, работающего в реабилитационных отделениях и медицинских организациях реабилитационного профиля: количество врачей увеличилось с 56 в 2016 году до 107 в 2017 году, средних медицинских работников – с 59 до 67. Укомплектованность врачебными кадрами составила 93% (в 2016 году – 89,6%), логопедами, психологами, инструкторами лечебно-физкультурных кабинетов – 100%.

Важным звеном реабилитации являются санаторно-курортные организации. Сеть функционирующих санаторно-курортных организаций Свердловской области в 2017 году включала 45 здравниц, в том числе 3 государственных, 5 муниципальных, 37 частных.

Кроме того, жители Свердловской области, в том числе инвалиды, получают санаторно-курортную помощь в федеральных санаторно-курортных организациях. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.03.2009 № 138н «О порядке организации работы по распределению путевок и направлению больных из учреждений, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на лечение в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России» на санаторно-курортное лечение направляются больные с хроническим туберкулезом, граждане, отнесенные к категории пострадавших от радиационного воздействия на Чернобыльской атомной электростанции, дети с хроническими заболеваниями, а также больные, которым оказана ВМП в федеральных медицинских организациях.

В 2017 году путевки на санаторно-курортное лечение получили 5597 граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

В 2017 году реабилитационная помощь детям в рамках трехуровневой системы организации медицинской помощи в Свердловской области оказывалась в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Свердловской области от 15.09.2015 № 1356-п «Об организации медицинской реабилитации детям и подросткам на территории Свердловской области» и от 16.05.2016 № 733-п «О маршрутизации детей Свердловской области по профилю «медицинская реабилитация».

Медицинская помощь детям по профилю «медицинская реабилитация» оказывалась в круглосуточном и дневном стационарах 12 медицинских организаций согласно следующим клинико-статистическим группам: реабилитация после перенесенных травм и операций на опорно-двигательном аппарате, реабилитация детей, перенесших состояние перинатального периода, детей с оперированными врожденными пороками развития центральной нервной системы и онкогематологическими заболеваниями, реабилитация при синдроме «после интенсивной терапии», нейрореабилитация.

Общая коечная мощность службы реабилитации детей составляет 202 койки, в том числе 120 неврологических, 15 кардиологических, 13 ортопедических, 36 педиатрических, 8 оториноларингологических, 10 коек челюстно-лицевой хирургии. В условиях дневного стационара развернуты 54 места, в том числе 47 – по профилю «неврология», 5 – ортопедия, 2 – челюстно-лицевая хирургия. Из общего числа круглосуточных коек 60 функционируют на базе ГБУЗ СО МКМЦ «Бонум», 35 – в МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», 26 – в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», 25 – в ФГБУ «НИИ ОММ». Основной объем реабилитационной помощи детям в условиях дневного стационара также оказывается в ГБУЗ СО МКМЦ «Бонум» и МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (соответственно 22 и 10 мест дневного стационара из 54).

Число детей, нуждающихся в медицинской реабилитации, в 2017 году составило 89 990, из них детей-инвалидов – 16 155. Медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация» получили 80 983 ребенка (90% от числа нуждающихся), в том числе 15 950 детей-инвалидов (98,7% от числа нуждающихся). 1129 детей прошли курс медицинской реабилитации в условиях санаторно-курортных организаций, среди них – 1036 детей-инвалидов.

Для повышения доступности реабилитационной помощи детям, повышения качества отбора пациентов на медицинскую реабилитацию и сокращения сроков ожидания лечения на базе ГБУЗ СО МКМЦ «Бонум» организована работа областного межведомственного консилиума. На базе государственного автономного учреждения Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов» Министерства социальной политики Свердловской области проводятся заседания комиссии по определению реабилитационного маршрута детей-инвалидов, достигших подросткового возраста. Выстраивается система межведомственного взаимодействия по реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. В рамках пилотного проекта по выполнению подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» государственной программы Российской

Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы, созданы рабочие группы проекта, выбраны и начали работать пилотные площадки, постепенно наполняется данными электронная база данных по реабилитации и абилитации детей-инвалидов в Свердловской области.

В 2018 году и последующие годы планируется расширение сети реабилитационных подразделений медицинских организаций: развертывание дополнительно 9 коек в ГБУЗ СО «ОДКБ №1», по 5 коек в ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Детская городская больница город Нижний Тагил». Кроме того, врачи-специалисты в области медицинской реабилитации планируют совместно с профильными специалистами Министерства здравоохранения Российской Федерации работать над созданием клинических рекомендаций по медицинской реабилитации детей, шкалы оценки функционального состояния для определения показаний к реабилитации по различным профилям заболеваний, а также порядка организации системы медицинской реабилитации детей.

Глава 20. Паллиативная медицинская помощь, в том числе детям

На территории Свердловской области в 2017 году паллиативная медицинская помощь оказывалась гражданам в соответствии с порядками оказания паллиативной медицинской помощи, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» и от 14.04.2015 № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» и Территориальной программой.

В 2017 году лицензию на оказание паллиативной медицинской помощи имели 78 медицинских организаций, из них 6 федеральных, 60 областных государственных, 10 муниципальных, 2 иной формы собственности.

В амбулаторных условиях паллиативная медицинская помощь оказывается в 70 кабинетах паллиативной медицинской помощи, в том числе специалисты кабинетов выезжают на дом к пациентам.

Отделения паллиативной медицинской помощи круглосуточного пребывания организованы в 7 учреждениях здравоохранения (ГБУЗ СО «СООД» (25 коек), ГБУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский» (20 коек), ГБУЗ СО «Центральная городская больница город Кушва» (20 коек), ГБУЗ СО «Байкаловская центральная районная больница» (20 коек), ГБУЗ СО «Арамилская городская больница» (20 коек), ГАУЗ СО «Сухоложская районная больница» (20 коек), ГАУЗ СО «Красноурьинская городская больница» (15 коек)) и МБУ «Центральная городская больница № 2 им. А. А. Миславского» (30 коек). Также коечные мощности для оказания паллиативной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета были выделены в 2017 году в ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 91» ФМБА (город Новоуральск), ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 31» ФМБА (город Лесной), ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 32» ФМБА (город Заречный) и ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 121» ФМБА (город Нижняя Салда).

В ноябре 2017 года открыто отделение паллиативной медицинской помощи мощностью 10 коек на базе ГБУЗ СО «Ачитская центральная районная больница» для жителей Ачитского ГО, Артинского ГО, МО Красноуфимский округ, Нижнесергинского МР, Бисертского ГО, Михайловского МО и ГО Красноуфимск. Кроме того, организованы паллиативные койки на базе инфекционных отделений ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница», ГБУЗ СО «Полевская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Городская инфекционная больница город Нижний Тагил» и ГАУЗ СО «Сухоложская районная больница» для паллиативного лечения больных СПИД в терминальной стадии.

Общий коечный фонд федеральных, областных и муниципальных медицинских организаций по профилю «паллиативная медицинская помощь» на 31.12.2017 составил

277 коек. Уровень обеспеченности койками для оказания паллиативной помощи составил 8,0 на 100 тыс. человек взрослого населения.

В 2018 году планируется дальнейшее увеличение коечной мощности паллиативных отделений круглосуточного стационара: в ГБУЗ СО «Ачитская центральная районная больница» – с 10 до 20 коек, в МБУ «Центральная городская больница № 2 им. А.А. Миславского» – с 30 до 50 коек. Перевод паллиативного отделения из ГАУЗ СО «Краснотурьинская городская больница» в ГБУЗ СО «Карпинская центральная городская больница» также в перспективе позволит увеличить его коечную мощность с 15 до 20 коек. Будет продолжена работа по организации паллиативных коек на базе инфекционных отделений многопрофильных больниц для лечения больных СПИД в терминальной стадии.

С 2011 года на базе ГБУЗ СО «СООД» функционирует выездная служба хосписной (паллиативной) помощи. В 2017 году было осуществлено 1985 выездов бригады, из них 534 первичных выезда, 1631 повторный. Специалисты выездной службы корректировали лечение хронического болевого синдрома у пациентов на дому, делали перевязки, промывание и замену катетеров, проводили дезинтоксикацию, обработку ран и пролежней, консультировали больных и их родственников по вопросам энтерального питания, ухода за стомами, оказывали психологическую поддержку. Кроме того, врачи службы паллиативной помощи проводили телефонные консультации, касающиеся аспектов медико-социального ухода за тяжелобольными. В 2017 году было проведено 1685 телефонных консультаций.

На базе ГБУЗ СО «Верх-Нейвинская городская поликлиника» функционирует паллиативное отделение мощностью 25 коек как филиал хосписной службы ГБУЗ СО «СООД». В 2017 году в отделение были госпитализированы 419 пациентов.

Назначение и выписка лекарственных препаратов паллиативным больным осуществляются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

В соответствии с планом мероприятий («дорожной картой») «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях», утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 01.07.2016 № 1403-р, и в целях совершенствования организации обеспечения населения наркотическими и ненаркотическими лекарственными препаратами для использования в медицинских целях Министерством здравоохранения Свердловской области приняты приказы от 21.11.2016 № 2097-п «О проведении проверок обеспечения населения наркотическими и психотропными лекарственными препаратами в медицинских целях и организации оказания паллиативной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Свердловской области» и от 12.01.2017 № 43-п «О Правилах ведения регистра лиц, получающих наркотические и ненаркотические лекарственные препараты в медицинских целях для обезболивания в учреждениях здравоохранения Свердловской области на амбулаторно-поликлиническом этапе».

На территории Свердловской области отпуск наркотических средств и психотропных веществ населению по амбулаторным рецептам осуществляют 69 аптек в 55 МО. В 9 МО отпуск наркотических средств и психотропных веществ населению по амбулаторным рецептам осуществляют 9 учреждений здравоохранения, имеющих лицензию на право отпуска наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам, запланировано получение лицензий учреждениями здравоохранения еще в 2 МО. В 4 МО (Волчанский ГО, ГО Верхняя Тура, Сосьвинский ГО, ГО Нижняя Салда) обеспечение населения наркотическими и психотропными лекарственными препаратами по рецептам врача осуществляется через аптечные организации, расположенные в ближайших населенных пунктах, в соответствии с прикреплением. Данные о количестве отпущенных обезболивающих лекарственных препаратов по программам льготного лекарственного обеспечения в 2015–2017 годах приведены в таблице 48.

Кафедрой онкологии ФГБОУ ВО УГМУ организовано обучение по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи для врачей медицинских организаций в Свердловской области. Тематическое усовершенствование «Паллиативная помощь в общей лечебной сети» прошли более 300 врачей (терапевты, онкологи, неврологи, врачи ОВП). С 2013 года ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» проводит обучение на курсах повышения квалификации для медицинских сестер «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела». Ежегодно 25–27 медицинских сестер получают сертификаты по паллиативной помощи.

Таблица 48

Количество отпущенных обезболивающих лекарственных препаратов по программам льготного лекарственного обеспечения в 2015–2017 годах

Номер строки	Год	Всего по программам льготного лекарственного обеспечения		В том числе неинвазивными лекарственными формами	
		Рецептов/человек (процентов прироста к предыдущему году)	на сумму, тыс. рублей (процентов прироста к предыдущему году)	Рецептов (процентов прироста к предыдущему году)	на сумму, в тыс. рублей (процентов прироста к предыдущему году)
1.	2015	5141/1209	12 103,26	2291	10 491,7
2.	2016	6892/1664 (+34%/+37%)	22 130,9 (+82%)	3894 (+70%)	20 311,1 (+94%)
3.	2017	8338/1818 (+21%/+9%)	30 148,7 (+36%)	5498 (+41%)	28 246,6 (+39%)

28.12.2017 проведено видеоселекторное совещание специалистов Министерства здравоохранения Свердловской области по совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи населению Свердловской области по вопросам применения критериев принятия решения о необходимости оказания паллиативной медицинской помощи пациенту в амбулаторных и стационарных условиях и шкалы оценки общей активности больных при паллиативном лечении. В подведомственных медицинских организациях размещены информационные стенды с телефонами «горячей линии» по вопросам обезболивания и выписки обезболивающих препаратов.

Паллиативная медицинская помощь детям в Свердловской области начала развиваться с 2012 года, когда приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 02.03.2012 № 180-п «Об организации отделения выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями» в структуре ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» была организована выездная консультативная служба в составе двух бригад для оказания комплексной помощи на дому детям с паллиативными состояниями. В течение 2012 года на базе ГБУЗ СО «Детская городская больница город Первоуральск» была сформирована еще одна выездная консультативная бригада.

С 2016 года на образовательном цикле повышения квалификации «Паллиативная помощь в педиатрии» (72 учебных часа) на базе ФГБОУ ВО УГМУ организовано обучение педиатров, неврологов, анестезиологов-реаниматологов. В ходе обучения рассматриваются и изучаются вопросы оценки и лечения болевого синдрома у детей, методы и принципы обезболивания, правила выписки наркотических лекарственных средств. Всего за период 2016–2017 годов обучено 117 врачей.

По состоянию на 31.12.2017 11 учреждений здравоохранения имеют лицензию на медицинскую деятельность по паллиативной медицинской помощи в педиатрии в амбулаторных условиях, из них 4 получили ее в 2015 году, 7 – в 2017 году, во исполнение приказов Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.06.2017 № 1050-п

«О совершенствовании организации паллиативной медицинской помощи детям на территории Свердловской области» и от 14.11.2017 № 1960-п «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.06.2017 № 1050-п «О совершенствовании организации паллиативной медицинской помощи детям на территории Свердловской области». В данных учреждениях здравоохранения также организована выездная консультативная помощь на дому детям с паллиативными состояниями. В 2018 году планируется получение лицензий 22 учреждениями здравоохранения.

В состав детской выездной паллиативной бригады входят врач-педиатр, врач-невролог, медицинские сестры по уходу за детьми, медицинские сестры по лечебному массажу, специалисты по социальной работе, клинический психолог и другие специалисты. Ежегодно осуществляется порядка 3000 выездов на дом к семьям, где есть дети с паллиативными состояниями (таблица 49). Среднегодовое количество выездов на дом к 1 паллиативному пациенту составляет 14.

Таблица 49

**Динамика выездов бригад
по оказанию паллиативной помощи детям на дому в 2012–2017 годах**

Номер строки	Год	Количество выездов бригад (план) (единиц)	Количество выездов бригад (факт) (единиц)	Исполнение плана выездов (процентов)
1.	2012	-	910	-
2.	2013	2950	3089	104,7
3.	2014	2750	2765	100,5
4.	2015	3380	3481	103,6
5.	2016	3380	3380	100
6.	2017	3392	3647	107,5

При наличии медицинских показаний указанной категории детей оказывается вся необходимая медицинская помощь, направленная на улучшение качества жизни, включая высокотехнологичную медицинскую помощь в медицинских организациях за пределами Свердловской области.

С 2012 года формируется электронная база данных о детях с паллиативными состояниями. В 2013 году создан постоянно обновляемый Регистр детей с паллиативными состояниями, проживающих на территории Свердловской области. На 31.12.2017 в Регистре состояли 286 детей.

Для медицинского сопровождения детей с паллиативными состояниями, проживающими в отдаленных территориях, используется технология телемедицинского консультирования, в 2017 году проведено 97 телемедицинских консультаций (в 2016 году – 64).

В учреждениях здравоохранения внедрены в практику работы клинические рекомендации по фармакотерапии персистирующей боли у детей и подростков и методические рекомендации по обезболиванию взрослых и детей при оказании медицинской помощи.

С 2013 года специалистами паллиативной помощи осуществляется сопровождение детей с аппаратом инвазивной искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ) в домашних условиях. В 2017 году ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» заключило договор с некоммерческой организацией «Благотворительный фонд спасения тяжелобольных детей «Линия жизни» на обеспечение детей, находящихся на длительной респираторной поддержке в домашних условиях, аппаратами ИВЛ, оборудованием и расходными материалами на общую сумму 10 млн. рублей.

По состоянию на 31.12.2017 в Свердловской области на инвазивной и неинвазивной ИВЛ в домашних условиях находились 12 детей, из них 8 находились под патронажем некоммерческой организации «Благотворительный фонд спасения тяжелобольных детей «Линия жизни», 4 ребенка обеспечены аппаратами ИВЛ другими благотворительными фондами.

На длительной респираторной поддержке в отделениях анестезиологии и реанимации медицинских организаций находятся 9 детей, из них в ГБУЗ СО «Городская больница №1 город Асбест» – 2 ребенка, в ГБУЗ СО «Детская городская больница город Нижний Тагил» – 1 ребенок, в МАУ «Детская городская клиническая больница № 9» – 4 ребенка, МАУ «Детская городская клиническая больница № 11» – 2 ребенка.

Помимо взаимодействия с некоммерческой организацией «Благотворительный фонд спасения тяжелобольных детей «Линия жизни» ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» сотрудничает с другими благотворительными фондами и волонтерскими организациями: фондом Ройзмана (город Екатеринбург), фондом развития паллиативной помощи детям «За детскую улыбку» (город Екатеринбург), фондами «Детский паллиатив» (город Москва), «Вера» (город Москва), «Подари жизнь» (город Москва), «Дети России» (город Москва), «Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи», волонтерской организацией «Редкие друзья».

Раздел 4. Организационные технологии трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Уровни медицинских организаций в трехуровневой системе

Трехуровневая система оказания медицинской помощи – способ организации медицинской помощи населению с использованием технологически ранжированных на уровни и методологически распределенных на последовательные периоды стандартизованных схем лечения пациентов. Их применение позволяет на каждом из этапов обеспечить минимально необходимый объем медицинской помощи и при этом исключить использование лечебных ресурсов избыточного или недостаточного уровня. Это иерархическая система, в которой медицинские организации, реализующие Территориальную программу, или их подразделения распределены по трем уровням в зависимости от наличия/отсутствия прикрепленного населения, видов и условий оказания медицинской помощи, набора профилей медицинских специальностей, применяемых медицинских технологий.

Основными принципами работы такой системы являются медицинская сортировка и определение индивидуальных маршрутов пациентов в зависимости от диагноза, тяжести состояния, прогноза течения заболевания, а также регламентация целей, задач, объемов и технического уровня оказания медицинской помощи в каждой медицинской организации.

Трехуровневая система организации оказания медицинской помощи обеспечивает возможность соблюдения порядков оказания медицинской помощи, выполнение стандартов медицинской помощи, сохранение преемственности и этапности диагностических и лечебных мероприятий, применение маршрутизации пациентов по уровням при различных заболеваниях и состояниях, а также единые подходы к финансированию оказанной медицинской помощи и контролю ее качества.

Подходы к распределению медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи и оплате за оказанную медицинскую помощь в зависимости от уровня медицинской организации содержатся в ежегодных методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направляемых в субъекты Российской Федерации ФФОМС, и ежегодных письмах Министерства здравоохранения Российской Федерации о формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на очередной год.

Министерством здравоохранения Свердловской области ежегодно издаются приказы, определяющие маршрутизацию пациентов с заболеваниями различных профилей в медицинские организации в соответствии со структурой трехуровневой системы. В 2017 году были изданы приказы Министерства здравоохранения Свердловской области от 13.03.2017 № 370-п «Об организации оказания медицинской помощи взрослым больным с тяжелой и средне-тяжелой черепно-мозговой травмой в Свердловской области», от 22.03.2017 № 423-п «О маршрутизации взрослого населения Свердловской области для оказания офтальмологической помощи», от 01.04.2017 № 506-п «Об организации оказания медицинской помощи».

помощи при ожоговой травме на территории Свердловской области», от 13.06.2017 № 995-п «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 30 декабря 2016 года № 2589-п «Об организации маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST на территории муниципального образования «город Екатеринбург», от 29.09.2017 № 1668-п «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 23.03.2017 № 423-п «О маршрутизации взрослого населения Свердловской области для оказания офтальмологической помощи», от 09.10.2017 № 1717-п «О совершенствовании маршрутизации беременных, рожениц, родильниц на территории Свердловской области» и иные приказы.

Медицинские организации первого уровня преимущественно осуществляют комплекс мероприятий, включающий первичную профилактику, раннюю, наиболее распространенную и минимально затратную диагностику, лечение заболеваний и состояний без использования сложных и ресурсоемких методов, неотложную помощь при острых и внезапных заболеваниях и состояниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях, медицинскую реабилитацию, паллиативную помощь, наблюдение за течением беременности, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения. На первом уровне медицинская помощь оказывается преимущественно в амбулаторных условиях: в Свердловской области объем амбулаторной помощи, оказанной на первом уровне, составляет 64% от всей амбулаторной помощи в рамках Территориальной программы. Объем стационарной медицинской помощи, оказанной на первом уровне, составляет 35% от общего объема стационарной медицинской помощи, оказанной всеми медицинскими организациями – участниками Территориальной программы, объем медицинской помощи в дневных стационарах – 51%.

На первом уровне медицинскую помощь населению оказывают центральные городские и районные больницы, имеющие в своем составе ФАП и ОВП, участковые больницы и врачебные амбулатории, а также городские поликлиники. Кроме того, к медицинским организациям первого уровня относятся организации, оказывающие скорую медицинскую помощь.

Медицинские организации второго уровня преимущественно проводят комплекс мероприятий, включающий специальную диагностику и лечение заболеваний и состояний с использованием распространенных и отдельных сложных ресурсоемких, но не относящихся к высокотехнологичным видам, методик, а также медицинскую реабилитацию. На втором уровне населению оказывается преимущественно стационарная медицинская помощь (42% от всего объема стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями – участниками Территориальной программы), а также первичная специализированная медико-санитарная помощь (консультативно-диагностическая) в амбулаторных условиях (30% от всего объема амбулаторной медицинской помощи по Территориальной программе). Оказание консультативно-диагностической медицинской помощи на втором уровне осуществляется в плановой форме по направлению участковых врачей-терапевтов и врачей-специалистов подразделений медицинских организаций первого уровня. В зависимости от медицинских показаний лечение, динамическое наблюдение и реабилитация пациента могут осуществляться на базе специализированных отделений второго уровня, при этом обеспечивается взаимодействие с участковым врачом-терапевтом. При наличии показаний пациент из амбулаторно-поликлинических подразделений второго уровня направляется на третий уровень.

На втором уровне трехуровневой системы медицинскую помощь населению оказывают центральные городские и районные больницы с широким набором профилей медицинской помощи (многопрофильные больницы, ММИЦ), а также медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях (противотуберкулезные, наркологические, онкологические, дерматовенерологические диспансеры, психиатрические больницы).

На 31.12.2017 во всех управленческих округах Свердловской области функционировали 16 многопрофильных ММЦ, которые равномерно распределены по территории Свердловской области с учетом обеспечения транспортной доступности и удаленности закрепленных медицинских организаций первого уровня от ММЦ (не более 150 км).

ММЦ имеют кадровый потенциал и оснащены лечебно-диагностическим оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации. В структуре всех ММЦ есть реанимационно-анестезиологические отделения и палаты интенсивной терапии. В 4 ММЦ (ГБУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский», ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Городская больница № 4 город Нижний Тагил» и ГАУЗ СО «Красноурьинская городская больница») установлены ангиографические установки, что позволяет выполнять высокотехнологичные операции третьего уровня сложности по профилю «сердечно-сосудистая хирургия».

В целях повышения качества специализированной медицинской помощи, соблюдения требований порядков оказания медицинской помощи на базе ММЦ организованы травматологические и перинатальные центры, 21 ПСО для оказания неотложной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом, нефрологические центры и центры амбулаторного диализа.

Для обеспечения круглосуточного консультирования тяжелых и диагностически неясных больных со специалистами медицинских организаций третьего уровня все ММЦ оснащены передвижными телемедицинскими установками.

Медицинские организации третьего уровня применяют для диагностики и лечения уникальные сложные и ресурсоемкие методы с научно доказанной эффективностью, относящиеся к ВМП. Доля специализированной медицинской помощи и ВМП, предоставляемой в организациях третьего уровня, в Свердловской области составляет 23% от всех объемов медицинской помощи, оказываемой в стационаре. Амбулаторная помощь на третьем уровне оказывается консультативно-диагностическими поликлиниками учреждений здравоохранения и медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти. Медицинская помощь в дневных стационарах в медицинских организациях третьего уровня представлена сложными и ресурсоемкими медицинскими технологиями, переведенными из круглосуточного стационара в дневной (в основном, в условиях однодневных дневных стационаров для проведения малоинвазивных, эндоскопических хирургических и гинекологических манипуляций).

К медицинским организациям третьего уровня в 2017 году относились 27 медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках Территориальной программы, из них медицинских организаций частной формы собственности – 5.

Раздел 5. Итоги реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2017 год. Характеристика основных показателей обеспеченности населения медицинской помощью

Формирование и выполнение Территориальной программы осуществлялись в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

Территориальная программа утверждена постановлением Правительства Свердловской области от 29.12.2016 № 955-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

Финансовое обеспечение Территориальной программы в 2017 году осуществлялось за счет средств областного бюджета, местных бюджетов (в связи с наделением органов местного самоуправления МО «город Екатеринбург» государственными полномочиями Свердловской области по организации оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством Свердловской области) и средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС.

Основные показатели, представленные в настоящем докладе, рассчитаны на основе сводного годового отчета по годовой форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» за 2017 год, утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 29.09.2017 № 646 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

В реализации Территориальной программы в 2017 году участвовали 219 медицинских организаций различных типов, организационно-правовых форм и подчиненности (в 2012 году – 253; в 2013 году – 240; в 2014 году – 224; в 2015 году – 218, в 2016 году – 219), из них 23 муниципальных, 131 областная, 15 федеральных и 50 частных медицинских организаций.

В рамках Территориальной программы бесплатно предоставлялись следующие виды медицинской помощи: СМП, первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь. Медицинская помощь населению предоставлялась в амбулаторных условиях, в том числе на дому при вызове врача, в условиях дневных стационаров, круглосуточных стационаров и вне медицинских организаций при оказании скорой медицинской помощи.

Объемы медицинской помощи в рамках Территориальной программы на 2017 год были установлены в соответствии со средними нормативами объемов медицинской помощи, предусмотренными Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

Фактические объемы медицинской помощи населению Свердловской области по условиям ее оказания в рамках Территориальной программы представлены в таблице 50.

Таблица 50

Объемы и виды медицинской помощи, оказанные населению Свердловской области

Номер строки	Вид медицинской помощи	Единица измерения	План	Факт	Процент исполнения к плану года
			2017 год	2017 год	
1	2	3	4	5	6
1.	Медицинская помощь, предоставляемая населению за счет средств областного бюджета				
2.	СМП, всего в том числе	тыс. вызовов	92,014	93,645	102
3.	скорая специализированная медицинская помощь	тыс. вызовов	6,37	5,695	89
4.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных				

1	2	3	4	5	6
	условиях, оказываемая:				
5.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	3033,1	2109,28	70
6.	в том числе населению муниципального образования «город Екатеринбург» в муниципальных медицинских организациях	тыс. посещений	133,202	131,809	99
7.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	866,6	227,14	26
8.	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях*	тыс. госпитализаций	79,188	74,340	94
9.	в том числе населению муниципального образования «город Екатеринбург» в муниципальных медицинских организациях	тыс. госпитализаций	6,771	4,828	71
10.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. случаев лечения	17,28	10,69	62
11.	Паллиативная медицинская помощь	тыс. койко-дней	372,86	41,615	11
12.	Медицинская помощь, предоставляемая в соответствии с территориальной программой ОМС				
13.	По видам и заболеваниям в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:				
14.	СМП	тыс. вызовов	1340,859	1068,199	80
15.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая:				
16.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	10 503,398	22 827,572	217
17.	в неотложной форме	тыс. посещений	2502,937	1229,255	49
18.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	8849,671	4815,586	54
19.	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	тыс. случаев госпитализаций	770,234	766,851	100
20.	в том числе медицинская реабилитация	тыс. койко-дней	174,312	156,384	90
21.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. случаев лечения	268,172	267,890	100
22.	в том числе по поводу вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)	тыс. случаев	8,589	7,7	92

1	2	3	4	5	6
23.	Всего по Территориальной программе				
24.	Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	тыс. вызовов	1439,243	1167,539	81
25.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая:				
26.	с профилактической и иными целями	тыс. посещений	13 536,498	24 936,852	184
27.	в неотложной форме	тыс. посещений	2502,937	1229,255	49
28.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	9716,271	5042,723	52
29.	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	тыс. госпитализаций	849,422	841,191	99
30.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. случаев лечения	285,504	278,370	98
31.	Паллиативная медицинская помощь	тыс. койко-дней	398,636	55,145	14

* Согласно указаниям Министерства здравоохранения Российской Федерации при формировании формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» за 2017 год, утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 29.09.2017 № 646 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», в составе специализированной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов, не учитываются объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Так как в Территориальной программе эти объемы были учтены в составе специализированной медицинской помощи, в настоящем докладе плановые и фактические объемы специализированной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов, указаны с учетом высокотехнологичной помощи.

Выполнение объемов бесплатной медицинской помощи за 2017 год (таблица 51) в абсолютных показателях ниже, чем в 2016 году, по всем видам и условиям предоставления медицинской помощи, за исключением паллиативной медицинской помощи. В расчете на 1 человека в год показатели объемов медицинской помощи также ниже уровня 2016 года и ниже федеральных нормативов.

**Основные показатели обеспеченности населения медицинской помощью
по видам и условиям предоставления за 2013–2017 годы
в сравнении с федеральными нормативами (на одного жителя в год)**

Виды медицинской помощи и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	2013 год факт	2014 год факт	2015 год факт	2016 год факт	Федеральный норматив на 2017 год	Территориальный норматив на 2017 год	2017 год факт
СМП вне медицинской организации	число вызовов	0,297	0,271	0,270	0,270	0,300 – по ОМС, по бюджету – по данным субъекта Российской Федерации	0,322	0,261
Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, в том числе оказываемая:	число посещений	9,38	8,707	8,892	8,942			8,792
с профилактической и иными целями		2,357	5,242	5,579	5,682	2,95	2,95	5,574
в неотложной форме		0,08	0,29	0,323	0,325	0,56	0,56	0,274
в связи с заболеваниями		3,28	1,509	1,200	1,151	2,18	2,18	1,126
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	случаев госпитализации		0,195	0,193	0,193	0,193	0,193	0,185
Медицинская помощь в дневных стационарах	случаев лечения			0,062	0,063	0,064	0,064	0,062
Паллиативная медицинская помощь	число койко-дней	0,016	0,005	0,007	0,010	0,092	0,092	0,013

Выполнение объемов СМП составило 81% к плану. СМП работает в режиме ожидания и оказывает экстренную и неотложную медицинскую помощь по мере возникновения ситуации, угрожающей жизни или здоровью пациента, при этом планирование объемов СМП осуществляется в соответствии с федеральным нормативом вне зависимости от потребности населения и уровня развития здравоохранения в Свердловской области. Часть неотложных вызовов, поступивших на станции и отделения скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник, перенаправляется в кабинеты неотложной помощи при поликлиниках. Кроме того, все более активно внедряется работа выездных патронажных служб, создаваемых в медицинских организациях, как одна из форм оказания паллиативной медицинской помощи. Выездная патронажная служба оказывает медицинскую помощь на дому пациентам, страдающим неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, что также способствует снижению нагрузки на СМП и делает ее более доступной для населения в случаях возникновения экстренных ситуаций. Напротив, рост нагрузки на СМП, как правило, является индикатором недостаточной работы амбулаторно-поликлинических подразделений

медицинских организаций, низкого охвата пациентов с хроническими заболеваниями диспансерными осмотрами, проблем с льготным лекарственным обеспечением отдельных категорий граждан, что способствует частым обострениям заболеваний, возникновению неотложных и экстренных состояний и, как результат, приводит к росту числа вызовов СМП. Снижение объемов СМП не является показателем сокращения ее доступности, а свидетельствует об улучшении оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения на амбулаторном этапе. Свердловская область имеет достаточно высокий уровень развития здравоохранения, населению доступны все виды медицинской помощи, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, активно внедряются программы профилактики заболеваний и здорового образа жизни, что уменьшает потребность в СМП. Таким образом, реальная потребность населения Свердловской области в объемах СМП ниже установленных федеральных нормативов, а так как планирование объемов на соответствующий год предусмотрено в полном соответствии с федеральными нормативами, установленные объемы не достигаются.

В 2017 году произошло незначительное снижение объемов первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (на 1,6% в сравнении с 2016 годом). В структуре амбулаторной помощи, как и в предыдущие годы (с 2012 по 2016 год), отмечается превышение запланированных объемов профилактических и иных посещений за счет большого объема разовых посещений по заболеваниям, но в 2017 году объем посещений этой группы снизился на 1,9%.

В 2017 году на 15% относительно 2016 года сократилось количество посещений в неотложной форме. Основной причиной снижения являются проблемы учета этих посещений, кроме того, оплата неотложной медицинской помощи осуществляется в составе подушевого норматива, что не стимулирует учреждения здравоохранения организовывать кабинеты неотложной медицинской помощи при поликлиниках. В 2018 году планируется провести работу по выделению посещений в неотложной форме из состава подушевого норматива и проводить оплату этих посещений по установленному Территориальной программой тарифу.

Развитие службы неотложной помощи сдерживает и отсутствие целесообразности организации кабинетов неотложной помощи в большей части сельских населенных пунктов и поселков городского типа с небольшим количеством населения, где для обеспечения и экстренной, и неотложной помощи достаточно одной круглосуточной бригады СМП. С учетом вышесказанного установленный Министерством здравоохранения Российской Федерации среднероссийский норматив по неотложной помощи для Свердловской области является завышенным.

Недовыполнение объемов амбулаторной помощи за счет средств областного бюджета связано с недовыполнением объемов профилактических посещений и обращений по заболеваниям. Объемы планируются в соответствии с федеральными нормативами, но фактически при оказании медицинской помощи при социально значимых заболеваниях по профилям «фтизиатрия», «психиатрия», «наркология», «венерология» объем профилактической работы очень ограничен в силу специфики данных заболеваний, в основном медицинский персонал проводит диагностику и лечение уже выявленных заболеваний, что статистически учитывается как посещения в связи с заболеванием и обращения. Профилактикой заболеваний, в том числе социально значимых, занимается первичное звено здравоохранения с оплатой за счет средств ОМС. В связи с этим объемы медицинской помощи, установленные в соответствии с федеральным нормативом, выполнить в полном объеме не представляется возможным. В 2018 году планируется разработать критерии для планирования и учета объемов амбулаторной помощи при социально значимых заболеваниях с целью проведения корректного планирования и выполнения установленных объемов медицинской помощи.

Объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в 2017 году выполнен на 99% и снизился относительно объема 2016 года на 4%. Уровень госпитализации составил 0,185 случая госпитализации на одного человека в год и несколько ниже федерального

норматива (0,193 случая). Некоторое сокращение объемов стационарной помощи произошло за счет снижения рождаемости (в 2017 году количество родов на 6000 меньше, чем в 2016 году), ежегодно снижаются объемы стационарной помощи незастрахованным и неидентифицированным гражданам в экстренной форме, так как в Свердловской области с 2015 года проводится эксперимент по переводу видов медицинской помощи, финансируемых за счет средств областного бюджета на персонифицированный учет в ТФОМС, в рамках которого медицинские организации предъявляют в ТФОМС персонифицированные данные на пациентов с социально значимыми заболеваниями и незастрахованных граждан, что позволяет проводить более достоверную идентификацию лиц на наличие их в реестре застрахованных по ОМС. Кроме того, снижению объемов специализированной медицинской помощи в стационарных условиях способствует развитие паллиативной медицинской помощи, часть пациентов переводится в отделения паллиативной медицинской помощи, коечный фонд которых ежегодно увеличивается.

Продолжилось снижение средней длительности пребывания пациентов на койке по территориальной программе ОМС с 8,8 дня в 2016 году до 8,6 дня в 2017 году. В целом с учетом профилей медицинской помощи, финансируемых из областного бюджета, средняя длительность пребывания на койке снизилась с 11,0 дня в 2016 году до 10,8 дня в 2017 году. Достигнутый показатель средней длительности пребывания на койке ниже целевого показателя, предусмотренного «Дорожной картой». Сокращению средней длительности пребывания пациентов на больничной койке способствует изменившаяся система оплаты стационарной помощи в системе ОМС, которая с 2014 года осуществляется по клинко-статистическим группам заболеваний и состояний и не зависит от количества проведенных пациентами койко-дней, что стимулирует больницы интенсифицировать лечебно-диагностический процесс и внедрять в практику современные эффективные технологии лечения.

Объемы высокотехнологичной медицинской помощи за счет всех источников финансирования в 2017 году выполнены на 100% к плану года, проведено 28 080 высокотехнологичных операций и манипуляций, что на 706 операций больше, чем в 2016 году.

В 2017 году несколько снизились объемы лечения в дневных стационарах. С 2016 года медицинская помощь в дневных стационарах нормируется и планируется не в пациенто-днях, а в случаях лечения. Количество случаев лечения в дневных стационарах в среднем по Свердловской области составило 0,062 случая на одного жителя в год, что несколько ниже федерального норматива и на 1,6% ниже, чем в 2016 году. Продолжилось сокращение средней длительности пребывания в дневных стационарах – с 10,2 дня в 2016 году до 9,7 дня в 2017 году за счет роста в структуре объемов медицинской помощи удельного веса медицинских технологий с короткими сроками лечения (химиотерапия и лучевая терапия больным с онкологическими заболеваниями, хирургические и гинекологические манипуляции в однодневных дневных стационарах, лечение генно-инженерными фармпрепаратами, лечение муковисцидоза и иммунодефицитов у детей, диализная терапия при хронической почечной недостаточности).

Выполнение объемов паллиативной медицинской помощи выше, чем в 2016 году, на 30%, но еще существенно не достигает федерального норматива. Развитие паллиативной помощи в Свердловской области продолжается в соответствии с ростом потребности населения. Ежегодно объемы оказываемой паллиативной помощи увеличиваются, открываются новые отделения и кабинеты паллиативной помощи. За 2017 год мощность отделений паллиативной помощи увеличилась на 44 койки. Открыто отделение паллиативной помощи в ГБУЗ СО «Ачитская центральная районная больница», увеличена мощность отделения паллиативной помощи в ГАУЗ СО «Сухоложская районная больница».

Объемы финансирования здравоохранения Свердловской области представлены в таблице 52.

Объемы финансирования здравоохранения Свердловской области в 2017 году

Номер строки	Наименование	Утверждено на 2017 год (тыс. рублей)	Исполнено за 2017 год	
			тыс. рублей	процентов
1.	Расходы областного бюджета без платежей на ОМС неработающего населения	19 986 749,0	19 854 913,3	99,3
2.	Расходы местных бюджетов	562 278,0	561 953,0	99,9
3.	Расходы ТФОМС, всего	44 128 043,3	44 122 178,0	100,0
4.	в том числе расходы областного бюджета по платежам на ОМС неработающего населения	19 265 422,7	19 265 422,7	100,0
5.	Расходы на финансирование здравоохранения Свердловской области, всего	64 677 070,3	64 539 044,3	99,8
6.	в том числе на финансирование Территориальной программы	61 800 513,2	61 694 026,3	99,8

Утвержденная стоимость Территориальной программы на 2017 год составила 61 800,5 млн. рублей, в том числе расходы консолидированного бюджета – 17 672,5 млн. рублей (без взносов на ОМС неработающего населения).

Исполнение Территориальной программы за 2017 год составило 61 694,0 млн. рублей, или 99,8%. По сравнению с 2016 годом фактическая стоимость Территориальной программы увеличилась на 5,6% (в 2016 году – 58 443,8 млн. рублей).

Данные о финансировании Территориальной программы за период с 2013 по 2017 год представлены в таблице 53.

Ежегодно происходит рост фактической стоимости Территориальной программы.

Расходы на одного жителя всего по Территориальной программе в 2017 году составили 14 191,0 рубля, что на 5,3% больше, чем в 2016 году (13 473,1 рубля).

Таблица 53

Фактическое финансирование Территориальной программы в динамике за период с 2013 по 2017 год по источникам финансирования

Источник финансирования	2013 год		2014 год		2015 год		2016 год		2017 год	
	млн. рублей	процентов	млн. рублей	процентов	млн. рублей	процентов	млн. рублей	процентов	млн. рублей	процентов
Областной бюджет	14 994,1	26,6	14 216,6	24,8	13 190,8	22,7	15 036,1	25,7	17 009,9	27,6
Местный бюджет	759,2	1,4	856,8	1,5	585,7	1,0	486,3	0,8	561,9	0,9
Средства ОМС	40 561,1	72,0	42 137,2	73,7	44 285,2	76,3	42 921,4	73,5	44 122,2	71,5
Итого	56 314,4	100	57 210,6	100	58 061,7	100	58 443,8	100	61 694,0	100

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи рассчитаны в соответствии с информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» с применением коэффициента дифференциации составили:

1) за счет средств консолидированного бюджета Свердловской области:

стоимость вызова СМП (специализированной, в том числе санитарной авиации) утверждена в размере 5040,0 рубля, фактически исполнено 4774 рубля. Показатель исполнен на 94,7% за счет остатков финансовых средств на счетах учреждений;

стоимость одного посещения с профилактической целью утверждена в размере 480,0 рубля, фактически исполнено 884,8 рубля. Превышение плановой стоимости на 84% связано с проведением дорогостоящих выездов на дом к паллиативным больным и невыполнением плановых объемов амбулаторной медицинской помощи;

стоимость одного обращения по поводу заболевания утверждена в размере 1443,0 рубля, фактически исполнено 4598 рубля. Превышение плановой стоимости связано с неисполнением установленных объемов обращений и со значительным ростом цен и тарифов на медикаменты и услуги. Кроме того, в учреждения здравоохранения направлялись субсидии на иные цели для погашения кредиторской задолженности по ОМС и повышению заработной платы в системе ОМС;

стоимость 1 госпитализации в круглосуточный стационар утверждена в размере 80 500 рублей, фактически исполнено 88 343,0 рубля, что составляет 109,7% к плану;

стоимость 1 госпитализации в дневной стационар утверждена в размере 14 350 рубля, фактически исполнено 25 502,7 рубля. Перевыполнение планового показателя произошло в результате роста средней длительности лечения, что привело к невыполнению плана госпитализаций. По сравнению с 2016 годом стоимость 1 госпитализации увеличилась на 18,9%;

стоимость 1 койко-дня паллиативной медицинской помощи утверждена в размере 2200,0 рубля, фактическая стоимость составила 2100 рубля, или 95,4% от плана;

2) за счет средств ОМС:

стоимость посещения с профилактической целью утверждена в размере 430,7 рубля, фактически исполнено 422,4 рубля, что ниже плана на 1,9%. По сравнению с 2016 годом (425,1 рубля) стоимость посещения снизилась незначительно;

стоимость посещения в неотложной форме утверждена в размере 537,6 рубля, фактическая стоимость составила 590,0 рубля, или 109,7%;

стоимость обращения по поводу заболевания утверждена в размере 1176,4 рубля, фактически исполнено 950,6 рубля. Неисполнение норматива на 19,2% говорит о меньшей, чем по плану, кратности посещений в обращении (2,6 посещения в обращении при плане 2,7). Вместе с тем по сравнению с 2016 годом стоимость обращения выросла на 2%;

стоимость 1 госпитализации в круглосуточном стационаре утверждена в размере 26 520,5 рубля, фактически исполнено 26 895,2 рубля, что составляет 101,4% к плану. По сравнению с 2016 годом стоимость госпитализации увеличилась на 0,9%;

стоимость случая лечения в дневном стационаре утверждена в размере 14 459,2 рубля, фактически исполнено 12 015,0 рубля. По сравнению с 2016 годом стоимость случая лечения снизилась на 2,6%;

стоимость вызова СМП утверждена в размере 2 344,0 рубля, фактическая стоимость составила 2 819,5 рубля, что на 20,3% выше, чем утвержденная стоимость, и на 5,5% выше, чем в 2016 году.

Структура расходов на медицинскую помощь в рамках Территориальной программы за период с 2015 по 2017 год приведена в таблице 54.

**Структура расходов на медицинскую помощь
по условиям оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы
за период с 2015 по 2017 год (в процентах к итогу)**

Номер строки	Условия оказания медицинской помощи	2015 год	2016 год	2017 год
1.	СМП	6,6	6,7	6,8
2.	Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь	32,5	32,3	35,0
3.	Стационарная медицинская помощь	54,2	54,2	51,4
4.	Медицинская помощь в дневных стационарах	6,7	6,8	6,8
5.	Итого	100,0	100,0	100,0

Объем и структура расходов по условиям оказания медицинской помощи в 2017 году в соответствии с кассовыми расходами медицинских организаций на выполнение Территориальной программы представлены в таблице 55.

Таблица 55

Кассовое исполнение расходов по условиям оказания медицинской помощи в 2017 году

Номер строки	Условия оказания медицинской помощи	План (тыс. рублей)	Кассовое исполнение (тыс. рублей)	Процент исполнения
1.	СМП	482 039,7	474 255,1	98,4
2.	Амбулаторная медицинская помощь	2 715 386,0	2 910 703,8	107,0
3.	Медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара	249 439,6	267 268,1	107,1
4.	Медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного стационара	5 599 451,2	5 508 453,3	98,0
5.	Паллиативная помощь в стационарных условиях	879 913,7	115 788,9	13,0

Структура расходов по условиям оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы рассчитана в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.04.2017 № 11-7/10/2-2467, с исключением из итога паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, медицинской помощи и иных услуг, оказанных иными типами медицинских организаций, и затрат на ведение дела страховыми медицинскими организациями.

Финансирование медицинской помощи по условиям ее оказания за счет средств бюджетов соответствует утвержденной Территориальной программе: отклонения между утвержденными и исполненными показателями финансовых объемов не превышают 10%, кроме паллиативной помощи. Фактическое финансирование паллиативной помощи ниже утвержденного за счет средств областного бюджета на 87% в связи с выполнением объемных показателей по койко-дням всего на 16% по сравнению с планом.

Реализация Территориальной программы в комплексе с реализацией Государственной программы и указов Президента Российской Федерации в сфере здравоохранения оказывает влияние на медико-демографическую ситуацию в Свердловской области. Снижение потребления населением объемов медицинской помощи в 2017 году не отразилось на основных демографических показателях.

Таким образом, Территориальная программа выполнена. Население Свердловской области обеспечено социально гарантированными объемами бесплатной медицинской помощи с учетом потребности населения, этапов оказания медицинской помощи, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, региональных особенностей здравоохранения и его структуры.

Раздел 6. Деятельность отдельных служб здравоохранения

Глава 21. Терапевтическая служба

Потребности населения Свердловской области в терапевтической помощи удовлетворяются сетью амбулаторно-поликлинических и стационарных подразделений дневного и круглосуточного пребывания медицинских организаций, а также специализированными, высокотехнологичными и реабилитационными центрами. Терапевтическая помощь на территории Свердловской области организована в соответствии с трехуровневой системой и оказывается в центральных районных и городских больницах, в составе которых имеются поликлиники, сельские амбулатории и общие врачебные практики, в ММЦ и региональных (областных) медицинских организациях, где организована консультативно-диагностическая и специализированная медицинская помощь, в том числе ВМП.

Оказание медицинской помощи больным терапевтического профиля организовано в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия». В соответствии с ним в медицинских организациях Свердловской области организованы амбулаторные терапевтические приемы, дневные терапевтические стационары и терапевтические отделения круглосуточного пребывания. Оказание медицинской помощи ведется врачами-специалистами терапевтических специальностей в соответствии с федеральными порядками оказания медицинской помощи по соответствующим профилям, а также приказами Министерства здравоохранения Свердловской области, принятыми во исполнение указанных порядков.

Численность врачей-терапевтов и врачей терапевтического профиля в медицинских организациях Свердловской области в 2017 году уменьшилась на 21 человека по сравнению с 2016 годом, а работающих в амбулаторно-поликлиническом звене – на 27 человек (таблица 56). Сократилось количество участковых врачей-терапевтов (в 2016 году – 560, в 2017 году – 551 человек), увеличилось количество гастроэнтерологов и эндокринологов.

Таблица 56

Численность врачей терапевтического профиля

(абсолютное число)

Номер строки	Врачи терапевтического профиля	Число врачей (физических лиц) в целом по медицинским организациям		Число врачей (физических лиц) в амбулаторно-поликлиническом звене	
		2016 год	2017 год	2016 год	2017 год
1	2	3	4	5	6
1.	Терапевты, всего	1259	1249	942	919
2.	из них: терапевты участковые	560	551	560	551
3.	пульмонологи	70	67	32	29
4.	ревматологи	52	48	39	34

1	2	3	4	5	6
5.	кардиологи	295	290	80	80
6.	гастроэнтерологи	88	92	51	54
7.	нефрологи	53	46	18	17
8.	эндокринологи	133	136	107	111
9.	аллергологи	39	35	33	30
10.	гематологи	29	34	11	12
11.	физиотерапевты	95	95	43	43

Обеспеченность врачами-терапевтами на 10 тыс. человек населения в 2017 году составила 4,1 по занятым должностям и 3,0 – по врачам (физическим лицам), при этом коэффициент совместительства врачей-терапевтов составил 1,36 (в 2016 году –1,38).

В таблице 57 представлены данные об укомплектованности штатных должностей врачами терапевтического профиля в медицинских организациях Свердловской области.

В 2017 году в медицинских организациях Свердловской области было 978,5 ставки участковых врачей-терапевтов, что на 127 ставок больше, чем в 2016 году, при этом количество физических лиц, занимающих эти ставки, сократилось с 560 до 551 человека. Лишь 312 участковых врачей-терапевтов (24%) имели квалификационную категорию. Количество ставок врачей ОВП, оказывающих медицинскую помощь преимущественно сельскому населению Свердловской области, в 2017 году составило 238,75, при этом количество физических лиц врачей ОВП сократилось со 181 до 160 человек, а укомплектованность – соответственно с 74,3% до 67,0%. Квалификационную категорию имеют 35 врачей ОВП (22%).

Таблица 57

Укомплектованность медицинских организаций врачами терапевтического профиля

(процентов)

Номер строки	Врачи терапевтического профиля	Укомплектованность врачами (физическими лицами)	
		2016 год	2017 год
1.	Терапевты, всего	69	64
2.	из них: терапевты участковые	66	56
3.	пульмонологи	70	69
4.	ревматологи	84	78
5.	кардиологи	72	74
6.	гастроэнтерологи	85	87
7.	нефрологи	64	74,57
8.	эндокринологи	80	87,78
9.	аллергологи	83	57,74
10.	гематологи	69	81
11.	физиотерапевты	65	72

Из 1095 врачебных участков и участков ОВП врачебным персоналом укомплектовано менее половины, на остальных медицинскую помощь оказывают фельдшеры в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая

наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты». Проблема острого дефицита участковых врачей-терапевтов должна быть решена с введением процедуры аккредитации врачей и постепенным замещением фельдшеров на врачебных участках выпускниками медицинских вузов.

Наилучшие показатели укомплектованности участковыми врачами-терапевтами (более 100%) отмечаются в ГБУЗ СО «Артинская центральная районная больница» (125%), ГБУЗ СО «Карпинская центральная городская больница» (111%), ГБУЗ СО «Верхнепышминская центральная городская больница им П.Д. Бородина» (109%). Полностью укомплектованы еще 8 учреждений здравоохранения (ГБУЗ СО «Верхнесалдинская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Новоляпинская районная больница», ГБУЗ СО «Горноуральская районная больница», ГБУЗ СО «Талицкая центральная районная больница», ГБУЗ СО «Туринская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Городская больница ЗАТО Свободный», ГБУЗ СО «Бисертская городская больница», ГБУЗ СО «Мальшевская городская больница»). Отсутствуют участковые врачи-терапевты в ГБУЗ СО «Ивдельская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Верхотурская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Пышминская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Волчанская городская больница».

В 2017 году зарегистрировано 4 183 689 посещений к врачам терапевтического профиля в учреждениях здравоохранения Свердловской области (в 2016 году – 5 745 143).

Дневные стационары терапевтического профиля работают в 80 учреждениях здравоохранения Свердловской области, число мест терапевтического профиля в них в 2017 году составило 3831, увеличившись в сравнении с 2016 годом на 34%. Всего за 2017 год в дневных стационарах пролечено 110 222 пациента, средняя длительность госпитализации составила 9,4 дня, место работало (было занято пациентом) 272,9 дня в году (таблица 58).

Таблица 58

Показатели деятельности дневных терапевтических стационаров

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Число мест, единиц	2654	3189	3167	2856	3831
2.	Число пролеченных больных, человек	67 433	77 131	72 226	74 440	110 222
3.	Работа места, дней в году	291,7	259,7	230,0	261,3	272,9

Максимальные показатели продолжительности госпитализаций больных терапевтического профиля в дневной стационар, превышающие 13 пациенто-дней, отмечались в ГБУЗ СО СОКПН ГВВ (13,7 дня), ГАУЗ СО «Красноурьинская городская больница» (13,4 дня), ООО «Клиника Павлова» (13,1 дня).

В 2017 году количество коек терапевтического профиля увеличилось на 37 за счет увеличения числа коек неврологического, ревматологического, гастроэнтерологического профилей (таблица 59). Количество терапевтических коек при этом сократилось на 115 единиц, или на 4,3%. Коечный фонд всех специальностей терапевтического профиля составил 7459 коек (из них терапевтических – 34,3%).

**Динамика коечного фонда по терапевтическим профилям в Свердловской области
за 2012–2016 годы**

(абсолютное число)

Номер строки	Профиль коек	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Терапевтические	3457	3300	2710	2674	2559
2.	Кардиологические	1890	1790	1676	1635	1633
3.	Гастроэнтерологические	465	431	274	362	357
4.	Аллергологические	1	1	1	6	1
5.	Эндокринологические	199	199	189	194	194
6.	Гематологические	93	108	112	112	122
7.	Нефрологические	205	215	205	205	207
8.	Неврологические	2322	2147	1791	1751	1890
9.	Ревматологические	140	144	79	79	90
10.	Пульмонологические	402	402	357	404	406
11.	Всего	9174	8737	7394	7422	7459

В 2017 году в 78 круглосуточных стационарах в терапевтических отделениях пролечены 79 535 пациентов, средняя продолжительность лечения составила 10,8 дня, работа койки – 309,1 дня в году, уровень летальности – 2,2% (таблица 60).

Таблица 60

Показатели деятельности круглосуточных стационаров по профилю «терапия»

Номер строки	Показатель	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Число коек, единиц	2710	2674	2559
2.	Число пролеченных больных, человек	78 472	77 100	79 535
3.	Средний срок лечения, дней	10,9	10,5	10,1
4.	Работа койки, дней в году	321,0	307,8	304,7
5.	Летальность на койке, процентов	2,06	2,0	2,2

Отделения мощностью менее 15 терапевтических коек работали в 2017 году в 9 учреждениях здравоохранения, 15–30 коек – в 14 учреждениях, 31–60 коек – в 18 учреждениях, 61–100 коек – в 9 учреждениях. В основном терапевтические койки развернуты на первом уровне оказания медицинской помощи в трехуровневой системе. Рост уровня летальности на терапевтических койках указывает на соблюдение медицинскими организациями принципов отбора пациентов на круглосуточную койку, маршрутизации в трехуровневой системе, когда тяжелые больные по медицинским показаниям переводятся в медицинские организации второго и третьего уровня для оказания помощи требуемого объема.

Основными направлениями работы терапевтической службы Свердловской области в 2017 году были:

1) снижение смертности взрослых больных от БСК, болезней органов дыхания и пищеварения за счет своевременной диагностики и эффективного лечения заболеваний в соответствии с федеральными порядками оказания медицинской помощи, стандартами и национальными клиническими рекомендациями;

- 2) организация диспансеризации и диспансерного наблюдения больных терапевтического профиля, раннее выявление онкологических заболеваний;
- 3) популяризация здорового образа жизни, профилактических мероприятий при основных неинфекционных и инфекционных заболеваниях;
- 4) организация маршрутизации пациентов по терапевтическим профилям в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и приказами Министерства здравоохранения Свердловской области;
- 5) организация работы с регистрами больных по отдельным нозологическим группам терапевтического профиля, регистрами больных орфанными заболеваниями, а также регистрами инвалидов по общему заболеванию.

Кардиологическая служба

Кардиологическая служба Свердловской области представлена сетью поликлинических врачебных приемов и специализированных отделений стационаров. Функционируют два региональных сосудистых центра и 13 ПСО кардиологического профиля. Для оказания помощи больным с острым коронарным синдромом (далее – ОКС), который является одним из основных диагнозов класса БСК, формирующих смертность, в семи медицинских организациях установлены коронарографические установки, четыре из них работают 24 часа семь дней в неделю, что позволяет своевременно оказывать ВМП больным с ОКС. ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» является одним из двух региональных сосудистых центров Свердловской области, осуществляет диагностическую, лечебно-профилактическую, реабилитационную, консультативную, научную, учебную и организационно-методическую работу.

Во всех ПСО проводится мониторинг заболеваемости и смертности от БСК. Ежегодно в Свердловской области регистрируется более 25 тыс. случаев ОКС, из них – острый инфаркт миокарда диагностируется у более 7500 пациентов. Созданная система ПСО позволяет госпитализировать 83% больных с острым инфарктом миокарда в первые 12 часов от начала заболевания в специализированные отделения, где используются современные методы лечения. В целях улучшения ранней диагностики ОКС и взаимодействия специалистов учреждений здравоохранения с региональными и сосудистыми центрами и ПСО все они оснащены телемедицинскими установками для проведения телеконсультаций больных с ОКС и определения медицинских показаний к переводу больных на следующий уровень в трехуровневой системе оказания медицинской помощи с целью проведения рентгенэндоваскулярных лечебно-диагностических операций.

В 2017 году в Свердловской области на 4,6% снизилось число штатных должностей кардиологов – с 409,25 в 2016 году до 390. Эти штатные должности занимали 290 врачей-кардиологов (в 2016 году – 294), из них 105 врачей-кардиологов (36,2%) – в учреждениях здравоохранения, расположенных на территории МО «город Екатеринбург».

В 2017 году в стационарах Свердловской области работали 210 врачей-кардиологов (в 2016 – 214), в поликлинической службе – 80 врачей-кардиологов (в 2016 году – 80). Распределение врачей-кардиологов по управленческим округам Свердловской области неравномерно, среднеобластной показатель обеспеченности кардиологами по занятым должностям снизился в сравнении с 2016 годом, составил 0,9 врача-кардиолога на 10 тыс. человек населения (по Российской Федерации – 0,9) и достигался в основном за счет МО «город Екатеринбург». Изменился и возрастной состав кардиологических кадров – врачи пенсионного возраста уходят, их заменяют молодые специалисты, в связи с чем доля кардиологов с квалификационной категорией уменьшилась с 54% в 2013 году до 45% в 2017 году.

Имеет место некоторое уменьшение количества кабинетов врачей-кардиологов, что связано с дефицитом кадров амбулаторного звена, особенно в малых городах.

Количество амбулаторных посещений к врачам-кардиологам (включая профилактические) в Свердловской области в 2017 году составило 262 654, в том числе сельскими жителями – 19 774 (7,5% от количества всех посещений), для сравнения, в 2016 году – 278 725, в том числе сельскими жителями – 24 283 (8,7% от количества всех посещений).

Показатель обеспеченности взрослого населения Свердловской области кардиологическими койками в 2017 году составил 4,96 койки на 10 тыс. человек взрослого населения, что на 5,5% больше, чем в 2016 году (4,7 койки). Число кардиологических коек на 01.01.2018 составило 1633 (в 2016 году – 1635, в 2013 году – 1890). Таким образом, в Свердловской области за пять лет было сокращено 257 кардиологических коек за счет организации ПСО. При общей тенденции к сокращению кардиологических коек эффективность их использования растет за счет сокращения средней длительности пребывания пациента на койке (с 12,9 дня в 2013 году до 10,7 дня в 2017 году), развития сети дневных стационаров.

Маршрутизация пациентов с ОКС, нарушениями ритма сердца и проводимости, требующих диагностики и лечения с применением рентгенэндоваскулярных методов, определена приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 18.03.2016 № 371-п «О маршрутизации больных с острым коронарным синдромом, нарушениями ритма сердца и проводимости, требующих диагностики и лечения с применением рентгенэндоваскулярных методов».

Проведение тромболитической терапии организовано практически во всех медицинских организациях, расположенных на территории Свердловской области. Всего за 2017 год проведено 1014 процедур тромболизиса, или в 24,4% всех случаев острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (в 2016 году – 1075 процедуры, или 24,9%, в Российской Федерации в 2016 году – 26,8%) (рисунок 37).

Доля проведения тромболитической терапии от общего числа больных с ОКС с подъемом сегмента ST и уровень летальности от острого инфаркта миокарда в динамике (процентов)

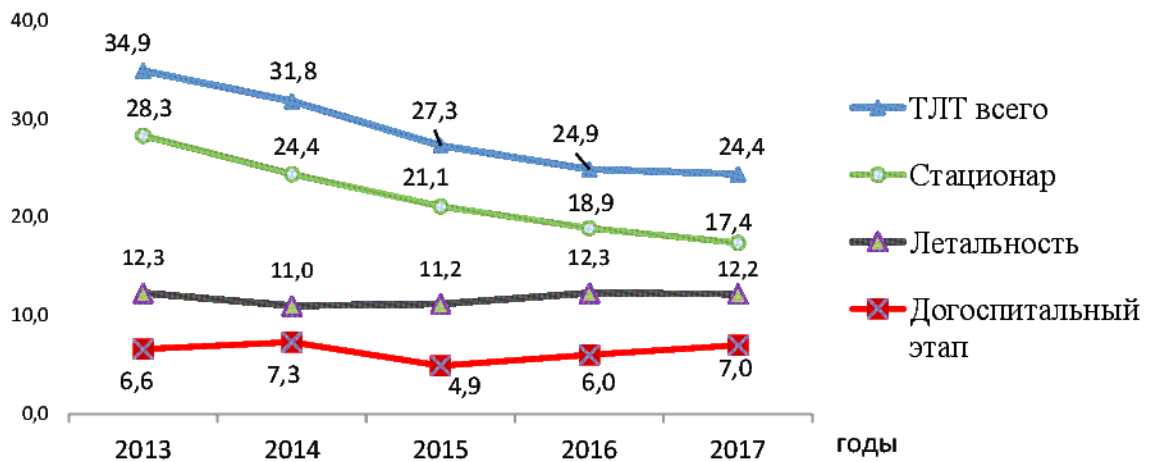


Рис. 37

Снижение частоты проведения тромболитической терапии в динамике за последние 5 лет обусловлено увеличением числа чрескожных вмешательств при инфаркте миокарда с целью проведения операций стентирования коронарных артерий. По сравнению с 2013 годом количество случаев стентирования коронарных артерий увеличилось на 29,2%. Динамика количества таких операций в медицинских организациях Свердловской области представлена на рисунке 38. В 2017 году рентгенэндоваскулярные вмешательства проводились в учреждениях здравоохранения в городах Екатеринбург, Нижний Тагил, Каменске-

Уральском, Краснотурьинске, Ирбите, отделения сердечно-сосудистой хирургии развернуты в 8 ПСО. В 2017 году выполнено 10 367 кардиохирургических операций, в том числе 5723 по поводу стентирования, из них в экстренном порядке – 4416 (80%).

Динамика количества операций стентирования коронарных артерий в медицинских организациях Свердловской области в 2013–2017 годах

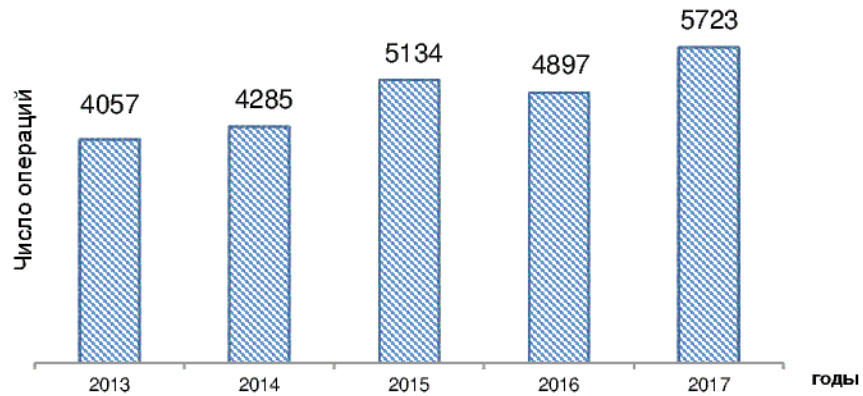


Рис. 38

В Свердловской области отмечается стабильный рост количества операций аортокоронарного шунтирования пациентам с ишемической болезнью сердца – ежегодно на 2,3–2,5%, в 2017 году количество операций увеличилось на 2,6% по сравнению с 2016 годом. Данный вид ВМП оказывается специалистами ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» и ГБУЗ СО «СОКБ № 1». Динамика количества операций аортокоронарного шунтирования пациентам с ишемической болезнью сердца представлена на рисунке 39.

Динамика количества операций аортокоронарного шунтирования пациентам с ишемической болезнью сердца в медицинских организациях Свердловской области в 2013–2017 годах

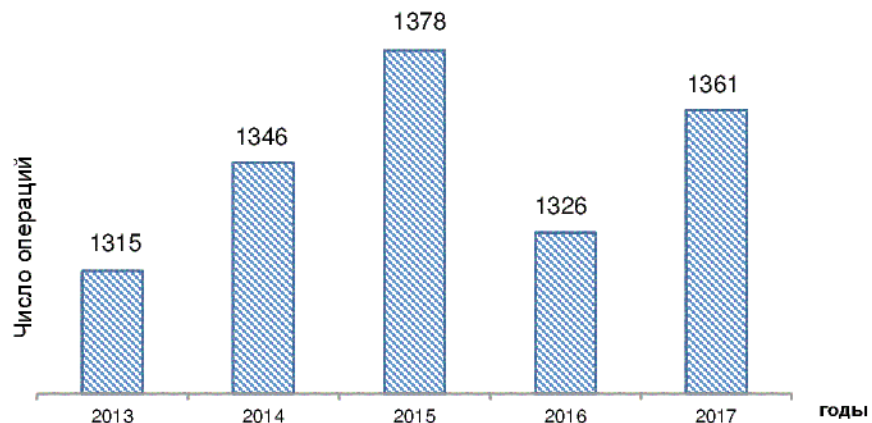


Рис. 39

Созданная в 2010 году система кардиологического кураторства учреждений здравоохранения, расположенных на территориях МО, врачами-кардиологами ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» совершенствуется и продолжает успешно функционировать. Постоянно ведется организационно-методическая работа с ММЦ Свердловской области по вопросам оказания помощи, маршрутизации, соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кроме того, кураторы оказывают врачебную консультативную

помощь. В 2016 году организационно-методический отдел и врачи-кураторы ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» провели 45 телеконференций с медицинскими организациями Свердловской области.

В апреле 2012 года в Свердловской области была организована дистанционно-консультативная служба по приему ЭКГ из ММЦ в режиме онлайн. Внедрение технологии дистанционной передачи ЭКГ позволило повысить своевременность выявления неотложных кардиологических состояний и сократить время доставки больного в медицинское учреждение согласно маршрутизации. Все ЭКГ, регистрируемые работниками ОВП, ФАП, бригадами СМП, передаются в близлежащие ММЦ, где работают врачи-консультанты, которые при необходимости в режиме онлайн могут связаться со специалистами ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», дистанционно провести консилиум и принять коллективное решение в сложной клинической ситуации. Специалистами ММЦ за 2016 год принято 15 077 ЭКГ, специалистами ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» – 3404 ЭКГ, диагностировано 1455 инфарктов. Показатели деятельности ММЦ в Свердловской области и дистанционно-консультативной службы ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» в 2016 году представлены на рисунках 40 и 41 и в таблице 61.

Структура консультационных приемов ЭКГ специалистами ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» за 2017 год (процентов)

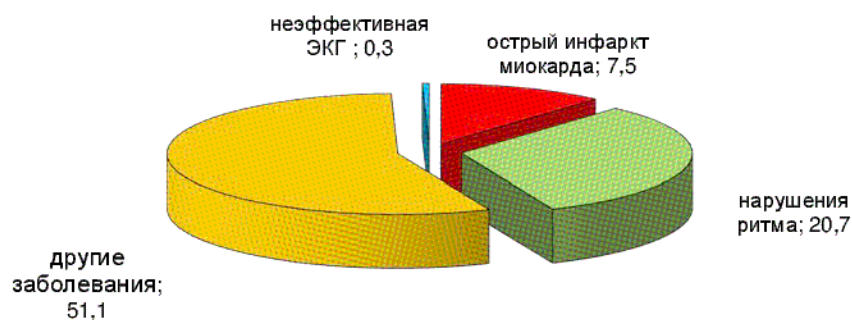


Рис. 40

Структура консультационных приемов ЭКГ специалистами ММЦ за 2017 год (процентов)



Рис. 41

Мероприятия для улучшения контроля качества в лечении больных с ОКС и снижения смертности, проводимые ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» с МО Свердловской области в 2015–2017 годах

Номер строки	Мероприятия	(абсолютное число)		
		2015 год	2016 год	2017 год
1.	Телеконференции	-	91	45
	из них:			
2.	клинические разборы	-	32	7
3.	обсуждение историй болезни умерших пациентов	-	21	41
4.	изучение амбулаторных карт	-	-	5
5.	Лекции, прочитанные по видеоконференцсвязи	-	4	8
6.	Выезды врачей-кураторов в прикрепленные МО	58	24	21
	из них:			
7.	проверено историй болезни	179	90	45
8.	проверено амбулаторных карт	30	40	57
9.	консультаций пациентов	18	9	37
10.	клинических разборов	23	23	10
11.	прочитано лекций	31	24	22
12.	проведено круглых столов	-	2	2
13.	проведено семинаров	4	3	1
14.	Мероприятия, проведенные на базе ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии»			
15.	Проверка историй болезни	100	148	147
16.	Проверка амбулаторных карт	535	606	686
17.	Количество занятий в кардиоп škole для врачей Свердловской области	-	7	1
18.	Количество врачей, участвовавших в занятиях кардиоп школы	-	139	39
19.	Проведение плановых выездных проверок	1	-	11
20.	Проведение документарных проверок	14	28	63
21.	Работа экспертной группы территориальной аттестационной комиссии			
22.	Проведено заседаний	4	4	7
23.	Аттестовано врачей	16	10	27
24.	Принято решений о целесообразности назначения лекарств по файлу исключения	28	34	27

Неврологическая служба

Неврологическая служба Свердловской области представлена 305 кабинетами врача-невролога в амбулаторной сети (в том числе специализированными приемами по профилям медицинской помощи: 4 ангионеврологическими, 3 вертебрологическими, 2 эпилептологическими, 1 по клещевым инфекциям, 1 по рассеянному склерозу, 2 по дегенеративной патологии центральной нервной системы) и 41 неврологическим отделением в стационарах учреждений здравоохранения, включая 21 ПСО для оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК), один региональный сосудистый центр на базе ГБУЗ СО «СОКБ № 1» и один городской сосудистый

центр на базе МАУ «ГКБ № 40». Кроме того, в составе терапевтических отделений развернуто 225 неврологических коек.

Каждое сосудистое отделение оснащено компьютерным томографом и ультразвуковой аппаратурой для доплерографии, что позволяет верифицировать диагноз заболевания с первых минут его развития. Охват пациентов с ОНМК диагностикой с помощью компьютерной томографии в 2016 году составил 77% (18 455 больных), в 2017 год охват больных с подозрением на ОНМК исследованиями с применением компьютерного томографа составил 90% (10 651 больной, выполнено 26 833 исследования).

Кадровый потенциал неврологической службы – это 612 врачей-неврологов, из них 48% аттестованы на квалификационную категорию. За 2017 год количество врачей-неврологов снизилось на 3,1%. Удельный вес врачей неврологов – 5% от общего числа врачей в Свердловской области. Обеспеченность врачами-неврологами составляет 1,5 врача на 10 тыс. человек населения (федеральный норматив – 1,9). С 2014 года в Свердловской области стало на 10,6% неврологов меньше. За счет сокращения штатных должностей с 2013 года на 12,3% укомплектованность их физическими лицами выросла с 61% в 2013 году до 72% в 2017 году. В Свердловской области сохраняется большой кадровый дефицит неврологов.

Основные показатели работы амбулаторно-поликлинического звена неврологической службы представлены в таблице 62. В 2017 году было всего 1 735 448 посещений к врачам-неврологам; 726 328 (41,8%) пациентов обратились к врачу в связи с заболеванием, остальные – в связи с медицинскими осмотрами, консультациями, необходимостью оказания неотложной помощи. Количество посещений в 2017 году в сравнении с аналогичным показателем 2016 года осталось практически неизменным.

Таблица 62

Основные показатели работы амбулаторно-поликлинического звена неврологической службы

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	Отношение уровня 2017 года к уровню 2016 года (процентов)
1.	Количество посещений к врачу-неврологу, единиц	1 961 117	1 958 871	1 871 859	1 742 358	1 735 448	-0,4
2.	из них сельскими жителями	171 753	199 982	166 878	173 524	150 967	-13
3.	Обратились в связи с заболеванием, человек	909 820	860 469	826 645	734 949	726 328	-1
4.	Доля посещений в связи с заболеванием от числа всех посещений, процентов	46,4%	43,90%	44,10%	42,18%	41,85%	-1
5.	Посещений на дому, всего	14 065	11 163	12 437	9851	7737	-21
6.	по заболеванию	13 620	10 923	11 178	9539	7549	-21

Коечный фонд неврологического профиля для взрослого населения в 2017 году практически не изменился и составил 1750 коек. Обеспеченность неврологическими койками для взрослых в 2017 году составила 4,2 койки на 10 тыс. человек населения (федеральный норматив – 7,6). Динамика коечного фонда неврологического профиля представлена на рисунке 42.

**Динамика коечного фонда неврологического профиля в 2013–2017 годах
(количество коек)**

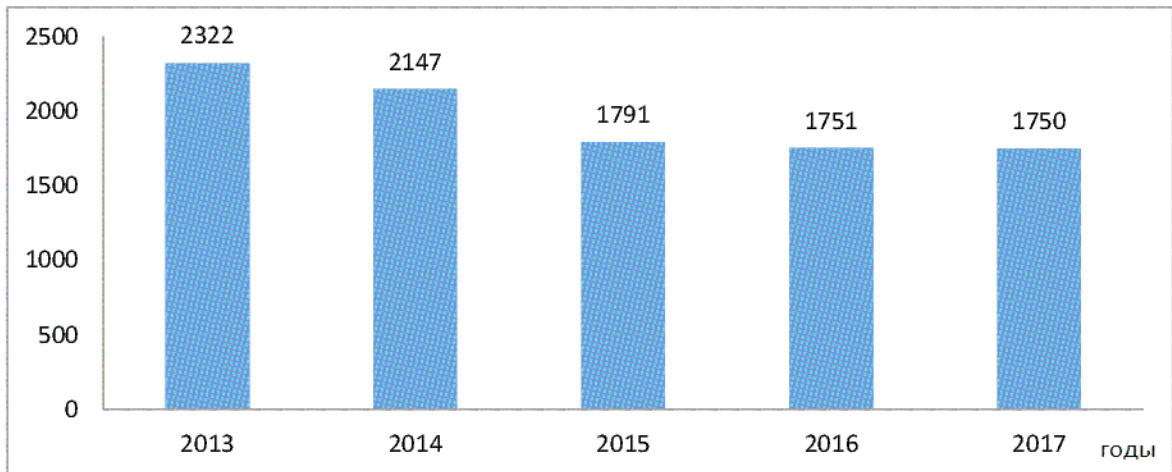


Рис. 42

Показатели работы коечного фонда неврологического профиля представлены в таблице 63. В 2017 году всего была 52 321 госпитализация, из них 60% – лиц старше 60 лет. Работа койки составила 308 дней (несколько снизилась в сравнении с 2016 годом) при средней продолжительности госпитализации 11,3 дня (в сравнении с 2016 годом она уменьшилась на 0,9%).

Таблица 63

Показатели работы коечного фонда неврологического профиля в 2013–2017 годах

Номер строки	Показатель работы койки	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	Отношение уровня 2017 года к уровню 2016 года (процентов)
1.	Поступило больных в стационар, человек	55 258	54 196	48 942	47 040	52 321	11,2
2.	в том числе сельских жителей, человек	6364	7347	6499	6204	7769	25,2
3.	Из числа поступивших в возрасте 60 лет и старше, человек	31 506	31 801	30 537	29 734	31 416	5,7
4.	Выписано больных, человек	52 653	51 006	47 174	45 543	51 682	13,5
5.	Умерли, человек	2914	3068	1301	1345	1351	0,4
6.	Летальность, процентов	5,20	5,67	2,68	2,87	2,61	-9,1
7.	Проведено больными койко-дней	744 843	688 573	576 199	535 155	582 382	8,8
8.	Работа койки, дней в году	320,2	318,8	320,5	310,6	308	-0,8
9.	Оборот койки, раз в году	23,8	25,1	27,1	27,3	27,5	0,7
10.	Средняя длительность лечения в стационаре	13,4	12,7	11,9	11,4	11,3	-0,9
11.	Среднее время простоя койки, дней	1,9	1,9	1,7	2	2,1	5,0

В связи с особенностями состояния неврологических больных (в том числе перенесших ОНМК и ограниченных в движении) в неврологической службе активно применяются телемедицинские технологии, особенно для больных с тяжелым поражением центральной нервной системы. В 2017 году проведено 1110 телемедицинских консультаций (в 2016 году – 1035 консультаций).

Телемедицинские технологии применяются и в амбулаторном звене. В 2017 году неврологами поликлиники ГБУЗ СО «СОКБ № 1» проведено на 4,7% телеконсультаций больше, чем в 2016 году.

Приоритетным направлением неврологической службы является оказание помощи больным с ОНМК. В ПСО и региональном сосудистом центре оказание помощи таким больным организовано в соответствии с федеральным порядком и международными рекомендациями, с использованием современных технологий, в том числе технологий тромбэкстракции и внутривенного тромболитика, позволяющих во многих случаях достичь восстановления утраченных функций и избежать инвалидизации пациента. В 2017 году в Свердловской области было зарегистрировано 25 252 пациента с ОНМК (в 2016 году – 23 998), из них 16 311 – с ишемическим инсультом, 2524 – с геморрагическим инсультом и 6417 пациентов – с транзиторной ишемической атакой. Охват пациентов с ОНМК специализированной помощью составил 88%. В 2015–2017 годах отмечалось некоторое повышение заболеваемости ОНМК (до 736 случаев на 100 тыс. человек взрослого населения) и смертности от них (до 125 на 100 тыс. человек взрослого населения). Летальность от ОНМК в ПСО в 2017 году составила 10,7%.

Одним из основных показателей эффективности деятельности ПСО является использование технологии внутривенного тромболитика у больных с ишемическим инсультом. Это единственный метод реперфузионной терапии, который позволяет увеличить число полностью восстановившихся больных в 1,5–2,8 раза в зависимости от времени начала терапии (уровень доказательности 1А по Оксфордской шкале доказательной медицины).

Динамика проведения внутривенного тромболитика у больных с ишемическим инсультом в Свердловской области в абсолютных цифрах представлена на рисунке 43.

Динамика числа случаев проведения внутривенного тромболитика у больных с ишемическим инсультом в Свердловской области в 2009–2017 годах (количество операций)

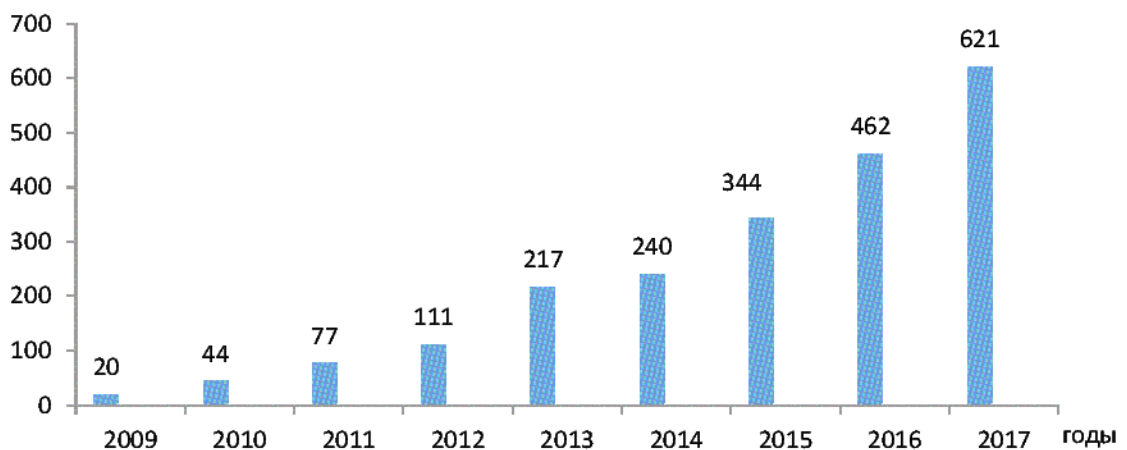


Рис. 43

Средний процент выполнения тромболитической терапии по Свердловской области в 2017 году составил 4,5% при целевом по Российской Федерации 5,0%, проведен 621 тромболитик (рисунок 43). Существенно увеличилось число тромболитиков

при ишемическом инсульте, выполняемых в ПСО города Екатеринбурга (276 процедур по сравнению со 182 в 2016 году).

Пульмонологическая служба

В пульмонологической службе Свердловской области в 2017 году работали 40 пульмонологических кабинетов и 11 стационарных отделений, где развернуто 456 пульмонологических коек (в том числе 50 детских), из которых 326 коек – в учреждениях второго уровня и 80 – в учреждениях третьего уровня. Обеспеченность пульмонологическими койками составила, как и в 2016 году, 1,1 койки на 10 тыс. человек населения. Работа койки снизилась по сравнению с 2016 годом на 8,4% – с 326,4 дня в 2016 году до 299 дней в 2017 году.

В 2017 году зарегистрировано 117 035 посещений к врачам-пульмонологам (в 2016 году – 113 778), из них по поводу заболеваний – 5767 (в 2016 году – 6909).

Обеспеченность врачами-пульмологами в 2014–2017 годах оставалась стабильной – 0,2 врача на 10 тыс. человек населения (70 врачей в 2016 году, 67 – в 2017 году, из них 29 – в поликлинике). Коэффициент совместительства в 2017 году не изменился и составил 1,4.

Гастроэнтерологическая служба

На 31.12.2017 гастроэнтерологическая служба Свердловской области была представлена 54 амбулаторными приемами врачей-гастроэнтерологов в 36 медицинских организациях в Свердловской области разного уровня, 7 специализированными отделениями в стационарах для взрослых (248 коек) и 1 отделением для детей (35 коек), а также 75 специализированными койками в 5 стационарах города Екатеринбурга и Свердловской области (всего 358 коек) и ГАУЗ СО «Областная специализированная больница восстановительного лечения «Маяк» (70 коек) (рисунок 44).

Работает областной гепатологический центр на базе ГБУЗ СО «СОКБ № 1», а также городской центр лечения язвенной болезни на базе ООО Медицинское объединение «Новая больница». Областной гепатологический центр ГБУЗ СО «СОКБ № 1», кроме того, является организационно-методическим центром по оказанию гастроэнтерологической помощи населению Свердловской области; на его базе организована трансплантационная помощь пациентам с терминальными стадиями болезней печени, медицинская помощь больным с хроническими вирусными гепатитами.

Количество врачей-гастроэнтерологов увеличилось с 2013 года на 15% (с 80 до 92), а за 2017 год – на 5,8% (в основном за счет врачей амбулаторного приема), что не отразилось на обеспеченности населения врачами-гастроэнтерологами (0,2 врача на 10 тыс. человек населения), но привело к снижению коэффициента совместительства на 21,9% (с 1,4 в 2013 году до 1,1 в 2017 году). В 2017 году снизилось количество аттестованных специалистов (на 6,9% по отношению к 2016 году и на 16,8% по отношению к 2013 году) в связи с пополнением службы молодыми специалистами. В 2017 году первичную специализацию получили 19 врачей, из которых большинство работают в частных медицинских организациях.

Отсутствуют врачи-гастроэнтерологи в учреждениях здравоохранения Восточного управленческого округа Свердловской области, недостаточно обеспечен врачами Северный управленческий округ Свердловской области. В вышеуказанных управленческих округах пациенты с гастроэнтерологической патологией наблюдаются врачами-терапевтами, а амбулаторную консультативную помощь получают у врачей-гастроэнтерологов консультативной поликлиники ГБУЗ СО «СОКБ № 1». Только в трех ММЦ из 14 имеются приемы врача-гастроэнтеролога.

В 2017 году возросли средние сроки пребывания на круглосуточной гастроэнтерологической койке с 9 дней в 2013 году до 11,1 дней в 2017 году (на 23,3%), что связано с увеличением количества поступающих больных в тяжелом состоянии.

**Динамика количества гастроэнтерологических коек в Свердловской области
в 2013–2017 годах**

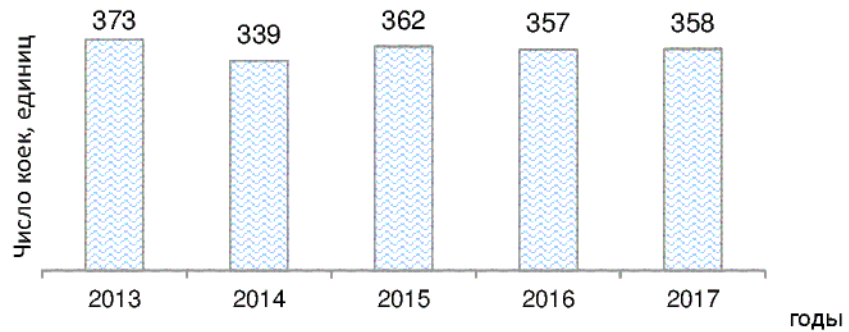


Рис. 44

Служба аллергологии и иммунологии

Служба аллергологии и иммунологии Свердловской области представлена кабинетами аллергологии и иммунологии в организациях здравоохранения, в том числе в ММЦ, и круглосуточным стационарным отделением аллергологии и иммунологии в ГБУЗ СО «СОКБ № 1».

В 2017 году в Свердловской области продолжилось снижение числа врачей аллергологов-иммунологов (на 4 человека, или на 10,2%), занятых в государственной системе здравоохранения, при этом укомплектованность физическими лицами снизилась до 75% (в 2016 году – 84%), что можно объяснить оттоком врачей аллергологов-иммунологов в частные медицинские организации. Обеспеченность врачами аллергологами-иммунологами в Свердловской области по-прежнему составляет 0,1 врача на 10 тыс. человек населения, что соответствует нормативу и средним данным по Российской Федерации. Удельный вес аттестованных врачей увеличился до 66% (таблица 64). По-прежнему отсутствуют приемы врача аллерголога-иммунолога для взрослых в Западном управленческом округе, Южном управленческом округе и Северном управленческом округе Свердловской области, основное число врачей аллергологов-иммунологов сосредоточено в Екатеринбурге.

Таблица 64

**Кадровый состав службы аллергологии и иммунологии в Свердловской области
в 2013–2017 годах**

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Количество врачей аллергологов-иммунологов (физических лиц)	47	43	44	39	35
2.	Обеспеченность врачами аллергологами-иммунологами на 10 тыс. человек населения	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
3.	Укомплектованность физическими лицами, процентов	78	81	82	84	75
4.	Отношение занятых должностей к физическим лицам (коэффициент совместительства)	1,3	1,1	1,1	1,1	1,0
5.	Удельный вес аттестованных врачей аллергологов-иммунологов, процентов	64	58	64	59	66
6.	Удельный вес сертифицированных врачей аллергологов-иммунологов, процентов	96	98	100	100	100

В 2017 году количество амбулаторных приемов по профилю «аллергология-иммунология» уменьшилось с 38 в 2016 году до 28, что сопровождалось снижением числа посещений в поликлинике (таблица 65), при этом функция врачебной должности увеличилась до 3340 посещений.

Таблица 65

Работа кабинетов аллергологии и иммунологии

Номер строки	Показатели	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Число кабинетов аллерголога-иммунолога, единиц	23	33	41	38	28
2.	Всего посещений в поликлинике, единиц	112 652	109 992	104 640	102 124	97 880
3.	Функция врачебной должности, посещений в год	3918,3	2993,0	2364,7	2857	3340

В структуре больных на приеме врача аллерголога-иммунолога преобладали пациенты с респираторной аллергией (82,1%). Доля пациентов с иммунодефицитным состоянием составляла 4,4%.

Уровень общей заболеваемости бронхиальной астмой в 2017 году по сравнению с 2016 годом увеличился на 7,1% (15,0 – в 2017 году, 14,0 – в 2016 году), что может свидетельствовать об улучшении диагностики астмы. Смертность от бронхиальной астмы снизилась на 24,5% и вернулась к значению 2015 года (0,8 случая на 100 тыс. человек населения в 2015 году, 1,06 – в 2016 году, 0,8 – в 2017 году) (таблица 66).

Таблица 66

Заболеваемость и смертность по профилю «аллергология-иммунология» в 2015–2017 годах

(на 1000 человек населения)

Номер строки	Годы	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость	Смертность на 100 тыс. человек населения
1.	Бронхиальная астма			
2.	2015	13,8	1,1	0,8
3.	2016	14,0	1,2	1,06
4.	2017	15,0	1,2	0,8
5.	Аллергический ринит			
6.	2015	1,9	0,5	0
7.	2016	1,9	0,7	0
8.	2017	1,8	0,6	0
9.	Атопический дерматит			
10.	2015	5,6	2,7	0
11.	2016	5,4	1,8	0
12.	2017	4,9	1,8	0
13.	Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D80-D89). Первичные иммунодефициты			
14.	2015	0,7	0,4	0
15.	2016	0	0	0
16.	2017	0,5	0,2	0

Общая и первичная заболеваемость аллергическим ринитом в 2017 году несколько снизилась (0,3% в структуре заболеваемости) (таблица 66). Аллергический ринит является важнейшим фактором риска развития бронхиальной астмы, и ранняя его диагностика и своевременное лечение эффективно предупреждают развитие астмы.

В 2017 году в диспансерной группе больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмой увеличилась доля пациентов, получающих аллергенспецифическую иммунотерапию (с 35% до 49% и с 7% до 12% соответственно).

Ревматологическая служба

Оказание медицинской помощи больным с ревматическими болезнями осуществляется на трех этапах:

первый этап – первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях оказывается участковым врачом-терапевтом, врачом общей практики в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи и с учетом рекомендаций врачей-ревматологов;

второй этап – специализированная амбулаторная медицинская помощь в ревматологических кабинетах оказывается врачами-ревматологами;

третий этап – специализированная медицинская помощь оказывается врачами-ревматологами городского и областного ревматологических центров. Ортопедическая помощь ревматологическим больным оказывается в федеральных и областных медицинских организациях в Свердловской области.

При наличии медицинских показаний госпитализация осуществляется в терапевтические отделения по месту жительства и специализированные отделения ревматологического профиля.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.11.2012 № 900н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология» на 50 тыс. человек прикрепленного населения требуется 1 врач-ревматолог ревматологического кабинета. Общее число врачей-ревматологов в Свердловской области на 31.12.2017 составляло 48 человек (в 2016 году – 52 человека), из них в стационарах работали 34 человека. 22 врача имели высшую категорию, 4 – первую, 2 – вторую. Средний возраст врачей – 48 лет.

Обеспеченность врачами-ревматологами в 2013–2017 годах стабильно составляет 0,1 специалиста на 10 тыс. человек населения. При этом распределение по МО неравномерно: из 48 врачей только 11 работают вне города Екатеринбурга. Ревматологи имеются в городах Первоуральске, Ирбите, Краснотурьинске, Нижний Тагил, Асбесте, Березовском, Каменске-Уральском, Полевском, Арамиле, Новоуральске, Лесном. Укомплектованность штатных должностей занятыми должностями составляет 91%, физическими лицами – 78%. Коэффициент совместительства снизился с 1,26 в 2013 году до 1,0 в 2017 году.

Количество амбулаторных кабинетов врача-ревматолога сократилось с 47 в 2016 году до 42 в 2017 году (таблица 67).

Количество амбулаторных посещений к врачам-ревматологам (включая профилактические) в Свердловской области в 2017 году составило 135 550, из них взрослых (18 лет и старше) – 127 975.

Число ревматологических коек в Свердловской области в 2017 году составило 75 (в 2013 и 2014 годах – 144), из них 24 развернуты в городе Екатеринбурге, 35 – в ГБУЗ «СОКБ № 1», 15 – в городе Нижний Тагил и 5 – в городе Первоуральске. На ревматологических койках в 2017 году были пролечены 1986 взрослых пациентов. Работа койки составила 303,2 дня, средняя занятость койки – 13,7 дня.

Основные показатели деятельности ревматологической службы отражены в таблице 67.

Основные показатели деятельности ревматологической службы в 2013–2017 годах

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Количество амбулаторных кабинетов врача-ревматолога	37	46	47	45	42
2.	Число коек для взрослых	144	144	79	79	75
3.	Количество врачей ревматологов	51	52	52	52	48
4.	Число врачей (физических лиц) на занятых должностях в поликлиниках	33	34	39	39	34
5.	Число врачей (физических лиц) на занятых должностях в стационарах	18	18	13	13	14
6.	Общее количество штатных должностей врачей-ревматологов	68,25	72,75	64	62,25	61,75
7.	из них занято ставок	64,25	67,25	61,75	59,75	56,5
8.	Число штатных должностей врачей-ревматологов в поликлиниках	46,25	51,75	47	47,75	46,5
9.	из них занято ставок	42,75	46,25	44,75	45,25	41,5
10.	Число штатных должностей врачей-ревматологов в стационарах	22	22	21,5	14,5	15,25
11.	из них занято ставок	21,5	21	17	14,5	15
12.	Имеют высшую категорию, человек	25	21	26	23	22
13.	Имеют первую категорию, человек	5	5	3	3	4
14.	Имеют вторую категорию, человек	1	1	1	0	2
15.	Укомплектованность штатных должностей занятыми должностями	94	92	96	96	91
16.	Укомплектованность штатных должностей врачами (физическими лицами)	75	71	81	84	78
17.	Коэффициент совместительства	1,26	1,29	1,19	1,1	1
18.	Количество посещений в поликлинике	133 094	135 822	139 425	144 419	135 550
19.	из них взрослых	-	-	130 841	135 471	127 975
20.	Количество больных, пролеченных в стационаре	-	-	-	1997	1986
21.	Работа койки	-	-	-	340,9	303,2
22.	Средняя длительность пребывания больного на койке	-	-	-	14,3	13,7

В 2017 году в дневных стационарах пролечено 1174 взрослых больных с системными поражениями соединительной ткани, артропатиями, спондилопатиями и 2162 пациента, которым для лечения остеопатии требовалось введение лекарственных препаратов группы бифосфонатов под контролем врача.

Проводилась работа по организации введения пациентам с иммунновоспалительными заболеваниями генно-инженерных биологических препаратов по медицинским показаниям в дневных стационарах. Данные препараты получали 225 пациентов. Внедрение этой технологии позволило назначать высокоэффективные препараты пациентам с высокой активностью заболевания, не дожидаясь получения группы инвалидности, продолжать лечение данными препаратами при достижении медикаментозной ремиссии и расширить список препаратов с возможностью выбора препарата в зависимости от клинической ситуации.

Глава 22. Хирургическая служба

Хирургическая помощь населению Свердловской области оказывается в центральных городских и районных больницах городских округов, муниципальных районов, специализированная хирургическая помощь – в медицинских организациях второго уровня крупных и средних городов, высокотехнологичная хирургическая помощь – в многопрофильных медицинских организациях третьего уровня.

В стационарах учреждений здравоохранения продолжается планомерное сокращение коечного фонда, приведение количества коек хирургического профиля к нормативным показателям, повышение эффективности использования коечного фонда (таблица 68).

Таблица 68

Динамика изменений количества и интенсивности использования хирургических коек для взрослых в Свердловской области в 2013–2017 годах

Номер строки	Год	Число коек (единиц)	Работа койки (дней в году)	Средняя длительность пребывания больного на койке (дней)
1.	2013	2046	339	9,5
2.	2014	2038	322,0	8,6
3.	2015	1985	337	8,7
4.	2016	1946	303	8,0
5.	2017	1980	285	8,0

С 2013 по 2017 год произошло сокращение коечного фонда хирургических отделений на 3,2%. Использование коечного фонда хирургического профиля с применением интенсивных методов диагностики и лечения (малоинвазивных операций, ранней физической активности оперированных пациентов, сокращении времени обследования больного) привело к снижению средней длительности пребывания больного на койке с 9,5 до 8 дней. В то же время за счет уменьшения продолжительности пребывания больного на койке и маршрутизации значительной части больных с первого уровня на второй наблюдается снижение работы койки в хирургических стационарах первого уровня, за счет чего сокращается и средний по Свердловской области показатель работы койки.

Продолжается увеличение количества оперативных вмешательств с использованием современных методик. В 2017 году в хирургических стационарах было выполнено 302 128 операций, из них операций с применением высоких медицинских технологий – 19 893 (в 2016 году – 304 763 и 21 596 соответственно) (таблица 69).

Таблица 69

Хирургическая работа учреждений здравоохранения Свердловской области в 2013–2017 годах

Номер строки	Наименование операции	(число операций)				
		2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Всего операций	299 927	307 717	311 073	304 763	302 128
2.	Пульмонэктомия	65	58	70	86	61
3.	Аортокоронарное шунтирование	1315	1346	1378	1326	1361
4.	Ангиопластика коронарных артерий	6130	5066	5819	5417	5579
5.	Плановое грыжесечение	8496	8587	9406	10 196	10 258
6.	Плановая холецистэктомия	4870	5518	5225	4960	5175

В 2017 году количество врачей-хирургов в организациях здравоохранения Свердловской области не увеличилось и, как следствие, снижения коэффициента совместительства не произошло (таблица 70).

В 2017 году в Свердловской области продолжалось внедрение высокотехнологичной хирургической помощи и развитие лапароскопической хирургии. Выполнено 36 464 операции с использованием эндоскопической аппаратуры, 13 операций по трансплантации печени (в 2016 году – 12), 7 – по трансплантации сердца (в 2016 году – 7) и 30 – по трансплантации почки (в 2016 году – 22). Количество операций по профилю «трансплантология» лимитировано в первую очередь наличием донорских органов для пересадки.

Таблица 70

**Укомплектованность врачами-хирургами в медицинских учреждениях
Свердловской области в 2013–2017 годах**

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Укомплектованность врачами (физическими лицами), процентов	56	58	63	64	61,3
2.	Коэффициент совместительства	1,66	1,60	1,58	1,56	1,59

В Свердловской области имеется дефицит врачей-хирургов, при этом удельный вес врачей с высшей категорией достаточно высок и по некоторым хирургическим специальностям составляет 38,9% от числа врачей, имеющих сертификат специалиста. В то же время отмечается тенденция к увеличению среднего возраста врача-хирурга (52 года) в основном за счет врачей старших возрастных групп в амбулаторно-поликлинической службе. Работа по привлечению молодых специалистов-хирургов, особенно в отдаленные районы Свердловской области, ведется Министерством здравоохранения Свердловской области совместно с органами местного самоуправления МО.

Укомплектованность штатных должностей врачами-хирургами в амбулаторно-поликлиническом звене составляет 61,3%.

Нейрохирургическая служба

Специализированная нейрохирургическая помощь населению Свердловской области в 2017 году оказывалась в 10 многопрофильных учреждениях здравоохранения, где развернуто 10 нейрохирургических и 1 травматологическое отделение с выделенными нейрохирургическими койками (всего 472 койки). Достигнут высокий уровень специализации нейрохирургических отделений: 4 отделения оказывают экстренную медицинскую помощь при острой травме центральной нервной системы, 1 отделение – по профилю «нейроонкология», в 3 отделениях оказывается медицинская помощь при заболеваниях сосудов головного мозга, нейроонкологии и общей нейрохирургии взрослым и детям, в 1 – при травматических поражениях позвоночника, еще 2 отделения специализируются на оказании нейрохирургической помощи больным детского возраста. Распределение отделений по профилям специализации и коечному фонду представлено в таблице 71.

Нейрохирургические реанимационные отделения работают в двух медицинских организациях: МАУ «ГКБ № 40» (24 койки) и ГБУЗ СО «СООД» (6 коек), что недостаточно, мощность подобных отделений должна составлять не менее 20% от общего коечного фонда профиля «нейрохирургия».

Количество коек нейрохирургических отделений в Свердловской области в 2017 году

Номер строки	Отделение	Количество коек
1.	Нейротравматология	
2.	ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Нижний Тагил», нейрохирургическое отделение	30
3.	МАУ «Городская больница № 36 Травматологическая», нейрохирургическое отделение	60
4.	МАУ «Центральная городская больница № 24», нейрохирургическое отделение	40
5.	МАУ «Центральная городская клиническая больница № 23», нейрохирургическое отделение	50
6.	Спинальная травма	
7.	ГБУЗ СО СОКПН ГВВ, нейрохирургическое отделение	35
8.	Нейроонкология	
9.	ГБУЗ СО «СООД», нейрохирургическое отделение	30
10.	Сосудистая нейрохирургия, нейроонкология и общая нейрохирургия	
11.	ГБУЗ СО «СОКБ № 1», нейрохирургическое отделение	35
12.	МАУ «ГКБ № 40», нейрохирургическое отделение № 1	69
13.	МАУ «ГКБ № 40», нейрохирургическое отделение № 2	69
14.	Детская нейрохирургия	
15.	ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», нейрохирургическое отделение	20
16.	МАУ «Детская клиническая больница № 9», травматологическое отделение № 1	35

В Свердловской области работают 66 врачей-нейрохирургов, укомплектованность штатных должностей врачами (физическими лицами) составляет 73%.

Согласно федеральным нормативам все медицинские организации, оказывающие нейрохирургическую помощь, должны быть оснащены специальным диагностическим и хирургическим оборудованием. Все учреждения здравоохранения, в которых имеются нейрохирургические койки, оснащены магниторезонансными и (или) компьютерными томографами. Укомплектованность нейрохирургических отделений операционными микроскопами, эндоскопическими стойками, нейронавигационными станциями недостаточна по сравнению с нормативными требованиями.

В течение 2017 года в нейрохирургических стационарах Свердловской области пролечены 11 134 больных, оперативное лечение выполнено 5969 больным.

В нейрохирургических подразделениях регионального сосудистого центра, в составе которых функционируют два нейрохирургических отделения (экстренной и плановой нейрохирургической помощи больным с патологией сосудов головного мозга в МАУ «ГКБ № 40» и ГБУЗ СО «СОКБ № 1»), в 2017 году выполнено 490 и 355 операций соответственно.

Всего в 2017 году нейрохирургами и сосудистыми хирургами было выполнено 845 операций при экстренной и плановой сосудистой патологии головного мозга, проведено 2813 телемедицинских консультаций больным, находящимся на лечении в первичных сосудистых отделениях Свердловской области и города Екатеринбурга.

Общая летальность больных в нейрохирургических стационарах в 2017 году составила 2,5%, послеоперационная – 6,6%, хирургическая активность в целом составила 56,8%, что выше показателей 2016 года (2,3%, 5,2%, 51,6% соответственно).

В Свердловской области в 2017 году создан единый консультативно-мониторинговый центр по лечению пациентов с тяжелой и среднетяжелой черепно-мозговой травмой, краниофациальной травмой для унификации подходов к хирургическому лечению, мониторинга, своевременной эвакуации в медицинские организации третьего уровня и своевременному экстренному хирургическому лечению. Результаты работы центра отражены в таблице 72.

Таблица 72

Результаты работы единого консультативно-мониторингового центра по лечению пациентов с тяжелой и среднетяжелой черепно-мозговой травмой

Количество пациентов с черепно-мозговой травмой	Количество пациентов, проконсультированных нейрохирургами	Количество пациентов, оперированных на месте	из них выездной нейрохирургической бригадой	Количество пациентов, нуждающихся в переводе в другую организацию здравоохранения	Количество пациентов, эвакуированных в специализированные центры	Количество умерших
525	579	86	48	29	208	85

Для более широкого охвата нейрохирургической помощью пациентов Свердловской области с эпилепсией, торсионной дистонией, паркинсонизмом, болевыми синдромами необходимо создание и оснащение специализированного отделения функциональной нейрохирургии на базе МАУ «ГКБ № 40». Кроме того, планируется создание специализированного спинального отделения на базе МАУ «ГКБ № 40» для пациентов с заболеваниями позвоночника путем перепрофилирования уже существующего коечного фонда.

Высокотехнологичная сердечно-сосудистая хирургия

В Свердловской области в 2017 году выполнялись все 12 видов высокотехнологичных операций по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», определенных постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» оказывали следующие медицинские организации: ГБУЗ СО «СОКБ № 1», ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», ГБУЗ СО «Городская больница № 4 город Нижний Тагил», ООО Медицинское объединение «Новая больница» (город Екатеринбург), ООО «Городская больница № 41» (город Екатеринбург), ГБУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский», ГАУЗ СО «Красноурьинская городская больница», ГБУЗ СО СОКПН ГВВ, ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница», МАУ «ГКБ № 40» (город Екатеринбург).

За период 2013–2017 годов в Свердловской области увеличилось количество хирургических операций аортокоронарного шунтирования, имплантации электрокардиостимуляторов, операций на аорте и магистральных сосудах, операций при врожденных пороках сердца у детей до 1 года. В то же время с 2015 года отмечена тенденция к снижению числа операций при клапанных пороках сердца (таблица 73). За этот период прооперирован 2421 ребенок с врожденными пороками сердца – наибольшее количество среди субъектов Российской Федерации в УрФО.

Особо следует отметить рост на 34,3% в 2013–2017 годы операций пластической реконструкции клапанов сердца. Активно внедряется новая современная технология эндоваскулярной имплантации протезов аортального клапана у больных с осложненным течением порока сердца. За 2013–2017 годы выполнено 100 таких операций.

**Высокотехнологичная сердечно-сосудистая хирургия в Свердловской области
в 2013–2017 годах**

(количество операций)

Номер строки	Вид оперативного вмешательства	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Аортокоронарное шунтирование	1929	1367	1453	1322	1348
2.	Коррекция пороков клапанов сердца	323	489	537	511	325
3.	Коррекция врожденных пороков сердца в том числе:	476	486	487	529	443
4.	у новорожденных	114	108	100	100	94
5.	у детей до 1 года	85	100	115	128	200
6.	Имплантация электрокардиостимулятора	1417	2026	2083	1671	2131
7.	Трансплантация сердца	5	5	6	7	7
8.	Хирургия аорты и магистральных артерий	540	592	511	488	576

За 2013–2017 годы врачами-кардиохирургами ГБУЗ СО «СОКБ № 1» проведено 30 успешных трансплантаций сердца.

В коронарной хирургии существенно увеличено число операций на работающем сердце (около 50% в структуре всех оперативных вмешательств на сердечной мышце), на 23% выросло выполнение сложных комбинированных шунтирований коронарных артерий и полной артериальной реваскуляризации миокарда.

Число реконструктивных операций на сосудистых бассейнах в 2017 году составило 576, в основном за счет увеличения числа этих операций в ГБУЗ СО «СОКБ № 1» и МАУ «ГКБ № 40» города Екатеринбурга. В 2017 году внедрено 60 новых технологий в сердечно-сосудистой хирургии, активно внедрялась эндоваскулярная имплантация стентграфтов при аневризмах различных отделов аорты, выполнено 40 таких операций.

Онкологическая служба Свердловской области

В 2017 году в учреждениях здравоохранения функционировало 69 первичных онкологических кабинетов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь больным с онкологическими заболеваниями, в которых работали врачи-онкологи и врачи других специальностей (хирурги, терапевты), получившие дополнительную подготовку по профилю «онкология». Общая численность врачей-онкологов (работающих в поликлинике и в стационаре) составила 153 врача. Укомплектованность врачами-онкологами штатных должностей составляла 55,8% (в 2016 году – 34,4%). Большинство врачей имели высшую квалификационную категорию.

Основным направлением в деятельности онкологической службы Свердловской области является организация раннего выявления больных. Врачи-онкологи медицинских организаций общей лечебной сети проводят большую работу по диспансеризации онкологических больных, повышению знаний врачей других специальностей в вопросах выявления онкологических заболеваний. Всего в 2017 году зарегистрировано 438 430 посещений к врачам-онкологам, 11% из которых сельскими жителями.

С целью раннего выявления ЗН в смотровых кабинетах медицинских организаций в 2017 году осмотрены 424 678 пациентов, из них направлены на специализированные онкологические приемы 3589 человек. При проведении скрининговых обследований осмотрены 261 369 человек, из которых 3197 человек после осмотра направлены на специализированные онкологические приемы. С помощью передвижных маммографов проконсультированы

10 173 женщины, 2042 из них направлены на дообследование и лечение патологии молочных желез.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь онкологическим больным оказывается в ГБУЗ СО «СООД», которое имеет в своем составе поликлинику на 650 посещений в смену, дневной стационар для проведения химиотерапии на 33 койки в 2 смены, дневной стационар для проведения лучевой терапии на 20 коек и стационар на 962 койки. В структуре стационара круглосуточного пребывания 14 профильных отделений. В 2017 году на базе ГБУЗ СО «СООД» открыто торакальное отделение для оказания хирургической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями бронхов, легких, средостения. ГБУЗ СО «СООД» имеет подразделения (филиалы) в городах Нижний Тагил и Каменске-Уральском. Медицинская помощь онкологическим больным оказывается также в специализированных отделениях ГБУЗ СО «СОКБ № 1» по профилям «онкогематология» и «онкоурология», в отделении ГБУЗ СО «Серовская городская больница» мощностью 30 коек, в ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», где проводится лечение при ЗН легких, в отделении ГАУЗ СО «Краснотурьинская городская больница» мощностью 50 коек. Специализированная помощь детям, страдающим онкологической патологией, оказывается в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1».

Всего в области функционирует 1200 коек онкологического профиля, 70 из них – детские. Обеспеченность койками составляет 2,7 койки на 10 тыс. человек населения.

Консультативная поликлиника ГБУЗ СО «СООД» оказывает диагностическую и лечебную помощь больным ЗН города Екатеринбурга и Свердловской области. В поликлинике ведутся приемы по 17 специальностям: общая онкология, ЛОР–онкология, абдоминальная онкология, проктоонкология, онкогинекология, маммология, химиотерапия, радиология общая, радиология-гинекология, онкоурология, нейрохирургия, торакальная хирургия. Для повышения доступности медицинской помощи в поликлинике организованы дополнительные приемы во вторую смену.

В структуре стационара два хирургических отделения по профилю «общая онкология», хирургические отделения по профилю онкологической патологии головы и шеи; абдоминальное, проктологическое, урологическое, нейрохирургическое, хирургическое, 2 химиотерапевтических и 2 радиологических отделения.

В филиалах ГБУЗ СО «СООД» в городах Нижний Тагил и Каменске-Уральском функционируют хирургические, радиологические и химиотерапевтические отделения, выездная паллиативная служба.

Во всех подразделениях ГБУЗ СО «СООД» работают 1366 человек, среди них 254 врача, 565 медицинских сестер. 85% руководителей диспансера, заведующих стационарными, диагностическими, параклиническими отделениями – врачи высшей категории либо имеют ученую степень. Укомплектованность врачами (физическими лицами) штатных должностей в ГБУЗ СО «СООД» составляет 75%.

Динамика показателей деятельности ГБУЗ СО «СООД» представлена в таблице 74.

В 2017 году в ГБУЗ СО «СООД» проконсультированы более 209 тыс. пациентов. 62% от общего числа первичных посещений – пациенты с ЗН. Увеличилось количество пациентов, получающих специализированное лечение. Это стало возможным благодаря расширению сети дневных стационаров. Кроме того, внедрение современных стационарзамещающих технологий лечения позволило сократить среднее время пребывания больного в круглосуточном стационаре.

В ГБУЗ СО «СООД» в 2017 году проведено 13 007 операций по поводу новообразований (78,6% от числа всех операций по поводу ЗН, проведенных в Свердловской области). Применялись все виды оперативных вмешательств при опухолевой патологии, освоены все виды органосберегающих операций, в том числе субтотальные резекции органов, различные типы комбинированных операций.

**Динамика деятельности ГБУЗ СО «СООД»
в 2015–2017 годах**

Номер строки	Показатель	Свердловский областной онкологический диспансер в городе Екатеринбурге			Филиал в городе Нижний Тагил			Филиал в городе Каменске-Уральском		
		2015 год	2016 год	2017 год	2015 год	2016 год	2017 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Число госпитализаций, единиц	18 130	18 487	18 639	5669	5864	5980	3324	3322	3556
2.	Работа койки в году, дней	360,0	360,3	351,1	331,4	319,3	310,2	н/д	321,3	327
3.	Среднее время пребывания больного в стационаре, дней	12,8	11,9	11,4	11,7	10,9	10,4	13,5	13,3	13,2
4.	Количество операций, единиц	8177	8268	10 151	1623	1409	92,0	1127	1217	79,0
5.	Хирургическая активность, процентов	91,7	93,0	93,1	94,0	92,0	1297	75,0	80,4	1274
6.	Госпитальная летальность, процентов	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	1,1	0,6
7.	Послеоперационная летальность, процентов	0,7	0,4	0,6	0,9	1,1	1,6	0,7	0,9	0,8

Внедрены новые технологии видеозендоскопических (лапароскопических) оперативных вмешательств на мочевыводящих и мужских половых путях: лапароскопическая радикальная простатэктомия, лапароскопическая нефрэктомия, лапароскопическая резекция почки, лапароскопическая нефруретерэктомия. Открытие в 2017 году торакального отделения в ГБУЗ СО «СООД» позволило проводить радикальное хирургическое лечение больных с ЗН легких и средостения, включая видеоторакоскопические операции.

Лучевая терапия в 2017 году оказана 4974 больным. Организация радиологического лечения основывается на рекомендациях Европейского общества радиационных терапевтов в рамках программы «Европа против рака» и на рекомендациях ВОЗ. Радиологический корпус ГБУЗ СО «СООД» оснащен тремя аппаратами для брахитерапии, двумя линейными ускорителями на 6 МэВ и тремя ускорителями до 25 МэВ, симулятором для лучевой терапии, двумя гамматерапевтическими установками, планирующими системами XIO, MONAKO и комплексом современного дозиметрического оборудования. Лучевое лечение проводится по методике VMAT. С целью уточнения мишеней и органов риска для прецизионных методик облучения использовался метод совмещенных изображений для планирования радиотерапии, а также система автоматического оконтуривания мишеней.

В 2017 году проведено 30 500 курсов лекарственной терапии в медицинских организациях Свердловской области, из них 18 506 курсов – в ГБУЗ СО «СООД», 7540 курсов – в условиях дневного стационара. Внедрены международные протоколы химиотерапевтического

лечения больных с ЗН. Выполняются длительные инфузии химиопрепаратов; проводится регионарная внутриартериальная химиотерапия, что увеличивает эффективность лечения. Расширено использование центральных венозных катетеров с периферическим доступом у пациентов, получающих противоопухолевую лекарственную терапию. Внедрена методика проведения неoadьювантной полихимиотерапии при местно-распространенном раке шейки матки. Внедряется новый стандарт лекарственного лечения злокачественных трофобластических опухолей (ЕМА-СО и дактиномицин).

С марта 2016 года на территории ГБУЗ СО «СООД» функционирует Центр ядерной медицины. В ГБУЗ СО «СООД» также размещаются клиническая и учебно-научная базы ФГБОУ ВО УГМУ с кафедрами онкологии и радиологии, нейрохирургии, лучевой диагностики, анестезиологии и реанимации.

Ежегодно на кафедре онкологии и радиологии ФГБОУ ВО УГМУ повышают свою квалификацию врачи-онкологи Свердловской области. Разработана программа повышения уровня онкологических знаний для врачей общей лечебной сети, стоматологов, отоларингологов, хирургов, акушеров-гинекологов, акушеров смотровых кабинетов. Повышение квалификации прошли 79 врачей, более 50 акушеров смотровых кабинетов и фельдшеров, 305 медицинских сестер. Для врачей общей лечебной сети проведено 2 конференции по вопросам оказания помощи онкологическим больным, 4 телеконференции «Терапия хронического болевого синдрома», 6 телеконференций «Статистический учет онкологических больных», 9 семинаров в режиме телеконференции «Ранняя диагностика злокачественных новообразований» и 7 семинаров по ранней диагностике и лечению ЗН. Для врачей, оказывающих паллиативную помощь онкологическим больным, проведены телеконференции «Терапия хронического болевого синдрома».

В 2017 году специалисты ГБУЗ СО «СООД» осуществили 72 выезда с организационно-методическими целями в учреждения здравоохранения, расположенные в МО. Проведено 9 бригадных выездов в города Реж, Красноуфимск, Ревду, Новая Ляля, Слободу Туринскую, Тугулым, Шалю, Арти, Заречный. Ежемесячно проводится анализ сроков обследования пациентов с подозрением на ЗН в учреждениях здравоохранения.

В июле 2017 года в учреждениях здравоохранения внедрена региональная информационная система для онкологической службы ОНКОР, которая позволяет осуществлять контроль за маршрутизацией пациента.

На территории Свердловской области работает центр позитронно-эмиссионной томографии (далее – ПЭТ-Центр). Организация ПЭТ-Центра расширяет возможности раннего выявления онкологической патологии с установлением точного диагноза, что в свою очередь оказывает влияние на снижение показателя смертности от ЗН.

Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 17.03.2016 № 354-п «Об организации направления пациентов на позитронно-эмиссионную томографию на территории Свердловской области» утверждены регламент организации направления пациентов на позитронно-эмиссионную томографию и перечень медицинских показаний и противопоказаний к проведению позитронно-эмиссионной томографии в рамках территориальной программы ОМС в объеме 6000 диагностических исследований.

Глава 23. Педиатрическая служба

В Свердловской области в 2017 году завершено формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям и подросткам. В рамках Территориальной программы первичную медико-санитарную помощь детям и подросткам оказывают 54 учреждения здравоохранения первого уровня, в состав которых входят в том числе ОВП и ФАП.

В каждом из управленческих округов Свердловской области создано по 1–2 ММЦ для оказания медицинской помощи детям и подросткам, в составе которых функционируют реанимационно-анестезиологические отделения: в Западном управленческом округе Свердловской области это ГБУЗ СО «Детская городская больница город Первоуральск»,

в Восточном управленческом округе – ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница», в Южном управленческом округе Свердловской области – ГБУЗ СО «Детская городская больница город Каменск-Уральский» и ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Асбест», в Северном управленческом округе Свердловской области – ГАУЗ СО «Красноурьинская городская больница», в Горнозаводском управленческом округе Свердловской области – ГБУЗ СО «Детская городская больница город Нижний Тагил», в городе Екатеринбурге – МАУ «Детская городская клиническая больница № 11» и МБУ «Детская городская больница № 5».

Медицинские организации третьего уровня, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, – это ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», ГБУЗ СО МКМЦ «Бонум».

В Свердловской области в 2017 году работали 1135 врачей-педиатров (на 15 врачей меньше, чем в 2016 году) и 176 врачей-неонатологов (на 4 врача меньше, чем в 2016 году). С 2013 по 2017 год обеспеченность педиатрами в Свердловской области снизилась и составила в 2017 году 12,6 врача на 10 тыс. детей от 0 до 17 лет (в 2013 году – 15,9). Вместе с тем обеспеченность врачами-неонатологами достаточно стабильна и сохраняется на уровне 32,8 врача на 10 тыс. детей, родившихся живыми (в 2013 году – 32,1).

Наблюдается кадровый дефицит медицинских работников в общеобразовательных организациях. В Свердловской области в отделениях организации медицинской помощи несовершеннолетним (медицинских кабинетах школ и детских дошкольных учреждений) для выполнения требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» для обслуживания 410 443 детей в организованных коллективах необходимо 549 врачей-педиатров (фельдшеров) и 1736 медицинских сестер. На 31.12.2017 на ставках врачей работает 61 врач-педиатр и 501 фельдшер, на ставках медицинских сестер – 1041 человек. Коэффициент совместительства составляет 1,5.

Доля аттестованных врачей-педиатров в 2017 году составила 37,2%, сертифицированы 98,9% специалистов.

Число стационарных коек для детей в Свердловской области с 2013 по 2017 год уменьшилось на 1866 и составило в 2017 году 4624. Снижение числа коек обусловлено внедрением в практику новых диагностических технологий и лечебных мероприятий, приводящих к значительному сокращению круглосуточного наблюдения, а в ряде случаев – и к возможности оказания медицинской помощи на дому либо в условиях дневного стационара. Сокращение коечного фонда коснулось в большей степени педиатрических и инфекционных коек, практически не изменилось количество специализированных коек и коек второго этапа выхаживания новорожденных. Последнее обусловлено необходимостью выхаживания маловесных новорожденных, число которых не снижается (таблица 75).

Переход Российской Федерации с 2012 года на новые критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, потребовал внедрения в практику учреждений родовспоможения и детства современных технологий выхаживания и реабилитации недоношенных детей. Для оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся с низкой и экстремально низкой массой тела, на территории Свердловской области работают четыре реанимационно-консультативных детских центра, оказывающих медицинскую помощь новорожденным детям, в том числе с использованием санитарной авиации. В 2017 году работа реанимационно-консультативных центров была направлена на помощь первичному звену здравоохранения за счет выездов на место и принятия решения об объеме оказания медицинской помощи каждому конкретному новорожденному с низкой массой тела на основе очного консультирования в учреждениях родовспоможения и детства первого уровня. Реализация комплекса мероприятий по выхаживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела позволила улучшить результаты лечения не только этой категории детей, но и всех новорожденных. Выживаемость детей с экстремально низкой массой тела (от 500 до 750 г)

в 2017 году составила 75% (в 2013 году – 42%), выживаемость детей в группе от 750 до 999 г составила 97% (в 2013 году – 88%), в группе детей от 1 до 1,5 кг – 98,8%.

Таблица 75

Структура коечного фонда в стационарах для детей

Номер Строки	Профиль коек	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Всего коек для детей, единиц	6512	5135	4974	4637	4624
2.	на 10 тыс. детей 0–14 лет	97,4	71,5	66,7	60,3	58,6
	на 10 тыс. детей 0–17 лет	83,6	61,7	58,0	52,6	51,2
3.	в том числе педиатрических, единиц	2129	1855	1707	1618	1562
4.	на 10 тыс. детей 0–14 лет	31,8	25,8	22,9	21,0	19,8
	на 10 тыс. детей 0–17 лет	27,3	22,3	19,9	18,4	17,3
5.	в том числе для недоношенных и новорожденных в детских больницах (2 этап выхаживания), единиц	491	495	540	530	486
6.	на 10 тыс. новорожденных детей	78,5	81,9	90,3	88,5	90,7
7.	инфекционных, единиц	950	895	814	780	795
8.	на 10 тыс. детей 0–14 лет	14,2	12,5	10,9	10,2	10,1
	на 10 тыс. детей 0–17 лет	12,2	10,7	9,5	8,8	8,8
9.	специализированных, единиц	2351	2385	2453	2239	2267
10.	на 10 тыс. детей 0–14 лет	35,2	33,2	32,9	29,1	25,1
	на 10 тыс. детей 0–17 лет	30,2	28,7	28,6	25,4	28,8

Важным разделом работы с детьми, родившимися с массой тела ниже 1,5 кг, является их наблюдение после выписки из стационара на амбулаторном этапе. Для этого в каждом перинатальном центре и медицинских организациях, имеющих в своем составе отделения второго этапа выхаживания новорожденных, развернуты отделения мониторинга состояния здоровья и развития детей первого года жизни из групп перинатального риска, в том числе детей с экстремально низкой массой тела, низкой массой тела и недоношенных детей.

Одной из составляющих работы таких отделений является обеспечение мероприятий по профилактике респираторно-синцитиальной инфекции у глубоко недоношенных детей. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 02.03.2017 № 307-п «О профилактике респираторно-синцитиальной инфекции у недоношенных детей, проживающих в Свердловской области» в учреждениях здравоохранения внедрена технология введения моноклональных антител детям, родившимся с массой тела до 1,5 кг, при наличии у них бронхолегочной дисплазии.

Согласно постановлению Правительства Свердловской области от 02.03.2011 № 167-ПП «О реализации мер социальной поддержки проживающих в Свердловской области беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет по обеспечению полноценным питанием, детей, страдающих тяжелыми формами пищевой аллергии с непереносимостью белков коровьего молока, и детей с экстремально низкой массой при рождении специализированными продуктами лечебного питания за счет средств областного бюджета» дети, родившиеся с массой до 1,5 кг и находящиеся на искусственном вскармливании, обеспечиваются специализированными продуктами питания за счет средств областного бюджета. Ежегодно на эти цели выделяется более 4 млн. рублей. В целом для обеспечения детей до 3 лет качественными молочными продуктами, в том числе кефиром, молоком, творогом, Правительством Свердловской области ежегодно направляется более 450 млн. рублей. Свердловская область является единственным субъектом Российской Федерации, где организовано бесплатное обеспечение детей первого года жизни, страдающих тяжелыми

формами пищевой аллергии, дорогостоящими специализированными продуктами лечебного питания.

В течение 2013–2017 годов количество мест в дневных стационарах для детей последовательно приведено к рекомендуемым федеральным нормативам и объемам медицинской помощи согласно Территориальной программе. На 31.12.2017 количество мест в дневных стационарах для детей составило 1250 (таблица 76).

Таблица 76

Работа дневных стационаров для детей при поликлиниках

Номер строки	Показатели	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Число мест для детей, единиц	1722	1614	1173	810	1250
2.	Число пролеченных детей 0–17 лет	39 863	36 723	36 527	33 817	32 730
3.	Проведено детьми койко-дней	491 781	435 712	403 470	366 389	363 852
4.	Средняя длительность лечения, дней	12,3	11,9	11,0	10,8	11,1

Динамика показателей работы коек круглосуточного пребывания для детей в 2013–2017 годах характеризуется снижением работы койки и увеличением средней длительности пребывания на койке (таблица 77).

Таблица 77

Характеристика использования коечного фонда для детей

Номер строки	Профиль коек/показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Все койки для детей: среднегодовая занятость, дней в году	303,6	293,2	307,0	304,8	308,3
2.	средняя длительность лечения, дней	10,3	10,2	9,5	9,9	9,6
3.	оборот койки, раз в году	29,6	28,7	32,2	30,9	32,1
4.	в том числе педиатрические: среднегодовая занятость, дней в году	299,5	309,2	295,8	295,7	287,9
5.	средняя длительность лечения, дней	9,3	10,1	9,1	9,4	9,1
6.	оборот койки, раз в году	32	30,8	32,3	31,3	31,5
7.	в том числе для недоношенных и новорожденных: среднегодовая занятость, дней в году	342,4	319,8	304,8	289,2	278,8
8.	средняя длительность лечения, дней	18	17,6	15,7	14,7	13,9
9.	оборот койки, раз в году	19	18,1	19,1	19,7	20,1
10.	инфекционные детские: среднегодовая занятость, дней в году	314,8	281,4	280,6	286,6	273,7
11.	средняя длительность лечения, дней	6,9	6,5	6,3	6,3	6,3
12.	оборот койки, раз в году	45,6	43,5	44,7	45,6	43,4
13.	Специализированные: среднегодовая занятость, дней в году	303,1	285,1	326,4	317,9	334,5
14.	средняя длительность лечения, дней	12,9	13,2	11,6	12,5	11,7
15.	оборот койки, раз в году	23,5	21,6	28,2	25,4	28,6

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок

и календаря прививок по эпидемическим показаниям» и приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.04.2017 № 575-п «Об утверждении сводного плана профилактических прививок населения Свердловской области в 2017 году» во взаимодействии с Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области в соответствии с планом профилактических прививок проводится вакцинопрофилактика.

Маршрутизация детей с инфекционными заболеваниями осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 21.12.2012 № 1495-п «О совершенствовании оказания медицинской помощи детям с инфекционными болезнями в Свердловской области». При этом самостоятельных детских инфекционных больниц в Свердловской области нет, но инфекционные детские отделения развернуты во всех ММЦ для детей (городах Краснотурьинске, Асбесте, Каменске-Уральском, Первоуральске, Нижний Тагил) и в 3 детских больницах в городе Екатеринбурге.

Оказание медицинской помощи детям с неврологическими заболеваниями в условиях трехуровневой системы регламентировано приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 27.12.2013 № 1706-п «Об организации оказания медицинской помощи детям по профилю «неврология» на территории Свердловской области». Консультативные приемы детского невролога имеются в медицинских организациях всех уровней. В ММЦ развернуто 65 круглосуточных коек, в учреждениях третьего уровня – 130 специализированных неврологических коек. Учреждения оснащены современным диагностическим оборудованием. На их базе работают консультативно-диагностические отделения с выездными поликлиниками, дневные стационары неврологического и реабилитационного профилей, в том числе для оказания помощи детям с применением биологических лекарственных препаратов, ботулинотерапии, с использованием прикладной кинезиотерапии. На базе ГБУЗ СО МКМЦ «Бонум» развернуто три областных центра: центр перинатальной неврологии, центр функциональных расстройств нервной системы у детей, центр патологии речи; на базе ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» – областной детский центр эпилепсии и пароксизмальных состояний, в МАУ «Детская городская клиническая больница № 9» – областной детский центр инсультных состояний.

Эти же детские центры курируют большой блок работы с детьми, родившимися недоношенными либо с перинатальной патологией, с врожденными пороками развития и наследственными заболеваниями, в условиях кабинетов (отделений) мониторинга состояния здоровья детей первого года жизни из групп перинатального риска, созданных в каждом управленческом округе Свердловской области.

Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневных и круглосуточных стационаров по профилям нефрология, пульмонология, гастроэнтерология, детская эндокринология, аллергология-иммунология, кардиология осуществляется только в учреждениях третьего уровня – ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» и МАУ «Детская городская клиническая больница № 9».

Маршрутизация детей с нефрологической патологией проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 23.07.2012 № 807-п «Об организации оказания медицинской помощи детям и подросткам с нефрологическими заболеваниями на территории Свердловской области». Служба располагает отделением на 10 коек в МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», а также 15 нефрологическими койками и 6 местами в дневном стационаре, в том числе для проведения диализа, в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1».

Маршрутизация детей с заболеваниями органов дыхания регламентирована приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 16.07.2014 № 924-п «Об организации медицинской помощи детям и подросткам с заболеваниями по профилю «пульмонология» в Свердловской области». Консультативные приемы врача-пульмонолога организованы в медицинских учреждениях второго и третьего уровней. Всего в Свердловской области

45 круглосуточных специализированных пульмонологических коек (40 – в МАУ «Детская городская клиническая больница № 9» и 5 – в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1»). Кроме того, дети с подозрением на врожденные пороки развития бронхолегочной системы, хронические неспецифические заболевания легких, деформирующий бронхит, с осложненными формами пневмонии госпитализируются в отделение торакальной хирургии ГБУЗ СО «ОДКБ № 1».

Помощь детям с заболеваниями желудочно-кишечного тракта оказывается в педиатрических отделениях по месту жительства и в ММЦ. При необходимости оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациенты направляются в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» (отделение мощностью 15 коек) либо в МАУ «Детская городская клиническая больница № 9» (35 коек). С 2007 года в Свердловской области на базе ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» функционирует областной детский гепатологический центр. С 2008 года организована ежеквартальная выдача лечебного питания больным с целиакией.

Оказание помощи детям с эндокринной патологией организовано согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 07.02.2011 № 94-п «Об организации медицинской помощи детям и подросткам с заболеваниями эндокринной системы на территории Свердловской области». Консультативные приемы врачей-эндокринологов организованы в учреждениях здравоохранения всех уровней, госпитализация проводится в специализированное детское эндокринологическое отделение на 30 коек ГБУЗ СО «ОДКБ № 1». Для диагностики заболеваний щитовидной железы у детей применяются методы этаноловой деструкции, внедрен метод непрерывной подкожной инфузии инсулина с помощью инсулиновых дозаторов, морфометрия биоптатов слизистой оболочки тонкого кишечника для гистологической верификации целиакии, HLA-типирование методом полимеразной цепной реакции.

Для оказания медицинской помощи детям, страдающим аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, развернуто 50 коек аллерго-пульмонологического отделения МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», 5 коек в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», а также педиатрические койки в ММЦ и медицинских учреждениях первого уровня, 22 специалиста аллерголога-иммунолога ведут амбулаторные приемы.

Кардиологическая помощь детям в медицинских учреждениях первого уровня оказывается врачами-педиатрами, врачами ОВП (семейными врачами), фельдшерами. На втором уровне специализированную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь оказывают врачи-педиатры, детские кардиологи ММЦ, учреждений здравоохранения, муниципальных медицинских организаций города Екатеринбурга. Специализированную кардиологическую, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь оказывают детские кардиологи, сердечно-сосудистые хирурги ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», ГБУЗ СО «СОКБ № 1», МАУ «Детская городская клиническая больница № 11». Коечный фонд для оказания специализированной кардиологической, в том числе кардиохирургической, помощи в Свердловской области составляет 64 койки.

Глава 24. Акушерско-гинекологическая служба

В Свердловской области в службе родовспоможения в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи с учетом территориальных особенностей в каждом управленческом округе создан межтерриториальный перинатальный центр с отделением реанимации для новорожденных и отделением второго этапа их выхаживания. Для оказания амбулаторной помощи беременным работает ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» (далее – ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»), в котором проводятся пренатальная диагностика, неонатальный скрининг, оказывается медицинская помощь при бесплодии по проведению пренатальной диагностики, неонатального скрининга, оказанию помощи бесплодным парам. На базе МБУ «Центральная городская больница» № 7» города Екатеринбурга развернуто акушерское наблюдательное отделение. Помощь беременным

с экстрагенитальной патологией концентрируется в многопрофильном стационаре ГБУЗ СО «СОКБ № 1».

В 2017 году в службе родовспоможения было обеспечено эффективное использование коечного фонда, материально-технической базы, кадров в учреждениях всех уровней, развитие стационарзамещающих подразделений с перераспределением туда объемов из круглосуточного стационара. Учреждениями третьего уровня была усилена выездная и организационно-методическая работа в учреждениях здравоохранения. Большое внимание уделялось проведению текущего аудита учреждений родовспоможения первого уровня.

Амбулаторно-поликлиническое звено службы родовспоможения и детства является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению. Работа амбулаторного звена службы охраны здоровья матери и ребенка на территории Свердловской области также выстроена на основе вертикального взаимодействия учреждений здравоохранения. В Свердловской области разработана и внедрена автоматизированная система «Региональный акушерский мониторинг», позволяющая количественно учитывать степень влияния патологических факторов на состояние здоровья и развитие осложнений во время родов, прогнозировать вероятность развития патологии беременности и неблагоприятного исхода родов у каждой беременной женщины, состоящей на учете в женской консультации.

С целью обеспечения взаимосвязи и координации деятельности учреждений родовспоможения Свердловской области, оптимизации функционирования трехуровневой системы, повышения качества диспансерного наблюдения беременных женщин, предупреждения материнских и перинатальных потерь, осуществления контроля своевременности оказания медицинской помощи по разделу «акушерство и гинекология» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 02.04.2013 № 402-п «Об организации Центра мониторинга беременных на базе ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1» в 2017 году работал Центр мониторинга беременных (далее – Центр). Сотрудники Центра в ежедневном режиме обеспечивали координацию деятельности учреждений родовспоможения Свердловской области. Центр мониторинга беременных оказывал консультативную помощь в круглосуточном режиме 365 дней в году. Кроме этого, в службе начат активный обмен телемедицинскими файлами. В целом по итогам работы в 2017 году проведено 4976 дистанционных консультаций, в том числе 970 телемедицинских консультаций.

Правительство Свердловской области, Министерство здравоохранения Свердловской области при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации уделяют большое внимание развитию пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Свердловской области. Доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму пренатальной диагностики от числа поставленных на учет в первый триместр беременности в 2017 году составила 97,4% (в 2016 году – 97,1%). Для повышения эффективности этой работы в Свердловской области сформирована сеть межмуниципальных кабинетов пренатальной диагностики на базе перинатальных центров, обеспечен сплошной скрининг беременных 1 и 2 триместра.

Для повышения качества проведения пренатальной диагностики особое внимание уделено вопросам поддержания квалификации врачей УЗИ. Во всех межмуниципальных кабинетах пренатальной диагностики врачи УЗИ ежегодно проходят специальную подготовку и подтверждают соответствие своей квалификации сертификату FMF (Фонд Медицины Плода). В каждом межмуниципальном кабинете пренатальной диагностики количество врачей определяется числом прикрепленного населения. Во всех кабинетах работают врачи-дублеры, имеющие специальную подготовку. С целью непрерывного повышения квалификации врачей УЗИ, проводящих скрининговые технологии, на территории Свердловской области внедрена практика сплошного контроля их работы врачами-кураторами из числа ведущих специалистов ультразвуковой пренатальной диагностики через автоматизированную систему. В обязанности

врачей-кураторов входят проведение аудита, разбор сложных случаев и поздно выявленной патологии. На базе ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» внедрена система обучения на рабочем месте врачей УЗИ межмуниципальных кабинетов пренатальной диагностики. Дополнительно для них разработан план повышения квалификации с привлечением ведущих специалистов России. Проведение подобного рода обучения позволяет улучшить качество УЗИ и ультразвукового аудита.

В 2017 году в группу высокого риска по хромосомной патологии у плода по данным пренатальной диагностики нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11–14 недель были отнесены 1334 беременных Свердловской области. Все они прошли медико-генетическое консультирование на базе ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», 1121 беременной с целью установления или подтверждения пренатального диагноза были проведены инвазивные процедуры (биопсия ворсин хориона, амниоцентез, кордоцентез). Выявлено 188 случаев хромосомной патологии у плода, из них 104 случая синдрома Дауна, 26 – синдрома Эдвардса, 10 – синдрома Патау, 9 – синдрома Шерешевского-Тернера, 2 – синдрома Кляйнфельтера.

В 2017 году в Свердловской области пренатально диагностированы 1259 случаев анатомических дефектов (врожденных пороков развития) у плода.

Все беременные с пренатально установленным диагнозом врожденных пороков развития у плода и хромосомной патологией были обследованы на областном пренатальном консилиуме. По итогам консилиума 416 беременностей были прерваны, в том числе в сроке беременности до 14 недель – в 68,0% случаев, до 22 недель – в 31,5% случаев и в 0,5% случаев – в сроке беременности более 22 недель.

Особое внимание уделяется вопросу дальнейшего снижения числа беременных, не прошедших комплекс пренатальной диагностики на экспертном уровне. В структуре причин 67,1% занимает поздняя первая явка в женскую консультацию для постановки на диспансерный учет, 21,1% – несостоявшийся выкидыш, 3,2% – отказ беременной от диагностики.

В 2017 году на территории Свердловской области родились 1562 новорожденных с анатомическими дефектами (врожденными пороками развития), из них в 81,2% случаях диагноз был установлен пренатально.

Родоразрешение беременных с диагностированными врожденными аномалиями (пороками развития) у плода организовано на базе ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» (областной перинатальный центр), в котором созданы все условия для обследования и лечения данных новорожденных, включая оперативное лечение.

Внедрение сплошной пренатальной диагностики 1 и 2 триместра, развитие неонатальной хирургии позволяет влиять на структуру младенческой смертности в части врожденных пороков развития. В Свердловской области в структуре младенческой смертности смертность от врожденных пороков развития составляет 0,7 промилле.

Охват неонатальным скринингом в 2017 году составил 99,8%. Ранее выявление врожденной патологии позволяет в будущем создать больному ребенку возможности и условия для нормального развития, получения образования, профессиональной подготовки, последующего трудоустройства и полноценной жизни. В то же время лечение таких детей требует больших финансовых средств. Данное направление требует дальнейшего развития, в том числе расширения перечня скринируемых заболеваний и внедрения подтверждающей диагностики.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 16.05.2016 № 734-п «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам при бесплодии на территории Свердловской области (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в 2017 году продолжена работа, направленная на оптимизацию работы по оказанию помощи при бесплодии в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи. В Свердловской области созданы 10 межтерриториальных кабинетов бесплодного брака (далее – МКББ) в городах Екатеринбурге, Алапаевске, Асбесте, Каменске-Уральском, Серове, Нижний Тагил, Красноуфимске, Первоуральске.

Целью создания МКББ явилась реализация комплекса организационных и медицинских мероприятий по своевременной диагностике и лечению бесплодия. Основные задачи работы МКББ:

- 1) консультирование пациентов с бесплодием;
- 2) проведение диагностических мероприятий для уточнения диагноза;
- 3) консервативное лечение бесплодия;
- 4) проведение хирургических методов обследования и лечения;
- 5) направление на вспомогательные репродуктивные технологии.

Курацию МКББ осуществляет ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», на базе которого работает отделение вспомогательных репродуктивных технологий. Финансирование деятельности МКББ осуществляется за счет средств ОМС.

Такая оптимизация системы оказания специализированной помощи бесплодным супружеским парам обеспечила в 2017 году проведение 2775 процедур экстракорпорального оплодотворения, по итогам работы 2017 года частота наступления беременностей на цикл составила 29,3%.

В 2018 году планируется обеспечить медицинскую помощь с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств ОМС в объеме не менее 2900 процедур в год.

Число аборт, проведенных в медицинских организациях в Свердловской области, ежегодно стабильно снижается (рисунок 45). Так, с 2014 по 2017 год в Свердловской области абсолютное число аборт снизилось на 25,1% (с 37 557 в 2014 году до 28 071 в 2017 году). За 2017 год произошло снижение числа аборт на 4871 случай.

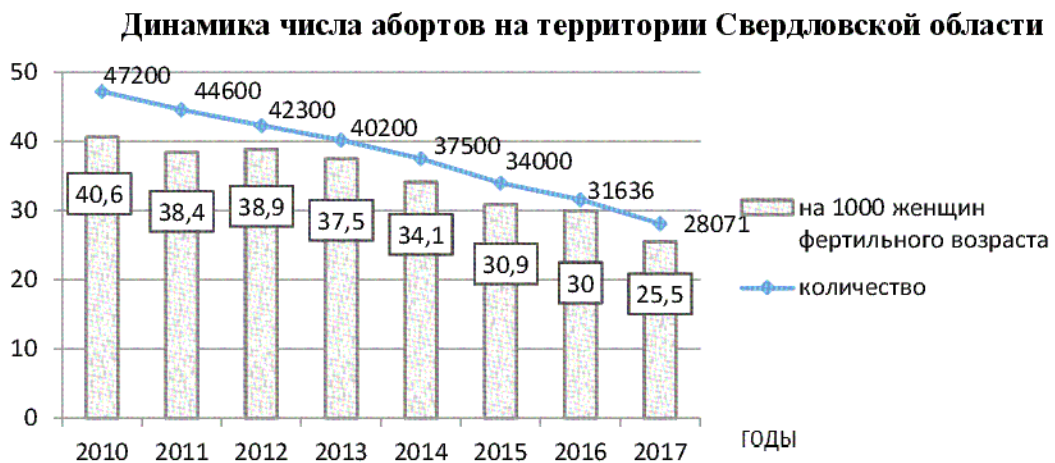


Рис. 45

При этом показатель числа аборт на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 родившихся живыми и мертвыми в Свердловской области остается выше среднероссийского показателя (25,5 против 19,4 и 51,5 против 36,8 соответственно). Это свидетельствует о том, что переход к современному типу контроля рождаемости не завершен. Сегодня женщины делают аборт не потому, что отказываются предохраняться (удельный вес женщин Свердловской области, использующих методы контрацепции – 30,9%, в Российской Федерации – 23,6%), а в результате контрацептивных сбоев, которые, в свою очередь, являются следствием недостаточной контрацептивной грамотности.

В структуре аборт в Свердловской области зарегистрировано устойчивое снижение доли медицинских аборт по желанию женщины на 23,4% (с 27 493 в 2014 году до 20 903 в 2017 году). Положительным является опережающее снижение удельного веса прерываний беременности в возрастной группе 15–17 лет – с 1,3% в 2014 году до 0,9% в 2017 году. Кроме

того, в Свердловской области сложилась устойчивая динамика снижения абсолютного числа самопроизвольных абортов – на 56,1% за 5 лет.

При оказании медицинской помощи должны быть обеспечены безопасность и качество проведения искусственного прерывания беременности. В связи с этим в Свердловской области продолжилось активное внедрение в практику технологии медикаментозного аборта. С 2014 года в 15 раз увеличилось число прерываний беременности медикаментозным (наиболее безопасным) методом. В 2017 году доля медикаментозного аборта в структуре прерываний беременности по желанию женщины составила 53,3% (в 2014 году – 25,0%).

Немаловажным направлением в снижении числа абортов является формирование у женщин осознания необходимости вынашивания (сохранения) беременности. В связи с этим особое внимание Министерством здравоохранения Свердловской области уделено развитию системы центров и кабинетов медико-социальной помощи беременным женщинам. В Свердловской области центры созданы во всех межтерриториальных перинатальных центрах, в городском перинатальном центре и областном перинатальном центре. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 23.07.2012 № 803-п «О создании научно-методического образовательного центра по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в службе охраны здоровья матери и ребенка» организован научно-методический образовательный центр по организации психосоциальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в задачи которого входит обеспечение единого подхода при организации психологической и социальной помощи беременным женщинам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации. Обеспечены условия для проведения до- и постабортного консультирования. В службе родовспоможения работают 55 психологов, 70,0% женских консультаций укомплектованы кабинетом медико-социальной помощи. В рамках проводимой работы по итогам 2017 года проконсультированы 12 027 женщин. Каждая десятая беременная, первоначально обратившаяся за медицинской помощью по поводу аборта, отказывается от него и вынашивает беременность.

В рамках реализации постановления Правительства Свердловской области от 22.12.2016 № 904-ПП «Об утверждении Плана мероприятий по реализации I подэтапа третьего этапа (2016–2020 годы) Программы демографического развития Свердловской области на период до 2025 года, одобренной постановлением Правительства Свердловской области от 27.08.2007 № 830-ПП» Министерством здравоохранения Свердловской области разработан и реализуется план мероприятий по снижению количества абортов на 2017–2018 годы.

Глава 25. Организация медицинской помощи при социально значимых заболеваниях

Параграф 8. Фтизиатрическая служба

Медицинская помощь фтизиатрическим больным Свердловской области оказывается в 45 кабинетах и 7 стационарных туберкулезных отделениях учреждений здравоохранения общей лечебной сети, а также в трех противотуберкулезных диспансерах: ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» (с филиалами в Белоярском ГО, ГО Первоуральск, ГО Красноуфимск, городе Каменске-Уральском, Асбестовском ГО, Тавдинском ГО, МО город Ирбит), ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер № 2» (с филиалом в ГО Краснотурьинск) и ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер № 3» (с филиалом в Кушвинском ГО).

В 2017 году в государственных медицинских организациях в Свердловской области функционировало 2050 фтизиатрических коек. В учреждениях здравоохранения туберкулезного профиля развернуто 1870 коек (91,2% от общего числа), 180 коек (8,8%) – в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и 350 коек (17,1%) – на базе ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» – филиала федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

За период с 1993 по 2017 год количество туберкулезных коек в Свердловской области сократилось на 46,7% (с 3843 до 2050 коек), а число больных активным туберкулезом, приходящихся на 1 туберкулезную койку для взрослых, возросло с 2,0 в 1993 году до 3,8 в 2017 году.

Невысокая обеспеченность населения Свердловской области фтизиатрическими койками круглосуточного пребывания (62,9% от федерального норматива) компенсируется высокими объемами стационарзамещающих технологий. В 2017 году в противотуберкулезной службе было развернуто 539 мест дневного стационара, в том числе 79,0% – в противотуберкулезных учреждениях здравоохранения и 21,0% – в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети.

Обеспеченность врачами-фтизиатрами в Свердловской области составила 0,5 врача на 10 тыс. человек населения (по Российской Федерации – 0,5). Средний возраст врачей-фтизиатров – 52 года. Укомплектованность врачами-фтизиатрами составила 56,0%, средним медицинским персоналом – 60,6%. Отток кадров из фтизиатрической службы на 3,1% превышает приток в нее специалистов, основной причиной сложной кадровой ситуации является опасность заражения туберкулезом и постоянный контакт не только с инфекционными больными, но и с больными, имеющими социально опасные поведенческие особенности. Динамика численности врачей-фтизиатров в 2013–2017 годах отражена в таблице 78.

Таблица 78

Динамика численности врачей-фтизиатров (физических лиц)

(абсолютное число)

2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
225	214	215	214	206

В 2017 году для фтизиатрической службы Свердловской области за счет средств областного бюджета были приобретены противотуберкулезные препараты на сумму 24,57 млн. рублей. Объемы и ассортимент полученных противотуберкулезных препаратов были достаточными для стационарного и амбулаторного лечения всех зарегистрированных в Свердловской области больных туберкулезом, в том числе больных с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (таблица 79).

Таблица 79

Финансирование противотуберкулезных мероприятий

(млн. рублей)

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Финансирование закупок медикаментов из средств областного бюджета	47,3	63,3	32,27	25,67	24,57
2.	Финансирование поставки медикаментов в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения Российской Федерации», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Российской Федерации»	0	130,3	145,7	128,6	174,7

В 2017 году были госпитализированы 69,3% больных активным туберкулезом (в 2016 году – 70,6%), в том числе 14,3% больных проходили лечение в дневных стационарах

(в 2016 году – 13,1%) и 4,3% – в противотуберкулезных санаториях (в 2016 году – 5,4%). В 2017 году были госпитализированы 82,9% бациллярных больных, в противотуберкулезных стационарах умерли 57,7% от числа состоящих на учете умерших больных туберкулезом.

Из числа впервые выявленных больных туберкулезом в 2017 году были госпитализированы 95,0% больных, в том числе 16,5% впервые выявленных больных получили лечение в дневных стационарах и 1,4% – в противотуберкулезных санаториях.

В 2017 году в противотуберкулезных медицинских организациях в Свердловской области находились под наблюдением 4200 пациентов с сочетанной патологией ВИЧ-инфекция+туберкулез, из них 3191 человек, или 75,9%, – в активных контингентах фтизиатрической службы Свердловской области (в 2016 году соответственно 4148, 3117 человек и 75,1%). Впервые в 2017 году были взяты на диспансерный учет 913 пациентов с сочетанной патологией (в 2016 году – 1061 человек).

В 2017 году в системе противотуберкулезной службы Свердловской области продолжали функционировать 6 кабинетов референсной диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. С целью оказания стационарной помощи больным туберкулезом в сочетании с поздними стадиями ВИЧ-инфекции развернуто три специализированных отделения на 135 коек, при этом есть потребность еще в 150 койках данного профиля.

Эффективность лечения впервые выявленных больных по критерию закрытия полости распада в 2017 году составила 61,0% (в 2016 году – 62,8%), по критерию прекращения бактериовыделения – 66,6% (в 2016 году – 67,0%).

Показатель клинического излечения больных туберкулезом органов дыхания в 2017 году составил 29,3% (в 2016 году – 32,2%), показатель абациллирования контингентов в 2017 году – 46,2% (в 2016 году – 41,3%).

В 2017 году применение фтизиатрической службой хирургических методов лечения среди впервые выявленных больных составило 33,3% от общего числа оперированных больных туберкулезом органов дыхания (в 2016 году – 34,2%). В структуре оперированных по поводу внелегочных форм туберкулеза больные, оперированные в течение первого года наблюдения, составили 25,0% (в 2016 году – 31,6%). Объемы применения хирургических методов лечения остаются недостаточными: в 2017 году выполнено 303 операции, что составило 3,9% от численности активных контингентов (в 2016 году – 244 операции, или 2,9% соответственно). Повышение хирургической активности является одним из основных резервов роста результативности лечения больных туберкулезом и снижения высокой распространенности фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (17,5 случая на 100 тыс. человек населения в 2016 году, 15,4 – в 2017 году).

Специалистами ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» в еженедельном режиме проводятся видеосовещания с руководителями противотуберкулезных учреждений и подразделений общей лечебной сети, тематические видеоконференции, дистанционные консультации больных из отдаленных территорий Свердловской области.

В Свердловской области разработан и реализован проект «Информационно-технологическая модернизация противотуберкулезной службы Свердловской области». Это позволило увеличить производственный потенциал работы службы, сократить финансовые расходы и способствовало оптимизации принятия оперативных управленческих решений.

В противотуберкулезных учреждениях здравоохранения организованы и функционируют 408 автоматизированных рабочих мест, при этом есть потребность в организации еще 202 автоматизированных рабочих мест. Информационная система позволит контролировать эффективность лечения больных туберкулезом, мониторировать проведение профилактических осмотров на туберкулез, качество оказываемой противотуберкулезной помощи, лекарственного менеджмента, использования ресурсов, координировать межведомственное взаимодействие.

Параграф 9. Организация помощи ВИЧ-инфицированным

Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным оказывается на основе трехэтапной системы: доверенный врач учреждения здравоохранения в МО – филиал ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» в управленческом округе Свердловской области – ГБУЗ СО «ОЦ СПИД». При необходимости все другие виды медицинской помощи ВИЧ-инфицированные получают по профилям заболеваний как в учреждении здравоохранения по месту жительства, так и в ММЦ. Это позволяет обеспечить оказание первичной и специализированной медицинской помощи по месту жительства больного.

По штатному расписанию в Свердловской области в 2017 году в службе было предусмотрено 97 врачебных должностей, из них были заняты 66. Фактически в Свердловской области работали 69 врачей. Укомплектованность штатных должностей физическими лицами составляла 71,1%, коэффициент совместительства – 1,4.

Количество среднего медицинского персонала по штатному расписанию на 2017 год составляло 136,75 единицы, из них были заняты 106,5 должности. Фактическое число среднего медицинского персонала составило 115 человек. Укомплектованность штатных должностей физическими лицами составила 84,0%, коэффициент совместительства – 1,18.

Организация межведомственного взаимодействия в части профилактики, выявления ВИЧ-инфекции и оказания комплексной медико-социальной помощи, финансирование из средств областного бюджета, а также поступление тест-систем и лекарственных препаратов, закупленных на средства федерального бюджета, в совокупности позволили обеспечить доступность выявления, лечения и профилактики ВИЧ/СПИДа.

Достигнутые результаты соответствуют требованиям Государственной программы:

1) удельный вес обследованного населения на антитела к ВИЧ-инфекции составил 27,5% (рекомендуемый показатель – 27,5%). Уровень выявляемости ВИЧ составил 0,77%, что ниже уровня 2016 года на 3,1% (0,79). Наиболее высокий уровень выявляемости зарегистрирован среди потребителей инъекционных наркотиков – 5,7% (в 2016 году – 7,56%);

2) доля ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете, составила 82,7% от числа выявленных (рекомендуемый показатель – 75,0%);

3) доля ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию, составила 46,8% от числа состоящих на диспансерном учете (рекомендуемый показатель – 33,5%);

4) охват химиопрофилактикой детей с перинатальным контактом составил 98,1% (рекомендуемый показатель – 85,0%).

В 2017 году специалистами ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» и его филиалов было проведено 107 379 амбулаторных приемов, что составило 108,4% от годового плана.

В 2017 году в 1,6 раза по сравнению с 2010 годом увеличилось количество исследований иммунного статуса (с 56 164 исследований в 2010 году до 91 602 – в 2017 году) и в 2 раза – вирусной нагрузки (с 46 877 исследований в 2010 году до 94 725 – в 2017 году).

В 2017 году антиретровирусное лечение получили 27 644 человека из 33 458 нуждающихся, охват лечением составил 82,6% от числа подлежащих лечению.

В целях снижения риска вертикального инфицирования организована профилактика антиретровирусными препаратами беременных: в 2017 году ей были охвачены 90,8% беременных женщин (в 2016 году – 96,8%) от числа подлежащих лечению. Эффективным мероприятием по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции явилось внедрение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции детям с перинатальным контактом (охват в 2017 году составил 98,1%).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 06.05.2014 № 593-п «Об организации специализированной медицинской помощи при заболевании, вызванном вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) на территории Свердловской области» в МО на базе инфекционных стационаров функционируют 102 койки для оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. В 2017 году были госпитализированы 1599 больных (146,2% от плана).

Сохраняется актуальной проблема сочетанной патологии ВИЧ и туберкулеза: ежегодно регистрируется от 950 до 1100 случаев сочетанной патологии ВИЧ+туберкулез, что составляет 16–17% от числа ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете.

Кроме того, туберкулез продолжает оставаться основной причиной смерти ВИЧ-инфицированных, находящихся на стадии СПИДа (49,6%). В связи с этим актуальной проблемой остается проведение химиопрофилактики туберкулеза ВИЧ-инфицированным пациентам, а также обследование на туберкулез ВИЧ-инфицированных пациентов методом флюорографии и туберкулинодиагностики. По состоянию на 31.12.2017 подлежали проведению химиопрофилактики против туберкулеза 15 673 человека, из которых 11 462 человека получили ее.

Организован этап оказания стационарной помощи больным с сочетанной патологией ВИЧ+туберкулез (в городах Екатеринбурге, Нижний Тагил, Белоярском ГО развернуты 120 коек для больных с сочетанной патологией ВИЧ+туберкулез). В 2017 году были госпитализированы 1942 человека.

В 2017 году зарегистрировано 403 «аварийных ситуации» (незащищенный контакт с ВИЧ-инфицированным материалом при проведении медицинских манипуляций) среди медицинских работников. Получили антиретровирусную терапию 275 человек (63,8% от числа подлежащих), из них большинство – в первые сутки после «аварийной ситуации». Не получили антиретровирусную терапию 128 человек (31,8%) по следующим причинам: отказ – 15 человек (11,7%), позднее обращение – 7 человек (5,5%), отсутствие риска инфицирования – 106 человек (82,8%).

Для комплексного решения задач по профилактике, выявлению и оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным при Правительстве Свердловской области работает координационная комиссия, в 2017 году проведено 4 заседания. На уровне всех МО сформированы собственные межведомственные комиссии, приняты комплексные профилактические программы по ВИЧ-инфекции. Ежегодно проводится оценка деятельности МО по утвержденным Правительством Свердловской области критериям.

Разработана нормативно-методическая база для межведомственного обеспечения мер по ограничению распространения ВИЧ-инфекции на региональном и муниципальном уровнях:

распоряжением Правительства Свердловской области от 19.09.2016 № 860-РП «О дополнительных мерах по ограничению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на территории Свердловской области на период 2016–2020 годов» утвержден план неотложных мероприятий по выявлению, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции в МО на 2016–2020 годы;

разработан план мероприятий исполнительных органов государственной власти Свердловской области, территориальных органов федеральных органов исполнительной власти и федеральных учреждений, расположенных на территории Свердловской области, на 2016–2020 годы;

выработаны критерии оценки деятельности МО по ограничению распространения ВИЧ-инфекции;

выработан унифицированный подход для согласованной деятельности всех субъектов профилактики при межведомственном взаимодействии на региональном и муниципальном уровнях.

В 2017 году проводились обучающие мероприятия, конференции, совещания для врачей-инфекционистов, фтизиатров, а также для врачей других специальностей, по диагностике и лечению лиц с сочетанной патологией ВИЧ+туберкулез. Организовано внеплановое проведение курсов профессиональной переподготовки по специальности «Инфекционные болезни» для врачей-терапевтов, врачей-фтизиатров, врачей ОВП, врачей-педиатров. В 2017 году Министерством здравоохранения Свердловской области издан приказ от 19.06.2017 № 1045-п «О мониторинге реализации мероприятий по снижению смертности населения Свердловской области и целевых показателей на 2017 год», в соответствии с которым в системе оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией продолжается практика проведения

химиопрофилактики туберкулеза больным ВИЧ-инфекцией при наличии медицинских показаний.

Комплекс мер по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области включает как профилактические мероприятия для всего населения, так и дифференцированные меры для целевых групп.

Во всех образовательных организациях Свердловской области внедрена обучающая программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди учащихся старших классов и их родителей. Для оценки эффективности реализации данной программы проводится ежегодный мониторинг.

В связи с ростом заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди трудоспособного населения выделено отдельное направление «Профилактика ВИЧ-инфекции в сфере труда». Предприятиям, организациям и учреждениям Свердловской области даны рекомендации по включению в коллективные договоры обязательства по проведению профилактической работы по ВИЧ-инфекции на рабочем месте.

В целях вовлечения в профилактику всех групп населения реализуется информационная кампания:

акции «Узнай свой ВИЧ-статус» с использованием экспресс-тестирования на ВИЧ с обязательным до- и послетестовым консультированием (в 2017 году экспресс-тестированием охвачены 216 570 человек, выявлено 1029 случаев ВИЧ-инфекции);

рекламные щиты на трассах автодорог;

информационные сообщения на радио, телевидении, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», печатных СМИ;

видео- и аудиоролики на телевидении, радио, в социальных сетях (Facebook, ВКонтакте), интернет-сайтах;

издание и распространение информационных материалов (950 тыс. экземпляров);

размещение новостных блоков на сайтах исполнительных органов государственной власти Свердловской области (Министерство здравоохранения Свердловской области, Министерство общего и профессионального образования Свердловской области, Министерство социальной политики Свердловской области, Министерство физической культуры и спорта Свердловской области, Департамент по труду и занятости населения Свердловской области), органов местного самоуправления МО, государственных медицинских организаций в Свердловской области, на портале для ВИЧ-инфицированных подростков и их родителей.

В 2017 году на семинарах, конференциях, тренингах обучены 21 764 человека, в том числе медицинский персонал – 3486 человек, специалисты немедицинского профиля – 14 359 человек, лица, живущие с ВИЧ/СПИД, – 736 человек, учащиеся, студенты – 3919 человек. Проконсультированы по телефону доверия 3330 человек.

Параграф 10. Психиатрическая служба

В Свердловской области специализированную психиатрическую помощь оказывают 4 учреждения здравоохранения психиатрического профиля (ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 3», ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 6», расположенные в городе Екатеринбурге, ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7» в городе Нижний Тагил), имеющие в своей структуре диспансерные отделения, дневные и круглосуточные стационары, и ГБУЗ СО СОКПН ГВВ. Кроме того, в структуре областных и муниципальных медицинских организаций в Свердловской области функционируют 8 психиатрических отделений (МБУ «Центральная городская клиническая больница № 6» города Екатеринбурга, ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница», ГБУЗ СО «Ревдинская городская больница», ГБУЗ СО «Красноуральская городская больница», ГБУЗ СО «Качканарская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Артемовская центральная районная больница», ГАУЗ СО «Сухоложская районная больница»). В 51 учреждении здравоохранения организованы психиатрические приемы врачей-психиатров для взрослого

населения, включая ГБУЗ СО СОКПН ГВВ и ГБУЗ СО «Свердловская областная больница № 2». В 23 учреждениях здравоохранения Свердловской области организованы приемы детского населения детскими врачами-психиатрами. В ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» организованы консультативные приемы для жителей всей Свердловской области.

Продолжает функционировать общежитие на 25 мест для больных с психическими расстройствами, утративших социальные связи, в ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 6». Кроме того, в городе Нижний Тагил (поселок Черноисточинск) в рамках проекта «Жилье под защитой» для таких больных функционируют квартира и дом.

Общее количество психиатрических коек в 2017 году составило 4797. Коечный фонд ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» составил 2337 коек, ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 3» – 370 коек, ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 6» – 400 коек, ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7» – 640 коек, ГБУЗ СО СОКПН ГВВ – 750 коек. Кроме того, психиатрические койки имеются в структуре многопрофильных учреждений здравоохранения: в Западном управленческом округе Свердловской области – 85 коек, в Горнозаводском управленческом округе Свердловской области – 34 койки, в Восточном управленческом округе Свердловской области – 70 коек, в Южном управленческом округе Свердловской области – 7 коек.

Из общего количества коек взрослые психиатрические койки составляют 69,2%, детские – 3,9%, наркологические – 11,1%, психосоматические койки – 14,4%, токсикологические – 1,4%. Сохраняется тенденция к сокращению коечного фонда службы за счет неэффективно работающих коек. С 2009 года общее сокращение числа коек составило 5,8%, в том числе психиатрических коек для взрослых – на 6,3%, психиатрических детских коек – на 2,6%, психосоматических – на 19,8%, наркологических – на 19,5% (таблица 80).

Таблица 80

Динамика изменения коечного фонда психиатрической службы Свердловской области

Номер строки	Коечный фонд	(число коек)								
		2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Всего коек	5095	5113	4960	4945	4889	4869	4826	4802	4797
2.	Психиатрические для взрослых	3397	3447	3432	3442	3407	3397	3343	3323	3506
3.	из них: психиатрические детские	213	238	238	208	188	188	188	188	188
4.	психотуберкулезные	200	200	200	200	180	180	180	180	175
5.	для принудительного лечения	200	200	200	200	200	200	200	200	220
6.	психиатрические для детей	213	238	238	208	188	188	188	188	
7.	Психосоматические	820	790	690	690	690	690	690	690	690
8.	Токсико-реанимационные	60	60	60	60	54	54	72	67	67
9.	Наркологические	605	578	540	545	550	540	533	534	534
10.	Судебно-психиатрической экспертизы	40	40	40	40	55	55	55	55	60

Обеспеченность взрослого населения психиатрическими койками без учета психосоматических, наркологических, детских коек составляет 8,6 койки на 10 тыс. человек взрослого населения (в 2016 году – 10,0), обеспеченность детскими койками – 2,2 койки на 10 тыс. детей (в 2016 году – 2,2 на 10 тыс. детей).

В связи с сокращением количества психиатрических коек показатель работы койки остается высоким, но за 2017 год он уменьшился на 2,9% и составил 336,7 дня (в 2016 году – 346,7 дня, в Российской Федерации в 2016 году – 333 дня, по УрФО – 345 дней). Оборот койки составил 8,0 дня (в Российской Федерации в 2016 году – 5,1, в УрФО – 6,1).

На 31.12.2017 в Свердловской области работали 403 врача-психиатра, из которых 378 – в психиатрической службе, 25 врачей-психиатров – в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения общей лечебной сети. Обеспеченность врачами-психиатрами составила 0,91 врача на 10 тыс. человек населения (в 2016 году – 0,91). Из общего количества врачей-психиатров 156 врачей (38,7%) имеют высшую квалификационную категорию, 21 (5,2%) – первую, 14 (3,5%) – вторую категорию.

В системе здравоохранения Свердловской области работает 21 врач-психотерапевт, в том числе на амбулаторном приеме – 13. Обеспеченность ими составляет 0,06 врача на 10 тыс. человек населения.

В амбулаторной службе в 2017 году выполнено 800 719 посещений к врачам-психиатрам, что на 5,8% больше, чем в 2016 году (774 591 посещение). Общее количество посещений на одну занятую должность составило 5456, в том числе по заболеванию – 2605 (47,7%). Кроме того, врачами-психиатрами были осмотрены 331 099 человек на призывных комиссиях, в образовательных организациях, при проведении диспансеризации и профилактических осмотров детей.

На 31.12.2017 под наблюдением психиатров находились 105 347 больных, из них 33 865, или 32,1%, находились под диспансерным наблюдением, 71 482 человека, или 67,9%, получили консультативно-лечебную помощь. Происходит постепенное сокращение диспансерной группы и расширение группы пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь.

На 31.12.2017 дневные стационары психиатрического профиля работали в 6 учреждениях здравоохранения в 9 МО (ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 3», ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 6», ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7», ГБУЗ СО СОКПН ГВВ, ГАУЗ СО «Сухоложская районная больница») общей мощностью 676 мест, в том числе 651 место для лечения пациентов, страдающих психическими расстройствами, и 25 мест для лечения пациентов с наркологическими расстройствами. На 31.12.2017 в структуре дневных стационаров функционирует 115 мест для лечения детей с психическими расстройствами, что составляет 17,7%.

В условиях дневных стационаров психиатрическую помощь в 2017 году получили 6406 пациентов, что на 3,3% меньше, чем в 2016 году. Средняя длительность пребывания в дневном стационаре составила 30,5 дня (в 2016 году – 28,6). Получение пациентами помощи в условиях дневных стационаров влияет на уровень госпитализации и позволяет более рационально использовать коечный фонд.

В 2017 году госпитализированы с психическими расстройствами 29 054 человека (в 2016 году – 27 965), из них 27 627 взрослых больных (в 2016 году – 30 856), 1429 детей (в 2016 году – 1444). Уровень госпитализации среди взрослых – 70,0 случая на 10 тыс. человек населения (в 2016 году – 67,0), среди детей – 3,4 случая на 10 тыс. детского населения (в 2016 году – 3,4).

Доля впервые госпитализированных с психическими расстройствами (без наркологической патологии и психосоматических расстройств) составила 30,4% (в 2016 году – 25,8%), госпитализированных повторно – 69,6% (в 2016 году – 68,6%), госпитализированных повторно в течение года – 16,3% (в 2016 году – 15,7%).

Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила в 2017 году 55,6 дня (в 2016 году – 49,0 дня), что ниже сроков, рекомендованных Министерством здравоохранения Российской Федерации (60,1 дня) для формирования Территориальной программы.

Параграф 11. Наркологическая служба

Наркологическая служба Свердловской области представлена ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» мощностью 265 круглосуточных коек с реабилитационным отделением на 120 коек (данное отделение вошло в состав больницы в результате реорганизации путем слияния ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер» и ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медико-социальной реабилитации больных наркоманией «Урал без наркотиков»), наркологическими отделениями суммарной мощностью 450 коек в структуре психиатрических больниц и 6 учреждениями здравоохранения, в структуре которых развернуты наркологические койки:

в Южном управленческом округе Свердловской области – ГАУЗ СО «Сухоложская районная больница» (18 коек);

в Западном управленческом округе Свердловской области – ГБУЗ СО «Ревдинская городская больница» и ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница» (15 коек);

в Горнозаводском управленческом округе Свердловской области – ГБУЗ СО «Качканарская центральная городская больница» и ГБУЗ СО «Красноуральская городская больница» (20 коек);

в Восточном управленческом округе Свердловской области – ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница» и ГБУЗ СО «Артемовская центральная районная больница» (35 коек).

Амбулаторные приемы организованы в учреждениях здравоохранения на территории 56 МО, населенные пункты с небольшой численностью населения закреплены для обслуживания в крупных учреждениях здравоохранения, прием детского населения осуществляется в 44 МО.

Кроме того, 79 учреждений здравоохранения имеют лицензии на работы и услуги по проведению медицинского (наркологического) освидетельствования.

Коечный фонд наркологической службы Свердловской области в 2017 году составил 803 койки. Обеспеченность наркологическими койками составила 1,9 койки на 10 тыс. человек населения, что значительно выше показателя по Российской Федерации (в 2016 году – 1,44) и по УрФО (1,69).

Работа койки в 2017 году составила 311,6 дня, показатель стал ниже, чем по Российской Федерации (314 дней) и УрФО (319 дней). Средняя длительность пребывания в наркологическом стационаре составила 14,7 дня (по Российской Федерации – 14,5, по УрФО – 15,5) (таблица 81).

Таблица 81

Показатели деятельности наркологических стационаров

Номер строки	Год	Коечный фонд (число коек)	Работа койки (дней)	Оборот койки (раз в году)	Среднее пребывание в стационаре (дней)	Летальность (процентов)	Повторность поступления (процентов)
1.	2013	786	308,6	24,5	12,6	0,1	15,0
2.	2014	770	328,8	21,8	14,4	0,27	15,6
3.	2015	805	329,1	21,7	15,1	0,26	14,1
4.	2016	803	311,5	23,9	13,0	0,3	20,2
5.	2017	803	311,6	21,1	14,7	0,15	19,8

В 2017 году были госпитализированы 16 988 человек (в 2016 году – 16 858 человек). Уровень госпитализации составил 409,2 случая на 100 тыс. человек населения (в 2016 году – 404,9 на 100 тыс. человек населения, в Российской Федерации – 387,7, по УрФО – 410,1).

Определение вида потребляемых психоактивных веществ методами токсико-химического анализа осуществляется в 5 химико-токсикологических лабораториях; ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» (города Екатеринбург, Каменск-Уральский, Серов), ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7» (город Нижний Тагил) и ГБУЗ СО «Областная наркологическая больница» (город Екатеринбург).

На 31.12.2017 в наркологической службе работали 84 врача психиатра-нарколога, что на 11,3% меньше, чем в 2016 году. Дефицит врачебных кадров компенсируется работой 45 фельдшеров-наркологов. Количество штатных должностей врачей психиатров-наркологов составило 167,0, при этом их количество сократилось на 6,1% (в 2016 году – 178,0). Число занятых должностей составило 149,75, что меньше показателя за 2016 год (168,75) на 11,3%. Укомплектованность врачами (физическими лицами) занятых должностей составила 62,7% (таблица 82).

Таблица 82

Кадры наркологической службы

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Число психиатров-наркологов, человек	107	97	100	101	94
2.	на 10 тыс. человек населения	0,24	0,23	0,24	0,24	0,22
3.	Число занятых должностей, единиц	207,25	197,75	184,25	168,75	149,75
4.	на 10 тыс. человек населения	0,49	0,47	0,44	0,4	0,36
5.	Укомплектованность врачами, процентов	51,6	49,0	54,2	59,8	62,7
6.	Число занятых должностей на амбулаторном приеме, единиц	122,25	121,25	108,75	97,75	79,25
7.	на 10 тыс. человек населения	2,9	2,9	2,6	2,3	1,9
8.	Коэффициент совместительства на общее число психиатров-наркологов	2,1	2,0	1,96	1,67	1,59
9.	Число занятых должностей медицинских психологов, единиц	41,5	37,75	36,5	25	21
10.	Число занятых должностей специалистов по социальной работе, единиц	25,25	27,25	26,0	14,5	10,25
11.	Число занятых должностей социальных работников, единиц	17,0	22,0	28,25	40,25	41,5

В амбулаторной службе количество штатных должностей врачей психиатров-наркологов также уменьшилось на 13,6% и составило 90,75 (в 2016 году – 105,0), число занятых должностей уменьшилось на 18,9%. С учетом всех сокращений незанятых штатных должностей увеличилась укомплектованность амбулаторной службы врачами психиатрами-наркологами и составила 68,1%, что выше показателя 2016 года на 16,8% (в 2016 году – 58,3%).

Обеспеченность врачами составила в 2017 году 0,19 врача на 10 тыс. человек населения (по Российской Федерации – 0,35), коэффициент совместительства – 1,59 (по Российской Федерации – 1,6).

93 врача (99%) имеют сертификат специалиста, из них высшую квалификационную категорию имеют 42 врача (44,6%), первую категорию – 3 врача (3,2%).

45 фельдшеров-наркологов имеют сертификат специалиста, из них высшую квалификационную категорию – 25 (55,5%); первую категорию – 5 (11,1%); вторую – 2 (4,4%).

В 2017 году число посещений врачей психиатров-наркологов снизилось на 2,3%. При этом доля посещений по поводу заболевания в общем числе посещений сократилась на 6,3%, что возможно связано с возникающими при обращении за наркологической помощью в наркологические учреждения социально-правовыми последствиями, к которым относятся ограничения на право владения оружием, управления транспортным средством, усыновление, прохождение государственной гражданской службы, а также на занятия деятельностью,

связанной с отдельными видами работ, тяжелыми работами и работами с вредными и (или) опасными условиями труда (таблица 83). Аналогичная тенденция прослеживается и по числу посещений на одну занятую должность по поводу заболевания.

Таблица 83

Показатели посещений врачей психиатров-наркологов

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Число посещений, единиц	577 905	615 124	481 797	476 429	487 346
2.	в том числе по поводу заболевания	197 525	228 669	211 678	139 150	130 372
3.	Число посещений на одну занятую должность, всего, единиц	4727	5073	4430	4874	3254
4.	Число посещений на одну занятую должность по поводу заболевания, единиц	1615	1885	1946	1424	870,6
5.	Доля посещений по поводу заболевания в общем числе посещений, процентов	34,2	37,2	43,9	29,2	26,7

Параграф 12. Дерматовенерологическая служба

Медицинская помощь по профилю «дерматовенерология» оказывается в ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» с 4 филиалами и в 165 кожно-венерологических кабинетах медицинских организаций, расположенных на территориях МО.

Кочный фонд дерматовенерологической службы Свердловской области с 2013 года сократился на 46,5% и составил в 2017 году 162 койки (в 2013 году – 303 койки). Обеспеченность дерматовенерологическими койками составила 0,4 койки на 10 тыс. человек населения (в 2013 году – 0,7 койки).

В 2017 году в Свердловской области работали 209 врачей-дерматовенерологов. Обеспеченность населения области врачебными кадрами составила 0,5 врача на 10 тыс. человек населения. Укомплектованность штатных должностей врачами-дерматовенерологами составляет 82%. Высшую квалификационную категорию имеют 44% врачей-дерматовенерологов, первую – 9%.

Не укомплектованы врачами-дерматовенерологами учреждения здравоохранения ГО Верхотурский, ГО Верхний Тагил, Волчанский ГО.

Лабораторная диагностика инфекций, передаваемых половым путем, проводится в клиничко-диагностических лабораториях ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер», центральных городских и районных больниц.

С руководителями и врачами государственных и муниципальных медицинских организаций в 2017 году проводилась плановая организационно-методическая работа по повышению качества лечебно-диагностических и профилактических мероприятий по инфекциям, передаваемым половым путем, и заразным кожным заболеваниям. Специалистами ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» проведено 26 выездов в медицинские организации в МО.

На базе ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» в 2017 году открыт специализированный центр профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди подростков и молодежи.

Продолжена работа по реализации ведомственного плана мероприятий по дерматоонкологии на территории Свердловской области: проведена видеоконференция для

врачей-дерматовенерологов Свердловской области по вопросам раннего выявления, профилактики и маршрутизации пациентов с новообразованиями кожи. На базе ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» открыт кабинет дерматоонкологии с функциями методического центра. Продолжен систематический сбор информации об оснащении дерматовенерологических кабинетов городских и районных больниц дерматоскопами. Организованы и проведены массовые профилактические акции по привлечению населения к обследованию с целью активного выявления новообразований видимой локализации.

Глава 26. Деятельность параклинических подразделений

Параграф 13. Лабораторная служба

Служба клинической лабораторной диагностики наряду с другими параклиническими службами обеспечивает оказание медицинской помощи пациентам при оценке состояния здоровья, диагностике заболеваний, слежении за результатами предпринимаемых лечебных мер, прогнозе исходов заболеваний и качества жизни в последующем. Лабораторные исследования составляют более 80% всех объективных диагностических исследований, выполняемых в учреждениях здравоохранения.

На территории Свердловской области функционируют 150 клиничко-диагностических лабораторий (рисунок 46), в том числе на территории МО «город Екатеринбург» – 26, в федеральных организациях здравоохранения – 4.

С 2007 года в Свердловской области отмечалось сокращение числа клиничко-диагностических лабораторий при одновременном увеличении их мощности. С 2013 года наступила стабилизация данного показателя, которая наблюдается и до настоящего времени.

Динамика количества клиничко-диагностических лабораторий в Свердловской области в 2010–2017 годах

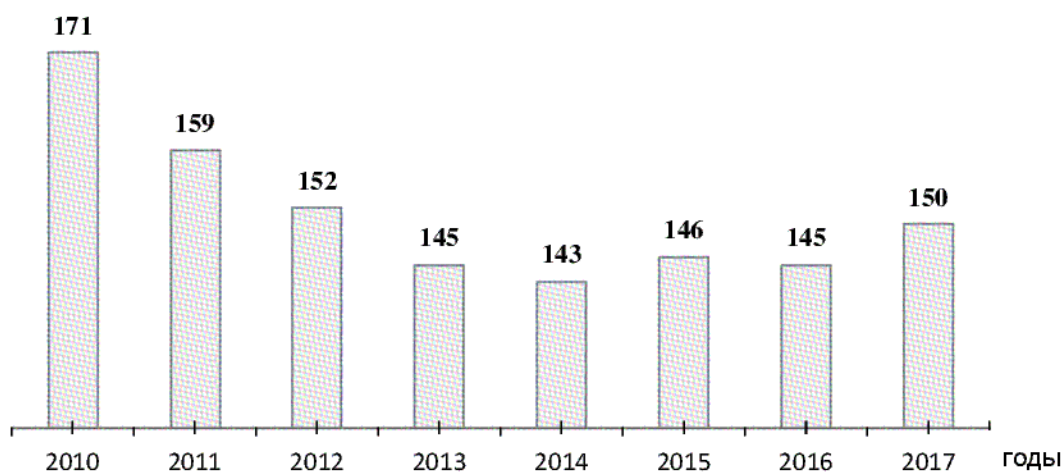


Рис. 46

Все клиничко-диагностические лаборатории являются, как правило, централизованными для стационара, поликлиники, родильного дома и других служб, которые входят в состав учреждений здравоохранения. В 2017 году в Свердловской области выполнено 122 517 исследований, что на 5,3% больше, чем в 2016 году. В 2016–2017 годы произошел частичный пересмотр сложившейся системы учета в лабораториях, с перемещением ряда исследований между категориями, в связи с чем на 12% снизилось число коагулологических исследований, на 15,8% – микробиологических исследований при одновременном увеличении

количества молекулярно-генетических исследований. Аналогичная ситуация наблюдалась и в отношении химико-токсикологических исследований – часть анализов была перемещена из этой категории в категорию «биохимические исследования». Среди остальных групп исследований значимых изменений не происходило (таблица 84).

Таблица 84

**Структура лабораторных исследований, проведенных в Свердловской области
в 2016–2017 годах**

Номер строки	Наименование лабораторных исследований	2016 год		2017 год	
		Всего исследований (тыс.)	В том числе для амбулаторно-поликлинических подразделений	Всего исследований (тыс.)	В том числе для амбулаторно-поликлинических подразделений
1.	Общеклинические	42 071	28 033	45 581	31 635
2.	Гематологические	32 308	19 139	33 417	19 903
3.	Цитологические	1402	1262	1719	1631
4.	Биохимические	23 601	11 918	24 726	12 400
5.	Коагулологические	3341	1225	2938	1109
6.	Иммунологические	1958	1132	2985	2057
7.	Инфекционная иммунология	6087	4217	6209	4793
8.	Микробиологические	4779	2514	4025	2060
9.	Молекулярно-генетические	33	16	628	541
10.	Химико-токсикологические	789	255	289	182
11.	Итого	116 370	69 710	122 517	76 311

Для диагностики ВИЧ-инфекции выполнено 1 018 355 исследований, что на 13,6% больше, чем в 2016 году. С целью выявления больных вирусными гепатитами в Свердловской области было проведено 1 260 708 исследований. Проведено 2 287 970 неспецифических тестов на определение возбудителей сифилиса, что на 9,9% выше уровня 2016 года. Выполнено 726 574 специфических исследования для диагностики сифилиса, что на 11,3% больше, чем в 2016 году. Кроме того, выполнено 193 553 бактериоскопических исследования с целью определения возбудителей туберкулеза, что ниже уровня 2016 года на 7,2%.

Количество исследований, проведенных в 2017 году с целью своевременной диагностики врожденных наследственных заболеваний у новорожденных детей, а именно фенилкетонурии, уменьшилось на 34,6% и составило 64 989 исследований. При этом количество исследований, направленных на выявление врожденного гипотиреоза, не претерпело значимых изменений и составило 67 587 исследований.

С 2014 года наблюдается увеличение доли лабораторных исследований, выполненных для амбулаторно-поликлинической службы (таблица 85) в среднем на 1,5% в год.

Таблица 85

**Распределение лабораторных исследований по видам медицинской помощи
в Свердловской области в 2014–2017 годах**

(процентов)

Номер строки	Вид медицинской помощи	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
1.	Амбулаторно-поликлиническая	56,7	58,3	59,9	62,3
2.	Стационарная	43,3	41,7	40,1	37,7

Доступность лабораторных исследований для населения оценивается по количеству исследований на 100 посещений поликлиники или на 1 больного в стационаре. В период с 2005 по 2014 годы в Свердловской области отмечался рост лабораторных исследований в амбулаторно-поликлиническом звене на 3–4% в год. В 2015 году количество проведенных исследований на амбулаторно-поликлиническом этапе в расчете на 100 посещений снизилось до 212, а с 2016 года снова наблюдается рост на 10,4–10,8% ежегодно (рисунок 47).

Динамика уровня лабораторных исследований в Свердловской области в 2010–2017 годах

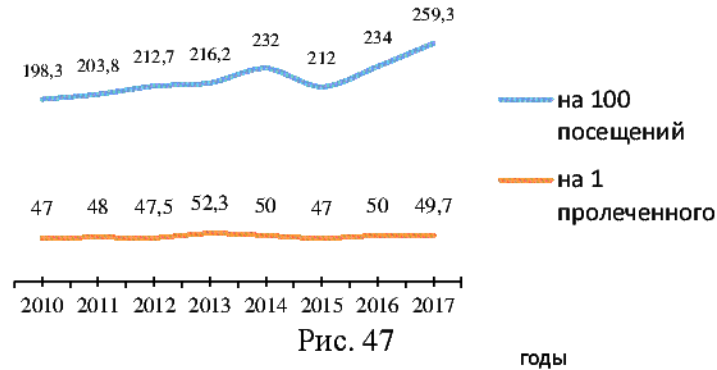


Рис. 47

годы

Число лабораторных исследований в стационаре остается на стабильном уровне.

В 2017 году в Свердловской области число штатных должностей врачей клинической лабораторной диагностики, врачей-бактериологов, лабораторных генетиков, врачей-лаборантов и биологов увеличилось до 1163,25, из них занято 1075,25 должности. На занятых должностях работает 861 специалист, в том числе 498 врачей и 163 специалиста с высшим немедицинским образованием. В 2017 году в должности «биолог» работали 200 человек (таблица 86). Одной из серьезных кадровых проблем службы остается замещение врачебных должностей специалистами с высшим немедицинским образованием.

Таблица 86

Динамика численности сотрудников клинко-диагностических лабораторий в Свердловской области в 2010-2017 годах

Номер строки	Год	Штатные должности (единиц)	Занятые должности (единиц)	Врачи (человек)	Специалисты с немедицинским образованием (человек)	Биологи (человек)
1.	2010	1439	1369,25	289	275	108
2.	2011	1387,5	1291,5	325	232	114
3.	2012	1680,0	1567,25	306	159	147
4.	2013	1534,25	1429,75	468	136	188
5.	2014	1579,25	1486	545	101	223
5.	2015	1322,5	1248,75	529	207	194
7.	2016	954,75	880,5	338	158	199
8.	2017	1163,25	1075,25	498	163	200

Возрастное распределение врачебных кадров, работающих в клинко-диагностических лабораториях, осталось прежним, а именно: старше 60 лет – 15,5%, до 30 лет – 6,7%.

Изменения коснулись и специалистов со средним специальным образованием. Так, в 2017 году в клинко-диагностических лабораториях учреждений здравоохранения работали 2207 человек, занимая 2802,25 должности из 2929,5 штатных. Больше половины персонала

клинико-диагностических лабораторий Свердловской области со средним образованием – в возрасте до 40 лет, 3/4 всего среднего медицинского персонала – лица до 50 лет.

В 2017 году коэффициент совместительства в целом по службе (специалисты с высшим медицинским и немедицинским образованием, специалисты со средним специальным медицинским образованием) не претерпел значимых изменений и составил 1,26.

Параграф 14. Служба лучевой диагностики

В Свердловской области работает 331 самостоятельное рентгенодиагностическое отделение и кабинет, обеспечивающие проведение рентгенологических, компьютерных, магнитно-резонансных исследований.

Рентгенодиагностическая аппаратура представлена рентгенодиагностическими комплексами, флюорографами, маммографами, палатными аппаратами, компьютерными и магнитно-резонансными томографами. Всего рентгенодиагностической аппаратуры 1155 единиц, из них 15 магнитно-резонансных томографов, 53 компьютерных томографа, 76 маммографов, 213 палатных аппаратов, 91 аппарат типа С-дуга, 170 дентальных аппаратов. 25% оборудования эксплуатируется свыше 10 лет.

В 2013–2017 годах ситуация с медицинскими кадрами в Свердловской области характеризуется дефицитом врачей-рентгенологов и в меньшей степени – рентгенолаборантов (таблицы 87 и 88).

Укомплектованность службы врачами-рентгенологами составляет 73% (в 2016 году – 63%), коэффициент совместительства – 1,4 (в 2016 году – 2). Квалификационные категории имеют 62% врачей-рентгенологов, обеспеченность врачами-рентгенологами на 10 тыс. человек населения составляет 1,1.

Таблица 87

Динамика обеспеченности врачами-рентгенологами в Свердловской области в 2013–2017 годах

(на 10 тыс. человек населения)

Номер строки	Годы	Число штатных должностей	Число физических лиц
1.	2013	858,0	457
2.	2014	858,0	457
3.	2015	768,0	457
4.	2016	723,0	457
5.	2017	711,0	452

Укомплектованность рентгенолаборантами в 2017 году составляла 73%; 62% работников имели квалификационные категории, обеспеченность рентгенолаборантами на 10 тыс. человек населения составляла 2,1.

Таблица 88

Динамика обеспеченности рентгенолаборантами в Свердловской области в 2013–2017 годах

(на 10 тыс. населения)

Номер строки	годы	Число штатных должностей	Число физических лиц
1.	2013	1326	906
2.	2014	1325	905
3.	2015	1254	900
4.	2016	1219	897
5.	2017	1224,25	889

В рентгенодиагностических отделениях и кабинетах выполняются все диагностические процедуры в соответствии с уровнем учреждения здравоохранения в трехуровневой системе оказания медицинской помощи. Количество рентгенодиагностических исследований за 2017 год уменьшилось на 1,4% (таблица 89) по сравнению с 2016 годом.

Таблица 89

Динамика объема рентгенологических исследований в 2013–2017 годах

Годы	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
Количество исследований	3 289 925	3 160 182	3 160 695	3 062 453	3 020 463

При этом количество исследований на компьютерном томографе увеличилось на 12,6% за счет приобретения нового оборудования (таблица 90).

Таблица 90

Динамика объема исследований по компьютерной томографии

Годы	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год
Количество исследований	153 022	189 333	203 746	212 609	239 499

Параграф 15. Служба функциональной диагностики

Служба функциональной диагностики (далее – служба) представлена 47 отделениями и 127 кабинетами в составе медицинских организаций, общее число которых к концу 2017 года достигло 174. В число отделений и кабинетов вошли 34 подразделения медицинских организаций города Екатеринбурга, 138 учреждений здравоохранения (из них 17 ММЦ) и 2 федеральные медицинские организации

Во всех медицинских организациях Свердловской области производится регистрация ЭКГ, в большинстве медицинских организаций исследуется функция внешнего дыхания, другие более сложные технологии функциональной диагностики применяются в ММЦ, многопрофильных учреждениях здравоохранения и федеральных медицинских организациях.

В службе работают 279 врачей функциональной диагностики (в 2016 году – 234), укомплектованность штатных должностей врачами (физическими лицами) составляет 53%, коэффициент совместительства – 1,83 (в 2016 году – 1,6). При этом количество штатных должностей составляет 528,5, из них занято 509,5 (96%). Аттестованы 29% врачей (в 2016 году – 46,6%). Сертифицированы 99% врачей. Обеспеченность врачами функциональной диагностики составила в 2017 году 0,57 специалиста на 10 тыс. человек населения (в Российской Федерации – 0,68).

В службе работают 408 медицинских сестер функциональной диагностики, при этом количество штатных единиц составляет 515,5, укомплектованность – 79%, коэффициент совместительства – 1,24. В 2013–2017 годах укомплектованность варьировалась от 68,5% до 90%, а коэффициенты совместительства – от 1,32 до 1,1.

Сертификаты имеют 93% среднего медицинского персонала, аттестовано 64%, высшую категорию имеют около половины работающих. Обеспеченность медицинскими сестрами функциональной диагностики – 0,96 специалиста на 10 тыс. человек населения (в Российской Федерации – 1,01).

В медицинских организациях Свердловской области насчитывается 6893 единицы оборудования, предназначенного для функциональных методов исследования. За 2017 год количество оборудования увеличилось на 2252 единицы.

В структуре аппаратов для проведения функциональных исследований преобладает аппаратура для исследований сердечно-сосудистой системы – 2826 единиц (41%), аппараты для исследования функции внешнего дыхания, газового состава выдыхаемого воздуха и газового состава крови – 2324 (34%), для исследования нервной системы – 207 (3%). С 2015 по 2017 год ежегодно увеличивается число аппаратов для отделений реанимации: в 2016 году – на 6%, в 2017 году – на 4%.

Структура оборудования по срокам эксплуатации свидетельствует о том, что половина всего оборудования эксплуатируется менее 6 лет: до 3 лет – 25%, 4–6 лет – 25%, 6–10 лет – 44%, более 10 лет – 6%.

В 2017 году число обследованных лиц составило 3 034 811 человек, что на 0,76% меньше, чем в 2016 году (3 058 010), из них 67% пациентов обследованы амбулаторно. Поток пациентов разделяется по степени сложности исследования – ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания проводятся во всех учреждениях здравоохранения, а также с помощью телемедицинских технологий. Более сложные исследования проводятся в ММЦ.

Количество проведенных исследований в 2017 году составило 4 220 915 (на 0,8% меньше, чем в 2016 году), из них 63% амбулаторно. Число исследований на одного обследованного составило 1,38. Исследования сердечно-сосудистой системы составили 82%, нервной системы – 4%, системы внешнего дыхания – 9%, других систем – 4% в общей структуре исследований.

Параграф 16. Служба ультразвуковой диагностики

Служба ультразвуковой диагностики представлена отделениями и кабинетами ультразвуковой диагностики в составе медицинских организаций, число их к концу 2017 года сократилось на 7% и составило 189 (18 отделений и 171 кабинет) (в 2016 году – 203 единицы).

Исследования проводятся в основном на аппаратах среднего и экспертного классов, которыми медицинские организации оснащались до 2013 года. При различном уровне квалификации врачей УЗИ по-прежнему большое количество ультразвуковых и функциональных исследований, проведенных на первом уровне оказания медицинской помощи, дублируются при консультациях в ММЦ: результаты УЗИ верифицируются операционными (лапароскопическими) данными и результатами компьютерной томографии и магниторезонансной томографии.

В 2017 году число штатных должностей врачей УЗИ увеличилось на 3,4%, составив 533,5 (в 2016 году – 516) штатных должностей, число физических лиц увеличилось на 8 человек и составило 281 человек. В Свердловской области недостаточная укомплектованность врачами УЗИ – 53%, коэффициент совместительства – 1,83. Во многих кабинетах и отделениях ультразвуковой диагностики работают врачи-совместители, имеющие основной специальностью урологию, гинекологию, хирургию и владеющие ограниченным количеством методик УЗИ.

99% врачей УЗИ, работающих в учреждениях здравоохранения, имеют сертификаты по специальности. Всего аттестованы 28% врачей, из них высшую категорию имеют 20%, первую – 6%, вторую – 2%.

Обеспеченность врачами УЗИ в Свердловской области составляет 0,63 специалиста на 10 тыс. человек населения (в Российской Федерации – 1,03).

В Свердловской области насчитывается 1006 аппаратов УЗИ (в 2016 году – 993), из них в амбулаториях – 573 (57%). В 2017 году в учреждения здравоохранения поступили 13 единиц оборудования. Действующих аппаратов – 944 (94%), имеющих эксплуатацию более 10 лет – 320 (32%).

В 2017 году проведено 3 324 188 УЗИ, что на 3,3% больше, чем в 2016 году (3 218 202). В структуре исследований преобладали УЗИ органов брюшной полости – 25%, женских половых органов – 23%, сердечно-сосудистой системы – 16%, надпочечников и мочевыводящих путей и простаты – 17%, молочной железы – 2%.

Глава 27. Служба крови

Служба крови Свердловской области представлена ГБУЗ СО «Областная станция переливания крови» с обособленными структурными подразделениями, расположенными в крупных городах Свердловской области (Екатеринбурге, Каменске-Уральском, Первоуральске, Нижний Тагил, Краснотурьинске), с 17 отделениями заготовки крови и 3 отделениями переливания крови (ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», ГБУЗ СО «СОКБ № 1», ФГБУ «НИИ ОММ»).

Подразделения службы крови обеспечивают компонентами крови 98 медицинских организаций с коечным фондом 28 110 коек в 52 МО. Снабжение медицинских организаций компонентами крови организовано по принципу самообеспечения («самовывоза») в виде системы государственного задания в соответствии с рассчитанными потребностями медицинских организаций Свердловской области в крови, ее компонентах и препаратах. Удовлетворение потребностей организаций здравоохранения в гемотранфузионных средах составляет 100%.

Всего в службе крови работает 786 человек, из них 94 врача, 304 человека среднего медицинского персонала, 330 – прочего персонала, 58 инженерно-технических работников.

Подразделения службы крови осуществляют заготовку донорской крови и ее компонентов в стационарных условиях и на выезде, производят компоненты и препараты крови, осуществляют иммуногематологическое исследование крови доноров, реципиентов, беременных.

В 2017 году подразделениями службы крови заготовлено 65 084,5 л консервированной крови, что на 3,5% больше, чем в 2016 году (рисунок 48). Это в основном обусловлено увеличением потребности медицинских организаций в эритроцитсодержащих средах и тромбоцитном концентрате.

В расчете на одного жителя в 2017 году заготовлено 15,0 мл цельной крови (в 2016 году – 14,5 мл), этот показатель на 16% выше, чем в среднем по Российской Федерации.

Общее число доноров в 2017 году составило 37 303 человека (рисунок 49), что ниже, чем в 2016 году, на 3,5%. Большинство из них (97,6%) – безвозмездные доноры. Снижение числа доноров обусловлено внедрением в практику процедуры предварительного обследования первичных доноров и ограничением количества новых доноров в соответствии с реальными потребностями учреждений здравоохранения в компонентах крови.

Динамика заготовки цельной крови в 2014–2017 годах (литров)

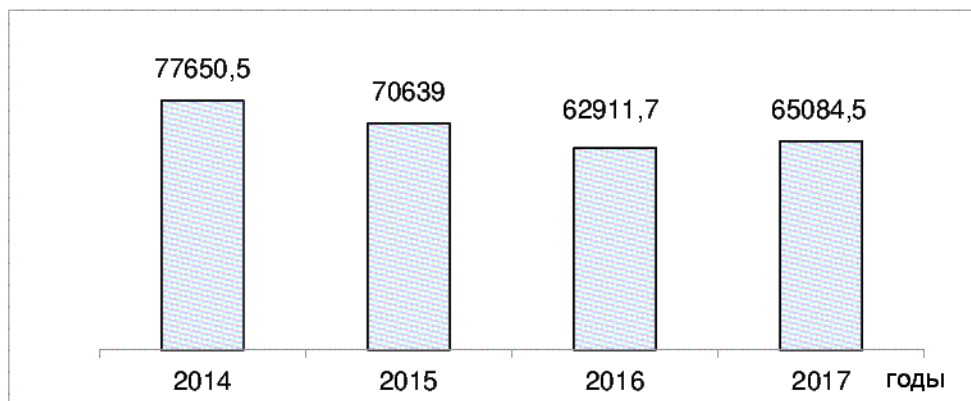


Рис. 48

Количество активных доноров составило в 2017 году 19 398 человек, это 52% от общего количества. Общее число донаций составило в 2017 году 101 459, что на 2,2% ниже показателя 2016 года (103 698).

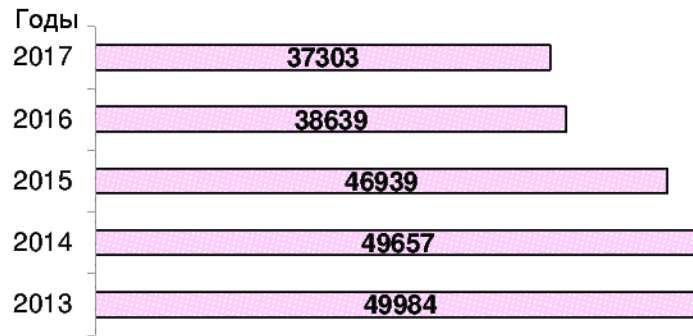
Количество доноров Свердловской области (человек)

Рис. 49

Одной из мер социальной поддержки доноров в Свердловской области на основании Закона Свердловской области от 21 ноября 2012 года № 91-ОЗ «Об охране здоровья граждан в Свердловской области» является выплата донору, безвозмездно сдавшему кровь и (или) ее компоненты в течение года в объеме, равном трем максимально допустимым дозам крови и (или) ее компонентов, единовременного пособия в размере 2000 рублей. В течение 2017 года единовременное пособие выплачено 28 885 донорам на общую сумму 57 770 тыс. рублей. Данная мера социальной поддержки позволила увеличить количество активных доноров, обеспечить их рекрутирование, снизить количество доноров, не явившихся на повторное обследование, что важно для качества карантинизации плазмы.

С 2004 года в Свердловской области введены карантинизация и лейкофильтрация как основные мероприятия по обеспечению эпидемиологической безопасности донорской крови и ее компонентов. В учреждения здравоохранения выдается только карантинизированная и вирусинактивированная плазма, фильтрованные эритроциты и тромбоциты. В ходе карантинизации кровь и ее компоненты подвергаются вирусной инактивации и рентгеновскому облучению.

В 2017 году в учреждения здравоохранения выдано около 22 тыс. л эритроцитов, 20,8 тыс. доз тромбоцитного концентрата и 5,3 тыс. л свежзамороженной плазмы.

Кроме приготовления компонентов крови ГБУЗ СО «Областная станция переливания крови» выпускает препараты крови: альбумин, энцефалитный и антистафилококковый иммуноглобулины для внутримышечного введения.

В подразделениях службы крови применяется информационная система трансфузиологии «АИСТ», осуществляющая комплексную автоматизацию технологических процессов, информационный обмен данными о донорах, видах донаций и лицах, имеющих противопоказания к донорству.

Главной задачей службы крови является выпуск инфекционно- и иммунологически безопасной продукции, полное удовлетворение компонентами и препаратами крови учреждений здравоохранения, внедрение новых технологий в заготовке и апробации донорской крови, пропаганда донорства и привлечение в ряды доноров молодежи.

Глава 28. Служба судебно-медицинской экспертизы

В Свердловской области судебно-медицинская служба представлена единственным специализированным учреждением – ГБУЗ СО «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (далее – ГБУЗ СО «БСМЭ», бюро).

Деятельность судебно-медицинской службы (бюро судебно-медицинской экспертизы субъектов Российской Федерации) регулируется федеральными законами от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»

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

В структуру бюро входят 38 районных отделений бюро в административных границах МО, Нижнетагильский городской отдел, центральный отдел, расположенный в городе Екатеринбурге, с отделами судебно-медицинской экспертизы трупов, особо сложных (комиссионных) судебно-медицинских экспертиз, судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц и судебно-биологическим, судебно-химическим, медико-криминалистическим отделениями.

Количество штатных должностей всего персонала бюро в 2017 году составляло 481 единицу, из них количество врачебных должностей – 141 (в 2016 году – 142), среднего медицинского персонала – 146,25 (в 2016 году – 147,25), младшего медицинского персонала – 64,5 (в 2016 году – 92,75). Численность работающих (физических лиц) – 375 человек; показатель укомплектованности – 78%, коэффициент совместительства – 1,3. Число врачей составило в 2017 году 104 человека (в 2016 году – 126); показатель укомплектованности – 73,8% (в 2016 году – 78,2%), коэффициент совместительства – 1,4 (в 2016 году – 1,3).

В 2017 году всеми структурами бюро было исследовано 24 819 трупов, что на 1,3% больше, чем в 2016 году (таблица 91). По городу Екатеринбургу исследовано 8867 трупов, что на 2% больше, чем в 2016 году (8691).

С 2007 года количество случаев насильственной смерти постоянно снижается, в сравнении с 2016 годом этот показатель снизился на 11,5%, а в сравнении с 2013 годом – на 17,6%. В городе Екатеринбурге число случаев насильственной смерти составило 1580, что на 9% меньше, чем в 2016 году (1736 случаев).

Число исследованных в бюро случаев ненасильственной смерти в 2017 году составило 18 280, что на 3,1% больше, чем в 2016 году (17 728). В городе Екатеринбурге число случаев ненасильственной смерти – 6968, что на 6% больше, чем в 2016 году (6572 случаев).

Таблица 91

**Объемы и динамика производства экспертиз и исследований в бюро
за период с 2013 по 2017 год**

Номер строки	Показатели	(абсолютные значения)					Уровень 2017 года к уровню 2016 года (процентов)
		2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	
1.	Количество исследованных трупов, всего в том числе:	21 417	22 434	23 965	25 163	24 819	-1,3
2.	насильственная смерть	6662	6542	6551	6204	5484	-11,5
3.	ненасильственная смерть	13 678	14 770	16 223	17 728	18 280	+3,1
4.	причина смерти не установлена	1077	1122	1191	1231	1055	-14,2

Насильственная смерть составляет 22% от общего количества исследованных случаев смерти, в городе Екатеринбурге – 17,8%, в то время как доля случаев ненасильственной смерти поднялась до 73%, в городе Екатеринбурге – 78,6%.

По сравнению с 2016 годом в 2017 году на 2,4% увеличилось количество смертей от заболеваний сердечно-сосудистой системы (13115 случаев), на втором месте – онкологические заболевания (1975 случаев, увеличение на 11,6%), на третьем – заболевания органов пищеварения (1037 случаев, уменьшение на 6,6%), заболевания органов дыхания на

четвертом месте и остались без изменений (801 случай в 2017 году, 800 случаев в 2016 году). (рисунок 50).

Структура случаев смерти по причинам (процентов)

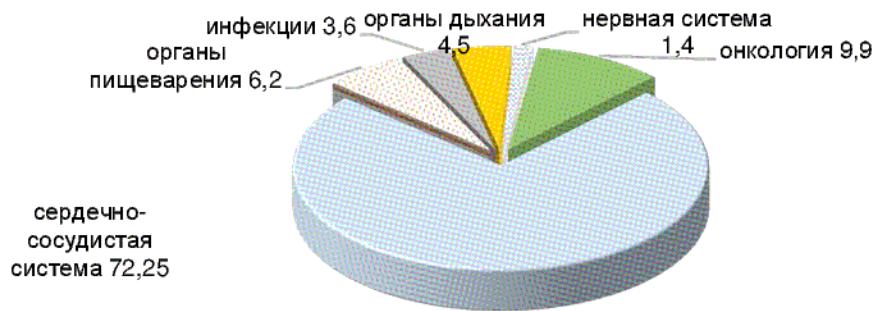


Рис. 50

Количество убийств, по которым проводилась экспертиза ГБУЗ СО «БСМЭ», в целом по Свердловской области в 2017 году уменьшилось до 412 случаев (в 2016 году – 470 случаев). Число зафиксированных по данным ГБУЗ СО «БСМЭ» очевидных убийств по городу Екатеринбург в 2017 году составило 52 (в 2016 году – 71).

Число самоубийств, по которым в 2017 году в бюро проведена экспертиза, – 607, что меньше уровня 2016 года на 32,5% (900 случаев).

В Свердловской области в 2017 году зафиксирован 1661 случай смерти от отравлений, что на 3,2% больше, чем в 2016 году (1608). В городе Екатеринбурге число смертельных отравлений в 2017 году составило 498, на 7,5% больше, чем в 2016 году (463).

Из общего числа отравлений летальные интоксикации этанолом в 2017 году составили 672 случая, на 16,4% ниже, чем в 2016 году (804 случая). В городе Екатеринбурге количество случаев смертельных отравлений этанолом в 2017 году (154) снизилось еще значительно – на 21,8%.

В 2017 году на 29% увеличилось количество случаев смертельных отравлений наркотическими средствами – 322 случая (в 2016 году – 200, в 2015 году – 142 случая). В городе Екатеринбурге в 2017 году также наблюдается увеличение – на 35% (177 случаев летальных отравлений наркотическими веществами в 2017 году, 115 случаев – в 2016 году, 74 случая – в 2015 году).

Из медицинских организаций на судебно-медицинское исследование в подразделения бюро в 2017 году поступило 1897 трупов, на 7% меньше, чем в 2016 году (2043 трупа). В городе Екатеринбурге количество трупов, поступивших на судебно-медицинское исследование в подразделения бюро из медицинских организаций в 2017 году, составило 858 (в 2016 году – 876, снижение на 2%).

В 2017 году судебно-медицинскими экспертами Свердловской области было выполнено 30 681 судебно-медицинское освидетельствование и экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц. Количество их в целом по Свердловской области снизилось на 11,5% (в 2016 году 34 680 судебно-медицинских освидетельствований и экспертиз). В Екатеринбурге снижение числа судебно-медицинских обращений граждан за отчетный период больше, чем по Свердловской области в целом, на 17,5% (8339 – в 2017 году, 10 115 – в 2016 году). Это связано с изменением законодательства, в частности, декриминализацией нанесения легких повреждений в быту.

В 2017 году в отделе сложных (комиссионных) экспертиз ГБУЗ СО «БСМЭ» было проведено 400 экспертиз, на 0,8% больше, чем в 2016 году (397).

В структуре произведенных отделом первичных экспертиз в 2017 году, также как и в 2016 году, преобладали экспертизы по оценке качества оказания медицинской помощи –

132 (в 2016 году – 156), что составляет 33% от общего количества экспертиз (в 2016 году – 45,2%).

В 2017 году было проведено 138 клинико-анатомических конференции по судебно-медицинским случаям, что на 13% меньше, чем в 2016 году (159).

В 2017 году судебно-медицинскими экспертами была апробирована и внедрена в работу отдела методика дополнительного забора трупного материала в виде смывов (с рук, слизистой пазух носа и ротовой полости) для направления на лабораторное исследование с целью обнаружения наркотических средств и курительных смесей, что облегчило диагностику отравлений новыми синтетическими психоактивными веществами, которые в силу своей высокой токсичности употребляются наркопотребителями в маленьких концентрациях и могут быть не обнаружены в других биологических объектах (кровь, моча, печень, почка, желчь) при судебно-химическом исследовании.

Судебно-медицинским экспертом Нижнетагильского городского отдела ГБУЗ СО «БСМЭ» Корепановым А.Ю. разработано и запатентовано приложение CrimeAPP для работников Следственного комитета по Свердловской области. С помощью указанного приложения неспециалист в области судебной медицины может адаптировать выводы судебно-медицинской экспертизы по давности повреждений и давности наступления смерти.

В 2017 году химиками-экспертами был апробирован, унифицирован и внедрен в работу предложенный коллегами из Челябинского областного бюро судебно-медицинской экспертизы метод исследования карфентанила в биологических объектах (изолирование и качественное определение).

В 2017 году химиками-экспертами были разработаны и внедрены в работу отделения метод изолирования глибенкламида из биологических объектов, методики газовой хроматографии/масс-спектрометрии, высокоэффективной жидкостной хроматографии и исследования глибенкламида методом тонкослойной хроматографии в биологических объектах (качественное и количественное определение).

В рамках Государственной программы выполнены все запланированные на 2017 год мероприятия. Проведено обучение 24 судебно-медицинских экспертов и 40 специалистов среднего медицинского персонала на курсах повышения квалификации.

Глава 29. Служба судебно-психиатрической экспертизы

Деятельность службы судебно-медицинской экспертизы регламентируется Федеральным законом от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

В Свердловской области судебно-психиатрические экспертизы проводились в двух учреждениях здравоохранения: ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» (город Екатеринбург), ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7» (город Нижний Тагил).

Количество штатных должностей судебно-психиатрических экспертов в 2017 году увеличилось на 0,5 ставки и составило 37,25 штатной единицы. Число врачей составило в 2017 году 39 человек (4 врача – совместители); коэффициент совместительства – 1,05.

С 2015 года отмечается стабильный рост (около 20% ежегодно) числа проводимых экспертиз. В 2017 году проведено 6772 экспертизы (таблица 92), что на 1080 экспертиз, или на 19,0% больше, чем в 2016 году. Таким образом, за 10 лет с 2008 года число проведенных экспертиз увеличилось в 2,5 раза.

С 2008 года в 2,1 раза увеличилось число экспертиз, проведенных в стационаре. Количество амбулаторных экспертиз за тот же период выросло в 2,4 раза – с 2306 в 2008 году до 5548 в 2017 году. В 2017 году в структуре судебно-психиатрических экспертиз 81,9% занимают амбулаторные экспертизы, в стационаре проводилось 11,9% экспертиз, 4% – заочные, 2,2% – посмертные экспертизы.

**Объемы судебно-психиатрической экспертной деятельности в Свердловской области
в 2008–2017 годы**

Номер строки	Год	Всего экспертиз	в том числе:								из них:			
			стационарные		амбулаторные		посмертные		заочные		несовершенно-летние		комплексные	
			абс. число	про- центов	абс. число	про- центов	абс. число	про- центов	абс. число	про- центов	абс. число	про- центов	абс. число	про- центов
1.	2008	3134	385	12,3	2306	73,6	88	2,8	355	11,3	457	13,9	861	27,5
2.	2009	3133	411	13,1	2490	79,5	90	2,9	142	4,5	553	17,7	966	30,8
3.	2010	3615	377	10,4	2854	78,9	138	3,8	246	6,8	593	16,4	1037	28,7
4.	2011	3348	348	10,4	2709	80,9	109	3,3	182	5,4	583	17,4	1065	31,8
5.	2012	3503	391	11,1	2781	79,3	106	3,0	225	6,4	673	19,2	1152	32,8
6.	2013	3645	440	12,1	2868	78,7	120	3,3	217	6,0	715	19,6	1414	38,8
7.	2014	3857	559	14,5	2948	76,4	95	2,5	255	6,6	699	18,1	1439	37,3
8.	2015	4727	681	14,4	3572	75,6	135	2,9	339	7,2	748	15,8	1628	34,4
9.	2016	5692	699	12,3	4458	78,3	140	2,5	395	6,9	873	15,3	1702	29,9
10.	2017	6772	808	11,9	5548	81,9	145	2,2	271	4,0	1132	16,7	2054	30,3

В общем числе проведенных экспертиз 80,4% (5442 экспертизы) проведены по уголовным делам, 19,6% (1330) – по гражданским делам. Среди экспертиз по уголовным делам 85,4% (4646) составили амбулаторные экспертизы, 14,2% (773) – стационарные и 0,4% (23) – заочные и посмертные экспертизы. Среди экспертиз по гражданским делам 67,8% (902) составили амбулаторные, 2,6% (35) – стационарные и 29,6% (393) – заочные и посмертные экспертизы.

Наибольшее увеличение числа судебно-психиатрических экспертиз отмечено в категории подследственных и подсудимых. В 2017 году было проведено 5118 экспертиз в отношении подследственных, что на 947 экспертиз, или на 22,7%, больше, чем в 2016 году. Их доля в общем объеме экспертной работы осталась на прежнем уровне (80,8%). В отношении свидетелей и потерпевших в 2017 году было проведено 324 экспертизы, что соответствует уровню 2015 и 2016 годов. На 33,4% увеличилось число очных экспертиз по гражданским делам (в 2016 году – 673, 2017 году – 902 экспертизы) (таблица 93).

Таблица 93

**Объем судебно-психиатрической экспертной деятельности по контингентам
подэкспертных (без посмертных и заочных экспертиз)**

Номер строки	Год	Всего экспертиз	Подследственные и подсудимые		Свидетели и потерпевшие		Лица, прошедшие по гражданским делам	
			абс. число	про- центов	абс. число	про- центов	абс. число	про- центов
1.	2013	3308	2463	74,5	250	7,5	595	18,0
2.	2014	3507	2573	73,4	302	8,6	632	18,0
3.	2015	4253	3277	77,1	340	8,0	636	14,9
4.	2016	5157	4171	80,9	313	6,1	673	13,0
5.	2017	6334	5118	80,8	324	5,1	902	14,2

С 2013 по 2017 год отмечается двукратное увеличение числа экспертиз по уголовным делам, по сравнению с 2016 годом – на 22,7% (таблица 94). Такой рост количества экспертиз обусловлен изменениями в уголовно-процессуальном законодательстве, согласно которому обязательному направлению на судебно-психиатрическую экспертизу подлежат лица, употребляющие наркотические вещества.

Несмотря на общий рост количества проводимых экспертиз по уголовным делам, общее количество лиц, у которых в процессе судебно-психиатрической экспертизы диагностируются тяжелые хронически психические заболевания, в 2017 году снизилось на 10%. В 2017 году рекомендовано признать невменяемыми 523 человека, что на 55 меньше, чем в 2016 году (578) (таблица 94). Их доля от числа прошедших экспертизу по уголовным делам в 2017 году составила 10,2% (в 2016 году – 13,9%, в 2015 году – 17,1%). Таким образом, отмечено как абсолютное, так и относительное снижение числа невменяемых относительно общего числа лиц, прошедших экспертизу по уголовным делам. Однако эти показатели по-прежнему превышают аналогичные показатели по Российской Федерации почти в 2 раза (доля невменяемых по Российской Федерации в 2015 году – 5,5%).

Таблица 94

Характер экспертных решений в отношении лиц, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам, совершивших общественно опасные деяния

Номер строки	Год	Всего	Невменяемые		Вменяемые		из них						Лица, в отношении которых решение не принято	
							с психическими расстройствами		«ограниченно» вменяемые		психически здоровые			
			абс. число	процент	абс. число	процент	абс. число	процент	абс. число	процент	абс. число	процент	абс. число	процент
1.	2013	2463	411	16,7	1761	71,5	1380	56,0	124	5,0	381	21,6	291	11,8
2.	2014	2573	426	16,6	1857	72,2	1113	59,9	110	4,3	354	19,1	290	11,3
3.	2015	3277	560	17,1	2359	72,0	1287	54,6	120	3,7	407	17,3	358	10,9
4.	2016	4171	578	13,9	3166	75,9	2280	54,7	158	3,8	728	17,5	427	10,2
5.	2017	5118	523	10,2	4152	81,1	3014	58,9	179	3,5	980	19,1	443	8,7

Вменяемые в 2017 году составили 81,1% от числа лиц, прошедших экспертизу по уголовным делам. Это самый высокий показатель с 2008 года. При этом структура вменяемых не претерпела принципиальных изменений: «ограниченно» вменяемые лица с психическими расстройствами составляют 3,5%, вменяемые лица с психическими расстройствами – 58,9%, лица без психических расстройств (психически здоровые) – 19,1%. Некоторое увеличение доли психически здоровых связано с увеличением общего числа судебно-психиатрических экспертиз.

Сохраняется тенденция к увеличению судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам. Так за 2017 год их количество возросло на 10,1%, а за 10 лет – на 87,9% (в 2008 году – 708, в 2017 году – 1330) (таблица 95).

С 2015 по 2017 год количество экспертиз о признании недееспособными и о признании сделок недействительными остается примерно на одном уровне. За этот же период существенно увеличилось число прочих экспертиз по гражданским делам, что обусловлено увеличением количества экспертиз по делам о воспитании детей, а также экспертиз по оспариванию ранее установленного диагноза психического заболевания.

Судебно-психиатрическая экспертная деятельность по гражданским делам

Номер строки	Год	Всего экспертиз абс. число	Признано недееспособными		Признание сделки недействительной		Прочие	
			абс. число	процент	абс. число	процент	абс. число	процент
1.	2013	932	721	77,4	151	16,2	60	6,4
2.	2014	982	762	77,6	166	16,9	54	5,5
3	2015	1110	808	72,8	212	19,1	90	8,1
4.	2016	1208	874	72,4	205	17,0	129	10,6
5.	2017	1330	887	66,7	214	16,1	229	17,2

Ежегодно увеличивается количество несовершеннолетних, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу. С 2008 по 2017 годы произошло увеличение числа таких экспертиз на 675, или в 2,48 раза, при этом их относительная доля в общей структуре экспертной деятельности остается на уровне 17% от общего числа всех экспертиз. В 2017 году она составила 16,7%.

С 2008 по 2017 годы в 2,4 раза увеличилось количество комплексных психолого-психиатрических экспертиз, с 861 до 2054. В общей структуре эти экспертизы стабильно составляют 30% от объема экспертной деятельности.

В 2017 году объем амбулаторных экспертиз по сравнению с 2016 годом увеличился на 24,5%, однако это не привело к увеличению сроков ожидания благодаря организационным мероприятиям по объединению усилий экспертных подразделений и привлечению к работе новых работников.

Психиатрической и психотерапевтической службой проводится постоянный мониторинг суицидальной активности населения Свердловской области. Осуществляется учет всех суицидальных попыток (завершенных и незавершенных), зафиксированных СМП. За период с 2013 по 2017 год этот показатель снизился на 34,3%, с 117,22 попытки на 100 тыс. человек населения в 2013 году до 77,06 в 2017 году. За 2017 год число суицидальных попыток снизилось на 13,4% (в 2016 году – 88,96 попытки на 100 тыс. человек населения). В 2017 году зафиксировано 3183 случая, из них 1696 мужчин (53,3%) и 1487 женщин (46,7%).

Число завершенных суицидов снизилось с 16,9 случая завершенных суицидов на 100 тыс. человек населения в 2016 году до 9,85 в 2017 году.

Среди возрастных групп населения наибольшее число попыток суицида приходится на категорию 25–35 лет (906 случаев), затем следуют возрастная группа 35–45 лет (747), подростки и молодежь до 25 лет (675). В старших возрастах суицидальная активность снижается.

Министерством здравоохранения Свердловской области издан приказ от 07.12.2017 № 2205-п «О совершенствовании мониторинга и профилактики суицидального поведения среди населения в Свердловской области». Формируется методическая база для создания преимущества при оказании суицидологической помощи от первичного звена здравоохранения до специализированной службы.

В Свердловской области работает областной телефон экстренной психологической помощи («телефон доверия»). В 2017 году число обращений, поступивших на «телефон доверия», составило 5851, из них проблемных звонков было 4473, в том числе 3579 на «взрослой» линии и 984 – на «детской». При этом сократилось количество информационно-проверочных звонков. Это говорит о том, что работа телефона доверия стала более интенсивной и направленной на целевую аудиторию.

Создание и обеспечение работы «телефона доверия» является важным направлением работы психиатрической службы, предоставляющей таким образом доступную

высококвалифицированную психологическую помощь лицам в кризисных состояниях и состояниях суицидального риска, профилаксирующую суициды и развитие патологических реакций.

Глава 30. Патологоанатомическая служба

Основная деятельность патологоанатомической службы Свердловской области в 2017 году была направлена на совершенствование лечебно-профилактической помощи населению путем улучшения прижизненной диагностики заболеваний, уточнение причин смерти, обеспечение достоверных данных государственной статистики причин смерти, повышение квалификации патологоанатомов и лечащих врачей, осуществление анализа дефектов диагностики и лечения.

Деятельность патологоанатомической службы регламентируется Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» и от 24.03.2016 № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований».

В структуру патологоанатомической службы Свердловской области входят ГБУЗ СО «Свердловское областное патологоанатомическое бюро», 51 патологоанатомическое отделение и 3 патологоанатомические лаборатории в учреждениях здравоохранения, 8 патологоанатомических отделений и 1 патологоанатомическая лаборатория в медицинских организациях, подведомственных управлению здравоохранения Администрации города Екатеринбурга. Деятельность патологоанатомической службы Свердловской области координируется ГБУЗ СО «Свердловское областное патологоанатомическое бюро» по следующим основным направлениям: диагностическая и консультативная, организационно-методическая, контрольно-экспертная, подготовка кадров и повышение квалификации, совершенствование материально-технической базы, внедрение новых технологий, научно-исследовательская работа.

По состоянию на 31.12.2017 в патологоанатомической службе Свердловской области имелось 177 штатных должностей, из которых были заняты 165 (рисунок 51). Число физических лиц на занятых должностях составило 97, коэффициент совместительства – 1,7. С 2014 года лет число физических лиц остается относительно стабильным, при этом количество штатных должностей по сравнению с 2014 годом уменьшилось на 31,2%.

Укомплектованность врачами-патологоанатомами медицинских организаций в Свердловской области составила 92,9%, что выше, чем по Российской Федерации (86,8% в 2016 году) и ниже, чем по УрФО (94,8%) (рисунок 52).

Патологоанатомические исследования включают в себя прижизненные патологоанатомические исследования по биопсийному (операционному) материалу и патологоанатомические вскрытия (посмертное патологоанатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов).

Укомплектованность врачами-патологоанатомами

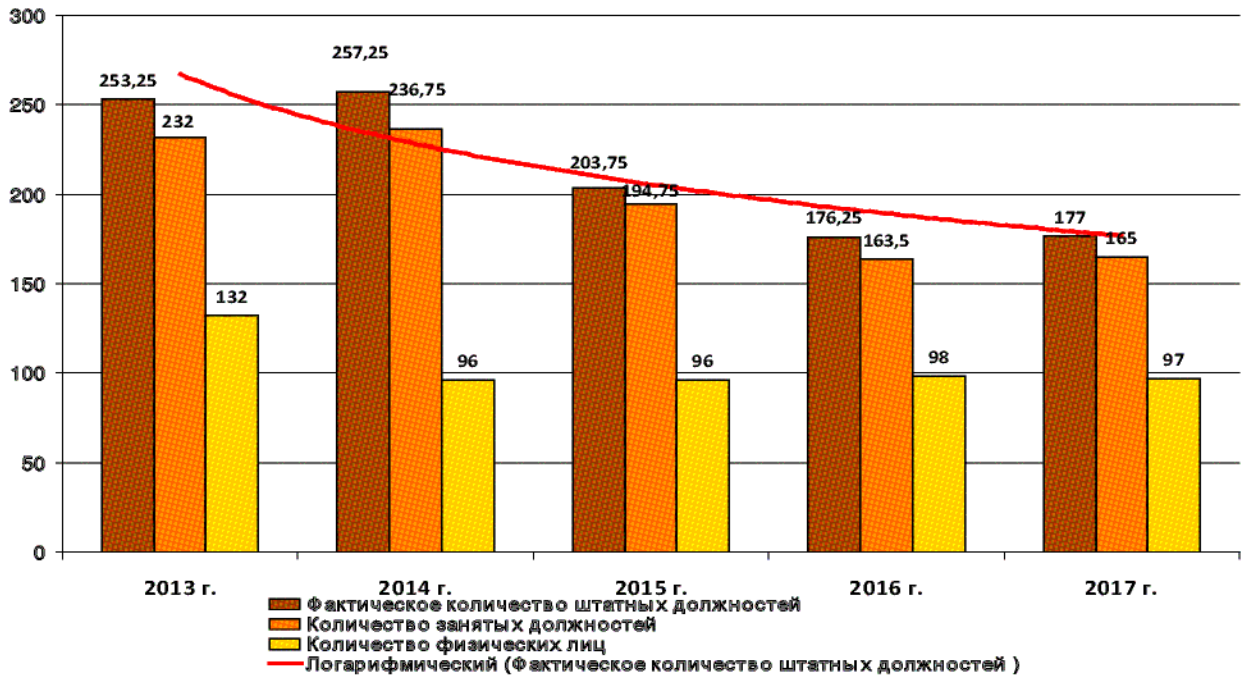


Рис. 51

Прижизненные патологоанатомические исследования проводятся в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи при наличии медицинских показаний. Предметом прижизненного патологоанатомического исследования является изучение макро- и микроскопических изменений фрагментов тканей, органов и последов.

Укомплектованность врачами-патологоанатомами в Российской Федерации, УрФО и Свердловской области (процентов)

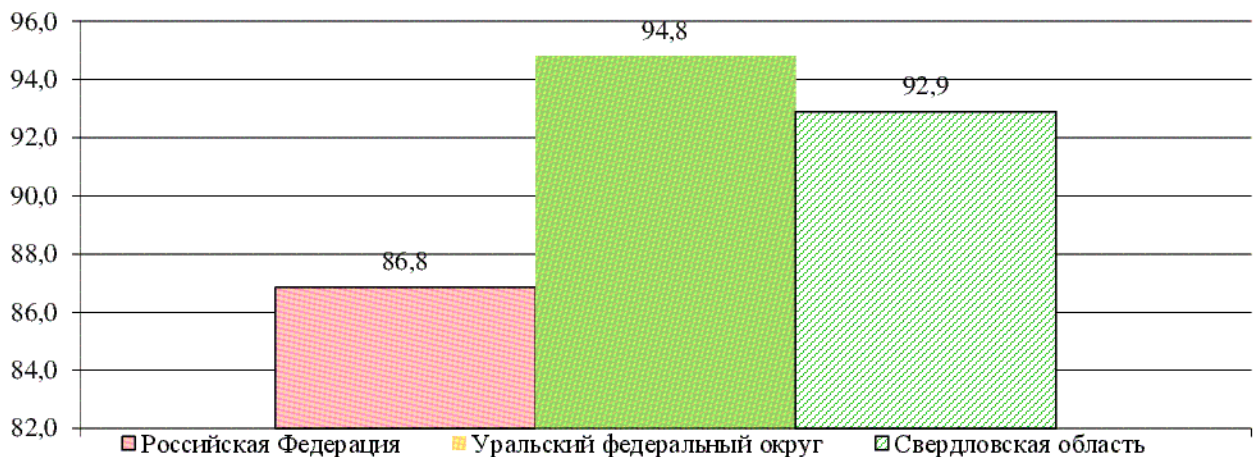


Рис. 52

Количество пациентов, которым проведена прижизненная диагностика заболеваний на основании исследования биопсийного и операционного материала, остается стабильным в 2015–2017 годах, при этом количество исследований за этот период снизилось на 32,4% (рисунок 53).

**Показатели деятельности по прижизненной патологоанатомической диагностике
в 2013–2017 годах (абсолютные цифры)**

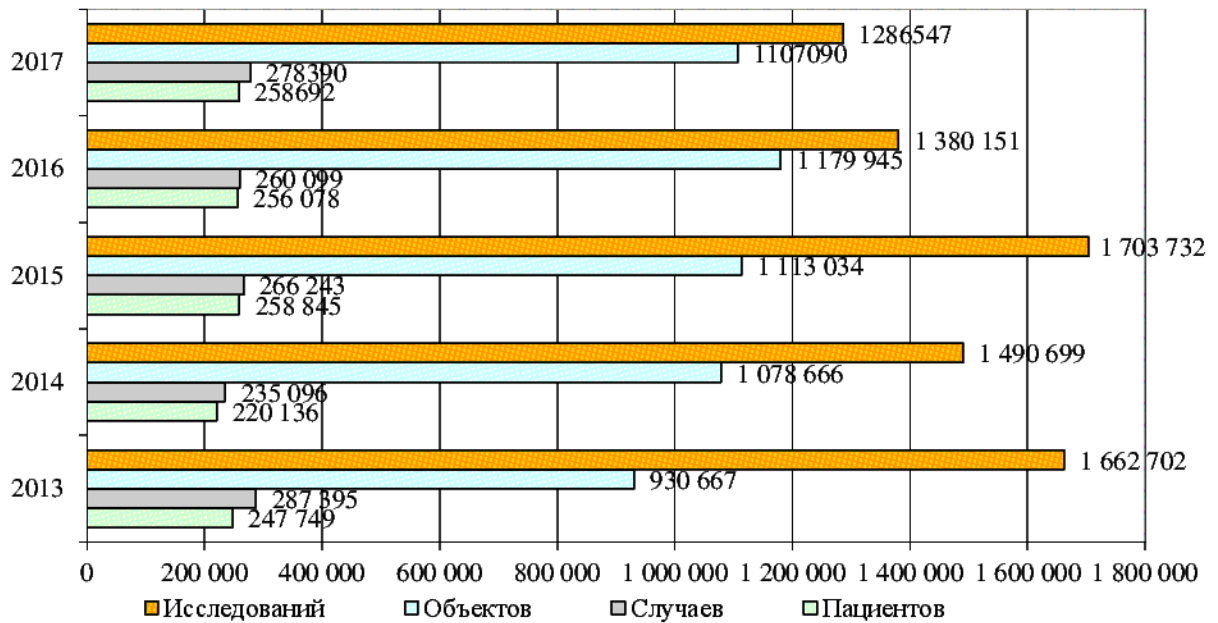


Рис. 53

В 2017 году прижизненные патологоанатомические исследования проведены 258 692 пациентам, что на 1% больше, чем в 2016 году. Медицинские организации, не имеющие в своем составе патологоанатомических отделений, в соответствии с Федеральным законом от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» должны проводить аукционы на приобретение услуг на прижизненные патологоанатомические исследования, в которых в ряде случаев побеждают исполнители из других регионов Российской Федерации.

Особое место в работе врача-патологоанатома занимает посмертная патологоанатомическая диагностика (рисунок 54). Значение этого вида работы определяется прежде всего необходимостью контроля достоверности и адекватности проведенных профилактических, диагностических и лечебных мероприятий в медицинских организациях, а также обеспечения органов государственной статистики достоверной информацией о причинах смерти населения.

**Показатели деятельности по посмертной патологоанатомической диагностике
в 2013–2017 годах (количество вскрытий)**

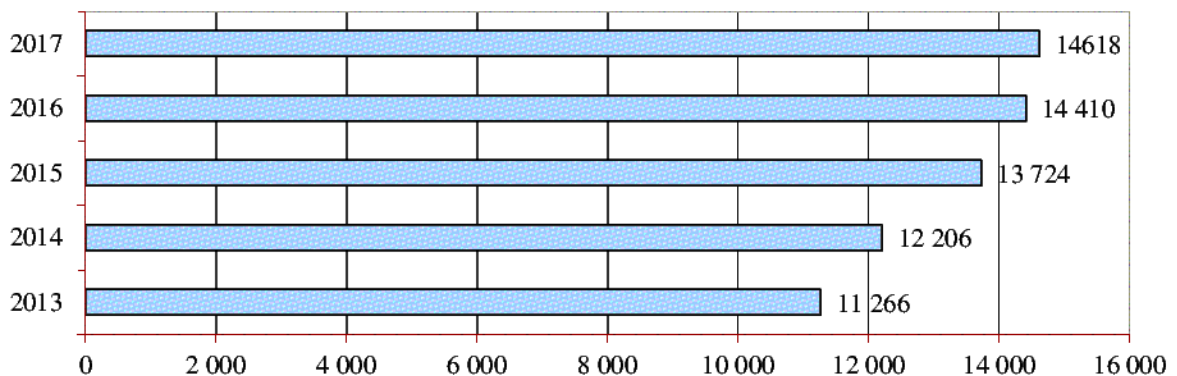


Рис. 54

В Свердловской области с 2013 года отмечается ежегодное увеличение количества проведенных патологоанатомических исследований умерших, в 2017 году их выполнено 14 618, что на 2,5% больше чем в 2016 году и на 23% больше чем в 2013 году. Данные показатели по патологоанатомической службе Свердловской области выше средних показателей по УрФО и Российской Федерации за 2013–2017 годы (рисунок 55).

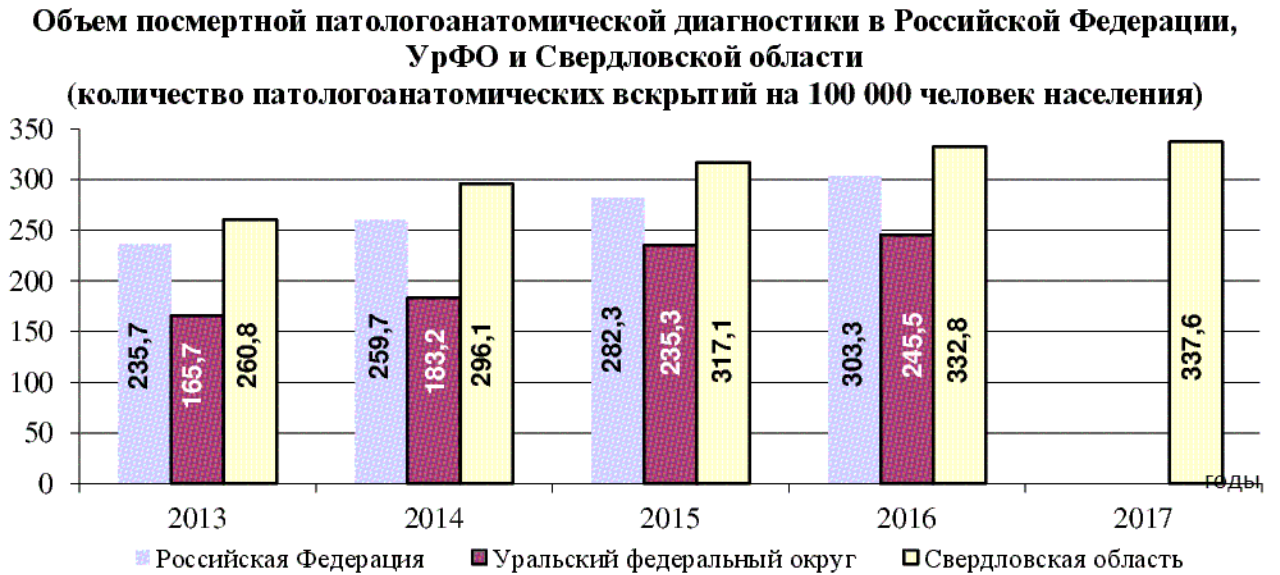


Рис. 55

Раздел 7. Характеристика основных параметров реализации программ лекарственного обеспечения в 2017 году и перспективы до 2021 года

Лекарственное обеспечение населения и медицинских организаций в 2017 году осуществляли 1885 аптечных организаций разных форм собственности, в том числе 1145 аптек, 740 организаций мелкорозничной сети (аптечных пунктов и киосков), 75 индивидуальных предпринимателей (далее – аптечные организации). В сельских населенных пунктах, где отсутствуют аптечные организации, лекарственное обеспечение населения осуществляли 110 обособленных подразделений медицинских организаций (ФАП, ОВП), имеющих лицензию на осуществление фармацевтической деятельности. На территории Свердловской области работали 89 предприятий оптовой торговли. Производство лекарственных препаратов осуществляет 8 региональных заводов-производителей.

Количество аптечных организаций в 2017 году в Свердловской области возросло по сравнению с 2016 годом на 5% (92 организации). В 2017 году в среднем по Свердловской области одна аптечная организация обслуживала 2209 человек.

Объем рынка лекарственных препаратов в Свердловской области в 2017 году составил 35,4 млрд. рублей (на 5% больше, чем в 2016 году), в том числе:

государственный госпитальный сектор – 5,34 млрд. рублей (15%);

государственный амбулаторный сектор – 6,65 млрд. рублей (19%), в том числе за счет средств федерального бюджета – 4,8 млрд. рублей;

сектор коммерческой розницы – 23,43 млрд. рублей (66%).

В целом потребление лекарственных препаратов на одного жителя Свердловской области увеличилось с 7815 рублей в 2016 году до 8180 рублей в 2017 году, в том числе потребление через розничную сеть – 5411 рубля (в 2016 году – 5050 рублей), за счет бюджетов всех уровней и средств ОМС – 2769 рублей (в 2016 году – 2766 рублей).

Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, осуществлялось по федеральным и областным программам:

1) программа обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг в рамках Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», необходимыми лекарственными препаратами (далее – программа ОНЛП) в 2017 году реализовывалась в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от 11.03.2013 № 291-ПП «Об обеспечении реализации полномочий Российской Федерации в области оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, на территории Свердловской области».

Закупки проводились в рамках Перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, согласно приложению № 2 к распоряжению Правительства Российской Федерации от 26.12.2015 № 2724-р.

На 31.12.2017 в Свердловской области количество граждан, имеющих право на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, составило 109 532 человека. Количество льготников увеличилось на 10 973 человека в сравнении с 2016 годом и составило 120 505 человек.

Объем средств, предусмотренных бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных полномочий, рассчитывался исходя из численности граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от получения социальной услуги, и норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина в 2017 году – 807,2 рубля.

Основные показатели, характеризующие выполнение программы ОНЛП в Свердловской области в 2013–2017 годах, представлены в таблице 96.

Таблица 96

**Основные показатели реализации программы ОНЛП
в Свердловской области в 2013–2017 годах**

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	В 2017 году в процентах к уровню 2016 года
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Количество граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, человек	135 828	130 643	123 853	121 237	120 505	99
2.	Количество граждан, обратившихся за лекарственной помощью, человек	89 038	85 708	79 683	78 165	77 237	99
3.	Выписано рецептов, штук	2 080 371	1 903 525	1 915 101	1 808 556	1 845 967	102
4.	Обеспечено рецептов, штук	2 079 613	1 902 336	1 914 477	1 808 074	1 845 532	102

1	2	3	4	5	6	7	8
5.	Обеспечено рецептов на сумму, млрд. рублей	1,40	1,27	1,33	1337,7	1378,4	103
6.	Количество рецептов на 1 человека, штук	23	21	24	23	24	104
7.	Сумма на 1 человека, рублей	15 670	14 780	16 707	17 113	17 846	104
8.	Средняя стоимость 1 рецепта, рублей	670,9	666	695	740	683	99

Объем финансирования по программе ОНЛП на 2017 год составил 1475,562 млн. рублей, что на 4% меньше, чем в 2016 году.

Назначение лекарственных препаратов и выписку рецептов осуществляли 122 медицинские организации, 5344 врача, 2659 фельдшеров. В работе по льготному лекарственному обеспечению участвовали 293 пункта отпуска лекарственных препаратов, в том числе 140 аптек, 43 аптечных пункта, 110 ФАП.

Доля федеральных льготников, сохранивших за собой право на получение льготных лекарств, в течение ряда лет сохраняется на уровне 30%, что выше среднероссийского показателя.

Для полноценного обеспечения лекарственными препаратами льготных категорий граждан Министерством здравоохранения Свердловской области проводятся мероприятия по рациональному расходованию выделенных финансовых средств. Одним из эффективных направлений является импортозамещение. Так, благодаря закупкам преимущественно отечественных препаратов Свердловская область входит в первую десятку регионов Российской Федерации, закупающих наибольшее количество препаратов по минимальным ценам,

2) лекарственное обеспечение больных ЗН лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей в 2017 году осуществлялось в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей» (далее – федеральная программа «7 нозологий»). Закуп лекарственных препаратов производился Министерством здравоохранения Российской Федерации, поставка лекарственных препаратов осуществлялась централизованно.

В постоянном режиме организована работа по формированию федерального регистра по федеральной программе «7 нозологий». Число льготников, включенных в региональный сегмент федерального регистра, в 2017 году увеличилось по сравнению с 2016 годом на 620 человек и составило 6194 человека. Наибольший рост числа пациентов зафиксирован по ЗН лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей и рассеянному склерозу. Дальнейшее развитие высокотехнологичной помощи также предопределяет рост количества операций по трансплантации органов и тканей.

В 2017 году за счет средств федерального бюджета получено лекарственных препаратов для обеспечения больных по федеральной программе «7 нозологий» в объеме 1344,99 млн. рублей (таблица 97). Поставка лекарственных препаратов осуществлялась централизованно;

**Финансирование федеральной программы «7 нозологий»
в Свердловской области в 2017 году**

(абсолютные значения)

Номер строки	Нозологические формы заболеваний	Сумма (млн. рублей)
1.	Всего по нозологиям	1344,99
2.	Болезнь Гоше	487,6
3.	Гемофилия	37,9
4.	Гипофизарный нанизм	4,9
5.	Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	35,3
6.	Муковисцидоз	472,11
7.	Рассеянный склероз	276,9
8.	Трансплантация	30,07

3) лекарственное обеспечение лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, осуществлялось за счет средств федерального бюджета в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1438 «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также о реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С», постановлением Правительства Свердловской области от 10.04.2013 № 465-ПП «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1438 «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также о реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С».

Основные показатели реализации федеральной программы «7 нозологий» отражены в таблице 98.

Таблица 98

**Основные показатели реализации федеральной программы «7 нозологий»
в Свердловской области в 2013–2017 годах**

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	В 2017 году в процентах к 2016 году
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Количество граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, включенных в федеральный регистр, человек	4182	4830	5284	5574	6194	111
2.	Количество граждан, обратившихся за лекарственной помощью,	2750	2647	2812	3084	4036	131

1	2	3	4	5	6	7	8
	человек						
3.	Выписано рецептов, штук	21 956	23 237	24 375	25 130	27 147	108
4.	Обеспечено рецептов, штук	21 956	23 237	24 375	25 130	27 147	108
5.	Обеспечено рецептов на сумму (млн. рублей)	1141,6	1299,6	1296,3	1499,7	1521,6	101
6.	Количество рецептов на 1 человека, штук	7,9	8,8	9	8	7	84
7.	Сумма на 1 человека, рублей	412 740	490 956	460 996	486 279	377 015	78
8.	Средняя стоимость 1 рецепта, рублей	51 997	55 926	53 182	59 677	56 051	94

В 2017 году для Свердловской области финансовое обеспечение закупок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, составило 1959 млн. рублей, что на 4,6% меньше, чем в 2016 году. Лекарственную помощь получили 27 644 человека, что на 9,7% больше, чем в 2016 году. Отпущено 673 тыс. упаковок лекарственных препаратов на сумму 1792 млн. рублей. В среднем один обратившийся льготник получил лекарственных препаратов на 64 824 рубля, средняя стоимость упаковки составила 2664 рубля.

В соответствии с Федеральным законом от 3 июля 2016 года № 286-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» полномочия по закупке данной группы препаратов с 2017 года переданы в Министерство здравоохранения Российской Федерации;

4) лекарственное обеспечение больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя за счет средств федерального бюджета осуществлялось в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 16.10.2013 № 928 «О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий».

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочия по закупке данной группы препаратов с 2017 года переданы в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Для обеспечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в 2017 году закуплены антибактериальные и противотуберкулезные лекарственные препараты (второго ряда) на сумму 175 млн. рублей, что на 35% больше, чем в 2016 году.

Лекарственную помощь получили 4053 человека, отпущено 235 тыс. упаковок лекарственных препаратов на сумму 111 млн. рублей. В среднем в год один пациент получил лекарственных препаратов на сумму 27 391 рубль, средняя стоимость упаковки составила 472 рубля;

5) лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан за счет средств областного бюджета в 2017 году осуществлялось в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», которым утвержден перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50%-й скидкой. Во исполнение указанного постановления, в целях повышения эффективности и доступности бесплатного и льготного лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении граждан, проживающих в Свердловской области, в 1997 году была разработана областная программа «Доступные лекарства», реализация которой в 2017 году осуществлялась в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от 16.11.2010 № 1658-ПП «О порядке предоставления мер социальной

поддержки по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, проживающих в Свердловской области, за счет средств областного бюджета».

В перечень лекарственных препаратов, отпускаемых в рамках областной программы «Доступные лекарства», входят 142 международных непатентованных наименования и 231 форма выпуска лекарственных средств.

В работе по льготному лекарственному обеспечению участвовал 301 пункт отпуска лекарственных препаратов, в том числе 150 аптек и 42 аптечных пункта, 109 ФАП.

Объем финансовых средств в 2017 году составил 1108,55 млн. рублей, что на 3% меньше, чем в 2016 году.

В 2017 году в фармацевтические организации Свердловской области поступило 177 международных непатентованных наименований лекарственных препаратов на сумму 1153,107 млн. рублей.

Количество льготников, обратившихся за лекарственной помощью в 2017 году, уменьшилось на 5%, почти все показатели исполнения областной программы «Доступные лекарства» выросли (таблица 99).

Таблица 99

**Основные показатели реализации областной программы
«Доступные лекарства» в Свердловской области в 2013–2017 годах**

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	В 2017 году в процентах к уровню 2016 года
1.	Количество граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, включенных в областной регистр, человек	226 922	224 868	225 177	275 573	260 621	95
2.	Количество граждан, обратившихся за лекарственной помощью, человек	194 886	176640	167 717	179 489	178 557	99
3.	Выписано рецептов, штук	1 446 982	1 483 641	1 638 007	1 741 533	1 948 850	112
4.	Обеспечено рецептов, штук	1 446 455	1 482 694	1 637 480	1 741 022	1 948 302	112
5.	Сумма отпуска лекарственных средств, млн. рублей	696,925	791,567	980,027	1 066,641	1 115,2	105
6.	Выписано рецептов на 1 обратившегося льготника, штук	7,42	8,4	10	9,7	11	112
7.	Отпуск лекарственных средств на 1 обратившегося льготника в год, рублей	3576	4481,24	5843	5942	6245	105
8.	Стоимость 1 бесплатного рецепта, рублей	481,82	533,87	599	612	572	94

Самыми дорогостоящими заболеваниями в 2017 году остались сахарный диабет, бронхиальная астма, онкология, эпилепсия и глаукома. Доля затрат на лекарственные препараты для лечения данных заболеваний в целом в течение ряда лет составляет в среднем более 90% от общего объема финансирования областной программы «Доступные лекарства», в 2017 году заметно выросла доля отпуска препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Обеспечение граждан по жизненным показаниям лекарственными препаратами, не включенными в Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых в рамках областной программы «Доступные лекарства», но входящими в стандарты медицинской помощи и Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, осуществлялось в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 09.08.2013 № 1024-п «Об обеспечении за счет средств областного бюджета жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и перевязочными средствами, не входящими в перечни, утвержденные федеральными и областными нормативными правовыми актами, отдельных категорий граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, имеющих право на меры социальной поддержки по лекарственному обеспечению, в рамках оказания им первичной медико-санитарной помощи».

В 2017 году 347 человек были обеспечены лекарственными препаратами на сумму 122 978 тыс. рублей, из них 65% составили лекарственные препараты для лечения онкологических заболеваний, 18,6% – сердечно-сосудистых заболеваний;

б) за счет средств областного бюджета в 2017 году осуществлялось бесплатное лекарственное обеспечение граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями, при амбулаторном лечении в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от 12.07.2012 № 785-ПП «О мерах социальной поддержки по лекарственному обеспечению граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, страдающих социально значимыми заболеваниями».

В 2017 году Министерством здравоохранения Свердловской области для выполнения государственных функций по обеспечению граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями, в пределах выделенного финансирования сформирован государственный заказ и произведен закуп лекарственных препаратов на сумму 135,13 млн. рублей (таблица 100).

Лекарственную помощь получили 33 975 пациентов, отпущено 308 тыс. упаковок лекарственных препаратов на сумму 136,9 млн. рублей. Один пациент в среднем в год получил лекарственных препаратов на сумму 4029 рублей, средняя стоимость одной упаковки составила 445 рублей.

Таблица 100

Финансирование областной программы лекарственного обеспечения граждан, страдающих отдельными социально значимыми заболеваниями, на амбулаторном этапе в 2013–2017 годах, в разрезе нозологических форм

Номер строки	Нозологические формы заболеваний	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	(млн. рублей)
							В 2017 году в процентах к уровню 2016 года
1.	Туберкулез	42,29	41,2	32,32	25,73	24,06	94
2.	Вирусные гепатиты В и С	53,08	53,3	83,94	84,92	80,5	95
3.	ВИЧ-инфекции	12,5	9,9	10,3	24,48	30,57	125
4.	Всего	208,64	132,6	126,29	135,13	135,13	107

7) льготное лекарственное обеспечение граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от 26.10.2012 № 1202-ПП «Об утверждении Порядка организации обеспечения граждан, проживающих в Свердловской области, лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания для лечения заболеваний, включенных в перечень

жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, за счет средств областного бюджета».

По итогам 2017 года в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, внесены 492 человека (в том числе 265 детей).

Льготное лекарственное обеспечение в 2017 году профинансировано на сумму 498,9 млн. рублей, обслужено 2189 рецептов, средняя стоимость рецепта составила 269211 рублей (таблица 101).

Таблица 101

Основные показатели реализации областной программы обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, в 2013–2017 годах

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	В 2017 году в процентах к уровню 2016 года
1.	Количество льготников, человек	523	433	465	488	492	108
2.	Количество льготников, обратившихся за лекарственной помощью, человек	129	123	135	283	296	209
3.	Выписано рецептов, штук	1000	1175	1282	1980	2189	154
4.	Обеспечено рецептов, штук	1000	1175	1282	1980	2189	154
5.	Сумма отпуска лекарственных средств, млн. рублей	194,3	295,7	399,3	564,2	589,3	141
6.	Выписано рецептов на 1 обратившегося льготника, штук	7	10	9	7	7,4	7
7.	Отпуск лекарственных средств на 1 обратившегося льготника в год, рублей	1 506 039	2 403 707	2 958 105	1 993 551	1999896	67
8.	Стоимость 1 бесплатного рецепта, рублей	194 279	251 622	311 501	284 936	269211	91

За 5 лет реализации областной программы обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, объемы финансирования выросли, численность граждан получающих лекарственную помощь увеличилась в 2 раза, финансовая доля ее в объеме региональных программ льготного лекарственного обеспечения возросла до 29%.

Значительное и постоянное увеличение финансовой нагрузки связано со спецификой лечения данной группы пациентов:

- 1) пожизненное применение препаратов, постоянное увеличение потребности в препаратах по мере роста детей и увеличения массы тела;
- 2) применение дорогостоящих инновационных лекарственных препаратов;
- 3) применение лекарственных препаратов, не зарегистрированных на территории Российской Федерации;
- 4) появление новых способов диагностики ведет к увеличению количества новых случаев, выявленных на ранних стадиях заболеваний.

Реализация программ льготного лекарственного обеспечения на территории Свердловской области осуществлялась с использованием программного продукта (информационной системы) АСУЛОН «М-Аптека+ЛПУ». В 2017 году гражданам, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение (454 тыс. человек), в данной информационной системе было выписано 3,8 млн. рецептов. В числе пользователей системы 122 медицинские организации, 183 аптечные организации, 2 уполномоченные фармацевтические организации,

2 органа управления здравоохранением (Министерство здравоохранения Свердловской области, управление здравоохранения Администрации города Екатеринбурга).

В соответствии с Территориальной программой лекарственные препараты для медицинского применения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара предоставлялись бесплатно в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

В общей структуре расходов на медицинскую помощь доля расходов на лекарственное обеспечение в стационарных условиях увеличилась с 14,4% в 2012 году до 17,4% в 2017 году.

В целях рационального расходования бюджетных средств, снижения межмуниципальной дифференциации, повышения доступности и качества лекарственного обеспечения пациентов в государственных медицинских организациях Свердловской области Министерством здравоохранения Свердловской области проводятся мероприятия по организации совместных аукционов на закупку лекарственных препаратов. Для указанных целей сформирована номенклатура наиболее востребованных в лечебном процессе препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых в рамках Территориальной программы. При формировании номенклатуры использованы результаты анализа мониторинга закупок лекарственных препаратов медицинскими организациями Свердловской области. Регламент взаимодействия участников совместных аукционов на закупку лекарственных препаратов утвержден приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 14.11.2016 № 2048-п «Об утверждении Регламента взаимодействия участников совместных аукционов за закупку лекарственных препаратов».

Система организации совместных аукционов показала высокую экономическую эффективность. С учетом положительного опыта их проведения принято решение о дальнейшем проведении совместных аукционов с расширением номенклатуры лекарственных препаратов.

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации в целях обеспечения эффективного контроля качества лекарственных средств, находящихся в обращении, и борьбы с их фальсификацией с 2017 года реализуется проект внедрения автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя с использованием маркировки (кодификации) и идентификации упаковок лекарственных средств. С 01.01.2020 все лекарственные препараты, производимые и ввозимые на территорию Российской Федерации, будут промаркированы контрольными идентификационными знаками. Для внедрения системы маркировки на региональном уровне издан приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.12.2017 № 2467-п «О введении в эксплуатацию Федеральной государственной информационной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя на территории Свердловской области».

В целях совершенствования системы лекарственного обеспечения Свердловской области в период 2018–2020 годов Министерством здравоохранения Свердловской области планируется:

- 1) продолжить формирование системы рационального использования качественных лекарственных препаратов для медицинского применения;
- 2) наращивать объем использования лекарственных препаратов отечественного производства для обеспечения граждан, имеющих право на меры социальной поддержки по лекарственному обеспечению в соответствии с законодательством Российской Федерации (в 2017 году данный показатель составил 79%);
- 3) повышать полноту сбора и анализа информации о качестве лекарственных средств, поступивших в обращение в медицинские и аптечные организации государственной и муниципальной форм собственности Свердловской области (в 2017 году данный показатель составил 75,9%);
- 4) повышать доступность лекарственных препаратов при оказании медицинской

помощи в амбулаторных и стационарных условиях (уровень удовлетворенности спроса на лекарственные препараты по категориям граждан, подлежащих социальной защите в соответствии с законодательством, в 2016 году составил 99,9%);

5) обеспечить плановое поэтапное внедрение системы маркировки лекарственных препаратов для всех участников цикла обращения лекарственных препаратов (производители, оптовые фармацевтические организации, аптечные организации, медицинские организации) для более эффективного контроля качества лекарственных средств, снижения неэффективных расходов бюджетных средств, контроля адресности движения препаратов, оперативного планирования и управления запасами лекарственных препаратов.

Раздел 8. Кадровые ресурсы здравоохранения в 2017 году. Перспективы обеспеченности врачебным и сестринским персоналом на 2021 год

На основании распоряжения Правительства Российской Федерации от 15.04.2013 № 614-р в Свердловской области постановлением Правительства Свердловской области от 26.04.2013 № 534-ПП «Об утверждении Программы «Развитие кадров здравоохранения Свердловской области» на 2013–2017 годы» была утверждена программа «Развитие кадров здравоохранения Свердловской области» на 2013–2017 годы (далее – Кадровая программа), согласованная Министерством здравоохранения Российской Федерации. Кроме того, в Свердловской области реализуется подпрограмма 6 «Кадровое обеспечение здравоохранения Свердловской области» Государственной программы, в рамках которой предусмотрено финансирование мероприятий Кадровой программы.

В 2017 году срок действия Кадровой программы завершен, реализация мероприятий Кадровой программы будет продолжена в рамках Государственной программы. С 2017 года по 2025 год Правительство Свердловской области реализует приоритетный региональный проект «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами на территории Свердловской области» (далее – Приоритетный проект), паспорт которого утвержден протоколом заседания Совета при Губернаторе Свердловской области по приоритетным стратегическим проектам Свердловской области от 29.12.2017 № 49-ЕК.

В рамках Приоритетного проекта и Государственной программы предусмотрена реализация следующих мероприятий:

1) повышение квалификации и управление качеством профессиональных компетенций медицинских работников, в том числе целевое обучение управленческих кадров, специалистов участковой, лабораторной служб, обучение технологиям реабилитации и паллиативной помощи, внедрение непрерывного медицинского образования;

2) проведение оценки уровня квалификации медицинских работников (развитие процедуры аккредитации);

3) повышение обеспеченности населения медицинскими работниками, прежде всего в амбулаторном звене, в том числе увеличение целевого набора абитуриентов, повышение престижа профессий медицинских работников, реализация мер социальной поддержки (компенсационные выплаты врачам и фельдшерам ФАП, обеспечение жильем молодых специалистов, компенсация аренды жилых помещений, выплата пособий на обустройство хозяйства, дополнительный «губернаторский» набор студентов, обучающихся по целевому направлению за счет средств областного бюджета, увеличение приема студентов, обучающихся по целевому направлению за счет федерального бюджета, выплата дополнительной стипендии студентам 1, 2, 3 курсов и ординаторам, обучающимся по целевому направлению).

Общая численность врачей по Свердловской области (без учета федеральных медицинских организаций в Свердловской области) в 2017 году составила 12 984 человека, что на 2,4% меньше, чем в 2016 году (13 299 человек, в 2015 году – 13 390 человек). В медицинские организации в Свердловской области в 2017 году приняты 566 врачей, уволен 881. Обеспеченность врачами (без учета федеральных медицинских организаций в Свердловской

области) составила 28,0 специалиста на 10 тыс. человек населения (в 2016 году – 31,9; в 2015 году – 32,2).

Из общего числа врачей в сельской местности работает 491 человек (4,1%). За 2017 год численность врачей, работающих в сельской местности, сократилась на 5,6%.

Более благополучна ситуация с обеспеченностью врачами в городе Екатеринбурге, Западном и Южном управленческих округах, сложная кадровая ситуация сложилась в Северном, Горнозаводском и Восточном управленческих округах.

Приведение в соответствие штатных расписаний с нормативами и порядками оказания медицинской помощи отразилось на укомплектованности врачебных должностей физическими лицами. Укомплектованность врачебных должностей в 2017 году по сравнению с 2012 годом повысилась на 24%.

По итогам 2017 года дефицит врачей, оказывающих медицинскую помощь в первичном звене, сохраняется, что требует принятия дополнительных мер по привлечению медицинских кадров.

Численность врачей клинических специальностей в 2017 году снизилась на 1,8% и составила 8254 человека (в 2016 году – 8403; в 2015 году – 8436). Их удельный вес составил 68,1%, а обеспеченность населения – 19,1 специалиста на 10 тыс. человек населения.

Общая численность среднего медицинского персонала Свердловской области сократилась на 3,5% и составила 35 895 человек (в 2016 году – 37 193 человека, в 2015 году – 37 991 человек), приняты на работу 1103 человека, уволен 2401. Обеспеченность средним медицинским персоналом составила 81,0 специалиста на 10 тыс. человек населения (в 2016 году – 89,3; в 2015 году – 91,3). За 2017 год численность средних медицинских работников, работающих в сельской местности, сократилась на 8,2% и составила 3163 человека (8,4% от общего числа среднего медицинского персонала, работающего в отрасли). Укомплектованность должностей средних медицинских работников в 2017 году по сравнению с 2012 годом повысилась на 20%.

На снижение численности медицинских работников повлияли оптимизация структуры коечного фонда медицинских организаций, повышение требований и нагрузки на медицинских работников в связи с переводом работников на эффективные контракты, что привело к принятию медицинскими работниками решения о выходе на пенсию по старости. Кроме того, снижение численности медицинских работников связано с оттоком кадров в негосударственные медицинские организации.

Соотношение врач/средний медицинский работник по итогам 2017 года составляет 1/2,9; в 2016 году данное соотношение было 1/2,8; в 2015 году – 1/2,84.

В 2016–2017 годах производился расчет потребности в медицинском персонале в соответствии с методиками, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах» и от 06.07.2016 № 486 «О методике расчета потребности в специалистах со средним профессиональным (медицинским) образованием». Согласно расчету потребности дефицит врачебных кадров по Свердловской области составляет 975 врачей, в том числе для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – 840, в службе СМП – 180; профицит врачебных кадров сложился в стационарном звене (45 человек).

Наиболее востребованными в Свердловской области являются следующие специальности: кардиология, неврология, хирургия, отоларингология, офтальмология, наркология, фтизиатрия, онкология.

Учитывая такую потребность, решаются вопросы по формированию заявок в ординатуру за счет федерального и областного бюджетов, большое внимание уделяется вопросу разделения компетенций и должностных обязанностей врачей и среднего медицинского персонала.

Согласно расчету потребности в среднем медицинском персонале, в Свердловской области наблюдается профицит этой категории медицинских работников.

Для решения кадровой проблемы на официальном сайте Министерства здравоохранения Свердловской области (www.minzdrav.midural.ru) в разделе «Кадровая политика» – «Вакансии»

публикуется потребность учреждений здравоохранения в специалистах с высшим и средним медицинским образованием. В ежемесячном режиме проводится мониторинг актуальности и полноты заполнения всеми подведомственными учреждениями вакансий на портале «Общероссийская база вакансий «Работа в России». За период 2013–2017 годов на территорию Свердловской области из других регионов прибыли 490 врачей и 378 средних медицинских работников.

Целевое обучение абитуриентов осуществляется ФГБОУ ВО УГМУ за счет средств областного бюджета. В 2017 году было принято постановление Правительства Свердловской области от 21.12.2017 № 970-ПП «Об утверждении Порядка направления граждан на обучение в организацию, осуществляющую образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, за счет средств областного бюджета», которым предусмотрено целевое обучение в ординатуре. За счет средств федерального бюджета обучение осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 27.11.2013 № 1076 «О порядке заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении».

В 2017 году за счет средств областного бюджета по направлениям учреждений здравоохранения в ФГБОУ ВО УГМУ начал обучение 81 студент (61 – на лечебно-профилактическом и 20 – на педиатрическом факультете). С 2017 года введен дополнительный целевой набор за счет средств областного бюджета в количестве 45 ординаторов для подготовки специалистов по наиболее дефицитным врачебным специальностям.

На целевую подготовку за счет средств федерального бюджета в 2017 году поступили 167 человек (100 – на лечебно-профилактический, 60 – на педиатрический, 3 – на стоматологический, 4 – на фармацевтический факультет).

Ежегодно проводится мониторинг исполнения договоров целевой подготовки медицинских и фармацевтических кадров в части трудоустройства. Выпуск ФГБОУ ВО УГМУ в 2017 году составил:

после окончания целевой интернатуры – 118 человек, обучавшихся за счет средств федерального бюджета, из которых трудоустроены 102 человека, или 86,4%;

после окончания ординатуры – 56 человек, обучавшихся за счет средств федерального бюджета, из которых трудоустроены 47 человек, или 83,9%.

Таким образом, показатель трудоустройства выпускников, обучавшихся по целевым направлениям, составил 85,6%.

В 2017 году ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» окончили 2629 человек, из них 156 специалистов, обучавшихся по целевым направлениям. Показатель трудоустройства выпускников составил 78,1% и 95,0% соответственно (2053 и 148 человек).

В отношении выпускников, не прибывших к месту отработки, проводится работа по взысканию денежных средств в судебном порядке.

В 2017 году в Министерство здравоохранения Российской Федерации направлено гарантийное письмо, в котором Свердловская область гарантирует соблюдение условий договоров о целевом обучении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в части предоставления гражданину, заключившему договор о целевом обучении, в период обучения мер социальной, в том числе финансовой поддержки, организации учебной, производственной и преддипломной практики гражданина, а также его трудоустройства в организацию, указанную в договоре о целевом обучении, в соответствии с полученной квалификацией.

В рамках Государственной программы с 2018 года реализация мер социальной поддержки в виде выплаты за счет средств областного бюджета 2 раза в год по окончании каждого семестра (в размере 36 000 рублей) студентам 1, 2, 3 курсов, обучающимся по образовательным программам специалитета по направлениям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Фармация» в рамках установленных контрольных цифр приема граждан на обучение и ординаторов, обучающихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и заключивших договор о целевом обучении, а также студентам

1, 2, 3 курсов, обучающимся по образовательным программам специалитета по направлениям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Фармация», направленным на обучение за счет средств областного бюджета, заключившим договор на подготовку специалиста и ординатора за счет средств областного бюджета, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, для нужд медицинских организаций государственной (муниципальной) системы здравоохранения Свердловской области.

В 2018 году будет произведен дополнительный «губернаторский» набор 50 студентов в рамках Государственной программы, что позволит значительно увеличить число студентов-целевиков. Кроме того, в рамках Приоритетного проекта будет выстроена система преемственности в образовании «школа» – «образовательная организация» – «медицинская организация», что повысит уровень профессиональной ориентации абитуриентов.

По заданию Губернатора Свердловской области создана рабочая группа, которая позволит внедрить новые формы взаимодействия с медицинскими организациями: при распределении выпускников будут присутствовать представители администраций МО, главные врачи медицинских организаций, будут оперативно решаться вопросы социальных гарантий для выпускников, в том числе предоставления им муниципального жилья.

В целях укомплектования учреждений здравоохранения в Министерство здравоохранения Российской Федерации направлено письмо об увеличении контрольных цифр приема за счет ассигнований федерального бюджета для ФГБОУ ВО УГМУ в 2019 году в следующих объемах: по специальности «лечебное дело» – на 40 мест, «педиатрия» – на 40 мест; «стоматология» – на 10 мест. В случае положительного решения вопроса количество мест в 2019 году составит по специальности «лечебное дело» 315 человек, «педиатрия» – 170 человек. За счет средств областного бюджета в 2018–2019 годах планируется принять на лечебно-профилактический и педиатрический факультеты 180 человек.

Важнейшей составляющей обеспечения медицинских организаций медицинскими кадрами является их квалификация и поддержание необходимого профессионального уровня.

Министерством здравоохранения Свердловской области совместно с ФГБОУ ВО УГМУ разработан план работы по обучению специалистов. В ФГБОУ ВО УГМУ ежегодно проходят повышение квалификации и профессиональную переподготовку специалисты с высшим медицинским и фармацевтическим образованием.

По программам дополнительного профессионального образования в 2017 году обучились 2483 врача, по программам профессиональной переподготовки – 90 врачей, с 2017 года организовано целевое обучение участковых врачей-терапевтов и врачей-педиатров по программе повышения квалификации для врачей первичного звена.

По программам дополнительного профессионального образования обучились 10 540 средних медицинских работников, в том числе 6847 человек за счет средств областного бюджета, 3693 человека – за счет собственных средств и средств медицинских организаций. 99% врачей и 96% средних медицинских работников имеют сертификат специалиста.

В 2017 году в медицинских организациях Свердловской области работали 4464 врача высшей квалификационной категории, 844 – первой категории, 393 – второй квалификационной категории; 19 298 средних медицинских работников высшей квалификационной категории, 2 776 – первой категории, 1772 – второй квалификационной категории.

С 2016 года внедрена процедура аккредитации врачей. В 2017 году по программам специалиста по специальностям «лечебное дело» и «педиатрия» в ФГБОУ ВО УГМУ впервые прошел аккредитацию и завершил обучение 271 человек.

С 2018 года внедряется процедура аккредитации среднего медицинского персонала, которая должна проходить в 2 этапа: тестирование и решение ситуационных задач. Планируется, что аккредитацию в 2018 году пройдут 2692 средних медицинских работника (по специальностям «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело», «лабораторная диагностика» и иным).

В соответствии с законодательством Российской Федерации с 2019 года внедряется первичная аккредитация врачей-ординаторов, с 2021 года предусмотрена периодическая

аккредитация всех врачей и фармацевтов, которая к 2026 году охватит всех медицинских работников.

В 2013–2017 годах проводилось целевое обучение медицинских работников по программам реабилитации, паллиативной помощи. В рамках отработки модели непрерывного медицинского образования с 2017 года совместно с ФГБОУ ВО УГМУ, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» организовано обучение участковых врачей-терапевтов и врачей-педиатров всех учреждений здравоохранения (1 раз в неделю, в режиме видеосвязи 36 часов), обучены 60 врачей общей практики и 129 участковых врачей-терапевтов по курсу «Онконастороженность и ранняя диагностика онкологических заболеваний».

В 2017 году Министерством здравоохранения Свердловской области за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС реализовывались первоочередные задачи по повышению квалификации врачей. В 2018 году использование средств нормированного страхового запаса ТФОМС продолжится.

Проведено обучение врачей-реабилитологов, врачей-геронтологов, в 2018 году планируется обучать врачей школьно-дошкольных отделений.

Государственному бюджетному учреждению дополнительного профессионального образования «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения» было установлено государственное задание на дополнительное обучение по вопросам совершенствования организации управления здравоохранением специалистов из числа административно-управленческого персонала организаций государственной системы здравоохранения, сформированы программы, в рамках которых в 2017 году согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 21.04.2017 № 647-п «О проведении цикла повышения квалификации «Организация здравоохранения и общественное здоровье» для главных врачей медицинских организаций Свердловской области» прошли обучение 96 главных врачей (144 часа в режиме 1 раз в месяц в течение 2 лет). Организован постоянно действующий семинар для главных врачей по наиболее важным вопросам организации здравоохранения. В 2017 году 142 человека прошли подготовку и переподготовку управленческих кадров.

Также проводятся учебные занятия с резервом административно-управленческого персонала на базе ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж».

В соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее медицинское образование, прибывшим в 2017 году на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, расположенный на территории Свердловской области, или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо в рабочий поселок, расположенный на территории Свердловской области, из другого населенного пункта и заключившим с Министерством здравоохранения Свердловской области договор, предоставляются единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей. В 2017 году единовременная компенсационная выплата предоставлена 67 врачам (в 2016 году – 74 врачам, в 2015 году – 68 врачам).

С 2018 года в целях укомплектования медицинскими кадрами ФАП в сельских населенных пунктах планируется наряду с врачами направлять единовременные компенсационные выплаты и фельдшерам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь. Сумма выплаты для фельдшеров составит 0,5 млн. рублей. При этом медицинские организации (структурные подразделения) должны располагаться в сельских населенных пунктах, рабочих поселках, поселках городского типа или в городах с населением до 50 тыс. человек.

На 2018 год в Министерство здравоохранения Российской Федерации направлена заявка на предоставление субсидии из федерального бюджета 253 врачам и 84 фельдшерам.

С 2007 года выплату пособия на обустройство хозяйством может получить медицинский или фармацевтический работник, поступивший на работу в государственное или

муниципальное учреждение здравоохранения, осуществляющее деятельность на территории Свердловской области, в год окончания медицинской или фармацевтической организации среднего профессионального образования, интернатуры или ординатуры медицинской или фармацевтической организации высшего профессионального образования, аспирантуры медицинской или фармацевтической организации высшего профессионального образования.

Ежегодно выплату единовременного пособия на обустройство хозяйством получают более 800 человек. В 2017 году выплату получили 869 медицинских работников на общую сумму 30 490 тыс. рублей.

Министерством здравоохранения Свердловской области разработан порядок, предусматривающий реализацию мероприятий по частичной компенсации медицинским работникам расходов на оплату жилых помещений по договорам найма (поднайма) жилых помещений. Указанный порядок определен Государственной программой. Размер денежной компенсации составляет 50% от суммы, уплачиваемой по договору найма (поднайма) жилого помещения, но не более 6,0 тыс. рублей. В 2017 году данной компенсацией воспользовался 71 работник на общую сумму 3 114 472,96 рубля (в 2016 году – 56 медицинских работников на общую сумму 2 116 815,81 рубля).

Министерством здравоохранения Свердловской области проводится работа с МО по вопросу обеспечения жильем нуждающихся в улучшении жилищных условий медицинских работников. В 56 МО утверждены программы по привлечению и закреплению медицинских кадров. За счет областного бюджета в ряде МО реализованы мероприятия по обеспечению медицинских работников жильем:

1) построено здание общей врачебной практики с 4 квартирами для ГБУЗ СО «Центральная городская больница город Кушва»;

2) в селе Балтым построено здание общей врачебной практики с жилыми помещениями (9 квартир) для работников ГБУЗ СО «Верхнепышминская центральная городская больница им. П.Д.Бородина»;

3) приобретены 8 жилых домов для медицинских работников ГБУЗ СО «Центральная районная больница Верхотурского района»;

4) построен трехэтажный 18-квартирный жилой дом для медицинских работников ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница».

Жилым помещениям ГБУЗ СО «Центральная городская больница город Кушва», ГБУЗ СО «Верхнепышминская центральная городская больница им. П.Д.Бородина» и ГБУЗ СО «Центральная районная больница Верхотурского района» присвоен статус служебных жилых помещений, включенных в Перечень жилых помещений государственного жилищного фонда по видам государственного жилищного фонда в зависимости от целей использования.

Администрацией города Нижний Тагил в связи с поручением о выделении земельных участков для жилищного строительства для медицинских работников медицинских организаций в селе Серебрянка города Нижний Тагил выделен земельный участок площадью 1467 кв. метров для строительства двухквартирного жилого дома для медицинских работников.

Работникам учреждений здравоохранения предоставляется возможность участвовать в строительстве жилья экономического класса по стоимости 1 квадратного метра общей площади жилого помещения, не превышающей установленную Федеральным агентством по строительству и жилищно-коммунальному хозяйству среднюю рыночную стоимость, в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от 16.01.2013 № 4-ПП «Об утверждении Перечня отдельных категорий граждан, которые могут быть приняты в члены жилищно-строительного кооператива, создаваемого в целях обеспечения жильем граждан в соответствии с отдельными федеральными законами, оснований включения указанных граждан в списки граждан, имеющих право быть принятыми в члены такого кооператива, и правил формирования таких списков».

В рамках федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года», утвержденной постановлением Правительства

Российской Федерации от 15.07.2013 № 598 «О федеральной целевой программе «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года», оказывалась государственная поддержка на строительство (приобретение) жилья в размере 70% от расчетной стоимости жилья гражданам, проживающим в сельской местности, в том числе молодым семьям и молодым специалистам, при условии признания граждан нуждающимися в улучшении жилищных условий органами местного самоуправления по месту их постоянного жительства по основаниям, установленным статьей 51 Жилищного кодекса Российской Федерации. Ответственным за реализацию данного мероприятия выступало Министерство агропромышленного комплекса и продовольствия Свердловской области. За период действия указанной программы государственная поддержка предоставлена 19 медицинским работникам.

В рамках программы «Пятилетка развития Свердловской области на 2017–2021 годы», утвержденной Указом Губернатора Свердловской области от 31.10.2017 № 546-УГ «О программе «Пятилетка развития Свердловской области» на 2017–2021 годы», разрабатывается проект порядка обеспечения жильем отдельных категорий работников бюджетной сферы, работающих в сельской местности, стимулирующего льготное приобретение жилья, в том числе и медицинскими работниками.

Учреждения здравоохранения в 2017 году активно решали вопросы предоставления поддержки медицинским работникам за счет средств от предпринимательской и приносящей доход деятельности: возмещали затраты на оплату проезда в общественном транспорте, содействовали получению путевок на оздоровление сотрудников и их детей, оплачивали обучение в ординатуре, предоставляли материальную помощь.

В 2017 году всего 4697 медицинских работников получили социальные льготы (предоставление жилья, компенсация расходов за аренду жилого помещения, единовременная денежная выплата при заключении трудового договора, ежемесячная денежная выплата, компенсация расходов на оплату жилищно-коммунальных услуг, внеочередное предоставление места в дошкольной образовательной организации).

Для достижения целевых показателей, установленных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 596 «О долгосрочной государственной экономической политике» и постановлением Правительства Свердловской области от 11.07.2014 № 591-ПП «О Программе модернизации и создания новых рабочих мест на территории Свердловской области на период до 2020 года», приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 29.12.2014 № 1769-п «Об одобрении Программы модернизации и создания новых рабочих мест в сфере здравоохранения Свердловской области на период до 2020 года» одобрена Программа модернизации и создания новых рабочих мест в сфере здравоохранения Свердловской области на период до 2020 года, согласно которой до 2020 года запланировано создать и модернизировать 64 200 рабочих мест в медицинских организациях всех форм собственности.

В 2017 году создано и модернизировано 4547 рабочих мест, всего за период 2012–2017 годов – 45 920 рабочих мест. Таким образом, план на период 2012–2017 годов выполнен на 106,5%.

Министерством здравоохранения Свердловской области проведена работа по заключению трудовых договоров (дополнительных соглашений к трудовым договорам) с руководителями государственных (муниципальных) учреждений в соответствии с типовой формой трудового договора, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 12.04.2013 № 329 «О типовой форме трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения». Со всеми руководителями учреждений заключены эффективные контракты.

Проведены мероприятия по организации работы по заключению трудовых договоров (дополнительных соглашений к трудовым договорам) с работниками государственных учреждений и муниципальных учреждений в соответствии с примерной формой трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения (приложение № 3 к Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных

(муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 05.09.2014 № 1132-п «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 13.09.2013 № 1195-п «Об организации внедрения в государственных учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области, и муниципальных учреждений здравоохранения города Екатеринбурга эффективного контракта» в 2017 году закончена работа по заключению трудовых договоров с работниками.

На 31.12.2017 с 80 854 работниками государственных и муниципальных учреждений здравоохранения заключены трудовые договоры в соответствии с типовой формой. Не заключены трудовые договоры с 33 работниками, находящимися в отпусках по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, а также длительно отсутствующими по иным причинам. В 2018 году планируется заключение эффективных контрактов с 20 работниками, в 2019 году – с 11 работниками, в 2020 году – с 2 работниками учреждений здравоохранения.

В целях стимулирования профессиональной деятельности медицинских работников и распространения передовых форм и методов работы лучших врачей и специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в 2017 году Министерством здравоохранения Свердловской области проводились региональные и всероссийские конкурсы профессионального мастерства.

Раздел 9. Состояние основных фондов и техническое оснащение медицинских организаций

Доступность и качество медицинской помощи определяются в том числе состоянием материально-технической базы. В 2017 году за счет средств областного бюджета и ОМС продолжались строительство, ремонт и проектирование объектов здравоохранения, приобреталось медицинское оборудование и санитарный автотранспорт.

В 2017 году на проведение капитальных ремонтов в учреждениях здравоохранения выделены средства областного бюджета на общую сумму 350,676 млн. рублей и на проектные работы 24,720 млн. рублей, в том числе:

ГБУЗ СО «СОКБ № 1» на проведение капитального ремонта кардиологического отделения (24,874 млн. рублей), реанимационного отделения и операционных (4,89 млн. рублей);

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» на проведение капитального ремонта помещений зданий (замена деревянных оконных блоков, замена глухих оконных металлических решеток на распашные) в сумме 4,97 млн. рублей;

ГБУЗ СО СОКПН ГВВ на проведение капитального ремонта помещения приемного покоя под размещение рентгеновского оборудования в сумме 3,22 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер» на проведение капитального ремонта теплотрассы и капитального ремонта здания индивидуального теплового пункта в сумме 29,704 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» на проведение капитального ремонта здания в сумме 0,87 млн. рублей;

ГАУЗ СО «Областная специализированная больница восстановительного лечения «Липовка» на проведение капитального ремонта в бальнеологическом корпусе в сумме 0,68 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Бюро судебно-медицинской экспертизы» на проведение капитального ремонта в зданиях лабораторного и морфологического корпусов в сумме 6,71 млн. рублей;

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» на проведение капитального ремонта в зданиях общежития и учебных корпусов в сумме 12,44 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер № 3» на проведение капитального ремонта зданий диспансера, детского противотуберкулезного санатория, гаража в сумме 5,67 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Алапаевская городская больница» на проведение капитального ремонта в помещениях женской консультации и поликлиники в сумме 2,06 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница» на проведение капитального ремонта в здании лечебного блока в сумме 2,72 млн. рублей;

ГАУЗ СО «Красноурьинская городская больница» на проведение капитального ремонта в помещениях детской больницы в сумме 12,16 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Демидовская городская больница» на проведение капитального ремонта в зданиях хирургического и терапевтического корпусов в сумме 40,41 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск» на проведение капитального ремонта здания поликлиники и хирургического корпуса в сумме 12,75 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Артемовская центральная районная больница» на проведение капитального ремонта помещений инфекционного отделения и здания детской больницы в сумме 15,20 млн. рублей;

ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Озеро Чусовское» на проведение капитального ремонта шахты лифта с заменой лифта в сумме 3,33 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Байкаловская центральная районная больница» на проведение капитального ремонта в здании больницы (стационар, палаты интенсивной терапии, поликлиника, женская консультация) в сумме 9,11 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Верхнесалдинская центральная городская больница» на проведение капитального ремонта в здании хирургического корпуса на сумму 0,98 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Нижний Тагил» на проведение капитального ремонта в здании поликлиники в сумме 20,53 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Детская городская больница город Нижний Тагил» на проведение капитального ремонта в здании поликлиники на сумму 0,73 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Городская инфекционная больница город Нижний Тагил» на проведение капитального ремонта межпанельных швов здания главного корпуса на сумму 0,97 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Верхнепышминская центральная городская больница» на проведение капитального ремонта здания хирургического корпуса на сумму 40,37 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Городская больница ЗАТО Свободный» на проведение капитального ремонта здания больницы;

ГБУЗ СО «Детская городская больница город Каменск-Уральский» на проведение капитального ремонта здания больницы (отделения патологии новорожденных и недоношенных детей), подвальных помещений, кровли поликлиники в сумме 28,74 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Полевская центральная городская больница» на проведение капитального ремонта главного корпуса на сумму 5,15 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Пышминская центральная районная больница» на проведение капитального ремонта здания детской больницы на сумму 13,63 млн. рублей;

ГАУЗ СО «Режевская центральная районная больница» на проведение капитального ремонта здания стационара, бактериологической лаборатории на сумму 9,92 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Слободо-Туринская районная больница» на проведение капитального ремонта здания (общестроительные работы, в том числе замена оконных блоков и дверных конструкций) на сумму 4,59 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Сысертская центральная районная больница» на проведение капитального ремонта в зданиях поликлиники, операционного блока, приемного покоя в сумме 19,77 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Талицкая центральная районная больница» на проведение капитального ремонта высоковольтной линии на сумму 1,57 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Областная станция переливания крови» на проведение капитального ремонта в здании и замену лифта на сумму 2,00 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Тавдинская центральная районная больница» на проведение капитального ремонта в здании акушерского отделения на сумму 0,51 млн. рублей;

для проведения проектных работ учреждениям здравоохранения выделены средства в общей сумме 24,72 млн. рублей.

С целью улучшения доступности медицинской помощи сельскому населению в 2017 году отремонтировано 9 ОВП на сумму 16 541,659 тыс. рублей и 15 ФАП на сумму 16 226,414 тыс. рублей. Общая сумма выполненных работ составила 32 768,073 тыс. рублей,

С целью улучшения доступности медицинской помощи сельскому населению и замене ветхих зданий ФАП, не подлежащих капитальному ремонту, на модульные здания ФАП из областного бюджета выделены денежные средства в размере 73,796 млн. рублей. Министерством здравоохранения Свердловской области заключен государственный контракт от 10.05.2017 № Ф.2017.143830 на приобретение и установку 21 нового модульного здания ФАП. Подписаны акты приема-передачи оборудования в эксплуатацию и проведения инструктажа специалистов по 8 модульным зданиям ФАП (село Слобода ГО Первоуральск, деревня Нижние Таволги Невьянского ГО, деревня Давыдково Ачитского ГО, деревня Мельникова МО город Ирбит, деревня Ожгиха, поселок Новый Камышловского ГО и деревня Гуляева Байкаловского МР, село Тимохинское Пышминского ГО) на общую сумму 27,44 млн. рублей.

Капитальное строительство объектов здравоохранения осуществляется в соответствии с государственной программой Свердловской области «Реализация основных направлений государственной политики в строительном комплексе Свердловской области до 2024 года», утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 24.10.2013 № 1296-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Реализация основных направлений государственной политики в строительном комплексе Свердловской области до 2024 года». В 2017 году инвестиции были запланированы по 2 объектам здравоохранения:

1) родильный дом с женской консультацией и отделением патологии беременных в городе Верхняя Пышма. По состоянию на 31.12.2017 на строительстве объекта освоено 54 968 тыс. рублей;

2) лечебный корпус ГБУЗ СО «Североуральская центральная городская больница» (корректировка проекта второго пускового комплекса) на сумму 8990 тыс. рублей.

В 2017 году было введено в эксплуатацию здание детской поликлиники ГБУЗ СО «Верхнепышминская центральная городская больница им. П.Д. Бородина», строительство которой было завершено в конце 2016 года. В городе Ирбите для работников ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница» в 2017 году был сдан 18-квартирный жилой дом, стоимость строительства составила 24 493,2 тыс. рублей.

В течение 2017 года проводилась работа по подготовке проектно-сметной документации для включения в государственную программу, утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 24.10.2013 № 1296-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Реализация основных направлений государственной политики в строительном комплексе Свердловской области до 2024 года», следующих объектов:

1) детской поликлиники на 170 посещений в смену с дневным стационаром на 15 мест в городе Красноуфимске;

2) поликлиники на 450 посещений в смену в Артемовском ГО.

На 2018 год запланировано продолжение строительства родильного дома в городе Верхняя Пышма с объемом инвестиций 600 млн. рублей и строительство детской поликлиники в городе Красноуфимске в объеме 150 млн. рублей

В рамках реализации комплексной программы Свердловской области «Доступная среда» на 2014–2020 годы, утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 22.01.2014 № 23-ПП «Об утверждении комплексной программы Свердловской области «Доступная среда» на 2014–2020 годы», проведена работа по улучшению уровня доступности

учреждений здравоохранения для маломобильных групп населения. В реализации мероприятий программы приняли участие 15 учреждений здравоохранения, в том числе ГБУЗ СО «СОКБ № 1», ГБУЗ СО «СООД», ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», ГБУЗ СО «Демидовская городская больница». Отремонтированы санитарные комнаты, приобретены и установлены пандусы, поручни, проведены капитальные и текущие ремонты входных групп, приобретено специализированное информационное и адаптивное оборудование. Учреждениям предоставлено финансирование в объеме 21,0 млн. рублей, в том числе из средств областного бюджета 18,02 млн. рублей и 2,98 млн. рублей из средств федерального бюджета.

В рамках подготовки к проведению в Российской Федерации чемпионата мира по футболу FIFA 2018 года в 2017 году завершены работы по капитальному ремонту отоларингологического отделения и операционных ГБУЗ СО «СОКБ № 1», выделены средства областного бюджета для проведения капитального ремонта кардиологического отделения и продолжались работы по капитальному ремонту реанимационного отделения.

Для контроля эффективности использования дорогостоящего медицинского оборудования, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 15.12.2016 № 2392-п «О мониторинге использования медицинского оборудования» реализуется организация сбора и учета информации о медицинском оборудовании стоимостью выше 150 тыс. рублей, находящемся на балансе учреждений здравоохранения, в новом программном сервисе.

Во исполнение поручений Президента Российской Федерации и Председателя Правительства Российской Федерации, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 02.03.2017 № 322-п «Об организации эффективного использования медицинского оборудования» внедрен механизм перераспределения медицинского оборудования между учреждениями здравоохранения в целях обеспечения эффективности его использования.

В течение 2017 года осуществлено перераспределение 51 единицы медицинского оборудования общей балансовой стоимостью 62 691 706,00 рубля, кроме того, в связи с истекшим сроком эксплуатации, физическим и моральным износом были списаны 296 единиц медицинского оборудования балансовой стоимостью 446 278 548,00 рубля.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 21.03.2017 № 411-п «О создании рабочей группы Министерства здравоохранения Свердловской области по формированию технического задания для разработки программного обеспечения учета материальных ценностей» разработано техническое задание на разработку информационной системы учета материальных ценностей в учреждениях здравоохранения.

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Свердловской области от 31.03.2017 № 500-п «О мерах по упорядочению процедуры обоснования, оформления, согласования и утверждения заявок учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области, на приобретение и ремонт медицинского оборудования» и от 18.12.2017 № 2310-п «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 21.04.2016 № 332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования» реализуются ежеквартальные мероприятия по оснащению учреждений здравоохранения медицинским оборудованием в рамках обоснованной и актуализированной потребности.

В течение 2017 года за счет средств областного бюджета было приобретено и отремонтировано 450 единиц медицинского оборудования на общую сумму 484 205 125,41 рубля. За счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС в 2017 году было приобретено и отремонтировано 748 единиц медицинского оборудования на общую сумму 180 180 032,67 рубля.

В 2017 году медицинскими организациями Свердловской области было направлено более 640 заявок на приобретение и ремонт медицинского оборудования общей стоимостью 3 871 762 981,11 рубля.

В 2018 году планируется дальнейшее проведение мониторинга и организации эффективного использования дорогостоящего медицинского оборудования, числящегося на балансе учреждений здравоохранения, а также определение и учет потребности данных учреждений в приобретении нового оборудования.

В рамках реализации Государственной программы за счет средств областного бюджета Министерством здравоохранения Свердловской области в 2017 году приобретено 28 единиц автомобилей СМП класса «В» на базе автомобиля «ГАЗ» на общую сумму 58 851 380 рублей, 2 единицы автомобилей СМП класса «С» на базе автомобиля «ГАЗ» на общую сумму 5 279 372,14 рубля, 2 единицы автомобилей СМП класса «С» на базе автомобиля FORD на общую сумму 7 800 000 рублей.

Приобретены 10 единиц передвижных ФАП на базе автобусов «ПАЗ» на общую сумму 57 457 929 рублей и 1 передвижной ФАП на базе автомобиля «КамАЗ» на общую сумму 6 535 141 рубль.

В рамках реализации распоряжения Правительства Российской Федерации от 06.09.2017 № 1922-р для учреждений здравоохранения поставлено 18 автомобилей СМП класса «В» на базе автомобиля «ГАЗ» и 3 автомобиля СМП класса «В» на базе автомобиля «УАЗ».

В рамках реализации распоряжения Правительства Российской Федерации от 17.11.2017 № 2543-р в учреждения здравоохранения, расположенные на территориях моногородов в Свердловской области, поставлено 15 автомобилей СМП класса «В» на базе автомобиля «ГАЗ».

В целях повышения эффективности использования имущества, находящегося в оперативном управлении учреждений здравоохранения, и снижения бюджетных расходов, связанных с обслуживанием государственной собственности, Министерством здравоохранения Свердловской области проводятся мероприятия по оптимизации использования имущества. В 2017 году из оперативного управления учреждений здравоохранения изъято 46 не используемых для ведения уставной деятельности объектов недвижимого имущества. Из них 18 объектов общей площадью 8167,1 кв. м переданы в оперативное управление государственным учреждениям Свердловской области, 28 объектов общей площадью 4331,5 кв. м переданы в муниципальную собственность, 1 объект площадью 580,6 кв. м передан русской православной церкви. В связи с ветхостью и непригодностью к дальнейшей эксплуатации списано 11 объектов общей площадью 1983,9 кв. м. Экономическая эффективность вышеперечисленных мероприятий в 2017 году составила 17 056,7 тыс. рублей.

В рамках законодательства Российской Федерации и законодательства Свердловской области 25 636,6 кв. м не используемых для ведения уставной деятельности помещений учреждений здравоохранения переданы в аренду и безвозмездное пользование, в том числе 2051,7 кв. м – для фармацевтической деятельности и 10472,2 кв. м – для оказания медицинской помощи медицинскими организациями.

В соответствии с разработанными энергетическими паспортами все учреждения здравоохранения проводят энергосберегающие мероприятия, направленные на достижение более эффективного и рационального использования топливно-энергетических ресурсов. Специалисты, ответственные за проведение мероприятий в области энергосбережения в подведомственных учреждениях, регулярно проходят обучение в специализированных организациях.

В соответствии с Федеральным законом от 23 ноября 2009 года № 261-ФЗ «Об энергосбережении и о повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» Министерство здравоохранения Свердловской области проводит работу по подключению учреждений здравоохранения к модулю энергетических деклараций государственной информационной системы «Энергоэффективность» Министерства энергетики Российской Федерации. Сотрудники,

ответственные за заполнение деклараций, регулярно посещали обучающие семинары по практическому освоению этой системы в ГБУ СО «Институт энергосбережения».

На балансе в подведомственных учреждениях числятся 45 котельных, из них работают на газе – 21, на дровах и угле – 24.

В 2017 году Министерством энергетики и жилищно-коммунального хозяйства Свердловской области совместно с Министерством по управлению государственным имуществом Свердловской области проводилась процедура передачи систем автоматического регулирования тепла (71 единица) и блочно-модульных узлов учета тепла (237 единиц), переданных в 2015–2017 годы в государственную собственность, потом в оперативное управление учреждениям здравоохранения. Кроме того, проведена работа по оценке потребности и объемов необходимых средств на закупку резервных источников (генераторов) для объектов здравоохранения Свердловской области (таблица 102), а также по оценке оснащенности учреждений здравоохранения автономными резервными источниками электроснабжения.

В целях подготовки учреждений здравоохранения к работе в отопительный период 2017/2018 годов был издан приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 03.05.2017 № 717-п «Об окончании отопительного сезона периода 2016/2017 годов и подготовке учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области, к работе в осенне-зимний период 2017/2018 годов». В результате проведенных работ по подготовке к отопительному сезону все учреждения здравоохранения были готовы (технически и финансово) к началу пуска тепла. Тепло пущено в полном объеме согласно оформленным заявкам на подачу и прием энергоресурсов. Температура в помещениях учреждений здравоохранения соответствовала требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Таблица 102

Информация о резервных автономных источниках электроэнергии (АРИЭ)

(единиц / кВт)

Существующее количество АРИЭ	Необходимое дополнительное количество АРИЭ	Закуплено в 2017 году АРИЭ
152 / 6951,2	52 / 7439,8	2 / 600

Министерство здравоохранения Свердловской области в постоянном режиме контролировало своевременность начала отопительного сезона, бесперебойную поставку тепловой энергии и теплоносителя в подведомственные учреждения. По итогам проведенного анализа, отопительный сезон прошел организованно, в штатном режиме.

Основной задачей, стоящей перед техническими службами учреждений здравоохранения при проведении отопительного сезона, было обеспечение устойчивого тепло-, водо-, электро-, газо- и топливоснабжения, поддержание необходимых параметров энергоносителей и нормативного температурного режима в зданиях и помещениях. Наличие оперативно-ремонтного персонала, предназначенного для технического обслуживания и ликвидации аварийных ситуаций, а также созданный аварийный запас необходимых материально-технических ресурсов позволяли устранять в кратчайшие сроки все внештатные ситуации, возникающие на объектах коммунальной инфраструктуры, без последствий для здоровья и жизнедеятельности пациентов.

Ежемесячно проводилась работа по сбору, обработке и систематизации отчетной информации о потреблении энергоресурсов (в натуральном и стоимостном выражении) учреждениями здравоохранения с последующим занесением в электронную базу. Данные показатели использовались как для текущей работы специалистов Министерства здравоохранения Свердловской области, так и для контроля исполнения требований

Федерального закона от 23 октября 2009 года № 261-ФЗ «Об энергосбережении и о повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (таблица 103).

Таблица 103

**Сравнительные показатели потребления энергоресурсов
учреждениями здравоохранения в 2016–2017 годах**

Номер строки	Вид ресурса	Потребление за 2016 год	Потребление за 2017 год	В 2017 году в процентах к уровню 2016 года
1.	Тепловая энергия, Гкал	505 697	489 442	-3,2
2.	ГВС, куб. м	1 002 112	970 220	-3,1
3.	ХВС, куб. м	2 616 715	2 516 157	-3,8
4.	Газ, куб. м	12 282 355	11 864 300	-3,4
5.	Электрическая энергия, Вт	124 229 124	122 600 592	-1,3
6.	Уголь, т	5211	5011	-3,8

По итогам 2017 года прослеживается снижение объемов потребления топливно-энергетических ресурсов по сравнению с показателями 2016 года, что является результатом проводимых в учреждениях здравоохранения энергосберегающих мероприятий.

**Раздел 10. Финансовое обеспечение здравоохранения Свердловской области в 2017 году
и перспективы на 2018 год**

В 2017 году за счет средств федерального, областного, местных бюджетов и бюджета ТФОМС планировалось направить на здравоохранение Свердловской области 64 677 070,3 тыс. рублей. Фактически в 2017 году на здравоохранение Свердловской области направлено 64 539 044,3 тыс. рублей, или 99,8% от запланированного объема средств, что на 1 178 927,5 тыс. рублей больше, чем в 2016 году.

Расходы областного и федерального бюджетов на здравоохранение в целом (без платежей на ОМС неработающего населения) составили 19 854 913,3 тыс. рублей, или 99,3% к плану года. В 2017 году расходы средств федерального бюджета на здравоохранение Свердловской области составили 2 377 484,0 тыс. рублей, что на 46,7%, или на 2 088 068,5 тыс. рублей, меньше, чем в 2016 году. Снижение финансирования из федерального бюджета связано с тем, что приобретение антиретровирусных препаратов для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С с 2017 года осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации, а в субъекты Российской Федерации расходные материалы и препараты поступают в натуральном виде.

Расходы на здравоохранение за счет средств местных бюджетов в 2017 году исполнены в сумме 561 953,0 тыс. рублей, что составляет 99,9% к плану года.

В 2017 году на финансирование территориальной программы ОМС направлено 44 122 178,0 тыс. рублей, или 100,0% к плану года.

Фактические подушевые показатели финансирования здравоохранения в 2017 году составили:

расходы на здравоохранение на одного жителя, всего – 14 845,4 рубля, что на 1,6% больше, чем в 2016 году (14 606,5 рубля),

в том числе:

расходы бюджетов на одного жителя – 4696,3 рубля, что на 0,3% больше, чем в 2016 году (4711,7 рубля). Снижение показателя по сравнению с 2016 годом произошло в связи с ростом численности постоянного населения Свердловской области в 2017 году по сравнению с 2016 годом на 0,2%;

расходы ОМС на одного застрахованного – 9871,8 рубля, что на 3,2% больше, чем в 2016 году (9565,8 рубля).

Сверх средств федерального, областного бюджетов и ТФОМС организациями здравоохранения получены дополнительные средства от оказания платных медицинских и немедицинских услуг, добровольного медицинского страхования и других видов хозяйственно-договорной деятельности. В 2017 году поступления от приносящей доход деятельности государственных медицинских организаций составили 6 032 077,8 тыс. рублей, что на 3,5% больше, чем в 2016 году.

Таким образом, единый фонд финансовых средств, направленных на финансирование здравоохранения Свердловской области, составил в 2017 году 70 571 122,1 тыс. рублей, что на 1 385 194,1 тыс. рублей, или на 2,0%, больше, чем в 2016 году (таблица 104).

Структура единого фонда финансовых средств, направленных в 2017 году на здравоохранение Свердловской области, следующая:

- 24,7% – средства областного бюджета;
- 0,8% – средства бюджета МО «город Екатеринбург»;
- 62,3% – средства ТФОМС;
- 3,3% – средства федерального бюджета;
- 8,9% – внебюджетные источники.

Объем финансирования здравоохранения в 2018 году из средств консолидированного бюджета запланирован в сумме 19 108 638,6 тыс. рублей, что на 746 274,7 тыс. рублей, или 3,8%, меньше, чем в 2017 году. Значение данного показателя будет откорректировано при поступлении средств федерального бюджета в областной бюджет. В этой сумме учтено повышение заработной платы особых категорий медицинских работников в течение года и прочего персонала на 4,0% с 1 октября 2018 года.

На финансирование медицинских организаций из средств ОМС в 2018 году будет направлено 52 345 078,2 тыс. рублей, что на 8 222 900,2 тыс. рублей, или 18,6%, больше, чем в 2017 году.

В соответствии с распоряжением Правительства Свердловской области от 20.05.2013 № 632-РП «О мониторинге повышения оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений Свердловской области в соответствии с указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», от 1 июня 2012 года № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» и от 28 декабря 2012 года № 1688 «О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» Министерство здравоохранения Свердловской области ежемесячно проводит мониторинг повышения заработной платы работников учреждений здравоохранения и муниципальных учреждений здравоохранения.

Согласно данным ежемесячного мониторинга заработная плата медицинских работников Свердловской области (без учета федеральных организаций) за 2017 год составила:

врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, – 57 990,3 рубля (при плановом целевом показателе 55 808,2 рубля), или 184,9% к фактическому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности (31 365,1 рубля);

средний медицинский (фармацевтический) персонал – 28 933,8 рубля (при плановом целевом показателе 28 250,2 рубля), или 92,2% к фактическому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности (31 365,1 рубля);

младший медицинский персонал – 21 811,9 рубля (при плановом целевом показателе 20530,0 рубля), или 69,5% к фактическому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности (31 365,1 рубля).

Объем финансовых средств, направленных на здравоохранение Свердловской области, в разрезе источников финансирования

Номер строки	Наименование источника финансирования	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год		2017 год к 2016 году	2018 год	2018 год к 2017 году
		Исполнение (тыс. рублей)	Исполнение (тыс. рублей)	Исполнение (тыс. рублей)	Исполнение (тыс. рублей)	План (тыс. рублей)	Исполнение (тыс. рублей)	(процентов)	План (тыс. рублей)	(процентов)
1.	Областной и федеральный бюджеты без платежей на ОМС неработающего населения	21 212 500,0	18 848 227,9	18 283 912,4	19 952 403,2	19 986 749,0	19 854 913,3	99,5	19 108 638,6	96,2
2.	Местный бюджет	786 200,0	856 856,2	585 684,6	486 256,9	562 728,0	561 953,0	115,6	526 030,0	93,6
3.	Бюджет ТФОМС	40 561 100,0	42 137 186,7	44 285 183,2	42 921 456,9	44 128 043,3	44 122 178,0	102,8	52 345 078,2	118,6
4.	Предпринимательская и иная незапрещенная деятельность	4 376 400,0	4 856 145,0	5 557 108,00	5 825 811,00	6 117 000,0	6 032 077,8	103,5	6 333 681,7	105,0
5.	Единый фонд финансовых средств на здравоохранение Свердловской области	66 936 200,0	66 698 415,8	68 711 888,2	69 185 928,0	70 794 520,3	70 571 122,1	102,0	77 839 428,5	110,3

Поручением Правительства Российской Федерации от 15.06.2016 № ОГ-П12-3524 на 2018 год установлены следующие целевые показатели в целом по Российской Федерации по соотношению заработной платы работников и планового показателя среднемесячного дохода от трудовой деятельности по Свердловской области:

- врачи – 200%;
- средний медицинский персонал – 100%;
- младший медицинский персонал – 100%.

В рейтинге субъектов Российской Федерации уровень средней заработной платы врачей в Свердловской области в 2017 году выше, чем в среднем по Российской Федерации. Показатели средней заработной платы медицинских работников в Свердловской области выше, чем в Челябинской области, Пермском крае, Новосибирской области, Республике Башкортостан, Самарской области, Новгородской области.

Опережают Свердловскую область по абсолютным показателям заработной платы работников Дальневосточный федеральный округ, Ненецкий автономный округ, Ханты-Мансийский автономный округ, город Москва, Камчатский край, Мурманская область, город Санкт-Петербург. По уровню заработной платы врачей Свердловская область занимает 16 место среди субъектов Российской Федерации.

Раздел 11. Реализация государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года» в 2017 году

Расходы на выполнение мероприятий Государственной программы предусмотрены на 2017 год в объеме 64 939 243,5 тыс. рублей.

В 2017 году на реализацию мероприятий Государственной программы было направлено 64 796 891,1 тыс. рублей, что составило 99,8 % от планового показателя, в том числе за счет средств федерального, областного бюджетов – 40 995 480,4 тыс. рублей (99,7%) (в том числе расходы по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения и дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в размере 20 359 767,2 тыс. рублей), за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 39 000 тыс. рублей (86,7%), за счет средств ТФОМС – 44 122 178,0 тыс. рублей (100%).

Учреждениям здравоохранения утверждены государственные задания по 100 государственным услугам и 17 работам. В 2017 году соглашения на предоставление субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания заключены с 105 учреждениями здравоохранения на сумму 10 963 413,1 тыс. рублей. В 2017 году фактически перечислено на лицевые счета учреждений 10 963 413,1 тыс. рублей (или 100% от суммы заключенных соглашений по государственному заданию). Субсидии предоставляются в рамках реализации мероприятий, отражающих виды медицинской помощи.

На отчетную дату расходы на содержание казенных учреждений (государственное казенное учреждение Свердловской области «Специализированная школа-интернат №17», государственное казенное учреждение Свердловской области «Специализированный дом ребенка», государственное казенное учреждение Свердловской области «Областной медицинский центр мобилизационных резервов «Резерв», государственное казенное учреждение Свердловской области «Финансово-хозяйственное управление») составили 739 456,0 тыс. рублей.

Наибольший удельный вес в расходах, осуществленных в рамках Государственной программы в 2017 году, имеют расходы на реализацию подпрограммы 10 «Обязательное медицинское страхование», которые фактически составили 20 442 265,9 тыс. рублей, или 49,8% от общего объема фактических расходов. Денежные средства по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения и дополнительное финансовое обеспечение реализации Территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС перечисляются

ежемесячно равными долями на счета фондов ОМС во исполнение положений Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Расходы на реализацию подпрограммы 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая технологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» Государственной программы составили 10 484 709,1 тыс. руб., или 25,6% от общего объема фактических расходов.

На реализацию подпрограммы 7 «Меры социальной поддержки, обеспечение лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, продуктами лечебного питания отдельных категорий граждан» Государственной программы в 2017 году выделено 3 930 542,3 тыс. рублей (9,6% от общего объема расходов по Государственной программе). Министерство здравоохранения Свердловской области осуществляет меры поддержки граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации.

На реализацию подпрограммы 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» Государственной программы в 2017 году направлено 3 514 429,5 тыс. рублей, или 8,6 % от общего объема расходов по Государственной программе.

Расходы на реализацию прочих подпрограмм во 2017 году составили от 0,2 до 1,7% от общего объема фактических расходов на реализацию Государственной программы.

Из 101 мероприятия Государственной программы 36 мероприятий профинансированы на 100%, 12 мероприятий – более 100%, менее 100% исполнения – по 37 мероприятиям, по 15 мероприятиям денежные средства не были запланированы и по 1 мероприятию кассовые расходы не производились.

Превышение плановых значений происходило по следующим причинам:

1) поступление дополнительных средств из федерального бюджета на мероприятие по организации обеспечения граждан, проживающих в Свердловской области, лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;

2) перераспределение бюджетных ассигнований, предусмотренных Министерству здравоохранения Свердловской области, на финансовое обеспечение мероприятий Государственной программы между мероприятиями после принятия Закона Свердловской области от 3 ноября 2017 года № 106-ОЗ «О внесении изменений в Закон Свердловской области «Об областном бюджете на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов»;

3) часть мероприятий носит заявительный характер (мероприятие 7 подпрограммы 7 «Единовременное пособие медицинским и иным работникам, подвергающимся риску заражения при исполнении служебных обязанностей на территории Свердловской области, замещающим должности в соответствии с утвержденным перечнем, в связи с назначением трудовой пенсии при наличии стажа работы не менее 25 лет в соответствии с Законом Свердловской области от 21 ноября 2012 года № 91-ОЗ «Об охране здоровья граждан в Свердловской области»). Мера социальной поддержки в 2017 году была предоставлена 49 человекам.

Причины недофинансирования следующие:

1) перераспределение бюджетных ассигнований, предусмотренных Министерству здравоохранения Свердловской области, на финансовое обеспечение мероприятий Государственной программы между мероприятиями после принятия Закона Свердловской области от 3 ноября 2017 года № 106-ОЗ «О внесении изменений в Закон Свердловской области «Об областном бюджете на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов»;

2) экономия по результатам проведения конкурсных процедур;

3) по условиям контракта расходы произведены по факту выполненных работ, оказанных услуг.

По мероприятию «Выплаты, связанные с обеспечением бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов, в соответствии с Законом Свердловской области от 15 июля 2005 года № 78-ОЗ «О социальной защите граждан, проживающих на территории Свердловской области, получивших увечье или заболевание, не повлекшие инвалидности, при прохождении военной службы или службы в органах внутренних дел Российской Федерации в период действия чрезвычайного положения либо вооруженного конфликта» кассовые расходы не производились, так как мероприятие носит заявительный характер. Заявок в течение 2017 года не поступало.

Доля целевых показателей, значения которых достигли или превысили запланированные в отчетном периоде, составила 71,6%.

Ввиду отсутствия финансирования мероприятий в 2017 году не исполнены показатели:

«Ввод объектов капитального строительства»;

«Ввод в эксплуатацию паллиативного отделения на базе государственного бюджетного учреждения Свердловской области «Областная детская клиническая больница № 1».

По итогам 2017 года по ряду показателей не достигнуты плановые значения.

Фактическое значение показателя «Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения от плана» составило 77,6% при плане 95% (исполнение 81,7%). Причины невыполнения планового значения: в связи с эпидемией гриппа в 1 квартале 2017 года было сокращено количество профилактических посещений; диспансеризация в 2017 году организована строго по месту прикрепления, что снизило охват диспансеризацией работающих и учащихся граждан.

Не достигнут показатель «Уровень смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных»: 226,1 случая на 100 тыс. населения (информация Управления Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области от 29.01.2018 за 2017 год) при плане 200,4 случая на 100 тыс. населения (исполнение 88,6%). Значительное влияние на показатель оказывают факторы, не зависящие от сферы здравоохранения: экологическая ситуация, условия труда, наследственная генетическая предрасположенность, увеличение доли пожилых людей, увеличение продолжительности жизни, наличие канцерогенов в продуктах питания, воде и воздухе.

Показатель «Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, – активный туберкулез» составил 72,5 случая на 100 тыс. человек населения при плане 68,8 случая на 100 тыс. человек населения (исполнение 94,9%). Факторы, влияющие на распространение туберкулеза: высокая заболеваемость туберкулезом среди больных ВИЧ-инфекцией в связи с низким иммунитетом, неспецифические осложнения сопутствующих заболеваний, высокая концентрация на территории Свердловской области учреждений системы ГУФСИН, активное миграционное движение.

Значение показателя «Уровень материнской смертности» составило 10 случаев на 100 тыс. случаев живорождений при плане не более 9,8 (исполнение 98%). В абсолютном выражении зарегистрировано 6 случаев смерти (целевой показатель Министерства здравоохранения Российской Федерации – не более 6 случаев). Ввиду снижения в 2017 году рождаемости расчетная величина показателя материнской смертности сложилась выше планового значения.

Значение показателей «Количество коек для лечения больных в терминальной стадии ВИЧ-инфекции»: 15 единиц при плане 30 единиц (исполнение 50%), и «Количество коек для лечения больных психиатрического профиля»: 8 единиц при плане 30 единиц (исполнение 26,7%). Причина неисполнения: в 2017 году не получены лицензии медицинскими организациями.

Значение показателей «Обеспеченность населения врачами (без учета федеральных учреждений здравоохранения)» – 28 врачей на 10 тыс. человек населения при плановом значении 29 врачей на 10 тыс. человек населения (исполнение 96,6%), «Обеспеченность населения средним медицинским персоналом» – 81 на 10 тыс. человек населения при плане 83,7

(исполнение 96,8%). Одной из основных причин неисполнения показателей является отток кадров в коммерческие медицинские организации.

Значение показателя «Численность медицинских работников, прошедших курсы повышения квалификации и переподготовки» – 8594 человека при плане 8970 (исполнение 95,8%). Повышение квалификации и переподготовка медицинских работников осуществляется медицинскими организациями в соответствии с потребностью и наличием финансовых средств на данные цели.

Значение показателя «Доля аккредитованных специалистов от общего количества специалистов» – 3% при плане 5% (исполнение 60%). В Свердловской области, как в целом в Российской Федерации, с 2016 года внедрена процедура аккредитации медицинских специалистов. В 2017 году по программам специалиста по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия» в ФГБОУ ВО «УГМУ» прошли аккредитацию и завершили обучение 271 человек.

Значение показателей «Численность медицинских работников, получивших единовременное пособие на обзаведение хозяйством» – 724 человек при плане 870 человек (исполнение 83,2%), и «Численность медицинских работников, получивших единовременную выплату» – 67 человек при плане 75 человек (исполнение 89,3%). Исполнение плана обусловлено заявительным характером выплаты.

Значение показателя «Количество участников региональных и всероссийских конкурсов среди медицинских работников» – 66 человек при плане 100 человек (исполнение 66%). Мероприятие носит заявительный характер. В 2017 году отмечался низкий уровень участия в конкурсах.

Значение показателя «Количество инвалидов и участников Великой Отечественной войны, получивших стационарное лечение в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн» – 750 человек при плане 860 человек (исполнение 87,2%). Причины неисполнения показателя: низкая обращаемость и естественная убыль численности инвалидов и участников Великой Отечественной войны.

По ряду показателей наблюдается значительное превышение плановых значений.

Значение показателя «Удельный вес социально ориентированных некоммерческих организаций, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, от общего количества медицинских организаций всех форм собственности» составило за 2017 год 2,3% при плане 1,5% (исполнение 153,3%). Вместо запланированных 5 социально ориентированных некоммерческих организаций было привлечено к оказанию (выполнению) услуг (работ) населению в сфере охраны здоровья 7 организаций.

Значение показателя «Смертность от дорожно-транспортных происшествий» составило 6,7 случая на 100 тыс. человек населения при плане не более 11,4 (исполнение 170,1%). Влияние сферы здравоохранения на показатель опосредованно.

Значение показателя «Количество медицинских организаций, в которых проводится медицинская реабилитация детей» составило 12 единиц при плане 6 единиц (исполнение 200,0%). В рамках приоритетного регионального проекта «Технологии и комфорт – матерям и детям» в 2017 году дополнительно 6 медицинскими организациями получены лицензии на осуществление медицинской реабилитации детей.

Значения показателей «Доля медицинских организаций, использующих единую национальную систему электронных медицинских карт, от общего количества медицинских организаций» составило 76% при плане 18,5% (исполнение 410,8%), «Удельный вес медицинских организаций, внедривших электронную форму первичных медицинских документов» – 92% при плане 18,5% (исполнение 497,3%). В целях реализации Соглашения от 30.07.2015 между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Свердловской области «О взаимодействии в сфере развития Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в 2015–2018 годах» принято решение ускорить мероприятия по внедрению Единой государственной

информационной системы в медицинские организации Свердловской области. Внедрена Региональная интеграционная шина для медицинских информационных систем Свердловской области (далее – РИШ) для взаимодействия с Интеграционной электронной медицинской картой, организовано внедрение информационных систем.

Значения показателей, характеризующие соотношение средней заработной платы медицинского персонала и среднемесячного дохода от трудовой деятельности в Свердловской области, составили:

«Соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и планового показателя среднемесячного дохода от трудовой деятельности по Свердловской области» – 189,2% при плане 182,1% (исполнение 103,9%);

«Соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и планового показателя среднемесячного дохода от трудовой деятельности по Свердловской области» – 94,4% при плане 92,2% (исполнение 102,4%);

«Соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и планового показателя среднемесячного дохода от трудовой деятельности по Свердловской области» – 71,2% при плане 67% (исполнение 106,3%).

Раздел 12. Информатизация системы здравоохранения в 2017 году и перспективы до 2021 года

Информатизация здравоохранения Свердловской области в 2017 году оставалась одним из ключевых направлений работы Министерства здравоохранения Свердловской области. Усилия были направлены на внедрение РИШ, созданной в соответствии с требованиями методических рекомендаций по обеспечению функциональных возможностей региональных медицинских информационных систем, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 23.06.2016. В задачи РИШ входят:

- 1) поддержка информационного взаимодействия между исполнительными органами государственной власти Свердловской области, субъектами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;
- 2) обеспечение оперативного взаимодействия с медицинскими информационными системами медицинских организаций и федеральными системами и сервисами;
- 3) обеспечение оперативного получения и всестороннего анализа статистической, в том числе медицинской, информации;
- 4) анализ качества оказания медицинской помощи;
- 5) информационно-аналитическая поддержка разработки и реализации мероприятий по развитию и модернизации здравоохранения Свердловской области, профилактике заболеваний, лекарственному обеспечению и другим вопросам в области охраны здоровья граждан.

В 2017 году к РИШ были подключены 65 медицинских организаций Свердловской области, что составляет 46% от всех медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь.

После подключения РИШ к ключевым федеральным сервисам Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Российской Федерации в 10 раз возросло количество граждан, записывающихся на прием к врачу с использованием Единого портала государственных услуг <https://www.gosuslugi.ru/> (далее – ЕПГУ), в 2 раза вырос объем передаваемых данных в федеральный сервис «Интегрированная электронная медицинская карта», что увеличило для граждан доступность получения услуги «Сведения об оказанной медицинской помощи» на ЕПГУ.

Предоставление государственной услуги «Прием заявок (запись) на прием к врачу в электронном виде» в государственных учреждениях обеспечивает и региональный портал для пациентов «www.registratura96.ru» (далее – портал). За 2017 год 1 558 941 пациент был записан на прием к врачу с использованием портала.

Для обеспечения информационной поддержки процесса оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, включая ведение электронной медицинской карты пациента, Министерством здравоохранения Свердловской области в 2017 году определены требования к медицинским информационным системам, используемым в медицинских организациях Свердловской области, и требования к обязательному составу данных в этих системах. В течение 2017 года во всех медицинских организациях Свердловской области в соответствии с методическими рекомендациями по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций, утвержденными 01.02.2016 Министром здравоохранения Российской Федерации В. И. Скворцовой, и приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 27.06.2017 № 1104-п «О медицинских информационных системах государственных учреждений здравоохранения Свердловской области и о составе данных об оказанной медицинской помощи, обязательных к ведению в электронном виде», во всех медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь, были внедрены медицинские информационные системы (далее – МИС), соответствующие базовому уровню функциональности. Так, в 64 учреждениях здравоохранения внедрена и используется Региональная информационно-аналитическая медицинская система «Промед» (разработчик ООО «Сван», город Пермь), в 49 учреждениях здравоохранения – Региональная медицинская информационная система (разработчик публичное акционерное общество «Ростелеком», город Москва), в 2 учреждениях здравоохранения – Медицинская информационная система «МЕДОФИС» (разработчик ООО «СИАМС-СЕРВИС», город Екатеринбург), в 3 учреждениях здравоохранения – «1С: Медицина. Больница», в 23 муниципальных медицинских организациях – Автоматизированная информационная система «МИР» (разработчик МАУ «Центр Мединком», город Екатеринбург).

В 2017 году ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр» аккредитовал в Министерстве связи и массовых коммуникаций Российской Федерации удостоверяющий центр. Удостоверяющий центр создан для организации выдачи квалифицированных усиленных электронных подписей медицинскому персоналу в Свердловской области для перехода на ведение историй болезни и выписки листков нетрудоспособности в электронном виде.

Для обеспечения реализации части 5 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 года № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» Министерством здравоохранения Свердловской области было заключено Соглашение от 10.07.2017 № 42 со Свердловским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации «Об организационном обеспечении участия медицинских организаций, расположенных на территории Свердловской области, в информационном взаимодействии по обмену сведениями в целях формирования электронного листка нетрудоспособности», а также издан приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 02.10.2017 № 1678-п «О выдаче электронных листков нетрудоспособности на территории Свердловской области».

В результате принятых мер было организовано «пилотное» формирование электронных листков нетрудоспособности (далее – ЭЛН) для собственных сотрудников медицинских организаций в эксплуатируемых информационных системах, подписание их электронными подписями, передача сформированных ЭЛН в Единую интегрированную информационную систему «Соцстрах», а также учет медицинскими организациями ЭЛН сотрудников в личном кабинете Фонда социального страхования Российской Федерации. В 2017 году было сформировано 660 ЭЛН в 48 медицинских организациях. После начала работы удостоверяющего центра ГБУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр» и

выдачи электронных подписей медицинским организациям планируется обеспечить выписку ЭЛН во всех медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь.

Кроме того, в 2017 году в ряде поликлиник запущены сервисы электронных очередей, неотъемлемо связанных с МИС в регистратурах и на приемах врачей. Реализованы подключения лабораторных анализаторов к МИС с загрузкой результатов анализов непосредственно в электронные медицинские карты пациентов.

В 2017 году произведено объединение всех отдельных серверов программного комплекса «АДИС» в Свердловской области в региональный режим, что дает возможность организации центральной диспетчерской службы скорой медицинской помощи. Одновременно с этим проведена интеграция программного комплекса «АДИС» и системы мониторинга автомобилей скорой медицинской помощи с использованием технологий ГЛОНАСС, что позволяет диспетчерам СМП иметь актуальную информацию о местоположении автомобилей. В конце 2017 года проведена интеграция программного комплекса «АДИС» с унифицированным программным обеспечением Системы-112.

В 2017 году Министерством здравоохранения Свердловской области проведено обновление программного обеспечения ведомственной защищенной сети передачи данных здравоохранения Свердловской области до версии 4.0. в связи с завершением срока действия сертификата соответствия требованиям по защите информации предыдущей версии программного обеспечения.

В 2017 году произведен перевод информационных систем здравоохранения Свердловской области в резервный центр обработки данных Правительства Свердловской области на вычислительные ресурсы Министерства здравоохранения Свердловской области, что позволило исключить расходы, связанные с арендой вычислительных ресурсов у сторонних организаций.

С целью повышения качества диагностики и лечения Министерство здравоохранения Свердловской области развивает направление телемедицинских консультаций для обмена медицинской информацией между медицинскими специалистами. К началу 2018 года к единой телемедицинской сети Свердловской области было подключено 30 телемедицинских центров (102 точки подключения), 66 телемедицинских пунктов (108 точек подключения), 32 телемедицинские точки.

В 2017 году организовано подключение отдаленных подразделений медицинских организаций к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», что позволит в 2018 году заметно расширить телемедицинскую сеть.

С 2018 по 2021 год в Свердловской области планируется проведение мероприятий по реализации приоритетного регионального проекта «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий». Цель проекта – повышение эффективности организации оказания медицинской помощи гражданам за счет внедрения информационных технологий, мониторинга возможности записи на прием к врачу, перехода к ведению медицинской документации в электронном виде.

Раздел 13. Реализация указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года в 2017 году

Министерство здравоохранения Свердловской области как исполнительный орган государственной власти, уполномоченный на реализацию государственной политики в сфере здравоохранения на территории Свердловской области, в 2017 году реализовывал мероприятия по достижению показателей, установленных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 и Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598.

Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 устанавливает целевые значения пяти показателей смертности населения: смертности от болезней системы

кровообращения, от новообразований (в том числе от злокачественных), от туберкулеза, от дорожно-транспортных происшествий, младенческой смертности, которые необходимо достичь к 2018 году. «Дорожной картой» установлены годовые значения этих показателей для Свердловской области (таблица 105). Целевые значения четырех показателей по итогам 2017 года достигнуты и даже превышены, за исключением показателя смертности от ЗН (таблица 105).

Таблица 105

Значения целевых показателей, установленных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598

Номер строки	Наименование важнейшего целевого показателя	Единица измерения	Целевой показатель 2017 года	Фактическое значение показателя в 2017 году
1.	Смертность от болезней системы кровообращения	случая на 100 тыс. населения	680	654,6
2.	Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)	случая на 100 тыс. населения	200,4	226,1
3.	Смертность от туберкулеза	случая на 100 тыс. населения	12,8	10,3
4.	Смертность от дорожно-транспортных происшествий	случая на 100 тыс. населения	11,4	6,7
5.	Младенческая смертность	случая на 1 тыс. родившихся живыми	5,6	4,8

Анализ причин недостижения показателя смертности от ЗН показал, что на его уровень влияет, помимо медицинских, целый комплекс разнообразных факторов. Так, в Свердловской области постепенно нарастает доля населения пожилого и старого возраста, для которой риск развития ЗН намного выше, чем у более молодого населения. Кроме того, Свердловская область стабильно занимает последние места в ежегодных экологических рейтингах регионов Российской Федерации (данные 2016–2017 годов).

В 2017 году согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 реализовывались мероприятия по формированию здорового образа жизни граждан, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний. В рамках распоряжения Правительства Свердловской области от 08.09.2014 № 1099-РП «О мероприятиях по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области на 2014–2018 годы» исполнялись мероприятия по информированию населения о поведенческих факторах риска, влиянии на здоровье вредных бытовых, производственных, экологических факторов, издавались информационные материалы, велась работа со СМИ, медицинский персонал обучался навыкам формирования валеологических установок у пациентов.

Кроме того, работа по формированию навыков здорового образа жизни у жителей Свердловской области велась на основе комплексных программ: программы демографического развития Свердловской области на период до 2025 года, одобренной постановлением Правительства Свердловской области от 27.08.2007 № 830-ПП «О программе демографического развития Свердловской области на период до 2025 года», комплексной программы повышения качества жизни населения Свердловской области на период до 2018 года – «Новое качество жизни уральцев», утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 01.07.2014 № 552-ПП «Об утверждении комплексной программы повышения качества жизни населения Свердловской области на период до 2018 года – «Новое качество жизни уральцев», комплексной программы Свердловской области «Здоровье уральцев» на 2015–2017 годы, утвержденной постановлением Правительства

Свердловской области от 07.07.2015 № 582-ПП «Об утверждении комплексной программы Свердловской области «Здоровье уральцев» на 2015–2017 годы».

Во исполнение пункта 3 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Свердловской области по итогам деятельности за 2017 год был подготовлен и направлен в адрес Правительства Российской Федерации 26 марта 2017 года.

В соответствии с подпунктом «е» пункта 1 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 Министерство здравоохранения Свердловской области проводит ежемесячный мониторинг повышения заработной платы работников учреждений здравоохранения и муниципальных учреждений здравоохранения. Среднемесячная заработная плата работников учреждений здравоохранения и муниципальных учреждений здравоохранения за 2017 год составила:

специалисты, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование – 57 990,3 рубля, или 184,9% к плановому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности (31 365,1 рубля);

средний медицинский (фармацевтический) персонал – 28 933,8 рубля, или 92,2% к плановому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности;

младший медицинский персонал – 21 811,9 рубля, или 69,5% к плановому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности.

Целевые показатели заработной платы врачей, среднего медицинского персонала и младшего медицинского персонала за 2017 год перевыполнены.

В соответствии с Федеральным законом от 21 июля 2014 года № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования» и Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 в 2017 году Общественным советом при Министерстве здравоохранения Свердловской области совместно с Министерством здравоохранения Свердловской области проведена независимая оценка качества оказания услуг (далее – независимая оценка) в 106 медицинских организациях Свердловской области, из них 9 федеральных медицинских организациях, 80 учреждений здравоохранения, 17 медицинских организациях частной и иной форм собственности. Информация об итогах проведения независимой оценки в 2017 году размещена на официальном сайте Министерства здравоохранения Свердловской области. Издан приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 09.10.2017 № 1718-п «О мерах, направленных на улучшение деятельности медицинских организаций Свердловской области, по результатам проведенной в 2017 году независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями Свердловской области». С целью изучения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в 2017 году в медицинских организациях Свердловской области проводилось анкетирование пациентов по вопросам удовлетворенности качеством и доступностью оказываемой медицинской помощи в ежеквартальном режиме. На основании полученных результатов формировался рейтинг медицинских организаций, который размещен на официальном сайте Министерства здравоохранения Свердловской области.

Раздел 14. Структурные преобразования системы оказания медицинской помощи населению Свердловской области. Перспективы развития отрасли до 2021 года

В 2017 году Свердловская область инициативно начала реализацию второго этапа внедрения федерального проекта «Бережливая поликлиника» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Данный проект стал базой для разработки регионального приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (далее – Проект). Разработаны и утверждены паспорт Проекта, сводный и рабочий планы. Создан Региональный центр организации первичной

медико-санитарной помощи на базе государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения».

Цель Проекта – повышение удовлетворенности населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в Свердловской области до 70% к концу 2022 года путем создания и апробирования новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, основанной на принципах «бережливого производства», в 48 поликлиниках к концу 2018 года (в 2017 году данная модель внедрена в 5 поликлиниках, в 2018 году работа ведется в 43 поликлиниках) с последующим тиражированием в 329 амбулаторно-поликлинических подразделений Свердловской области.

В рамках Проекта запланированы ремонт поликлиник и регистратур, развитие системы электронной записи на прием к врачу и электронных направлений на диагностические и функциональные исследования, ведение электронных медицинских карт пациентов, создание в поликлинике комфортной среды для пациентов.

В результате реализации Проекта будет внедрено управление медицинскими технологиями, направленными на рост эффективности организационных решений и устранение существующих временных потерь.

В 2018 году с целью развития сети медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Свердловской области, Министерством здравоохранения Свердловской области за счет средств федерального бюджета планируется организовать 11 новых ФАП в населенных пунктах Свердловской области с численностью населения от 101 до 2000 человек, не имеющих медицинских подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и находящихся на расстоянии более 6 километров от ближайшей медицинской организации (распоряжение Правительства Российской Федерации от 03.03.2018 № 369-р): поселках Асбест и Новоипатово в Сысертском ГО, селе Новое Село ГО Первоуральск, деревне Кодинка города Каменска-Уральского, деревнях Кокшарова и Бутырки Камышловского МР, деревне Пасынок Сосьвинского ГО, селе Крылатовское и поселке Ледянка ГО Ревда, селе Меркушино ГО Верхотурский, деревне Шумиха Горноуральского ГО.

Кроме того, в 2018 году за счет средств областного бюджета планируется приобретение 10 передвижных ФАП для следующих медицинских организаций Свердловской области: ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница», ГБУЗ СО «Шалинская центральная городская больница», ГБУЗ СО «Верхнепышминская центральная городская больница им. П. Д. Бородина», ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Первоуральск», ГБУЗ СО «Нижнесергинская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Каменская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Режевская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Тугулымская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Невьянская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Нижнетуринская центральная городская больница».

Дополнительно из федерального бюджета Министерству здравоохранения Свердловской области в 2018 году будет выделено 25 400,0 тыс. рублей на приобретение медицинских комплексов для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с численностью населения до 100 человек (распоряжение Правительства Российской Федерации от 03.03.2018 №370-р). Ориентировочный перечень получателей передвижных ФАП за счет средств федерального бюджета: ГБУЗ СО «Алапаевская центральная районная больница», ГБУЗ СО «Центральная районная больница Верхотурского района», ГБУЗ СО «Центральная районная больница город Кушва», ГБУЗ СО «Серовская городская больница».

Потребность в приобретении передвижных ФАП до 2020 года составляет 5 единиц.

В перспективе до 2020 года планируется развитие СМП в части повышения доступности за счет организации дополнительных бригад, межтерриториального взаимодействия бригад разных учреждений здравоохранения по обслуживанию вызовов ближайшей к месту вызова бригады СМП, вне зависимости от принадлежности к учреждению здравоохранения и территории; повышение качества и уровня профессиональной подготовки специалистов

СМП; укрепление материально-технической базы станций и отделений СМП; дальнейшее развитие службы неотложной помощи в амбулаторно-поликлинической практике и совершенствование приемственности со службой СМП.

Оптимизация сети родовспомогательных учреждений в Свердловской области (и изменение маршрутизации беременных пациенток) проводится с учетом следующих условий: плотность населения, уровень рождаемости, максимальное время доставки пациентки в акушерский стационар. При этом в родовспомогательном учреждении первого уровня обеспечивается работа «ургентного родильного зала», а также проводится информирование населения об изменении маршрутизации, возможности телемедицинских консультаций, прорабатывается логистика доставки беременной до соседнего учреждения родовспоможения.

В результате проведенной оптимизации сети учреждений родовспоможения удельный вес родильных домов с количеством родов менее 300 в год на территории Свердловской области составил 32,0%, менее 500 – 3,8%. В 2013–2017 годах изменена маршрутизация в 5 ГО Свердловской области: Пышминском ГО, Новолялинском ГО, Ачитском ГО, ГО Карпинск, ГО Богданович (приказы Министерства здравоохранения Свердловской области от 15.11.2013 № 1454-п «Об изменении маршрутизации беременных, рожениц и родильниц на территории Ачитского городского округа», от 15.11.2013 № 1461-п «Об изменении маршрутизации беременных, рожениц и родильниц на территории Новолялинского городского округа», от 12.12.2013 № 1621-п «Об изменении маршрутизации беременных, рожениц, родильниц на территории Пышминского городского округа», от 02.07.2014 № 846-п «Об изменении маршрутизации беременных, рожениц и родильниц на территории Карпинского городского округа», от 22.07.2015 № 1054-п «Об изменении маршрутизации беременных, рожениц и родильниц на территории Богдановичского городского округа» и от 04.08.2015 № 1111-п «Об изменении маршрутизации беременных, рожениц и родильниц на территории Богдановичского городского округа», от 30.07.2015 № 1082-п «Об изменении маршрутизации гинекологических больных Богдановичского городского округа»).

Обеспеченность акушерскими и гинекологическими койками женщин Свердловской области выше, чем по Российской Федерации. В связи с этим проведена работа по приведению коечного фонда в соответствие со среднероссийскими показателями, при этом изменение коечного фонда коснулось в основном учреждений здравоохранения первого уровня и проводилось не только путем сокращения круглосуточных коек, но и перевода их в места дневных стационаров.

Раздел 15. Основные нормативные правовые акты Свердловской области, принятые в сфере охраны здоровья населения в 2017 году

1. Законы Свердловской области:

1) от 17 февраля 2017 года № 17-ОЗ «О внесении изменений в отдельные законы Свердловской области в связи с необходимостью их приведения в соответствие с федеральными законами»;

2) от 25 сентября 2017 года № 104-ОЗ «О внесении изменений в отдельные законы Свердловской области в связи с необходимостью их приведения в соответствие с федеральными законами и уставом Свердловской области».

2. Постановления Законодательного Собрания Свердловской области:

1) от 21.03.2017 № 464-ПЗС «Об информации Правительства Свердловской области об организации детской оздоровительной кампании на территории Свердловской области в 2017 году»;

2) от 11.04.2017 № 490-ПЗС «Об исполнении Закона Свердловской области «Об охране здоровья граждан в Свердловской области»;

3) от 06.06.2017 № 616-ПЗС «О докладе о реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год»;

4) от 05.12.2017 № 925-ПЗС «О даче согласия на утверждение Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

3. Постановления Правительства Свердловской области:

1) от 19.01.2017 № 16-ПП «Об утверждении Порядка определения объема бюджетных ассигнований, предусмотренных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, и Порядка финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований областного бюджета, в том числе гражданам Российской Федерации, проживающим на территориях иных субъектов Российской Федерации»;

2) от 19.01.2017 № 17-ПП «О признании утратившим силу постановления Правительства Свердловской области от 14.06.2011 № 721-ПП «О Концепции кадровой политики здравоохранения Свердловской области на период до 2020 года»;

3) от 16.02.2017 № 97-ПП «О реорганизации государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Областной наркологический диспансер» и государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Областной специализированный центр медико-социальной реабилитации больных наркоманией «Урал без наркотиков»;

4) от 14.03.2017 № 143-ПП «Об утверждении Порядка формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на софинансирование расходов Свердловской области, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования»;

5) от 14.03.2017 № 144-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2020 года» и признании утратившим силу постановления Правительства Свердловской области от 08.07.2013 № 867-ПП «Об утверждении программы «Развитие здравоохранения Свердловской области» на 2013–2020 годы»;

6) от 14.03.2017 № 145-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 28.08.2013 № 1063-ПП «Об установлении условий, на которых несовершеннолетние проходят медицинские осмотры, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом, диспансеризацию, диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию и на которых несовершеннолетним оказывается медицинская помощь, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»;

7) от 05.04.2017 № 226-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 26.02.2013 № 225-ПП «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Свердловской области»;

8) от 27.04.2017 № 296-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 28.12.2011 № 1835-ПП «О мерах по реализации Закона Свердловской области от 9 ноября 2011 года № 120-ОЗ «О наделении органов местного самоуправления муниципального образования «город Екатеринбург» государственными полномочиями Свердловской области по организации оказания медицинской помощи»;

9) от 31.05.2017 № 365-ПП «Об итогах выполнения Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год»;

10) от 22.06.2017 № 438-ПП «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, проживающих в Свердловской области, по обеспечению лекарственными препаратами

и медицинскими изделиями бесплатно и на льготных условиях по рецептам врачей в фармацевтических организациях за счет средств областного бюджета»;

11) от 22.06.2017 № 439-ПП «Об утверждении Порядка предоставления из областного бюджета субсидий на частичное возмещение затрат по проведению исследований методом позитронно-эмиссионной томографии медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области»;

12) от 05.07.2017 № 488-ПП «О внесении изменений в государственную программу Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года», утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП»;

13) от 05.07.2017 № 489-ПП «Об утверждении Положения о предоставлении в 2017 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников, работающих в сельских населенных пунктах, либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, расположенных на территории Свердловской области»;

14) от 05.07.2017 № 490-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 25.12.2014 № 1217-ПП «Об оказании в 2014–2016 годах гражданам Украины и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Украины, прибывшим на территорию Свердловской области в поисках убежища, медицинской помощи и проведении указанным лицам профилактических прививок, включенных в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;

15) от 24.08.2017 № 612-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 07.07.2015 № 582-ПП «Об утверждении комплексной программы Свердловской области «Здоровье уральцев» на 2015–2017 годы»;

16) от 14.09.2017 № 670-ПП «О внесении изменений в государственную программу Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года», утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП»;

17) от 14.09.2017 № 671-ПП «Об определении исполнительного органа государственной власти Свердловской области, уполномоченного на утверждение плана мероприятий по использованию медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, а также на утверждение критериев отбора медицинских организаций для включения в указанный план мероприятий»;

18) от 12.10.2017 № 740-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 26.02.2013 № 225-ПП «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Свердловской области»;

19) от 12.10.2017 № 741-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 11.10.2012 № 1116-ПП «Об установлении порядка и условий предоставления бесплатной медицинской консультации несовершеннолетним при определении их профессиональной пригодности»;

20) от 18.10.2017 № 775-ПП «О внесении изменений в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 29.12.2016 № 955-ПП»;

21) от 18.10.2017 № 776-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 15.09.2008 № 980-ПП «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Свердловской области»;

22) от 18.10.2017 № 777-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 27.05.2008 № 506-ПП «О порядке выплаты единовременного пособия медицинским и иным работникам медицинских организаций, осуществляющих заготовку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и (или) ее компонентов, и медицинских организаций, осуществляющих клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов, подвергающимся риску заражения инфекционными заболеваниями, передаваемыми при донорстве крови, заготовке, хранении, клиническом использовании донорской крови и (или) ее компонентов, при исполнении служебных обязанностей на территории Свердловской области, в связи с назначением трудовой пенсии при наличии стажа работы в медицинских организациях, осуществляющих заготовку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и (или) ее компонентов, и (или) в медицинских организациях, осуществляющих клиническое использование донорской крови и (или) ее компонентов, не менее 25 лет»;

23) от 18.10.2017 № 778-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 13.01.2016 № 16-ПП «Об утверждении Положения, структуры, предельного лимита штатной численности и фонда по должностным окладам в месяц Министерства здравоохранения Свердловской области»;

24) от 31.10.2017 № 804-ПП «О внесении изменений в комплексную программу Свердловской области «Здоровье уральцев» на 2015–2017 годы, утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 07.07.2015 № 582-ПП»;

25) от 07.11.2017 № 820-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 19.01.2017 № 16-ПП «Об утверждении Порядка определения объема бюджетных ассигнований, предусмотренных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, и Порядка финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований областного бюджета, в том числе гражданам Российской Федерации, проживающим на территориях иных субъектов Российской Федерации»;

26) от 07.11.2017 № 821-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 09.09.2014 № 773-ПП «О предоставлении гражданам Украины и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Украины, прибывшим на территорию Свердловской области в поисках убежища, отдельных мер социальной поддержки за счет средств областного бюджета»;

27) от 07.12.2017 № 911-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 26.02.2013 № 225-ПП «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Свердловской области»;

28) от 14.12.2017 № 941-ПП «О докладе «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2016 году»;

29) от 14.12.2017 № 942-ПП «О внесении изменений в государственную программу Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2024 года», утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП»;

30) от 14.12.2017 № 943-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 26.04.2013 № 534-ПП «Об утверждении Программы «Развитие кадров здравоохранения Свердловской области» на 2013–2017 годы»;

31) от 21.12.2017 № 1006-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;

32) от 29.12.2017 № 1036-ПП «О внесении изменений в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 29.12.2016 № 955-ПП».

4. Распоряжения Правительства Свердловской области:

1) от 11.05.2017 № 401-РП «О признании утратившим силу распоряжения Правительства Свердловской области от 19.08.2011 № 1509-РП «О плане мероприятий по реализации Концепции кадровой политики здравоохранения Свердловской области»;

2) от 11.05.2017 № 402-РП «О внесении изменений в распоряжение Правительства Свердловской области от 19.09.2016 № 860-РП «О дополнительных мерах по ограничению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на территории Свердловской области на 2016–2020 годы»;

3) от 24.05.2017 № 445-РП «О внесении изменений в распоряжение Правительства Свердловской области от 08.09.2014 № 1099-РП «Об утверждении Комплексного плана мероприятий по формированию здорового образа жизни населения Свердловской области на 2014–2018 годы»;

4) от 02.06.2017 № 481-РП «О создании Координационной комиссии по профилактике социально значимых заболеваний и санитарно-эпидемиологическому благополучию в Свердловской области».