



# ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

14.12.2017

№ 941-ПП

г. Екатеринбург

### **О докладе «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2016 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, информационного обеспечения деятельности руководителей законодательных и исполнительных органов государственной власти Свердловской области, глав муниципальных образований, расположенных на территории Свердловской области, руководителей медицинских организаций, рассмотрев подготовленный Министерством здравоохранения Свердловской области доклад «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2016 году», Правительство Свердловской области

#### **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Принять к сведению доклад «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2016 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», разработке и реализации 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 2016 году»;

2) принимать меры по повышению эффективности деятельности системы здравоохранения Свердловской области, качества и доступности медицинской помощи, повышению 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](http://www.pravo.gov66.ru)).

Губернатор  
Свердловской области



Е.В. Куйвашев



Приложение  
к постановлению Правительства  
Свердловской области  
от 14.12.2017 № 941-ПП

**ДОКЛАД**  
**«О состоянии здоровья граждан, проживающих**  
**в Свердловской области, в 2016 году»**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	6
Термины и сокращения, используемые в докладе «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2016 году»	7
Раздел 1. Медико-демографическая ситуация и показатели здоровья населения Свердловской области	11
Глава 1. Численность и структура населения	11
Глава 2. Рождаемость	13
Глава 3. Смертность	14
Глава 4. Материнская и младенческая смертность	16
Глава 5. Продолжительность жизни	18
Раздел 2. Заболеваемость населения Свердловской области	19
Глава 6. Общая и первичная заболеваемость	19
Глава 7. Болезни системы кровообращения	26
Глава 8. Злокачественные новообразования	28
Глава 9. Травмы и отравления	32
Глава 10. Заболеваемость беременных женщин и рожениц	36
Глава 11. Социально значимые заболевания	37
Параграф 1. Заболевания, передаваемые половым путем	37
Параграф 2. ВИЧ-инфекция	39
Параграф 3. Психические расстройства	41
Параграф 4. Наркологические расстройства	46
Параграф 5. Туберкулез	50
Параграф 6. Сахарный диабет	52
Глава 12. Заболеваемость детского населения	55
Глава 13. Временная утрата трудоспособности	60
Глава 14. Инвалидность населения	66
Параграф 7. Инвалидность взрослого населения	67
Параграф 8. Инвалидность детского населения	71
Глава 15. Организационные технологии трехуровневой системы оказания медицинской помощи	73
Параграф 9. Первый уровень. Первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная специализированная медико-санитарная и скорая медицинская помощь	73
Параграф 10. Второй уровень – межмуниципальный. Межмуниципальные медицинские центры специализированной медицинской помощи	76
Параграф 11. Третий уровень – региональный. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	77
Раздел 3. Характеристика основных параметров Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области	78
Глава 16. Итоги реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год. Характеристика основных показателей обеспеченности населения медицинской помощью	78
Раздел 4. Деятельность отдельных служб здравоохранения	85
Глава 17. Терапевтическая служба	85



Глава 18. Хирургическая служба	99
Глава 19. Акушерско-гинекологическая служба	106
Глава 20. Педиатрическая служба	109
Глава 21. Организация медицинской помощи при социально значимых заболеваниях	115
Параграф 12. Фтизиатрическая служба	115
Параграф 13. Онкологическая служба Свердловской области	117
Параграф 14. Дерматовенерологическая служба	120
Параграф 15. Психиатрическая служба	121
Параграф 16. Наркологическая служба	123
Параграф 17. Оказание медицинской помощи при ВИЧ-инфекции	126
Глава 22. Деятельность параклинических подразделений	128
Параграф 18. Лабораторная служба	128
Параграф 19. Служба лучевой диагностики	131
Параграф 20. Служба функциональной диагностики	132
Параграф 21. Служба ультразвуковой диагностики	133
Глава 23. Служба крови	134
Глава 24. Служба судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы	135
Глава 25. Скорая медицинская помощь. Медицинская эвакуация	139
Глава 26. Первичная медико-санитарная помощь	143
Глава 27. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	147
Глава 28. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, в том числе детей	150
Глава 29. Паллиативная помощь, в том числе детям	152
Раздел 5. Информатизация системы здравоохранения в 2016 году и перспективы на 2017–2019 годы	154
Раздел 6. Характеристика основных параметров реализации программ лекарственного обеспечения в 2016 году и перспективы на 2017–2019 годы	157
Раздел 7. Кадровые ресурсы здравоохранения Свердловской области в 2016 году. Перспективы обеспеченности врачебным и сестринским персоналом на 2017–2019 годы	166
Раздел 8. Состояние основных фондов и техническое оснащение медицинских организаций	170
Раздел 9. Реализация указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года в 2016 году	174
Раздел 10. Реализация государственных и комплексных программ Свердловской области	176
Раздел 11. Финансовое обеспечение здравоохранения Свердловской области в 2016 году и перспективы на 2017 год	182
Раздел 12. Основные нормативные правовые акты Свердловской области, принятые в сфере охраны здоровья граждан в 2016 году	185

## Введение

Доклад «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2016 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. Многолетний опыт подготовки Доклада показал высокую важность этого документа. Доступность и полнота информации, ее преимущество 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.

Доклад готовится по уточненной статистической информации на основе доклада о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности за 2016 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 целый 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 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.

**Термины и сокращения, используемые в докладе «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2016 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 (СПИД).

**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 медицинской организации вследствие его работы в данной медицинской организации вне зависимости от проявления симптомов заболевания во время либо после пребывания в медицинской организации.

**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 ДКБВЛ «НПЦ «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 «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 «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, которое 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.

**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.

**ЛПУ** – лечебно-профилактическое учреждение.

**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.

**Муниципальное учреждение здравоохранения** – медицинская организация, подведомственная Управлению здравоохранения Администрации города Екатеринбурга.

**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.

**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. В процессе развития вирусное заболевание может осложняться бактериальной инфекцией.

**ОРЗ (острое респираторное заболевание)** – объединяет группу 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.

**РБ** – районная больница.

**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.

**УБ** – участковая больница.

**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.

**ЦГБ** – центральная городская больница.

**ЦРБ** – центральная районная больница.

**ЦГКБ** – центральная городская клиническая больница.

**ЭКГ** – электрокардиограмма.

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

### Глава 1. Численность и структура населения

По данным Управления Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области, на 01.01.2017 постоянное население Свердловской области составляло 4 329 341 человек. В городской местности проживало 84,6 % населения (3 663 934 человека), в сельской – 15,4% (665 407 человек). В 2016 году в Свердловской области впервые с 2011 года зафиксировано снижение численности населения (на 665 человек, или на 0,02%) (таблица 1).

Таблица 1

#### Численность постоянного населения Свердловской области в 2010–2016 годах

Показатель	(тыс. человек)							
	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2020 год (прогноз)
Численность постоянного населения	4297,5	4297,2	4307,5	4315,8	4327,5	4330,0	4329,3	4327,5

На 3,8% снизилось число родившихся детей, общая численность которых составила 59 840 человек (в 2014 году – 62 600, в 2015 году – 62 232). Коэффициент рождаемости составил 13,8 родившихся на 1000 человек населения (в 2015 году – 14,4).

Тенденция роста смертности, сложившаяся с 2014 года, сменилась снижением в 2016 году. Одновременно со снижением смертности отмечается снижение рождаемости, обусловленное как социально-экономическими факторами, так и естественными причинами (уменьшением числа женщин детородного возраста). Положительная миграция населения в Свердловской области только частично компенсирует снижение рождаемости населения, в связи с чем в 2016 году отмечается снижение общей численности населения (по оптимистичным прогнозам, численность населения снизится к 2020 году до 4327,5 тыс. человек).

Число умерших в Свердловской области в 2016 году сократилось на 391 человека (таблица 2), а коэффициент смертности составил 14,0 на 1000 человек населения (в 2015 году – 14,2).

Таблица 2

#### Рождаемость и смертность населения Свердловской области в 2010–2016 годах

Номер строки	Показатель	(человек)							
		2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2020 год (прогноз)
1.	Родившиеся	57 540	58 038	61 649	62 229	62 875	62 232	59 881	59 126
2.	Умершие	61 486	60 814	60 155	59 266	60 447	61 222	60 831	61 198

Естественная убыль численности населения в 2016 году составила 991 человек, или -0,2 промилле на 1000 человек населения, что отличается от 2015 года, когда отмечался естественный прирост численности населения (1010 человек, или 0,3 промилле) (таблица 2). Естественная убыль сформировалась за счет сельского населения (-2095 человек), в то время как численность городского населения выросла на 1104 человека.

Прогнозируется дальнейшее снижение рождаемости к 2020 году до 59 тыс. человек в год. При этом ожидается стабилизация показателя смертности в 2017 году и дальнейший незначительный рост численности населения за счет пожилых групп до уровня 61,2 тыс. человек в год к 2020 году.

Структура населения Свердловской области последние двадцать лет соответствует регрессивному типу (таблица 3): происходит процесс старения населения и многолетний рост числа пожилых людей (численность трудоспособного населения в 2016 году сократилась на 1,7%, с 2 480 481 человека в 2015 году до 2 438 394 человек в 2016 году; в 2015 году – на 1,5%), что увеличивает нагрузку на экономику, систему здравоохранения и влияет на потенциал воспроизводства населения. Коэффициент демографической нагрузки имеет тенденцию к увеличению: в 2016 году он составил 775,8 нетрудоспособных на 1000 человек трудоспособного возраста (445,0 – старше трудоспособного возраста и 330,8 – младше трудоспособного возраста), увеличившись в сравнении с 2015 годом на 4,2%. К 2020 году ожидается сохранение тенденции снижения доли трудоспособного населения за счет увеличения доли людей старшей возрастной группы. Доля детей и подростков снизится (таблица 3).

Таблица 3

### Возрастная структура населения Свердловской области в 2010–2016 годах

Номер строки	Категория населения	(процентов)							
		2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2020 год (прогноз)
1.	Младше трудоспособного возраста	15,9	16,1	16,5	16,9	17,5	19,2	18,6	17,5
2.	Трудоспособное население	62,2	60,9	60,2	59,3	58,3	57,3	56,3	55,6
3.	Старше трудоспособного возраста	21,9	23,0	23,3	23,8	24,2	23,5	25,1	26,9

В структуре населения Свердловской области женщины составляют 54,1% (2343,4 тыс. человек), мужчины – 45,9% (1986,6 тыс. человек); в 2016 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 0,22% больше женщин. В возрасте 35–39 лет мужчин становится на 5,8% меньше, чем женщин, что связано с повышенным уровнем смертности среди мужчин. При этом разница в последующих возрастных категориях в соотношении мужчин и женщин постепенно увеличивается. В возрастной группе 50–54 лет мужчин меньше, чем женщин, на 16,5%, в группе 70 лет и старше мужчин меньше в 2,7 раза. 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. Однако с этого возраста численность мужчин начинает интенсивно сокращаться. В возрастной категории 70 лет и старше доля мужчин, проживающих в городах, составляет 26,7% от общей численности населения, в сельской местности – 28,8%.

В 2016 году доля женщин фертильного возраста снизилась на 0,8%, составив 24,3% от общей численности населения Свердловской области, а к 2020 году ожидается ее снижение до 23,8% (таблица 4). Женщины детородного возраста составляют 44,9% от всего женского населения региона (в 2015 году – 45,2%).

Наблюдавшийся в Свердловской области до 2015 года рост числа рождений и увеличение показателей рождаемости происходил как за счет нахождения в фертильном возрасте поколения 80-х годов, так и за счет реализации отложенных рождений женщинами старшего возраста. Сокращение уровня рождаемости в 2016 году обусловлено сокращением



числа женщин репродуктивного возраста и связано с ростом среднего возраста матерей при рождении первых и последующих детей.

Таблица 4

**Доля женщин 15–49 лет в общей численности населения Свердловской области**

Показатель	(процентов)							
	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2020 год (прогноз)
Доля женщин 15–49 лет в общей численности населения	27,6	27,6	25,7	24,8	24,5	24,5	24,3	23,8

**Глава 2. Рождаемость**

Демографическая ситуация, сложившаяся в Свердловской области в 2016 году, характеризуется снижением числа родившихся детей, общая численность которых составила 59 840 человек. За год снижение числа родившихся живыми составило 2392 человека, показатель рождаемости снизился на 4,3%, составив 13,8 родившихся на 1000 человек населения (таблица 5).

Таблица 5

**Динамика рождаемости в Свердловской области**

Показатель	(число родившихся на 1000 человек населения)							
	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2020 год (прогноз)
Рождаемость на 1000 человек населения	13,1	13,5	14,3	14,4	14,5	14,4	13,8	13,6

Выше среднеобластного уровня рождаемость в Западном, Южном, Восточном управленческих округах и в МО «город Екатеринбург», ниже – в Горнозаводском и Северном управленческих округах Свердловской области (таблица 6).

Таблица 6

**Рождаемость по управленческим округам Свердловской области и МО «город Екатеринбург» в 2016 году**

Номер строки	Управленческий округ Свердловской области, муниципальное образование Свердловской области	(число родившихся на 1000 человек населения)		
		Общая численность населения (человек)	Число родившихся живыми (человек)	Показатель рождаемости
1	2	3	4	5
1.	Западный	588 078	8185	13,9
2.	Южный	673 280	9341	13,9
3.	Северный	333 429	3756	11,3
4.	Восточный	428 680	6065	14,1

1	2	3	4	5
5.	Горнозаводской	828 802	9961	12,0
6.	МО «город Екатеринбург»	1 477 737	22 573	15,3
7.	Свердловская область	4 330 006	59 881	13,8

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 2016 году в Свердловской области уровень брачности составил 4,6 брака на 1000 человек населения (на 14,1% ниже, чем в 2015 году), а уровень разводов – 4,6 случая на 1000 человек населения (на 2,2% выше, чем в 2015 году).

### Глава 3. Смертность

С 2014 года в Свердловской области отмечалась тенденция роста смертности населения, которая в 2016 году сменилась снижением (таблица 7). Зарегистрировано снижение показателя смертности трудоспособного населения (на 3,3% к уровню 2015 года), абсолютное число умерших трудоспособных лиц (15 434 человека) меньше, чем в 2015 году (15 901 человек). Удельный вес трудоспособного населения в числе умерших всех возрастов в 2016 году продолжил многолетнее снижение и составил 25,5% (в 2012 году – 26,7%, в 2015 году – 25,7%). К 2020 году общая смертность населения прогнозируется на уровне 14,1 случая на 1000 человек населения, что на 0,7% выше уровня 2016 года. Смертность в трудоспособном возрасте к 2020 году прогнозируется на уровне 6,2 случая на 100 тыс. человек населения.

Таблица 7

#### Динамика показателей смертности населения Свердловской области в 2004–2016 годах

Номер строки	Год	Смертность на 1000 человек населения	В процентах к предыдущему году	Смертность на 1000 человек трудоспособного населения
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
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.	2020 (прогноз)	14,1	100,7	6,2

Основные медико-демографические показатели смертности населения представлены в таблице 8.

Таблица 8

**Медико-демографические показатели смертности населения в 2012–2016 годах**

Номер строки		(число родившихся на 1000 человек населения)				
		2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Российская Федерация	13,2	13,3	13,3	13,3	12,9
2.	УрФО	15,1	15,0	15,2	14,9	14,2
3.	Свердловская область	14,3	14,4	14,5	14,4	13,8
(число умерших на 1000 человек населения)						
4.	Российская Федерация	13,3	13,0	13,1	13,1	12,9
5.	УрФО	12,6	12,3	12,4	12,5	12,3
6.	Свердловская область	14,0	13,7	14,0	14,2	14,0
(число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения)						
7.	Российская Федерация	737,1	698,1	653,7	631,8	614,1
8.	УрФО	659,5	625,9	581,1	575,8	566,2
9.	Свердловская область	751,1	723,4	659,0	690,7	678,3
(число умерших от новообразований на 100 тыс. человек населения)						
10.	Российская Федерация	203,1	203,3	201,1	203,2	201,6
11.	УрФО	200,9	198,5	199,5	200,0	198,5
12.	Свердловская область	225,4	223,9	227,4	219,6	221,9
(число умерших от туберкулеза на 100 тыс. человек населения)						
13.	Российская Федерация	12,5	11,3	9,8	9,0	7,5
14.	УрФО	15,8	14,5	13,4	13,3	11,1
15.	Свердловская область	16,9	15,3	15,5	15,5	12,7
(число умерших от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. человек населения)						
16.	Российская Федерация	14,1	14,0	14,0	12,1	10,8
17.	УрФО	16,4	14,8	14,8	12,5	10,4
18.	Свердловская область	14,2	12,5	11,7	12,1	8,5
(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
20.	УрФО	7,5	7,4	6,4	5,8	5,5
21.	Свердловская область	7,4	6,9	6,3	5,5	5,8
(материнская смертность на 100 тыс. детей, родившихся живыми)						
22.	Российская Федерация	11,5	11,3	11,3	10,9	8,3
23.	УрФО	12,5	10,9	10,9	9,2	9,8
24.	Свердловская область	9,7	14,5	9,5	9,6	10,0

Структура общей смертности в 2016 году следующая: первое место занимают БСК – 48,3% (в 2015 году – 48,7%), второе место – новообразования – 15,8% (в 2015 году – 15,6%), третье место – внешние причины смерти – 10,7% (в 2015 году – 11,0%) (таблица 9).

На первые три причины приходится 74,8% смертности населения Свердловской области. На четвертом месте (8,3%) – диагноз «старость», относящийся к классу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках МКБ-10», 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 (5,9%), на шестом – смертность

от инфекционных и паразитарных болезней (3,7%, 51,7 случая на 100 тыс. человек населения). Основной нозологической формой класса «Инфекционные и паразитарные болезни», обусловившей смертность, является СПИД. В сравнении с 2015 годом число умерших от СПИДа выросло на 12,3%.

Таблица 9

#### Структура смертности населения Свердловской области по причинам смерти в 2016 году

Номер строки	Причина	Число умерших (человек)	В процентах от всех причин	Смертность на 100 000 человек
1.	Всего умерших в том числе от:	60 831	100	1404,9
2.	болезней системы кровообращения	29 367	48,3	678,3
3.	новообразований	9606	15,8	221,9
4.	внешних причин смерти	6522	10,7	150,6
5.	болезней органов пищеварения	3618	5,9	83,6
6.	болезней органов дыхания	1951	3,2	45,1
7.	инфекционных и паразитарных болезней	2238	3,7	51,7
8.	иных причин	7529	12,3	173,9

#### Глава 4. Материнская и младенческая смертность

Стратегической целью службы охраны здоровья матери и ребенка на территории Свердловской области на 2016 год являлось 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 2016 году показатель младенческой смертности составил 5,7 промилле (таблица 10). За 5 лет (с 2012 по 2016 год) показатель снизился на 20,5%, но в 2015 году зарегистрирован его рост на 5% в основном за счет увеличения числа случаев смерти в постнеонатальном периоде.

Таблица 10

#### Динамика показателя младенческой смертности в Свердловской области в 2012–2016 годах

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

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Младенческая смертность	7,3	6,9	6,3	5,5	5,7
2.	Процент изменений к предыдущему году	+25,8	-5,4	-8,7	-12,7	3,6

Структура причин младенческой смертности в Свердловской области в 2016 году в сравнении с 2015 годом несколько изменилась: на первом месте остались отдельные

состояния, возникающие в перинатальном периоде (в 2016 году – 42,8%, в 2015 году – 44,4%), на втором – травмы и отравления (в 2016 году – 15,3%, в 2015 году – 15,1%), третье место заняли врожденные аномалии и пороки развития (в 2016 году – 13,0%, в 2015 году – 17,0%). Далее следуют инфекционные болезни (в 2016 году – 9,25%, в 2015 году – 4,55%), болезни нервной системы (в 2016 году – 7,2%, в 2015 году – 7,5%) и болезни органов дыхания (в 2016 году – 4,0%, в 2015 году – 3,0%).

Серьезной немедицинской проблемой остается высокая доля случаев смерти детей на дому и от внешних причин, в основном эти случаи регистрируются в так называемых асоциальных семьях (таблица 11). Необходимо активное привлечение органов местного самоуправления к поддержке и помощи таким семьям, мониторингу воспитания в них детей.

Таблица 11

### Динамика некоторых показателей гибели детей до 1 года от немедицинских причин

		(процентов)				
Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Доля детей до 1 года, погибших от внешних причин	12,2	14,4	12,7	13,4	14,4
2.	Доля детей до 1 года, погибших на дому	21,3	23,4	20,8	20,8	19,9

Показатель материнской смертности в Свердловской области за последние пять лет (с 2012 по 2016 год) остается стабильным, в 2016 году он составил 10,0 случая на 100 тыс. живорожденных детей, достигнув целевого показателя «Дорожной карты» (рисунок 1).

### Динамика материнской смертности в Свердловской области за 2012–2016 годы (на 100,0 тыс. детей, родившихся живыми)

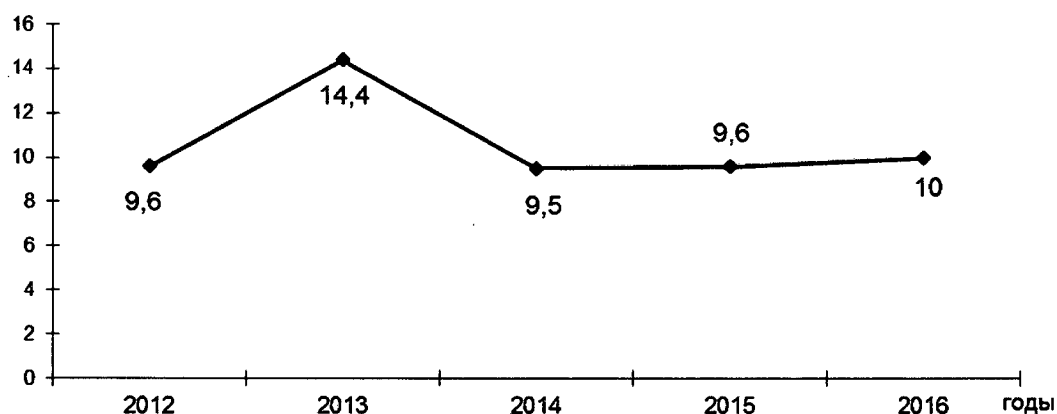


Рис. 1

Всего в 2016 году зарегистрировано 6 случаев материнской смертности (таблица 12). Причины каждого случая были проанализированы на уровне Министерства здравоохранения Свердловской области и медицинских организаций, оказывавших медицинскую помощь беременным женщинам. Гибель женщин произошла вне стационара, при этом погибшие не обращались за какой-либо медицинской помощью в медицинские организации за последние несколько лет. В 50% случаев причиной материнской смерти стала экстрагенитальная патология, в 33% случаев – кровотечение и в 17% – преэклампсия.

**Динамика показателя материнской смертности в Свердловской области в 2012–2016 годах**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Всего умерло женщин	6	9	6	6	6
2.	Случаев смерти на 100 тыс. живорожденных детей	9,6	14,4	9,5	9,6	10,0

Министерством здравоохранения Свердловской области с целью уменьшения уровня материнской смертности организованы аудиты подразделений службы родовспоможения по вопросам соблюдения порядков оказания медицинской помощи, проводится непрерывное обучение персонала – внедрение и отработка пошаговых алгоритмов действий при различных клинических ситуациях, обучение специалистов на рабочем месте, в симуляционных центрах.

**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 2015 годом ожидаемая продолжительность жизни населения увеличилась и в 2016 году составила 70,02 года (рисунок 2). Темпы роста продолжительности жизни в Свердловской области ниже, чем в среднем по Российской Федерации, где уровень в 70 лет был достигнут в 2012 году.

**Динамика продолжительности жизни населения Свердловской области в 2011–2016 годах (лет)**

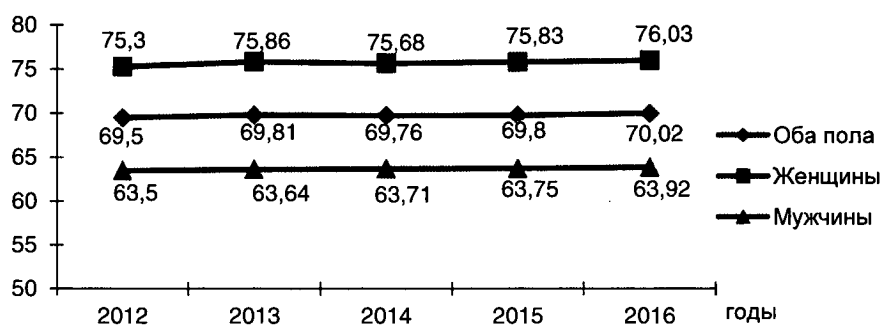


Рис. 2

К 2020 году ожидаемая продолжительность жизни в Свердловской области прогнозируется на уровне 71,0 года, в том числе у женщин – 77,0 года, у мужчин – 64,0 года.

## 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 2016 году на территории Свердловской области зарегистрировано 6040 тыс. заболеваний, из них в 3256 тыс. случаев (53,9%) диагноз установлен впервые. Уровень общей заболеваемости в 2007–2016 годах оставался относительно стабильным, но в 2016 году зарегистрировано его увеличение на 2,0% при тенденции к снижению показателя в целом по Российской Федерации (рисунок 3). Вместе с тем в течение всего последнего десятилетия уровень общей заболеваемости в Свердловской области был ниже среднего по Российской Федерации.

В 2016 году зарегистрировано 1442,2 случая заболеваний на 1000 человек населения, в сравнении с 2012 годом темп роста составил 6,7% (таблица 13). Такой рост может быть обусловлен проведением диспансеризации определенных групп взрослого населения и подростков.

#### Динамика общей заболеваемости населения Свердловской области в 2007–2016 годах

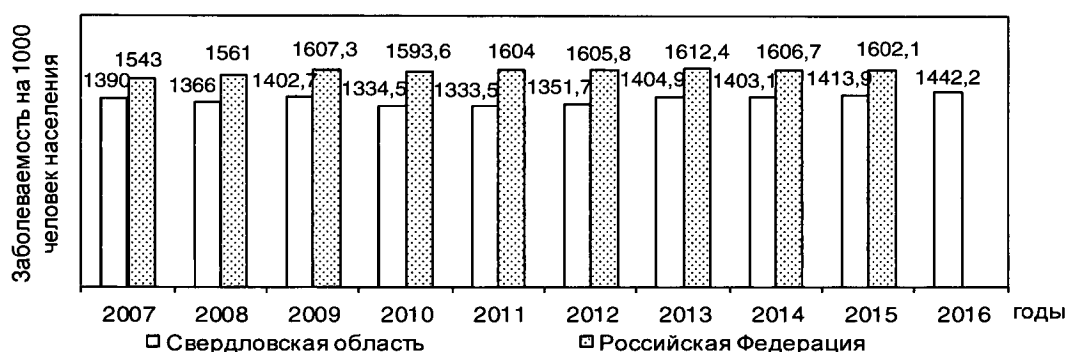


Рис. 3

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 2016 году в сравнении с 2012 годом наибольший рост общей заболеваемости отмечается по следующим классам: «Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ» (на 33,5%), «Болезни системы пищеварения» (на 31,0%), «Врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения» (на 19,5%), «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (на 15,2%), «Болезни мочеполовой системы» (на 14,1%). Чаще стали регистрироваться болезни крови и кроветворных органов (на 12,9%), заболевания нервной системы (на 12,0%), новообразования (на 11,0%), БСК (на 9,2%), заболевания органов дыхания (на 7,6%). Реже стали регистрироваться болезни кожи и подкожной клетчатки (на 11,6%), существенно снизился уровень травматизма (на 7,5%). Снижение уровня заболеваемости отмечается по классам «Инфекционные и паразитарные болезни» (на 1,6%), «Болезни уха и сосцевидного отростка» (на 1,3%), «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (на 0,9%). Снизился уровень регистрации отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (на 24,1%), а также патологических состояний при беременности, родах и в послеродовом периоде (на 19,5%). Самое значимое снижение наблюдается по классу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных

исследованиях, не классифицированные в других рубриках МКБ-10» (на 80,5%), что может свидетельствовать о повышении качества диагностики заболеваний (таблица 13).

Таблица 13

**Общая заболеваемость населения Свердловской области в 2012 и 2016 годах**

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	2012 год		2016 год		Темп прироста/убыли (процентов)
		абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	абсолютное число заболеваний	на 1 тыс. человек населения	
1.	Всего	5 593 496	1351,7	6 004 338	1442,2	6,7
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	211 886	51,2	209 833	50,4	-1,6
3.	Новообразования	154 606	37,4	172 947	41,5	11,0
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	38 534	9,3	43 640	10,5	12,9
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	218 900	52,9	293 940	70,6	33,5
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	150 397	36,3	156 345	37,6	3,6
7.	Болезни нервной системы	192 344	46,5	216 728	52,1	12,0
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	418 923	101,2	417 610	100,3	-0,9
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	165 549	40,0	164 461	39,5	-1,3
10.	Болезни системы кровообращения	631 852	152,7	694 337	166,8	9,2
11.	Болезни органов дыхания	1 451 511	350,8	1 572 165	377,6	7,6
12.	Болезни органов пищеварения	314 931	76,1	415 090	99,7	31,0
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	268 159	64,8	238 427	57,3	-11,6
14.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	408 752	98,8	473 750	113,8	15,2
15.	Болезни мочеполовой системы	338 512	81,8	388 535	93,3	14,1
16.	Беременность, роды и послеродовой период	117 488	28,4	95 152	22,9	-19,4
17.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	34 158	8,3	26 072	6,3	-24,1
18.	Врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	16 941	4,1	20 304	4,9	19,5
19.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках МКБ-10	3101	7,5	6120	1,5	-80,0
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	428 852	103,6	398 882	95,8	-7,5



В 2016 году по сравнению с 2015 годом чаще стали регистрироваться болезни органов пищеварения (16,7%), врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения (8,9%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,5%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (5,1%), БСК (3,0%), травмы (2,1%). По отдельным классам болезней наблюдалось снижение заболеваемости: болезни кожи и подкожной клетчатки – на 3,5%, новообразования – на 3,0%, инфекционные и паразитарные болезни – на 2,3%, болезни глаза и его придаточного аппарата – на 2,1%, психические расстройства и расстройства поведения – на 1,8%. Существенно снизился уровень регистрации симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях (35,5%) (таблица 14).

Таблица 14

**Общая заболеваемость населения Свердловской области в 2015–2016 годах**

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	2015 год		2016 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	5 881 342	1413,9	6 004 338	1442,2	2,0
2.	Инфекционные и паразитарные болезни	214 786	51,6	209 833	50,4	-2,3
3.	Новообразования	178 173	42,8	172 947	41,5	-3,0
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	43 672	10,5	43 640	10,5	-0,0
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	279 626	67,2	293 940	70,6	5,1
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	159 148	38,3	156 345	37,6	-1,8
7.	Болезни нервной системы	217 037	52,2	216 728	52,1	-0,2
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	426 142	102,4	417 610	100,3	-2,1
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	162 932	39,2	164 461	39,5	0,8
10.	Болезни системы кровообращения	673 778	162	694 337	166,8	3,0
11.	Болезни органов дыхания	1 541 487	370,6	1 572 165	377,6	1,9
12.	Болезни органов пищеварения	355 324	85,4	415 090	99,7	16,7
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	246 962	59,4	238 427	57,3	-3,5
14.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	448 629	107,9	473 750	113,8	5,5
15.	Болезни мочеполовой системы	382 955	92,1	388 535	93,3	1,3
16.	Беременность, роды и послеродовой период	106 483	25,6	95 152	22,9	-10,5

1	2	3	4	5	6	7
17.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	25 267	6,1	26 072	6,3	3,3
18.	Врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	18 533	4,5	20 304	4,9	8,9
19.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках МКБ-10	10 167	2,4	6120	1,5	-37,5
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	390 241	93,8	398 882	95,8	2,1

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

В 2016 году статистически значимый рост уровня общей заболеваемости выявлен на 11 территориях Свердловской области, статистически значимое снижение произошло в 3 муниципальных образованиях.

Повышение уровня заболеваемости в 2016 году наблюдалось в 56% муниципальных образований.

Среди территорий, где наблюдается рост заболеваемости, обращает на себя внимание Тавдинский ГО, где уровень общей заболеваемости увеличился в 1,14 раза. В ГО Красноуральск прирост уровня заболеваемости составил 569 случаев на 1000 человек населения за год, в Арамилском ГО – на 327 случаев на 1000 человек населения, в Артинском ГО – на 291 случай на 1000 человек населения. Заметное увеличение показателя общей заболеваемости в 2016 году наблюдалось также в ГО Нижняя Салда (на 292 случая на 1000 человек населения), Невьянском ГО (на 226 случаев на 1000 человек населения), Шалинском ГО (на 163 случая на 1000 человек населения), ГО Дегтярск (на 159 случаев на 1000 человек населения), Горноуральском ГО (на 130 случаев на 1000 человек населения).

Снижение показателя заболеваемости по сравнению с 2015 годом отмечено в Артинском ГО (с 1605 случаев в 2015 году до 1340 случаев на 1000 человек населения в 2016 году), в Артемовском ГО (с 1456 случаев в 2015 году до 1320 случаев на 1000 человек населения в 2016 году).

В МО «город Екатеринбург» в 2016 году показатель общей заболеваемости повысился и составил 1451 случай на 1000 человек населения (в 2015 году – 1399 случаев). В городе Нижний Тагил показатель общей заболеваемости незначительно снизился (с 1586 случаев в 2015 году до 1542 случаев на 1000 человек населения в 2016 году). В 2016 году наблюдалось увеличение показателя общей заболеваемости в Городе Каменске-Уральском (с 1460 до 1550 случаев на 1000 человек населения).

В последние 5 лет 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. Уровень первичной заболеваемости населения в целом по Свердловской области в 2016 году составил 782,2 случая на 1000 человек населения (рисунок 4).

Наибольший рост первичной заболеваемости за 2012–2016 годы произошел по классам болезней органов пищеварения (на 62,7%), эндокринной системы (на 40,6%), психических

расстройств и расстройств поведения (на 12,5%) (таблица 15). По отдельным классам болезней наблюдалось снижение первичной заболеваемости: некоторые инфекционные болезни (на 11,0%), новообразования (на 6,2%), болезни кожи и подкожной клетчатки (на 29,4%).

#### Первичная заболеваемость населения Свердловской области в 2012–2016 годах

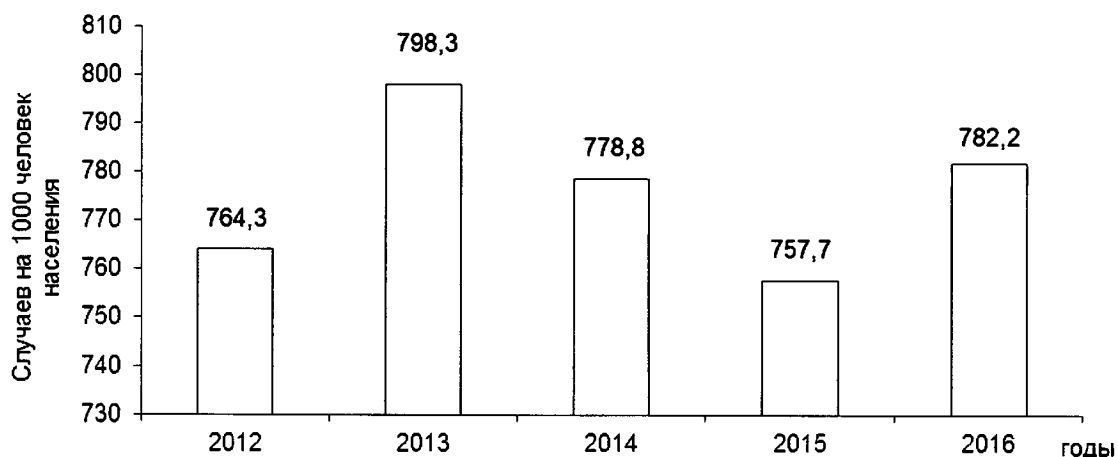


Рис. 4

Таблица 15

#### Первичная заболеваемость населения Свердловской области в 2012–2016 годах

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	2012 год		2016 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	3 162 811	764,3	3 256 533	782,2	2,3
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	142 677	34,5	127 680	30,7	-11,0
3.	Новообразования	46 503	11,2	43 638	10,5	-6,2
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	18 876	4,6	18 911	4,5	-2,2
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	39 901	9,6	56 379	13,5	40,6
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	16 662	4,0	18 896	4,5	12,5
7.	Болезни нервной системы	67 209	16,2	73 958	17,8	9,9
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	140 686	34,0	133 215	32,0	-5,9
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	115 256	27,9	116 855	28,1	0,7
10.	Болезни системы кровообращения	94 255	22,8	118 074	28,4	24,6

1	2	3	4	5	6	7
11.	Болезни органов дыхания	1 293 262	312,5	1 411 203	339,0	8,5
12.	Болезни органов пищеварения	103 175	24,9	168 683	40,5	62,7
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	194 172	46,9	154 714	37,2	-20,7
14.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	129 745	31,4	125 041	30,0	-4,5
15.	Болезни мочеполовой системы	178 538	43,1	184 115	44,2	2,6
16.	Беременность, роды и послеродовой период	98 597	23,8	69 919	16,8	-29,4
17.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	34 158	8,3	26 072	6,3	-24,1
18.	Врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	4 025	1,0	4178	1,0	0,0
19.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках МКБ-10	18 633	4,5	6120	1,5	-66,7
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	426 481	103,1	398 882	95,8	-7,1

При сравнении показателя первичной заболеваемости в 2015 и 2016 годах отмечается его рост на 3,2% (таблица 16). При этом наибольшее увеличение в течение года произошло по классам болезней органов пищеварения (на 51,1%), эндокринной системы (на 17,4%) и мочеполовой системы (на 13,3%).

Таблица 16

### Первичная заболеваемость населения Свердловской области в 2015–2016 годах

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	2015 год		2016 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	3 151 795	757,7	3 256 533	782,2	3,2
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	134 673	32,4	127 680	30,7	-5,2
3.	Новообразования	43 705	10,5	43 638	10,5	0,0
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	19 870	4,8	18 911	4,5	-6,3
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	47 682	11,5	56 379	13,5	17,4

1	2	3	4	5	6	7
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	18 983	4,6	18 896	4,5	-2,2
7.	Болезни нервной системы	71 243	17,1	73 958	17,8	4,1
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	133 994	32,2	133 215	32,0	-0,6
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	114 937	27,6	116 855	28,1	1,8
10.	Болезни системы кровообращения	117 236	28,2	118 074	28,4	0,7
11.	Болезни органов дыхания	1 372 606	330	1 411 203	339,0	2,7
12.	Болезни органов пищеварения	111 317	26,8	168 683	40,5	51,1
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	166 276	40	154 714	37,2	-7,0
14.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	131 387	31,6	125 041	30,0	-5,1
15.	Болезни мочеполовой системы	162 387	39	184 115	44,2	13,3
16.	Беременность, роды и послеродовой период	75 791	18,2	69 919	16,8	-7,7
17.	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	25 267	6,1	26 072	6,3	3,3
18.	Врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	4033	1	4178	1,0	0,0
19.	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках МКБ-10	10 167	2,4	6120	1,5	-37,5
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	390 241	93,8	398 882	95,8	2,1

Структура общей заболеваемости, установившаяся в 2015 году, незначительно изменилась в 2016 году (таблица 17). Болезни органов дыхания продолжают занимать первое место – 26,2% от общего числа случаев. Второе место принадлежит БСК (11,6%). Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают третье место (7,9%), на четвертом месте – болезни глаза и его придаточного аппарата (7%). На пятом месте – болезни системы пищеварения (6,9%).

Таблица 17

### Структура общей и первичной заболеваемости по классам болезней

(процентов)

Номер строки	Классы болезней МКБ-10	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость
1	2	3	4
1.	Всего	100	100
2.	Инфекционные и паразитарные болезни	3,5	3,9
3.	Новообразования	2,9	1,3
4.	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,7	0,6

1	2	3	4
5.	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	4,9	1,7
6.	Психические расстройства и расстройства поведения	2,6	0,6
7.	Болезни нервной системы	3,6	2,3
8.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	7,0	4,1
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	2,7	3,6
10.	Болезни системы кровообращения	11,6	3,6
11.	Болезни органов дыхания	26,2	43,3
12.	Болезни органов пищеварения	6,9	5,2
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	4,0	4,8
14.	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	7,9	3,8
15.	Болезни мочеполовой системы	6,5	5,7
16.	Беременность, роды и послеродовой период	1,6	2,1
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, не классифицированные в других рубриках МКБ-10	0,1	0,2
20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6,6	12,2

Структура первичной заболеваемости в 2016 году незначительно изменилась в сравнении с 2015 годом. Первое место (43,3%), как и в случае с общей заболеваемостью, принадлежит болезням органов дыхания. На втором месте – травмы и отравления (12,3%), на третьем – болезни мочеполовой системы (5,7%), на четвертом – болезни органов пищеварения (5,2%), на пятом – болезни кожи и подкожной клетчатки (4,8%).

### Глава 7. Болезни системы кровообращения

В структуре общей заболеваемости БСК занимают второе место. В 2016 году было зарегистрировано 682 054 случая БСК среди взрослого населения (в 2015 году – 661 672 случая, в 2014 году – 650 991, в 2013 году – 664 473, в 2012 году – 621 277). Показатель общей заболеваемости БСК составил 205,8 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2015 году – 198,3).

В 2016 году данный диагноз впервые в жизни установлен у 114 060 человек, что составило 16,7% от всех случаев БСК (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%; в 2012 году – 90 115 человек, или 14,5%). Показатель первичной заболеваемости БСК в 2016 году составил 34,4 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2015 году – 33,9).

Динамика общей и первичной заболеваемости БСК в Свердловской области представлена на рисунке 5. С 2012 по 2016 год уровень этих показателей увеличился на 11,1 и 22,7% соответственно.

Продолжается рост общего числа больных с артериальной гипертонией: в 2016 году было зарегистрировано 343 157 случаев (в 2015 году – 313 140, в 2014 году – 304 144, в 2013 году – 296 970, в 2012 году – 264 939). Диагноз «артериальная гипертония» среди взрослого населения впервые был установлен в 2016 году у 27 650 человек (8,3 случая на 1000 человек взрослого населения), для сравнения в 2015 году – у 30 460 человек (9,1 случая на 1000 человек взрослого населения).

населения), в 2014 году – у 23 356 человек (7,0 случая), в 2013 году – у 20 750 человек (5,9 случая); в 2012 году – у 17 598 человек (5,2 случая).

**Динамика общей и первичной заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения в Свердловской области в 2012–2016 годах (случаев на 1000 взрослого населения)**

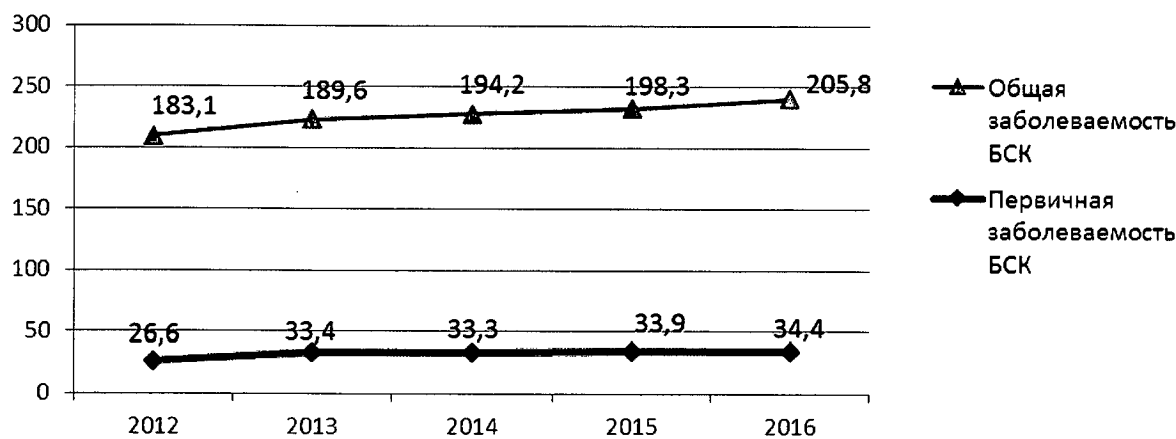


Рис. 5

Рост уровня регистрируемой заболеваемости БСК, в том числе артериальной гипертонией, следует расценивать как позитивный факт, который явился результатом проведения диспансеризации, повышения уровня информированности и своевременного обращения населения за медицинской помощью, так как несвоевременное диагностирование заболевания приводит к осложнениям, например, острым нарушениям мозгового кровообращения и прогрессированию сердечной недостаточности. Кроме того, на рост заболеваемости повлияла меняющаяся возрастная структура населения: постепенное увеличение доли пожилых и старых людей, у которых накапливаются хронические неинфекционные заболевания.

Показатель общей заболеваемости взрослого населения ишемической болезнью сердца в 2016 году составил 31,2 случая на 1000 человек взрослого населения (103 346 случаев), для сравнения, в 2015 году заболеваемость составляла 32,4 случая, в 2014 году – 33,5, в 2013 году – 31,8, в 2012 году – 32,6. Показатель заболеваемости ишемической болезнью сердца с впервые установленным диагнозом в 2016 году составил 6,8 случая на 1000 человек взрослого населения, для сравнения, в 2015 году – 6,3 случая, в 2014 году – 7,8, в 2013 году – 9,8, в 2012 году – 5,0 случая на 1000 человек взрослого населения. 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. Показатель заболеваемости взрослого населения первичным инфарктом миокарда составил в 2016 году 1,8 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2015 году – 2,2 случая, в 2014 году – 2,1, в 2013 году – 1,6, в 2012 году – 1,5).

Показатель заболеваемости повторным инфарктом миокарда в 2016 году составил 0,3 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2015 году – 0,3 случая, в 2014 году – 0,48, в 2013 году – 0,3, в 2012 году – 0,3).

Показатель заболеваемости острым инфарктом миокарда составил в 2016 году 1,8 случая на 1000 человек взрослого населения (в 2015 году – 1,9 случая, в 2014 году – 1,6, в 2013 году – 1,3, в 2012 году – 1,2).

Таким образом, показатели заболеваемости инфарктом миокарда за 2012–2016 годы и летальность от него в 2016 году увеличились (таблица 18, рисунок 6).

Таблица 18

### Динамика количества случаев инфаркта миокарда и летальности от него

Номер строки	Годы	Количество госпитализированных с инфарктом миокарда (в том числе повторным)	Летальность от инфаркта миокарда (процентов)
1.	2012	8264	14,2
2.	2013	8570	12,26
3.	2014	9175	11,01
4.	2015	8560	11,24
5.	2016	7599	12,3

### Динамика госпитальной летальности от инфаркта миокарда (процентов)

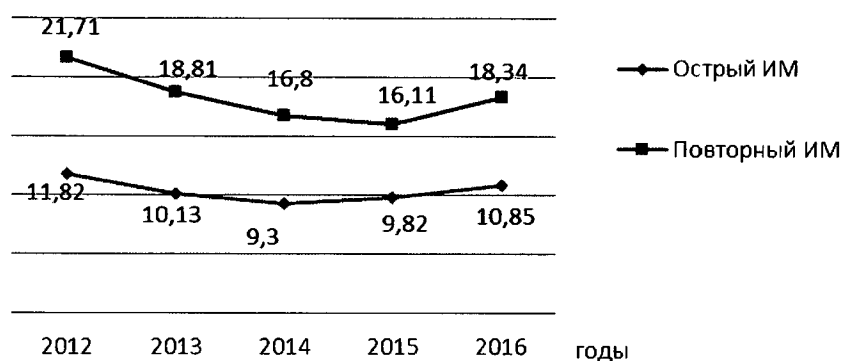


Рис. 6

Для значимого снижения уровня заболеваемости необходимо существенно улучшить качество проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца и расширить профилактические мероприятия, направленные на внедрение принципов здорового образа жизни среди населения Свердловской области.

## Глава 8. Злокачественные новообразования

В 2016 году в Свердловской области было зарегистрировано 18 160 новых случаев ЗН, из них в 1582 случаях диагноз установлен посмертно. Показатель заболеваемости на 100 тыс. человек населения составил 419,3 случая. За период с 2007 по 2016 год уровень заболеваемости ЗН увеличился с 350,1 до 419,3 на 100 тыс. человек населения, или на 19,8%, а смертности от них – с 216,8 до 221,9 случая на 100 тыс. человек населения, или на 2,3% (рисунок 7).

При увеличении заболеваемости наблюдается стабилизация и даже некоторое снижение смертности от ЗН, сокращение показателя одногодичной смертности (таблица 19). Растет показатель пятилетней выживаемости больных после оперативного и консервативного лечения. Увеличилось соотношение «заболеваемость/смертность»: в 2016 году оно составило



1,9 по сравнению с 1,7 в 2012 году. При этом настораживает высокая доля онкозаболеваний, выявленных в последней, IV стадии, что ставит перед здравоохранением задачу улучшения качества диспансеризации и профилактических осмотров, повышение онкологической настороженности врачебного и сестринского персонала.

### Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в Свердловской области в 2007–2016 годах

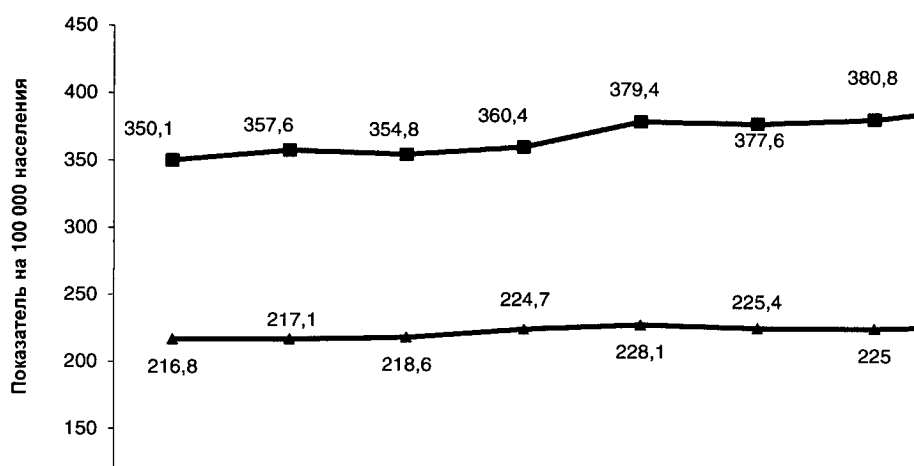


Рис. 7

Таблица 19

### Динамика основных показателей, характеризующих онкологическую ситуацию Свердловской области, за период с 2012 по 2016 год

Номер строки	Показатели	2012 год	2015 год	2016 год	Изменение в процентах к уровню 2012 года
1.	Заболеваемость, случаев на 100 тыс. человек населения	377,6	392,8	419,3	+11,0
2.	Смертность, случаев на 100 тыс. человек населения	225,4	220,8	221,9	-1,5
3.	Одногодичная смертность, процентов	23,7	21,2	23,1	-2,5
4.	Пятилетняя выживаемость, процентов	52,6	55,5	56,9	+8,2
5.	Выявляемость злокачественных новообразований в IV стадии, процентов	18,8	19,7	20,5	+9,0
6.	Выявляемость злокачественных новообразований в I–II стадиях, процентов	54,4	57,4	55,8	+2,5
7.	Выявляемость злокачественных новообразований визуальных локализаций в I–II стадиях, процентов	–	77,3	76,0	–

Наиболее высокий уровень заболеваемости ЗН зарегистрирован в МО город Алапаевск (521,1 случая на 100 тыс. человек населения), МО город Ирбит и Ирбитском МО (515,1), Артемовском ГО (489,7), ГО Богданович (482,7), Бисертском ГО (450,4) (таблица 10). В 2016 году по сравнению с 2015 годом наибольший рост заболеваемости был отмечен

в следующих МО: город Алапаевск – на 73,2%, ГО Первоуральск – на 17,8%, Артемовском ГО – на 13,5% (таблица 20).

Таблица 20

**Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями в некоторых муниципальных образованиях в 2015–2016 годах**

(на 100 тыс. человек населения)

Номер строки	Муниципальное образование	2015 год	2016 год	Темп прироста (процентов)
1.	МО город Алапаевск	300,8	521,1	73,2
2.	ГО Первоуральск	377,4	444,9	17,8
3.	Артемовский ГО	431,1	489,7	13,5
4.	МО город Ирбит и Ирбитское МО	463,0	515,1	11,2
5.	ГО Богданович	445,0	482,7	8,4
6.	Каменский ГО	432,4	456,4	5,5
7.	ГО Ревда	429,3	443,6	3,3
8.	Верхнесалдинский ГО	415,2	427,6	2,9
9.	Сысертский ГО	446,6	458,8	2,7
10.	Бисертский ГО	441,1	450,4	2,1
11.	По Свердловской области	392,8	419,3	6,7

Резкое увеличение заболеваемости в МО город Алапаевск связано с ростом достоверности статистического учета онкологических больных в ГБУЗ СО «Алапаевская городская больница» в течение 2016 года.

В 2016 году увеличилось число вновь зарегистрированных больных с ЗН ободочной кишки на 1,4% (1071 случай, в 2015 году – 1056), прямой кишки – на 5% (887 случаев, в 2015 году – 844), почки – на 18,2% (771 случай, в 2015 году – 652), тела матки – на 4,8% (740 случаев, в 2015 году – 603), мочевого пузыря – на 12,4% (444 случая, в 2015 году – 395), поджелудочной железы – на 17,8% (482 случая, в 2015 году – 409).

Сократилось число больных раком глотки на 16% (в 2016 году – 140, в 2015 году – 165), молочной железы – на 2% (в 2016 году – 1752, в 2015 году – 1779). Не изменилось число новых случаев ЗН на губе, в пищеводе, печени, гортани, костях скелета.

В структуре заболеваемости мужского населения первое место занимают ЗН легких (18,4%), второе – предстательной железы (15,1%), третье – кожи (8,6%).

В структуре заболеваемости женского населения первое место занимают ЗН молочной железы (18,7%), второе – кожи (12,7%), третье – ободочной кишки (7,7%).

Из общего числа вновь зарегистрированных больных ЗН 26,1% выявлены при профилактических осмотрах (в 2015 году – 30,1%).

В 2016 году из общего количества больных ЗН, взятых на учет, у 55,8% установлены I и II стадии заболевания (в 2015 году – 57,4%), III стадия – у 18,4% (в 2015 году – 19,2%). Улучшились показатели выявления больных в I–II стадиях при ЗН полости рта, гортани, легкого, меланомы кожи, тела матки, почки, щитовидной железы (таблица 21).

Увеличение доли больных, выявленных на I–II стадиях ЗН, стало возможным благодаря внедрению системы ежеквартального анализа оценки работы медицинских организаций, расположенных в муниципальных образованиях, по выявлению онкологических больных на ранних стадиях.

Число больных с IV стадией ЗН за 5 лет увеличилось с 18,8% в 2012 году до 20,5% в 2016 году. В 2016 году выявлено 3406 больных с запущенными формами онкологических заболеваний.

**Динамика выявления больных некоторыми локализациями ЗН на I–II стадиях  
заболевания в 2014–2016 годах**

(процентов)

Номер строки	Локализация ЗН	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Полость рта	39,3	38,8	42,1
2.	Гортань	31,2	38,8	39,4
3.	Меланома кожи	73,4	73,6	81,7
4.	Щитовидная железа	72,3	74,7	80,2

В структуре онкологической смертности первое место занимают ЗН легких (17,8%), второе – желудка (10,5%), третье – ободочной кишки (8,9%), четвертое – молочной железы (7,9%).

Смертность от ЗН снизилась в МО город Алапаевск, городе Нижний Тагил, Асбестовском ГО, Ачитском ГО, Верхнепышминском ГО, Городе Каменске-Уральском. Однако в некоторых территориях отмечен и рост онкологической смертности (таблица 22).

Показатели смертности в течение первого года после постановки диагноза ЗН наиболее высоки в Шалинском ГО (39%), Волчанском ГО (37%), Пышминском ГО (36,2%), Каменском ГО (28,2%).

Наиболее проблемными по основным показателям, характеризующим работу по выявлению, диагностике, соблюдению принципов ведения онкологических больных, являются МО Алапаевское и МО город Алапаевск, Артемовский ГО, Бисертский ГО, ГО Первоуральск, МО город Ирбит и Ирбитское МО.

Таблица 22

**Муниципальные образования, в которых отмечен рост онкологической смертности  
населения в 2016 году**

(на 100 тыс. человек населения)

Номер строки	Муниципальное образование	Показатели смертности	
		2015 год	2016 год
1.	МО Алапаевское	243,6	267,0
2.	Артемовский ГО	187,5	233,3
3.	Белоярский ГО	166,6	190,7
4.	Березовский ГО	177,2	183,5
5.	Бисертский ГО	235,2	320,3
6.	ГО Верхний Тагил	176,2	229,9
7.	ГО Дегтярск	237,0	272,9
8.	ГО Карпинск	223,6	246,7
9.	ГО Первоуральск	200,5	256,0
10.	Пышминский ГО	146,9	218,6
11.	По Свердловской области	218,6	218,2

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 8).

**Количество онкологических больных, состоящих на диспансерном учете, впервые взятых на диспансерный учет и умерших от ЗН в 2012–2016 годах  
(по данным ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»)**

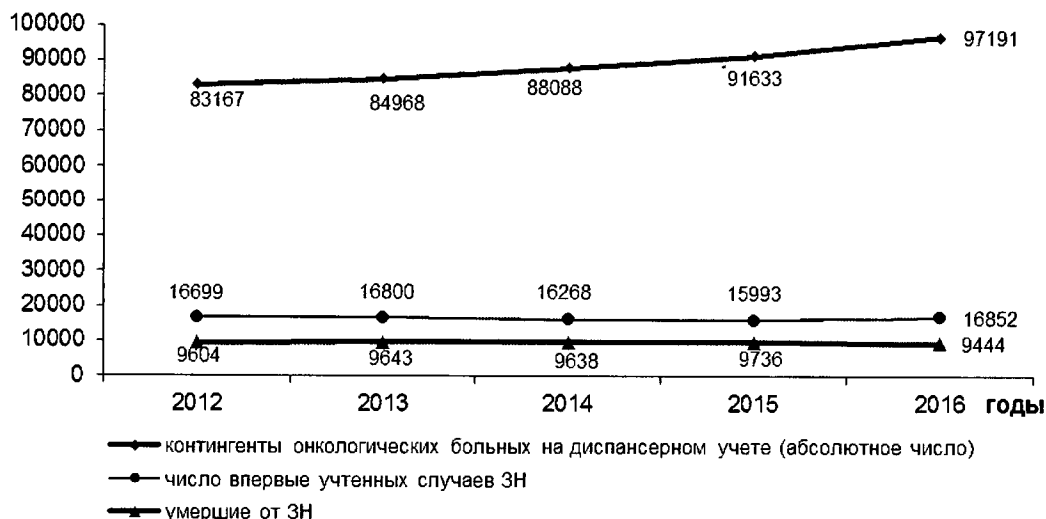


Рис. 8

### Глава 9. Травмы и отравления

В 2016 году в Свердловской области абсолютное число травм составило 384 375, что ниже, чем в 2015 году (390 241), на 1,5%. Уровень травматизма составил 88,8 случая на 1000 человек населения и ниже уровня 2015 года на 1,5%. Травмы, полученные взрослым населением (старше 18 лет), составили 78,8% от общего числа травм, детьми (до 17 лет включительно) – 21,2% (таблица 23, рисунок 9).

Таблица 23

#### Динамика травматизма среди населения Свердловской области в 2012–2016 годах

		(абсолютные значения)				
Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Количество травм в том числе	428 852	410 315	386 725	390 241	384 375
2.	у мужчин	196 011	187 772	177 393	173 369	302 700
3.	у женщин	150 693	144 629	134 540	139 228	
4.	у детей	82 148	77 914	74 792	77 644	81 675
5.	Количество травм на 1000 человек населения	99,55	95,1	93,1	90,01	88,8

С 2012 года отмечается позитивная тенденция к снижению уровня травматизма в Свердловской области (рисунок 9), однако структура травматизма остается неизменной.

В 2016 году в структуре травматизма увеличилась доля бытового травматизма – 59,1% (в 2015 году – 57,8%), на втором месте – уличные нетранспортные травмы – 18,2% (в 2015 году – 18,4%); травмы, связанные с производством, занимают третье место и составляют 1,5% (в 2015 году – 1,1%) (рисунок 10).

**Уровень травматизма населения Свердловской области в 2012–2016 годах  
(на 1000 человек населения)**

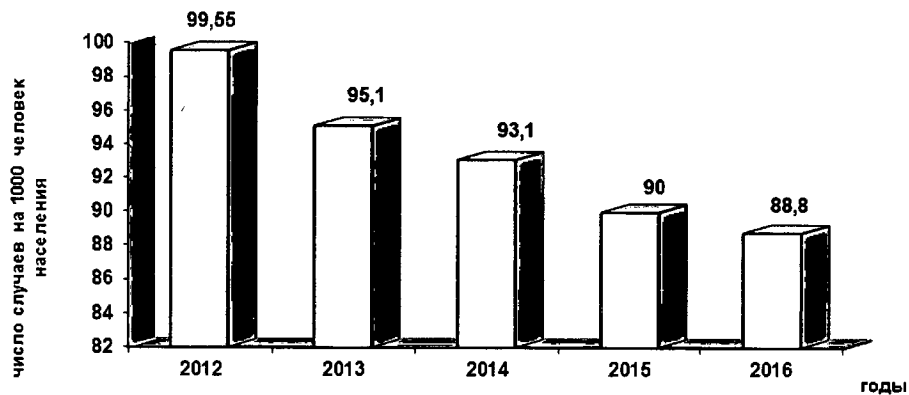


Рис. 9

**Структура травматизма в Свердловской области (процентов)**

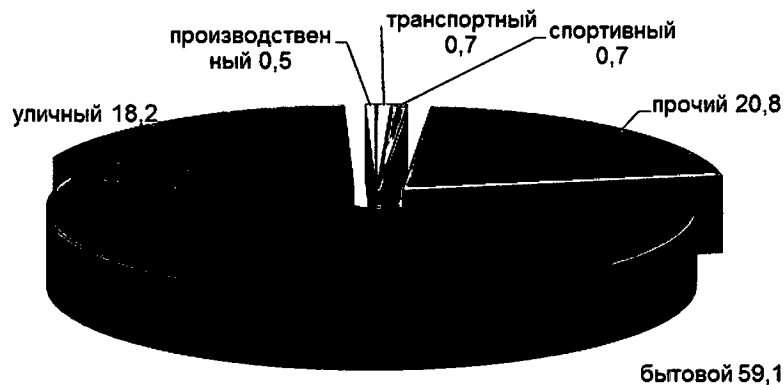


Рис. 10

Основными причинами производственного травматизма являются: нарушение требований безопасности, неудовлетворительная организация производства работ, неудовлетворительное техническое состояние зданий, территорий, недостатки в обучении персонала безопасным приемам труда, недостатки в организации рабочих мест, нарушение трудовой и производственной дисциплины. Из шести основных причин несчастных случаев пять (кроме неудовлетворительного технического состояния зданий, территорий) являются причинами организационного характера и напрямую связаны с недостаточным обучением работников, незнанием и невыполнением требований безопасности, недостаточным контролем со стороны работодателей за организацией работы.

В областных государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в 2016 году на рабочем месте пострадали 132 человека, в том числе 94 женщины. По сравнению с 2015 годом количество травмированных увеличилось на 12 человек, или на 1%. Как и в 2015 году, зарегистрирован 1 случай травматизма со смертельным исходом и 15 несчастных случаев, отнесенных по заключению медицинских организаций к категории тяжелых. Потеря

дней нетрудоспособности от полученных травм на рабочем месте в 2016 году составила 4465 человеко-дней и превысила показатель 2015 года на 955 дней.

В общей структуре несчастных случаев на производстве в медицинских организациях, как и в прошлые годы, на первом месте (74 случая, или 56%) – несчастные случаи падения сотрудников в помещениях, на территории медицинских организаций, а также населенных пунктов при обслуживании пациентов. Согласно результатам расследований несчастных случаев, падение работников является следствием их поспешности и неосторожности, неудовлетворительного состояния пешеходных зон и территорий организаций здравоохранения.

Вследствие несоблюдения правил дорожного движения водителями транспортных средств в результате дорожно-транспортных происшествий получили травмы 24 человека; в ходе оказания медицинской помощи пациентам на медицинских работников совершено 8 хулиганских нападений; 6 человек травмированы в результате неудовлетворительного производства работ, 2 человека получили травмы по причине несоблюдения правил охраны труда на рабочих местах.

Наибольшее количество травм на рабочем месте зарегистрировано у среднего медицинского персонала (53 случая), втрое меньше пострадало врачей – 16 человек, младшего медицинского персонала – 19 человек, водителей санитарного транспорта – 14 человек, прочего персонала – 30 человек.

Самым травмоопасным стал возраст свыше 55 лет (47 человек); в возрасте от 35 до 45 лет травмировались 30 человек, от 45 до 55 лет – 27 человек; от 25 до 35 лет – 19 человек, от 18 до 25 лет – 9 человек.

В 2016 году количество выявленных профессиональных заболеваний у медицинских работников по сравнению с 2015 годом снизилось на 1 и составило 5 случаев, из них профессиональный туберкулез легкого – 4 случая, бронхиальная астма – 1 случай. Причиной профессиональных заболеваний явилось длительное воздействие на организм работника вредных производственных факторов, в том числе контакт с возбудителями инфекционных заболеваний.

По месту локализации травм структура травматизма населения в 2016 году следующая: травмы головы – 13,6% (у детей – 17,6%), травмы грудной клетки – 8,2%, травмы живота и нижней части спины – 5%, плечевого пояса – 7,6%, локтя и предплечья – 9%, тазобедренного сустава и бедра – 3,3%, запястья и кисти – 13,5%, колен и голени – 11,2%, голеностопного сустава и стопы – 14,6% (у детей – 18,7%). Удельный вес различных локализаций рассчитан с учетом наличия в структуре травм нескольких участков тела, травм неуточненных локализаций, а также последствий травм.

В 2016 году в Свердловской области было зафиксировано 5967 случаев острых отравлений, что меньше, чем в 2015 году (6613), и меньше, чем в 2012 году (6279). Показатель заболеваемости острыми отравлениями составил 147 случаев на 100 тыс. жителей, что на 8,4% ниже уровня 2015 года (160,5) и ниже среднего показателя по Свердловской области за последние 5 лет на 3,8% (152,8) (рисунок 11). Было зафиксировано 1237 случаев острых отравлений у детей до 17 лет (20,7%) (в 2015 году – 1463 случая, 22,1%). В 2016 году зарегистрировано 669 случаев смерти от отравлений, в 2015 году – 831 случай. Смертность от острых отравлений в быту в 2016 году составила 16,5 случая на 100 тыс. человек населения, что ниже уровня 2015 года (20,2) на 18,3% и на 11,3% – среднемноголетнего уровня (18,6).

В сравнении с 2015 годом на 54,3% увеличилось количество отравлений наркотическими средствами, при этом количество отравлений лекарственными препаратами, алкоголем и пищевыми продуктами снизилось.

Из общего числа случаев острых бытовых отравлений 19,2% (1147 человек) – это отравления с суицидальной целью, 24,1% (1440 человек) – с целью получения эффекта наркотического опьянения, токсикомания, 25,1% (1496 человек) – отравления с целью алкоголизации. Таким образом, 68,4% бытовых отравлений – результат умышленного употребления продукта, вызвавшего отравление.

**Уровень заболеваемости острыми отравлениями населения Свердловской области  
в 2012–2016 годах (на 100 тыс. человек населения)**

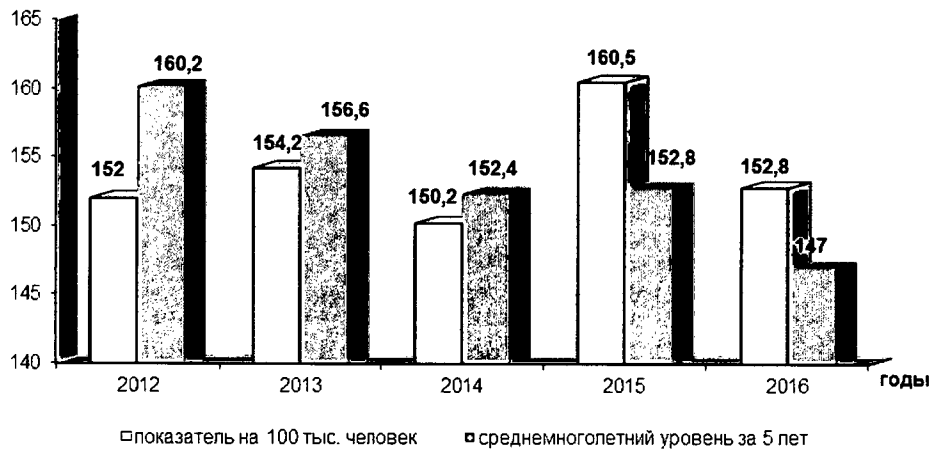


Рис. 11

Распределение острых бытовых отравлений по возрастным группам за последние 3 года остается приблизительно на одном уровне и преобладает у лиц трудоспособного возраста (71,7%).

По возрастным группам острые отравления в быту распределились следующим образом: дети до 14 лет – 926 человек (15,5%), подростки 15–17 лет – 311 человек (5,2%), лица в возрасте 18–35 лет – 2074 человека (34,8%), лица в возрасте 36–54 лет – 1653 человека (27,7%), 55 лет и старше – 1012 человек (16,9%).

Отравления среди женщин (2053 человека, или 34,4%) регистрировались в 1,9 раза реже, чем среди мужчин (3917 человек, или 65,6%).

Первое место в структуре отравлений в 2016 году занимали лекарственные препараты (45,7%), далее следовали отравления алкоголем (24,7%), отравления товарами бытовой химии (12,1%), наркотическими средствами (7,4%), пищевыми продуктами (в том числе уксусной кислотой) – 5,1%.

Ведущее место в структуре причин смерти от отравлений занимают алкоголь – 53% (355 человек), препараты бытовой химии – 21,5% (144 человека), наркотические средства – 4,8% (32 человека), неуточненные вещества – 10,6% (71 человек), уксусная кислота – 6% (40 человек), лекарственные препараты – 4% (27 человек).

От суицидальных попыток в течение 2016 года погибли 36 из 1147 человек (в 2015 году – 52 из 1337 человек), или 3,1% от пытавшихся покончить жизнь самоубийством, в том числе 19 человек, или 52,8%, употребляли уксусную кислоту, 12 человек, или 33%, применяли лекарственные препараты.

Уровень заболеваемости острыми отравлениями по сравнению со среднеобластным превышен в Артинском ГО (213,3 случаев на 100 тыс. человек населения), ГО Среднеуральск (196,6), Городе Каменске-Уральском (255,1), ГО Красноуральск (176,1), Кушвинском ГО (200,1), Североуральском ГО (171,1), Тугулымском ГО (191,1), Горноуральском ГО (240,2), МО «город Екатеринбург» (195,2).

Высокий уровень смертности от острых отравлений в быту зарегистрирован в Ирбитском МО (96 случаев на 100 тыс. человек населения), Городе Каменске-Уральском (40), Кушвинском ГО (38,6), ГО Верхняя Тура (64,8), Полевском ГО (34,7), Серовском ГО (36,6), Сосьвинском ГО (34), Гаринском ГО (69,1), Артинском ГО (42,6), Тугулымском ГО (52,5), городе Нижний Тагил (38,6), Горноуральском ГО (109), Волчанском ГО (59,6).

## Глава 10. Заболеваемость беременных женщин и рожениц

Анализ заболеваемости беременных женщин на территории Свердловской области свидетельствует о сохраняющемся высоком удельном весе экстрагенитальной патологии. Каждая третья беременная женщина, проживающая на территории Свердловской области, страдает анемией, в каждом шестом случае диагностируется заболевание мочеполовой системы (таблица 24).

Для правильного прогноза вероятности развития патологии беременности и неблагоприятного исхода родов у каждой беременной женщины, состоящей на учете в женской консультации, перинатальный риск определяется неоднократно в течение беременности. С этой целью на территории Свердловской области разработана автоматизированная система «Программа мониторинга беременных», позволяющая количественно учитывать степень влияния патологических факторов, в том числе и состояние здоровья во время беременности, на внутриутробное развитие плода.

Для улучшения доступности специализированной врачебной помощи сельскому населению в акушерской службе активно применяются телемедицинские консультации. В 2016 году проведено 1427 таких консультаций, что на 2% больше, чем в 2015 году.

Таблица 24

### Частота осложнений беременности

(на 100 женщин, закончивших беременность)

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Частота беременности					
2.	с анемией	30,3	29,2	28,9	34,4	38,0
3.	с болезнями мочеполовой системы	18,2	13,7	14,6	14,3	16,7
4.	с болезнями системы кровообращения	8,1	9,5	7,9	6,5	5,8

Немаловажную роль играет профилактическая направленность в работе амбулаторного звена акушерской службы. Показатель ранней постановки на учет беременных женщин в 2016 году увеличился и составил 86,9% (в 2015 году – 84,6%), показатель охвата беременных женщин осмотром терапевта – 94,2% (в 2015 году – 94,4%).

По итогам 2016 года закончили беременность 58 101 женщина, из них родами в срок – 87,7%, преждевременными родами – 6,5%. Число родившихся недоношенных в расчете на 100 тыс. родившихся живыми составило 7,5, что выше уровня 2015 года. Доля нормальных родов, принятых в стационаре, составила 33,8%, что на 2,5% ниже, чем в 2015 году (36,3%).

В соответствии с постановлением 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» беременные женщины с анемией получали специализированные продукты лечебного питания за счет средств областного бюджета.



## Глава 11. Социально значимые заболевания

### Параграф 1. Заболевания, передаваемые половым путем

В Свердловской области в 2016 году зарегистрировано 11 292 случая инфекций, передаваемых половым путем, показатель на 100 тысяч человек населения составил 272,9 случая. Рост заболеваемости по сравнению с 2015 годом (226,4 случая на 100 тыс. человек населения) составил 20,1%.

Среди заболеваний, передаваемых половым путем, в 2016 году наиболее часто регистрировался трихомониаз – 3880 случаев (34,4% в структуре заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, показатель заболеваемости – 93,4 случая на 100 тыс. человек населения, рост заболеваемости в сравнении с 2015 годом – 3,7%). Зарегистрирован 3041 случай аногенитальных бородавок (26,9% в структуре заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем), 1501 случай урогенитального хламидиоза (13,3%), 1019 случаев сифилиса (9,1%), 932 случая гонококковой инфекции (8,3%), 919 случаев урогенитального герпеса (8,1%).

В 2016 году в Свердловской области зарегистрировано 1019 случаев сифилиса (24,5 случая на 100 тыс. человек населения) (рисунок 12), заболеваемость сифилисом снизилась на 20,1% в сравнении с 2015 годом.

Рост заболеваемости сифилисом отмечался в 13 муниципальных образованиях, где заболеваемость превышала среднеобластной показатель (24,5 случая на 100 тыс. человек населения) в 1,1–2,7 раза.

**Динамика заболеваемости населения Свердловской области сифилисом в 2012–2016 годах**

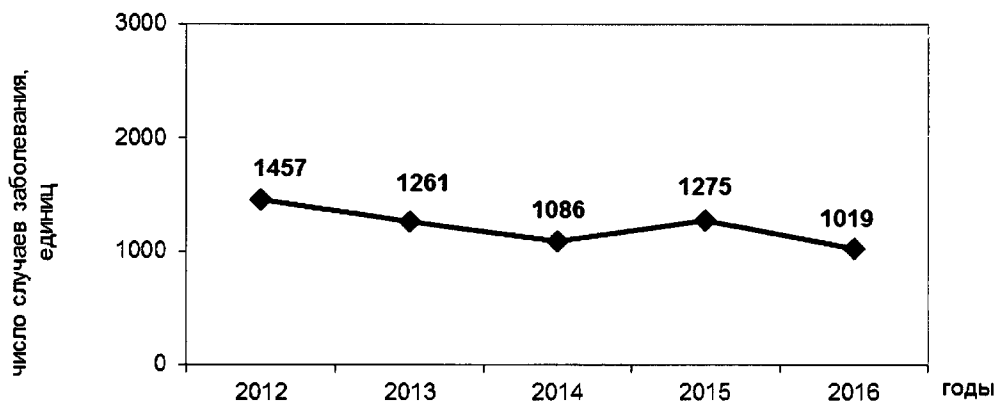


Рис. 12

Наиболее высокая заболеваемость сифилисом зарегистрирована в городе Нижний Тагил (66,3 случая на 100 тыс. человек населения), ГО Красноуральск (65,5), Шалинском ГО (63,1), ГО Нижняя Салда (62,6), Ачитском ГО (48,9), МО Камышловский МР (40,0), Верхнесалдинском ГО (33,7), Нижнетуринском ГО (36,9), ГО Богданович (34,6), Ивдельском ГО (26,1).

В возрасте от 0 до 14 лет сифилисом заболели 2 ребенка, оба заразились бытовым путем; в возрасте от 15 до 17 лет – 7 подростков, все заразились половым путем.

79,5% от общего числа заболевших сифилисом были выявлены активно при всех видах медицинских осмотров в поликлиниках и стационарах.

В 2016 году в Свердловской области зарегистрировано 932 случая гонококковой инфекции (22,4 случая на 100 тыс. человек населения) (рисунок 13). Заболеваемость гонококковой инфекцией в 2016 году снизилась на 20,5% в сравнении с 2015 годом.

Рост заболеваемости гонококковой инфекцией отмечался в 14 муниципальных образованиях, в 27 муниципальных образованиях заболеваемость превышала среднеобластной показатель (22,4 случая на 100 тыс. человек населения) в 1,1–2,5 раза. Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в Качканарском ГО (56,4 случая на 100 тыс. человек населения), МО город Ирбит (53,5), Слободо-Туринском МР (50,3), Серовском ГО (41,0), Волчанском ГО (40,9), МО Алапаевском (40,7), ГО Нижняя Салда (39,8), Артемовском ГО (38,3), Городе Каменске-Уральском (38,1), Невьянском ГО (37,8).

**Динамика заболеваемости населения Свердловской области гонореей в 2012–2016 годах (абсолютное число случаев)**

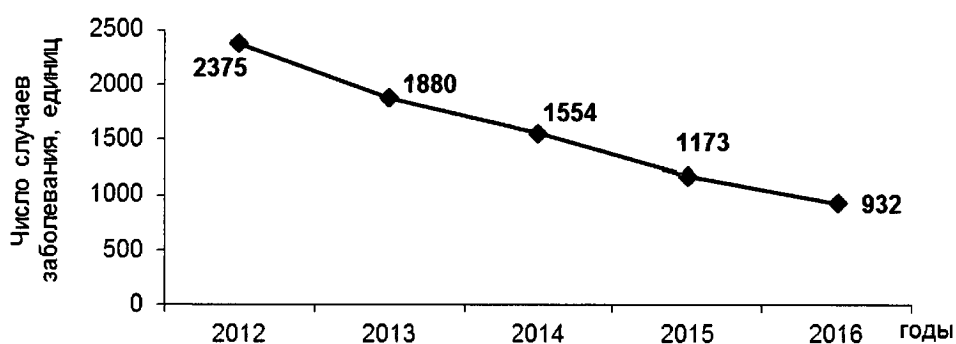


Рис. 13

В возрасте от 0 до 14 лет гонореей заболели 2 ребенка, что ниже уровня 2015 года (8 детей) в 4 раза. Случаев сексуального насилия не зарегистрировано. В возрасте от 15 до 17 лет заболели 23 подростка, что ниже уровня 2015 года в 1,7 раза.

Медицинскими работниками активно выявлены 27,3% от всех больных гонококковой инфекцией.

В 2016 году в Свердловской области зарегистрировано 485 случаев чесотки, показатель заболеваемости составил 11,7 случая на 100 тыс. человек населения, снижение в сравнении с 2015 годом составило 23,9% (рисунок 14).

**Динамика заболеваемости населения Свердловской области чесоткой в 2012–2016 годах (абсолютное число случаев)**

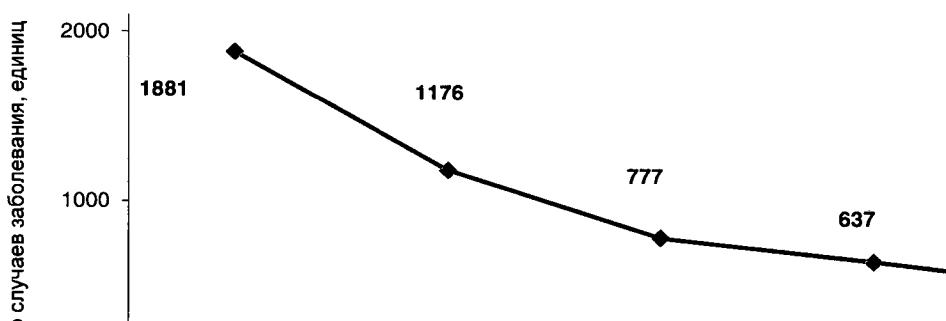


Рис. 14

Рост заболеваемости чесоткой отмечался в 12 муниципальных образованиях, в 19 муниципальных образованиях заболеваемость превышала среднеобластной показатель (15,3 случая на 100 тыс. человек населения) в 1,1–10,5 раза.

Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в Ачитском ГО (122,6 на 100 тыс. человек населения), МО город Ирбит (105,1), Пышминском ГО (75,3), Сысертском ГО (67,8), Туринском ГО (67,2), ГО Нижняя Салда (45,4), Артемовском ГО (34,8), Арамилском ГО (33,5), Камышловском МР (30,8), МО город Алапаевск (27,2).

В 2016 году медицинскими работниками активно выявлено 21,2% заболевших чесоткой.

В 2016 году в Свердловской области зарегистрировано 1868 случаев заболевания дерматофитиями (45,0 случая на 100 тыс. человек населения), что на 6,1% больше, чем в 2015 году (рисунок 15).

#### Динамика заболеваемости населения Свердловской области дерматофитиями в 2012–2016 годах (абсолютное число случаев)

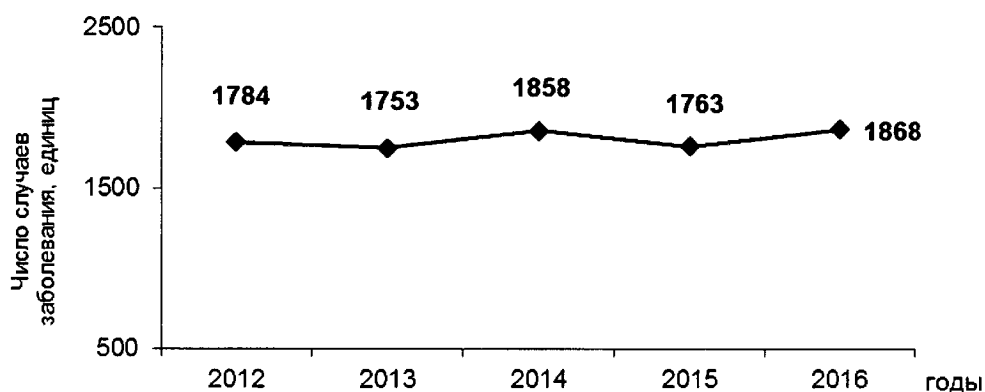


Рис. 15

Рост заболеваемости дерматофитиями отмечался в 28 муниципальных образованиях, в 27 муниципальных образованиях заболеваемость превысила среднеобластной показатель (45,0 случая на 100 тыс. человек населения) в 1,1–3,6 раза.

Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в Сысертском ГО (160,0 случая на 100 тыс. человек населения), Пышминском ГО (135,7), Артемовском ГО (132,2), Байкаловском МР (115,4), МО город Ирбит (112,9), Городе Каменске-Уральском (106,7), Арамилском ГО (106,1), Тугулымском ГО (94,3), ГО Ревда (92,8), Шалинском ГО (82,5).

Медицинскими работниками в 2016 году активно выявлено 19,0% заболевших дерматофитиями.

Следует отметить снижение в 2016 году заболеваемости населения чесоткой и бактериальными инфекциями, передаваемыми половым путем (сифилис, гонококковая инфекция), и рост заболеваемости дерматофитиями и вирусными инфекциями, передаваемыми половым путем (аногенитальная герпетическая инфекция, аногенитальные бородавки).

## Параграф 2. ВИЧ-инфекция

В Свердловской области распространение ВИЧ-инфекции носит генерализованный характер. На 01.01.2017 зарегистрировано 87 556 случаев ВИЧ-инфекции (в 2015 году – 79 904), показатель распространенности составил 2023,3 случая на 100 тыс. человек населения (в 2015 году – 1849,3 случая); на диспансерном учете состояли 54 947 пациентов, или 83,9% от числа подлежащих диспансерному наблюдению, в том числе 5019 пациентов, находящихся в ГУФСИН. Умерли в течение 2016 года 1175 человек, показатель смертности составил 27,1 случая на 100 тыс. человек населения.

Пораженность ВИЧ-инфекцией (число живых ВИЧ-инфицированных) составила 1629,2 случая на 100 тыс. человек населения. В 2016 году вновь выявлены 6855 ВИЧ-инфицированных, показатель заболеваемости составил 167,7 случая на 100 тыс. человек населения, что на 5,9% выше уровня 2015 года (158,4).

Случаи ВИЧ-инфекции регистрируются на всей территории Свердловской области. Наиболее высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции (более 3%) отмечается в 6 муниципальных образованиях: Кировградский ГО (3851,1 случая на 100 тыс. человек населения), Североуральский ГО (3789,9), Полевской ГО (3395,7), ГО Первоуральск – 3118,3, ГО Среднеуральск – 3049,8, ГО Верхний Тагил – 3003,8 случая на 100 тыс. человек населения; в 17 территориях уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди населения составляет более двух процентов.

За 2016 год на наличие антител к ВИЧ-инфекции были обследованы 1 080 045 граждан Российской Федерации, или 24,9% (с учетом экспресс-тестирования на ВИЧ), что выше уровня 2015 года на 23,3%. Показатель выявляемости составил 794,9 случая на 100 тыс. обследованных в скрининге, что ниже уровня 2015 года (810,4) на 1,9%. Наиболее высокий показатель выявляемости ВИЧ-инфекции отмечен среди потребителей инъекционных наркотических средств – 7557,2 случая на 100 тыс. обследованных из этой группы населения, что в 2,7 раза превышает выявляемость среди всего населения (794,9). Среди больных заболеваниями, передающимися половым путем, показатель выявляемости в целом по Свердловской области составил 2167,8 случая на 100 тыс. обследованных, что в 2,7 раза выше, чем среди всего населения. Среди лиц, обследованных по «коду 120» (половые партнеры ВИЧ-инфицированных, партнеры по внутривенному введению наркотических средств, медицинские контакты при аварийных ситуациях, дети с перинатальным контактом), выявляемость составила в целом по Свердловской области 3248,5 случая на 100 тыс. обследованных, что в 4,1 раза выше, чем среди всего населения.

Каждый четвертый из числа обследованных добровольно был обследован по клиническим показаниям («код 113»), выявляемость среди них составила 1144,8 случая на 100 тыс. обследованных, что в 1,4 раза превышает среднеобластной уровень. Из числа выявленных заболеваний – СПИД на стадиях 4А, 4Б, 4В.

В эпидемический процесс ВИЧ-инфекции вовлечены все социальные и возрастные группы населения: 73,5% ВИЧ-инфицированных, выявленных за 2016 год, – люди в возрасте 18–39 лет (в 2015 году – 82,3%); обращает на себя внимание снижение (в сравнении с 2006 годом) среди вновь выявленных доли лиц в возрастных группах 15–17 лет (с 2,4% в 2006 году до 0,3% в 2016 году), 20–29 лет (с 60,1% в 2006 году до 24,9% в 2016 году) и увеличение в группе 30–39 лет (с 23,6% в 2006 году до 47,3% в 2016 году).

В структуре путей передачи инфекции 43,6% составляет внутривенное употребление наркотиков (в 2015 году – 49,2%), в том числе среди мужчин – 56,4% (в 2015 году – 62,9%). Половым путем инфицировались 52,3% заболевших (в 2015 году – 47,7%), в том числе среди женщин – 73,8% (в 2015 году – 69,6%).

В 2016 году среди женщин зарегистрировано 2574 случая ВИЧ-инфекции, или 37,5% от всех зарегистрированных случаев, из них 74,1% составляют женщины детородного возраста. Это делает возможным реализацию вертикального пути передачи вируса от ВИЧ-инфицированной матери ребенку. Всего в Свердловской области за период регистрации ВИЧ-инфекции родились 16 202 ребенка от ВИЧ-инфицированных матерей, в том числе в 2016 году – 1419 детей. За весь период наблюдения 954 детям установлен диагноз «ВИЧ-инфекция» (5,8%). В целях снижения риска вертикального инфицирования организована профилактика АРВТ беременных: в 2014 году – 86,2%, в 2015 году – 87,9%, в 2016 году – 96,8% от числа подлежащих лечению.

В социальной структуре ВИЧ-инфицированных 32,9% составляют безработные, 27,3% – лица, находящиеся в местах лишения свободы, 30% – рабочие, 5% – служащие и 0,72% – обучающиеся.

По состоянию на 01.01.2017 кумулятивно (с 1990 года) по разным причинам умерли 17 064 ВИЧ-инфицированных, в том числе от ВИЧ-инфекции – 7024 человека (41,2%), от других причин – 10 040 человек (58,8%). За 2016 год умерли 1175 человек, в том числе от ВИЧ-инфекции – 721 человек (61,3%), от туберкулеза – 15 человек (1,3%), от других причин – 439 человек (37,4%).

Основной причиной смерти ВИЧ-инфицированных, находящихся на стадии СПИДа, продолжает оставаться туберкулез: за 2016 год его доля составила 53,2% от числа ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете (383 человека). В связи с этим актуальной проблемой остается проведение химиопрофилактики против туберкулеза ВИЧ-инфицированным пациентам, а также обследование на туберкулез ВИЧ-инфицированных пациентов методом флюорографии и туберкулинодиагностики.

По состоянию на 01.01.2017 подлежали проведению химиопрофилактики против туберкулеза 18 034 человека, из которых 11 763 человека (65,2%) получили ее.

### Параграф 3. Психические расстройства

В 2016 году в Свердловской области были зарегистрированы 107 272 больных с психическими расстройствами – 2,6% от всего населения Свердловской области (в 2015 году – 106 193, или 2,6%, в 2014 году – 104 858, или 2,5%), из них 18 629 детей, или 2,6% от детского населения (в 2015 году – 17 923, или 2,6%, в 2014 году – 17 525, или 2,6%), 5358 подростков, или 5,0% от подросткового населения (в 2015 году – 5253, или 4,8%, в 2014 году – 5053, или 4,6%) (таблица 25).

Таблица 25

#### Количество зарегистрированных больных с психическими расстройствами в Свердловской области в 2012–2016 годах

Номер строки	Год	Абсолютное число			Процент от населения		
		все	дети	подростки	все	дети	подростки
1.	2012	105 308	16 850	5058	2,5	2,7	3,9
2.	2013	103 551	16 836	4970	2,5	2,6	4,2
3.	2014	104 858	17 525	5053	2,5	2,6	4,6
4.	2015	106 923	17 923	5253	2,6	2,6	4,8
5.	2016	107 272	18 629	5358	2,6	2,6	5,0

За 2012–2016 годы количество зарегистрированных больных с психическими расстройствами увеличилось на 1,9%, при этом рост числа больных детей составил 10,6%, подростков – 5,9%, количество же зарегистрированных взрослых больных уменьшилось на 0,1%.

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации с 2011 по 2015 год стабильно снижался (на 10,3%). В Свердловской области отмечались его колебания. В 2016 году зарегистрирован рост первичной заболеваемости психическими расстройствами на 14%. Показатель первичной заболеваемости составил 299,0 случая на 100 тыс. человек населения (в 2015 году – 262,1, в 2014 году – 281,5), что незначительно ниже среднего показателя по Российской Федерации (в 2015 году – 300,9) и УрФО (338,0). Значительно вырос показатель первичной заболеваемости (на 27,6%) у подростков (15–17 лет) – 739,2 случая на 100 тыс. подростков (в 2015 году – 579,4, в 2014 году – 625,2) и у детей 0–14 лет (на 16,6%) – 675,5 случая на 100 тыс. человек детского населения (в 2015 году – 517,7, в 2014 году – 600,4) (таблица 26), что обусловлено в большей степени увеличением доступности психиатрической помощи, в том числе введением обязательных осмотров врачами-психиатрами в рамках профилактических осмотров

несовершеннолетних и диспансеризации. Показатель первичной заболеваемости взрослого населения составил 202,6 случая на 100 тыс. человек населения, что выше предыдущего года на 1,8% (в 2015 году – 199,1 случая на 100 тыс. человек населения).

В 2016 году произошло увеличение как абсолютного количества пациентов с впервые в жизни установленными диагнозами психических расстройств, так и показателей первичной заболеваемости по основным формам: на 12,6% – психозами, на 14,7% – психическими расстройствами непсихотического характера, на 11,4% – умственной отсталостью.

Таблица 26

**Динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами,  
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.	2012	268,7	328,3	498,8	430,4	220,6
2.	2013	257,8	309,3	503,8	487,5	202,9
3.	2014	281,5	311,0	600,4	625,2	206,9
4.	2015	262,1	300,9	517,7	579,4	199,1
5.	2016	299,0	н/д	675,5	739,2	202,6

Продолжается рост первичной заболеваемости сосудистыми деменциями: по сравнению с 2015 годом – на 22,9%, за 2014–2016 годы – на 43,9%. В два раза увеличился уровень первичной заболеваемости различными формами старческого слабоумия – с 6,7 случая на 100 тыс. человек населения в 2014 году до 13,8 в 2016 году, что обусловлено распространением сосудистой патологии, увеличением в структуре населения доли лиц пожилого возраста. Кроме того, благодаря образовательным программам родственники данной категории пациентов стали чаще обращаться за медицинской помощью.

Отмечен рост первичной заболеваемости шизофренией (11,6 случая на 100 тыс. человек населения), что на 18,4% больше, чем в 2015 году (9,8). Сохраняется рост первичной заболеваемости умственной отсталостью (4,9 случая на 100 тыс. человек взрослого населения), с 2014 года он составил 44,1%, по сравнению с 2015 годом – 2,1%.

Впервые с 2014 года зафиксировано некоторое снижение первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами у взрослых (на 4,3%; в 2016 году – 126,4 случая на 100 тыс. человек взрослого населения, в 2015 году – 132,1). На 2,5% снизилась первичная заболеваемость органическими непсихотическими расстройствами (в 2016 году – 71,4 случая на 100 тыс. человек взрослого населения, в 2015 году – 73,2), на 14,3% – невротическими расстройствами (в 2016 году – 38,3 случая на 100 тыс. человек взрослого населения, в 2015 году – 44,7).

Среди детского населения отмечен рост первичной заболеваемости аутизмом (в 2016 году – 8,1 случая на 100 тыс. детей, в 2015 году – 6,7).

Уровень первичной заболеваемости детскими психическими расстройствами непсихотического характера увеличился на 35,7% (в 2016 году – 570,6 случая на 100 тыс. детей, в 2015 году – 420,5), в том числе органическими непсихотическими расстройствами – на 27,9% (в 2016 году – 339,7, в 2015 году – 265,5), поведенческими синдромами – на 50,3% (в 2016 году – 222,6, в 2015 год – 148,1), невротическими расстройствами – на 21,7% (в 2016 году – 8,4 на 100 тыс. детей, в 2015 году – 6,9).

На 8,8% вырос уровень первичной заболеваемости умственной отсталостью (в 2016 году – 88,9 случая на 100 тыс. детей; в 2015 году – 81,7), при этом показатель первичной

заболеваемости тяжелыми формами умственной отсталости увеличился на 52,5% – до 21,2 случая на 100 тыс. детского населения (в 2015 году – 13,9).

Среди подростков зафиксировано увеличение первичной заболеваемости шизофренией на 37,2% (в 2016 году – 17,7 случая на 100 тыс. подростков, в 2015 году – 12,9), психическими расстройствами непсихотического характера – на 33,5% (в 2016 году – 591,9, в 2015 году – 443,5), в том числе органическими непсихотическими расстройствами – на 30% (в 2016 году – 549,6, в 2015 году – 269,0), невротическими расстройствами – на 66% (в 2016 году – 50,3, в 2015 году – 30,3), поведенческими расстройствами – на 31,7% (в 2016 году – 187,4 случая на 100 тыс. подростков, в 2015 году – 142,3), умственной отсталостью – на 12,3% (114,7 случая на 100 тыс. подростков, в 2015 году – 92,2).

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения психическими расстройствами в 2016 году значительных изменений не произошло: доля психотических расстройств – 20,3% (в 2015 году – 20,5), доля пациентов с впервые выявленными психическими расстройствами непсихотического характера – 72,2% (в 2015 году – 71,8), умственной отсталостью – 7,5% (в 2015 году – 7,6) (таблица 27).

Таблица 27

### Структура первичной заболеваемости психическими расстройствами в 2012–2016 годах

Номер строки	Год	Психозы			Непсихотические психические расстройства			Умственная отсталость		
		абсолютное число	случаев на 100 тыс. человек населения	про-центом	абсолютное число	случаев на 100 тыс. человек населения	про-центом	абсолютное число	случаев на 100 тыс. человек населения	про-центом
1.	2012	2780	66,0	24,6	7722	183,3	68,2	818	19,4	7,2
2.	2013	2973	71,8	27,9	6900	166,7	64,7	796	19,2	7,5
3.	2014	3039	73,3	26,0	7769	187,3	66,5	868	20,9	7,4
4.	2015	2233	53,8	20,5	7819	188,3	71,8	833	20,1	7,6
5.	2016	2532	60,6	20,3	9020	216,0	72,2	936	22,4	7,5

С 2012 года регистрируется постепенный рост показателя общей заболеваемости психическими расстройствами (в 2016 году – 2568,7 случая на 100 тыс. человек населения, в 2012 году – 2499,4), с 2012 по 2016 год увеличение составило 2,8%. За этот же период среди подростков заболеваемость увеличилась на 25,9% (в 2016 году – 4994,6 случая на 100 тыс. подростков, в 2012 году – 3965,4). Показатель общей заболеваемости среди детей с 2012 по 2016 год уменьшился на 2,3% (таблица 28).

Таблица 28

### Динамика общей заболеваемости психическими расстройствами

(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	н/д	2551,6	4994,6

Отмечавшийся на протяжении нескольких лет рост общей заболеваемости сосудистыми деменциями, различными формами старческого слабоумия, шизофренией в 2016 году сменился снижением. Общая заболеваемость сосудистыми деменциями снизилась по сравнению с 2015 годом на 28,4% и составила 58,6 случая на 100 тыс. человек населения. На 32,3% уменьшился показатель общей заболеваемости различными формами старческого слабоумия (42,1 случая на 100 тыс. человек населения). Показатель общей заболеваемости шизофренией снизился на 3,1% и практически вернулся к уровню 2012 года (450,1 случая на 100 тыс. человек населения).

С 2012 по 2016 год снижение показателя общей заболеваемости умственной отсталостью составило 5,3%, по сравнению с 2015 годом – 0,6% (450,1 случая на 100 тыс. человек населения), тяжелыми формами умственной отсталости – 18,7% (116,1). Общая заболеваемость легкой умственной отсталостью (334,0) выросла в 2016 году на 11,6%, хотя последние годы снижалась. В 2015 году в Российской Федерации общая заболеваемость умственной отсталостью составила 607,1 случая на 100 тыс. человек населения, в УрФО – 640,6 случая на 100 тыс. населения, что существенно выше, чем в Свердловской области.

В группе психических расстройств непсихотического характера сохраняется тенденция к росту общей заболеваемости: с 2012 по 2016 год показатель вырос на 6,4%, в 2016 году – на 2,8% (1276,1 случая на 100 тыс. человек населения). В Российской Федерации общая заболеваемость непсихотическими расстройствами в 2015 году составила 1400,6 случая на 100 тыс. человек населения, в УрФО – 1624,9 случая на 100 тыс. человек населения.

В структуре общей заболеваемости значительных изменений не произошло. Больные с психозами составили 32,8% (в 2015 году – 33,8), с непсихотическими расстройствами – 49,7% (в 2015 году – 48,5), с умственной отсталостью – 17,5% (в 2015 году – 17,7) (таблица 29).

Таблица 29

### Структура общей заболеваемости психическими расстройствами

Номер строки	Год	Психозы			Непсихотические психические расстройства			Умственная отсталость		
		абсолютное число	случаев на 100 тыс. человек населения	про- центов	абсолютное число	случаев на 100 тыс. человек населения	про- центов	абсолютное число	случаев на 100 тыс. человек населения	про- центов
1.	2012	34 758	825,0	33,0	50 519	1199,1	48,0	20 031	475,4	19,0
2.	2013	34 965	844,9	33,8	49 185	1188,6	47,5	19 401	468,8	18,3
3.	2014	35 569	857,6	33,9	50 185	1210,0	47,9	19 104	460,6	18,2
4.	2015	35 860	863,6	33,8	51 527	1240,9	48,5	18 806	452,9	17,7
5.	2016	35 184	842,5	32,8	53 290	1276,1	49,7	18 798	450,1	17,5

В 2016 году под наблюдением психиатров находились 103 335 больных (в 2012 году – 98 880, в 2013 году – 98 738, в 2014 году – 100 440, в 2015 году – 101 323), из них 34 124, или 33% (в 2012 году – 42,3%, в 2013 году – 42,3%, в 2014 году – 40,3%, в 2015 году – 37,8%), состояли под диспансерным наблюдением, 69 211 человек, или 67%, получали консультативно-лечебную помощь (в 2012 году – 57,7%, в 2013 году – 57,7%, в 2014 году – 59,7%, в 2015 году – 62,2%). В последние годы происходило сокращение числа лиц в диспансерной группе и расширение группы пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь.

В Свердловской области 30 862 человека (в 2012 году – 32 457, в 2013 году – 31 770, в 2014 году – 30 916, в 2015 году – 30 763 человека) имеют группу инвалидности вследствие психических расстройств (таблица 30), в том числе 3987 детей. Общее количество инвалидов за 2012–2016 годы снизилось на 4,9%. Показатель инвалидности составил 739 случаев на 100



тыс. человек населения, инвалидность среди взрослых составила 804,9 случая на 100 тыс. человек взрослого населения, среди детей – 476,1 случая на 100 тыс. детей.

Впервые признаны инвалидами 1120 человек, что на 18% меньше, чем в 2015 году (таблица 31), показатель составил 26,8 случая инвалидности на 100 тыс. человек населения (таблица 30), или 3,3 случая на 100 больных, состоящих на диспансерном наблюдении.

Из общего числа впервые признанных инвалидами 573 (51,2%) – дети (в 2015 году – 35,1%), 76 человек (6,8%) – пациенты, которым была определена III группа инвалидности (в 2015 году – 2,3%) (таблица 31).

Таблица 30

**Показатели стойкой утраты трудоспособности по причине психических расстройств  
в Свердловской области в 2012–2016 годах**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Общее количество инвалидов	32 457	31 770	30 916	30 763	30 862
2.	Первичная инвалидность, случаев на 100 больных, состоящих на диспансерном учете	1,9	2,1	2,4	3,6	3,3
3.	Первичная инвалидность, случаев на 100 тыс. человек населения	19,2	21,0	23,7	32,9	26,8

Количество детей, которым была определена категория «ребенок-инвалид», за 2012–2016 годы увеличилось почти в 3 раза (на 193,6%), а за 2016 год – на 19,4%. Показатель первичной инвалидности у детей составил 73,5 случая инвалидности на 100 тыс. детского населения (в Российской Федерации в 2015 году – 50,5).

Таблица 31

**Динамика первичной инвалидности по причине психических расстройств**

Номер строки	Показатель	(абсолютные значения)				
		2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Впервые признаны инвалидами, человек	810	870	982	1367	1120
2.	из них: инвалидами III группы, человек	78	52	52	32	76
3.	инвалидами до 17 лет включительно, человек	296	373	419	480	573

В структуре пациентов, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств, 25% составляют пациенты, страдающие шизофренией, 26,5% – умственной отсталостью, 5,9% – больные с хроническими неорганическими психозами и детскими психозами, 2,1% – больные психическими расстройствами вследствие эпилепсии.

В 2016 году на принудительное лечение поступил 721 человек, в том числе на амбулаторное принудительное лечение 233 (32,3%), на стационарное – 488 (67,7%). За 2012–2016 годы количество пациентов, поступивших на принудительное лечение, увеличилось в 2,3 раза. Доля психиатрических коек, занятых пациентами, находящимися на принудительном лечении, увеличилась с 9% в 2012 году до 14,2% в 2016 году.

#### Параграф 4. Наркологические расстройства

Тенденция к снижению заболеваемости наркоманией в Свердловской области, установившаяся с 2009 года, сохранилась и в 2016 году, когда заболеваемость уменьшилась на 9,1% (в 2015 году – на 5,5%) и стала ниже среднероссийского показателя (рисунок 16). Показатель общей заболеваемости наркоманиями в Свердловской области составил 196,7 случая на 100 тыс. человек населения (в 2015 году – 216,4 случая на 100 тыс. человек населения).

#### Общая заболеваемость наркоманией (на 100 тыс. человек населения)

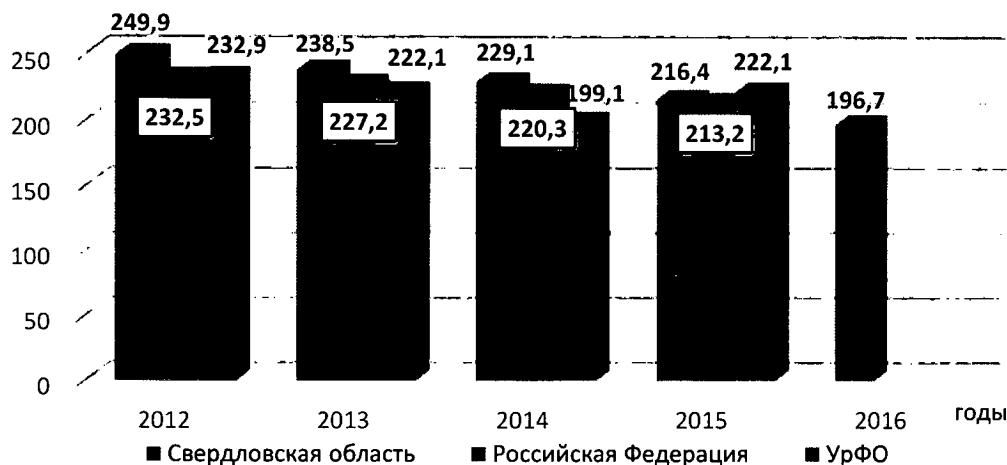


Рис. 16

В 2016 году впервые за несколько лет отмечено снижение заболеваемости наркоманией подростков (37,9 случая на 100 тыс. человек населения), что на 40,5% ниже показателя 2015 года (62,4). Положительным фактом также является отсутствие в группе наблюдения в связи с наркоманией детей в возрасте до 14 лет.

Первичная заболеваемость наркоманией в Свердловской области в 2016 году по сравнению с 2012 годом снизилась на 51,6%, а по сравнению с 2015 годом – на 27,8% и составила 14,8 случая на 100 тыс. человек населения (рисунок 17).

#### Первичная заболеваемость наркоманией (на 100 тыс. человек населения)



Рис. 17

Показатель общей заболеваемости алкоголизмом в Свердловской области с 2011 года снизился на 15,8%, с 2015 года – на 2,4% и в 2016 году достиг уровня 660,8 случая заболевания на 100 тыс. человек населения, что ниже, чем в Российской Федерации, на 41,4% (рисунок 18).

#### Общая заболеваемость алкоголизмом (на 100 тыс. человек населения)

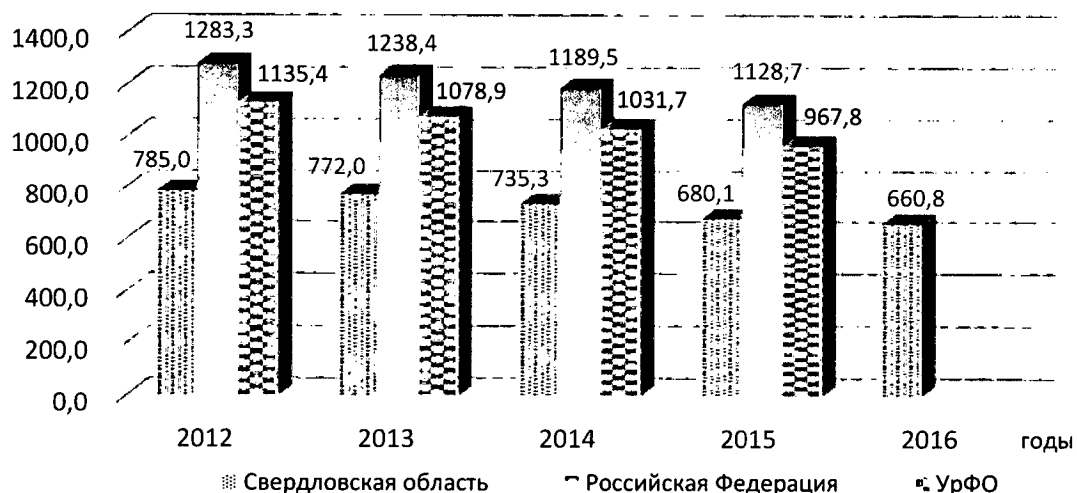


Рис. 18

Продолжается снижение показателя первичной заболеваемости алкоголизмом (в 2016 году – 46,7 случая на 100 тыс. человек населения): на 15,2% по сравнению с 2015 годом и на 36,1% по сравнению с 2012 годом. Данная тенденция соответствует ситуации по Российской Федерации (рисунок 19).

#### Первичная заболеваемость алкоголизмом (на 100 тыс. человек населения)

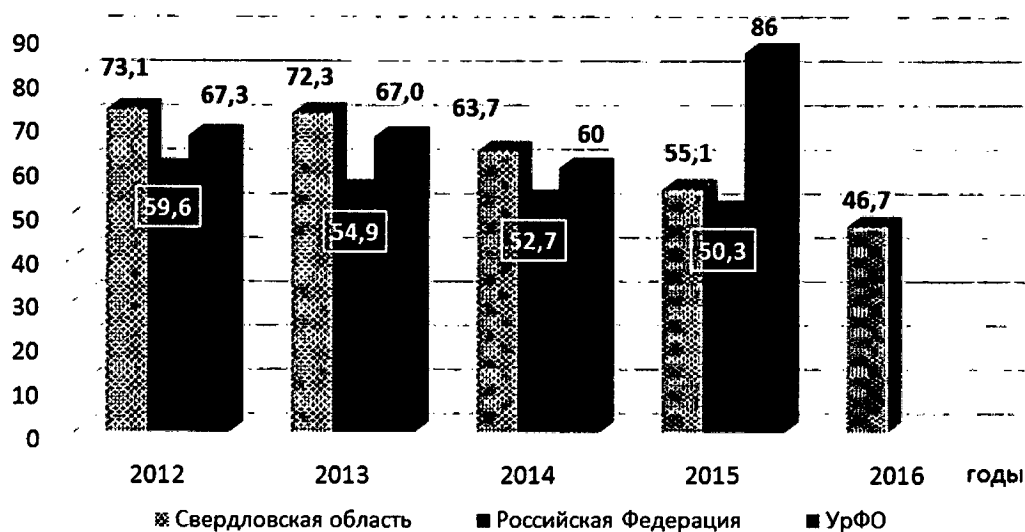


Рис. 19

Количество алкогольных психозов в Свердловской области в 2016 году составило 2176 случаев. Показатель распространенности алкогольных психозов (52,3 случая на 100 тыс.

человек населения) на 14,9% выше уровня по Российской Федерации (45,5) и на 20,3% ниже показателя по УрФО (65,6) (рисунок 20).

#### Общая заболеваемость алкогольными психозами (на 100 тыс. человек населения)

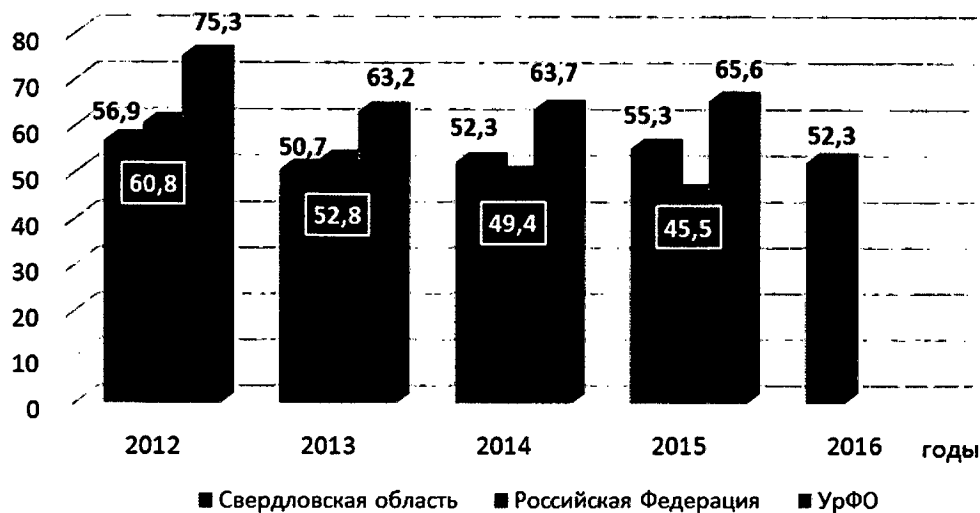


Рис. 20

Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами на 5,4% выше показателя по Российской Федерации и ниже, чем в УрФО (в 2016 году показатель по Свердловской области составил 21,6 случая на 100 тыс. человек населения) (рисунок 21).

#### Первичная заболеваемость алкогольными психозами (на 100 тыс. человек населения)

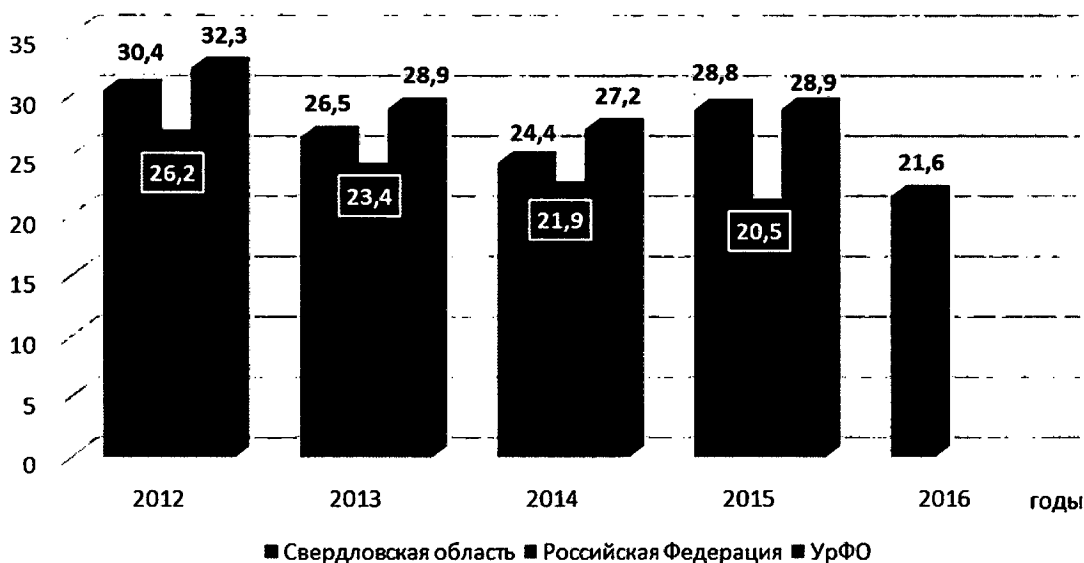


Рис. 21

Доля ремиссий длительностью от 1 до 2 лет у больных алкоголизмом в Свердловской области в 2012–2016 годах стабилизировалась и соответствует уровню Российской Федерации (таблица 32). При этом удельный вес длительных ремиссий (свыше 2 лет) превышает аналогичный показатель по Российской Федерации.

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

(процентов)

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Ремиссии у больных алкоголизмом от 1 до 2 лет	12,0	12,0	12,8	12,7	13,0
2.	Ремиссии у больных алкоголизмом свыше 2 лет	14,4	13,5	11,7	11,2	11,5
3.	Ремиссии у больных наркоманией от 1 до 2 лет	8,7	8,6	10,8	11,2	13,3
4.	Ремиссии у больных наркоманией свыше 2 лет	9,9	11,4	12,5	12,9	16,5

У больных наркоманией доля ремиссий от 1 до 2 лет в 2013–2016 годах превышает среднероссийский показатель и имеет тенденцию к росту. С 2012 года она увеличилась на 52,9%, а за 2016 год – на 18,8%. Доля ремиссий длительностью свыше 2 лет увеличилась в 2016 году на 27,9%. Положительная динамика ремиссий у больных наркоманией указывает на эффективность реабилитационных мероприятий, активно развивающихся в Свердловской области.

В 2016 году на 41% увеличилось количество смертельных отравлений наркотическими средствами – до 4,8 случая на 100 тыс. человек населения (в 2015 году этот показатель составлял 3,4 случая на 100 тыс. человек населения), что связано с распространением наркотических средств синтетического происхождения, которые обладают высокой токсической активностью.

Количество смертельных отравлений этанолом в расчете на 100 тыс. человек населения в Свердловской области в 2016 году составило 20,5 случая, что на 17,3% ниже показателя за 2015 год (рисунок 22).

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

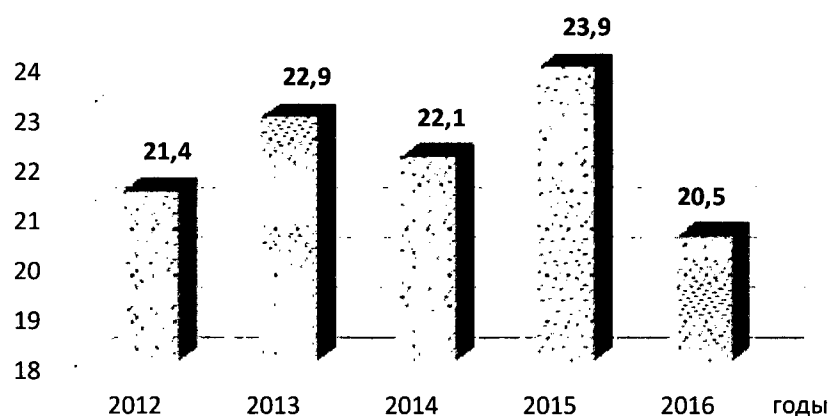


Рис. 22

### Параграф 5. Туберкулез

Основные показатели заболеваемости и распространенности туберкулеза среди населения в 2016 году снизились. Общее число зарегистрированных случаев заболевания туберкулезом в 2016 году уменьшилось на 283 и составило 3753. Снижение числа заболевших туберкулезом произошло за счет уменьшения регистрации случаев туберкулеза у иностранных граждан и лиц без определенного места жительства. Показатель общей заболеваемости туберкулезом в 2016 году составил 86,7 случая на 100 тыс. человек населения, что на 6,9% ниже значений 2015 года (93,1) (таблица 33). В то же время ситуация характеризуется более высокой по сравнению с таковой в Российской Федерации распространенностью туберкулеза среди населения Свердловской области (194,9 и 121,3 случая на 100 тыс. человек населения соответственно) (таблица 33).

Таблица 33

#### Показатели заболеваемости, распространенности, инвалидности и смертности от туберкулеза в Свердловской области в 2012–2016 годах

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1	2	3	4	5	6	7
1.	Общая заболеваемость, на 100 тыс. человек населения	100,2	94,7	92,4	93,2	86,7
2.	Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет, на 100 тыс. детей 0–14 лет	22,2	31,8	20,6	19,2	16,4
3.	Заболеваемость детей в возрасте 15–17 лет, на 100 тыс. детей 15–17 лет	41,7	39,0	25,5	27,0	35,5
4.	Частота рецидивов общая, на 100 тыс. человек населения	14,7	14,6	15,8	16,2	14,3
5.	Распространенность общая, на 100 тыс. человек населения	245,2	226,6	218,3	204,8	194,9
6.	Распространенность туберкулеза с бактериовыделением, на 100 тыс. человек населения	92,9	88,3	82,9	82,8	78,3
7.	Инвалидность, на 100 тыс. человек населения	51,6	42,2	37,0	36,0	34,3
8.	Общая смертность, на 100 тыс. человек населения	16,9	15,3	15,6	15,5	12,7
9.	Соотношение «заболеваемость/смертность»	6,0	6,2	5,9	6,0	6,8

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 2016 году показатель заболеваемости туберкулезом без учета лиц, находившихся в учреждениях ГУФСИН, составил 76,5 случая на 100 тыс. человек населения, что на 11,8% ниже совокупного показателя (в 2015 году – соответственно 84,2 случая на 100 тыс. человек населения и 10,9%).

В Свердловской области эпидемиологическая ситуация по туберкулезу осложняется развивающейся быстрыми темпами эпидемией ВИЧ-инфекции. Ежегодно увеличивается доля и абсолютное число больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, в 2016 году она

выросла на 1,1%: с 1293 человек в 2015 году до 1307 в 2016 году. Доля лиц с ВИЧ среди впервые взятых на учет больных туберкулезом составила 34,8% (в 2015 году – 32%). Тем не менее в 2016 году показатель заболеваемости туберкулезом без учета лиц с ВИЧ-инфекцией снизился по отношению к 2015 году и составил 56,5 случая на 100 тыс. человек населения.

Начиная с 2013 года отмечается снижение показателя заболеваемости туберкулезом детского населения. В 2015 году показатель заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет составлял 19,2 случая на 100 тысяч детей, в 2016 году – 16,4 случая (таблица 33). Заболеваемость туберкулезом подростков увеличилась на 31,5% (с 27 случаев на 100 тыс. подросткового населения в 2015 году до 35,5 случая в 2016 году) (таблица 33).

В 2016 году на 26,8% уменьшилось количество иностранных граждан, заболевших туберкулезом (со 149 до 109 человек).

Наиболее высокие уровни заболеваемости населения туберкулезом в 2016 году были зарегистрированы в ГО Верхотурский (148,6), Шалинском ГО (143,6), ГО Верхний Тагил (140,0), ГО Богданович (132,7), Кировградском ГО (124,3), Артинском ГО (122,0), Каменском ГО (115,3), Ачитском ГО (111,9), ГО Сухой Лог (110,9), Талицком ГО (108,3), Белоярском ГО (106,7), Туринском ГО (106,7), ГО Красноуральск (105,5), ГО Первоуральск (96,6), Полевском ГО (92,5).

Заболеваемость туберкулезом взрослых контактных лиц из очагов туберкулезной инфекции снизилась на 41,5% и составила в 2016 году 267,9 случая на 100 тыс. контактных лиц (в 2015 году – 473,6).

На 8,6% уменьшилось количество больных фиброзно-кавернозным туберкулезом среди впервые взятых на учет (с 35 человек в 2015 году до 32 в 2016 году).

Максимальный пик заболеваемости туберкулезом как у мужчин, так и у женщин по-прежнему приходится на возраст 25–34 года и 35–44 года, однако показатели заболеваемости туберкулезом в этих возрастных группах несколько уменьшились (156,6 и 181,2 случая на 100 тыс. человек соответствующей возрастной группы населения в 2016 году и 181,9 и 184,7 – в 2015 году).

Уменьшилось число лиц без определенного места жительства среди впервые выявленных больных туберкулезом (со 131 человека в 2015 году до 78 в 2016 году).

Заболеваемость туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам увеличилась на 69,8% и составила 9,8 случая на 100 тыс. человек населения (в 2015 году – 5,8, в Российской Федерации в 2015 году – 5,6). Распространенность этих форм туберкулеза возросла с 35,5 в 2015 году до 41,2 случая на 100 тыс. человек населения в 2016 году (в Российской Федерации в 2015 году – 25,8), что свидетельствует об улучшении бактериологической диагностики туберкулеза. Об удовлетворительном качестве работы бактериологических лабораторий говорит и остающееся высоким значение соотношения численности впервые выявленных больных, выделяющих микобактерии туберкулеза, и больных с деструкцией легочной ткани: 1,21 в 2015 году и 1,26 в 2016 году.

Социальный состав впервые заболевших туберкулезом в Свердловской области не изменился, доля работающих на момент выявления заболевания составила в 2016 году 21,1%. Показатель общей инвалидности по туберкулезу уменьшился с 36,0 в 2015 году до 34,3 случая на 100 тыс. человек населения в 2016 году. Доля инвалидов в структуре впервые выявленных больных туберкулезом увеличилась и составила в 2016 году 2,7% (в 2015 году – 2,5%).

В 2015 году в Свердловской области осуществлен переход от двухгодичных к ежегодным флюорографическим осмотрам населения, что привело к увеличению количества осмотренных методом рентгенофлюорографии – 81,3% в 2015 году и 96,9% в 2016 году.

Улучшились качественные показатели, характеризующие организацию выявления туберкулеза: доля выявленных при профилактических осмотрах больных туберкулезом в 2015 году составляла 62,5%, в 2016 году – 63,6%.

В 2016 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 2016 году составила 1,6 случая на 1000 осмотренных с профилактической целью (в 2015 году – 1,7), среди сельских жителей – 1,3 (в 2015 году – 1,3 на 1000 осмотренных с профилактической целью).

Охват туберкулинодиагностикой детей в возрасте 0–14 лет в 2016 году составил 93,5%, в 2015 году туберкулинодиагностикой и диаскинтестом – 97,5%.

Среди всех впервые зарегистрированных в 2016 году больных туберкулезом туберкулез органов дыхания составил 98,1%, внелегочные формы туберкулеза – 1,9% (в 2015 году – 98,1% и 1,9% соответственно) от числа новых случаев заболевания (регистрировались поражения мочеполовых органов, костей, суставов и периферических лимфатических узлов).

Общая частота рецидивов туберкулеза на территории Свердловской области уменьшилась в 2016 году до 14,3 случая на 100 тыс. человек населения (в 2015 году – 16,2), доля бактериовыделителей среди них составила 41,4% (в 2015 году – 39,5%).

Основными клиническими формами впервые зарегистрированного туберкулеза легких остаются инфильтративный (60,7%), очаговый (11,3%) и диссеминированный (8,9%).

Смертность населения Свердловской области от туберкулеза составила в 2016 году 12,7 случая на 100 тыс. человек населения (в 2015 году – 15,5). Среди умерших от туберкулеза 77,1% составили лица в трудоспособном возрасте (в 2015 году – 75,5%). Соотношение «заболеваемость/смертность» в 2016 году составило 6,8 (в 2015 году – 6,0).

Увеличилось количество умерших больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза: в 2016 умерли 635 человек, в 2015 году – 608 человек. Число умерших от туберкулеза в течение первого года наблюдения после установления диагноза в 2016 году составило 87 человек, или 3,0% от числа впервые выявленных больных туберкулезом (в 2015 году – 101 человек, или 3,2%).

#### Параграф 6. Сахарный диабет

В Свердловской области наблюдается ежегодный прирост числа больных сахарным диабетом. Эта тенденция соответствует и общероссийской, и мировой статистике. По данным регионального сегмента федерального регистра сахарного диабета, общее количество больных в 2016 году составило 142 057 человек. В сравнении с 2012 годом прирост числа пациентов составил 18 064 человека (14,6%) (рисунок 23). Распространенность сахарного диабета растет ежегодно, что позволяет называть этот процесс неинфекционной эпидемией.

#### Динамика числа больных сахарным диабетом в Свердловской области в 2012–2016 годах

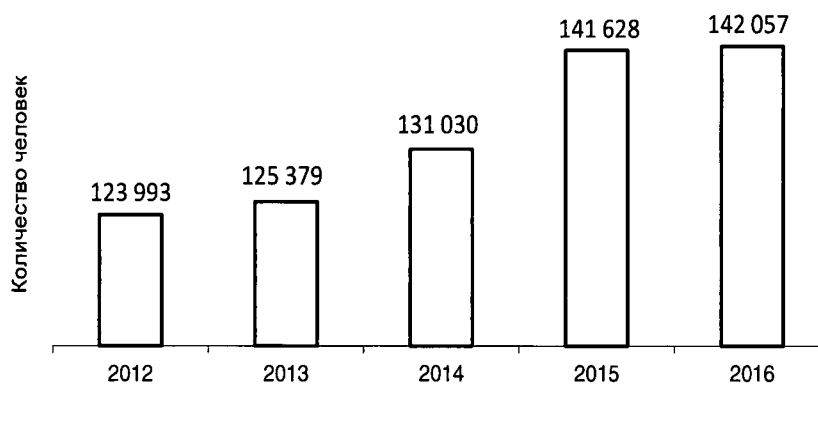


Рис. 23



Темп прироста числа новых случаев сахарного диабета в 2016 году несколько ниже, чем в 2014 и 2015 годах. Это обусловлено тем, что в 2016 году совместно со специалистами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, курирующими федеральный регистр сахарного диабета, была проделана работа по повышению качества ведения регионального сегмента федерального регистра сахарного диабета, в процессе которой ликвидирована большая часть дублирующих записей.

Рост числа больных сахарным диабетом происходит в основном за счет сахарного диабета 2 типа. Их доля составляет 94,3% от общего количества больных (133 493 человека). Количество пациентов с сахарным диабетом 1 типа в последние годы сохраняется приблизительно на одном уровне: в 2012 году – 8126 человек (6,8% от общего количества больных диабетом), в 2015 году – 8132 человека (6,0%), в 2016 году – 8202 человека (5,7%) (рисунок 24).

За 2016 год были впервые выявлены 10 536 случаев сахарного диабета всех типов (заболеваемость – 251,07 случая на 100 тыс. человек населения), из них 9968 случаев сахарного диабета 2 типа, 398 случаев – 1 типа, 170 случаев – сахарного диабета другого типа.

В 2016 году распространенность сахарного диабета составила 3272,8 случая на 100 тыс. человек взрослого населения. Распространенность сахарного диабета 1 типа составила 188,8 случая на 100 тыс. человек взрослого населения (в 2015 году – 190,6). Распространенность сахарного диабета 2 типа увеличилась на 8% и достигла 3073,8 случая на 100 тыс. человек взрослого населения (в 2015 году – 3069,9).

Среди пациентов с сахарным диабетом количество инвалидов на 01.01.2017 составило 35 458 человек (24,9% от общего числа больных) (в 2015 году – 36 599 человек, 25,8%). Уменьшение количества пациентов, имеющих группу инвалидности, обусловлено ужесточением критериев при определении утраты трудоспособности и усложнением процедуры оформления инвалидности.

**Динамика соотношения количества пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа в 2012–2016 годах**

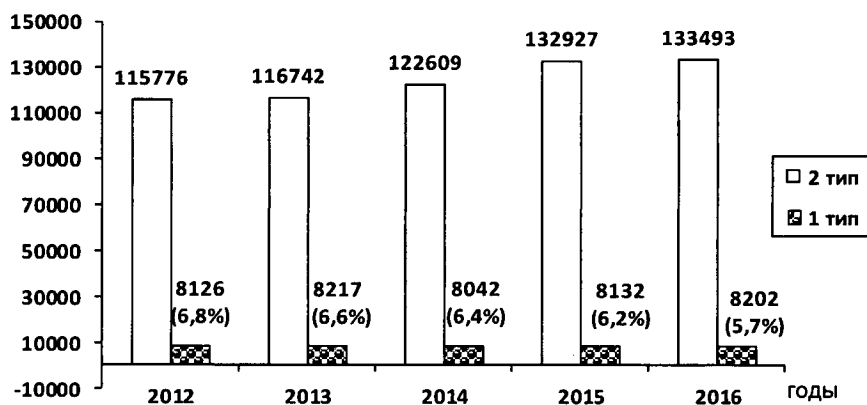


Рис. 24

Сахарный диабет оказывает большое влияние на уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В 2016 году 630 зарегистрированных смертей в Свердловской области имели основной причиной сахарный диабет, смертность составила 14,55 случая на 100 тыс. человек населения (в 2015 году – 552 человека, или 12,76 случая на 100 тыс. человек населения). При этом сахарный диабет является одним из главных факторов риска развития инфаркта и инсульта.

Важнейшим мероприятием в борьбе с поздними осложнениями сахарного диабета является своевременная интенсификация сахароснижающей терапии для достижения целевых показателей компенсации углеводного обмена, в том числе своевременный перевод на инсулинотерапию пациентов с сахарным диабетом 2 типа. В Свердловской области больные бесплатно обеспечиваются пероральными сахароснижающими препаратами и инсулином, 100% детей и часть взрослых пациентов (в основном с инсулинопотребностью) обеспечиваются средствами самоконтроля.

В настоящее время инсулинотерапия при сахарном диабете 2 типа в Свердловской области применяется всего у 17% больных. Это означает, что лечение инсулином инициируется не всегда своевременно; тем не менее уровень его соответствует среднему по Российской Федерации, но значительно ниже, чем в Московской области и развитых зарубежных странах, где доля больных диабетом 2 типа, получающих инсулин, достигает 30%. Вместе с тем очень мала доля пациентов, применяющих новые современные сахароснижающие препараты (аналоги инсулина сверхдлительного действия, ингибиторы депептидилпептидазы-4, ингибиторы натрий-глюкозных ко-транспортёров 2 типа, агонисты рецепторов глюкагоноподобных пептидов-1), хотя количество таких пациентов в 2016 году увеличилось по сравнению с 2014–2015 годами. Объемы закупок современных дорогостоящих сахароснижающих препаратов напрямую зависят от объемов финансирования программ льготного лекарственного обеспечения.

С 2014 года, когда все ММЦ были оснащены современным высокоточным оборудованием для определения гликированного гемоглобина – основного показателя уровня компенсации углеводного обмена, внедрена маршрутизация пациентов на проведение исследований (с кратностью исследований в соответствии с федеральными стандартами) и алгоритмы оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом. Постоянно наращиваются объемы обследования больных сахарным диабетом на определение уровня гликированного гемоглобина. Результаты исследований по каждому больному вносятся в федеральный регистр сахарного диабета. Количество обследованных на гликированный гемоглобин лиц в 2016 году больше, чем в 2015 году.

В Свердловской области оказывается весь комплекс специализированной медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом: наблюдение врачами-эндокринологами; осмотры узких специалистов (врача-окулиста, врача-невролога, врача-кардиолога и других) для диагностики и лечения поздних осложнений диабета; современные методы лечения диабетической ретинопатии в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза» и офтальмологическом стационаре ГБУЗ СО «СОКБ № 1», специализированный прием в «кабинетах диабетической стопы» городов Екатеринбурга и Нижний Тагил, специализированные приемы беременных с сахарным диабетом; функционируют 16 школ для больных сахарным диабетом.

С 2009 года в Свердловской области работает один из шести существующих в России федеральных лечебно-диагностических модулей «Диамобиль». Модуль оснащен современным оборудованием для диагностики осложнений сахарного диабета. В состав выездной бригады врачей входят эндокринолог, офтальмолог, хирург (специалист по диабетической стопе), кардиолог, лаборант. Обследование больных проводится в тех районах Свердловской области, где отсутствует постоянный специалист-эндокринолог, в отдаленных территориях, откуда пациентам трудно добраться до многопрофильных учреждений здравоохранения 2 и 3 уровня. Ежегодно обследуются около 1000 пациентов. В ходе обследования в «Диамобиле» каждый пациент в течение 1 рабочего дня получает стандартное обследование на раннее выявление осложнений с оценкой уровня компенсации углеводного обмена, коррекцию медикаментозного лечения; по показаниям пациенты направляются на госпитализацию в специализированный стационар.

Интенсивный рост числа пациентов ежегодно увеличивает экономическое бремя диабета и его поздних осложнений, а общие затраты в результате потери трудоспособности работоспособной части населения могут почти в 5 раз превысить прямые затраты системы

здравоохранения на диагностику и лечение диабета. Истинная распространенность сахарного диабета в Свердловской области, как и в России в целом, приблизительно в 3–4 раза выше регистрируемой (по результатам контрольно-эпидемиологических исследований). Это обуславливает необходимость уделять больше внимания мерам профилактики и раннего выявления этого заболевания в группах риска.

## Глава 12. Заболеваемость детского населения

Общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет за последние 5 лет остается стабильной, в 2016 году этот показатель составил 2166,6 случая на 1000 человек детского населения и по сравнению с 2015 годом увеличился на 3,7%.

В структуре общей заболеваемости лидирующую позицию (54,7%) занимают болезни органов дыхания (1186,94 случая на 1000 детей), обусловленные в первую очередь высокой распространенностью ОРВИ и ОРЗ (таблица 34).

Таблица 34

### Общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет

(случаев на 1000 детей соответствующего возраста)

Номер строки	Классы болезней	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	Изменение к уровню 2015 года (процентов)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего в том числе:	2247,8	2303,7	2157,7	2089,9	2166,60	3,7
2.	инфекционные болезни	106,3	102,2	102,9	102,4	103,73	1,3
3.	новообразования	7,4	7,8	7,2	7,2	6,48	-10,0
4.	болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	31,7	35,1	33,6	32,0	36,07	12,7
5.	болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	26,2	25,0	24,4	25,3	24,9	-1,6
6.	психические расстройства и расстройства поведения	26,2	25,6	24,8	24,5	25,60	4,5
7.	болезни нервной системы	103,2	108,6	97,7	98,4	100,07	1,7
8.	болезни глаза и его придаточного аппарата	121,0	127,3	119,4	117,8	124,33	5,5
9.	болезни уха и сосцевидного отростка	63,7	63,1	59,8	52,3	56,72	8,5
10.	болезни системы кровообращения	11,9	12,2	11,2	11,9	12,14	2,0
11.	болезни органов дыхания	1211,6	1275,5	1182,7	1161,4	1186,87	2,2
12.	болезни органов пищеварения	109,8	108,1	120,9	96,8	117,0	20,9
13.	болезни мочеполовой системы	60,7	62,6	59,1	58,5	55,1	-5,8
14.	болезни кожи и подкожной клетчатки	107,1	102,3	97,7	94,2	93,7	-0,5
15.	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	62,2	64,1	65,3	66,5	72,8	9,5
16.	врожденные аномалии, пороки	20,4	20,3	18,7	19,6	22,1	12,8

1	2	3	4	5	6	7	8
	развития, деформации и хромосомные нарушения						
17.	отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	53,0	49,3	43,2	33,9	35,2	3,8
18.	травмы и отравления	98,8	89,5	79,9	82,0	90,3	10,1

Второе место (5,7%) занимают болезни глаза и его придаточного аппарата, третье место (5,4%) – болезни органов пищеварения.

Все три класса заболеваний в 2016 году продемонстрировали рост заболеваемости (болезни органов дыхания – на 2,2%, болезни глаза – на 5,5%, болезни желудочно-кишечного тракта – на 20,9%). Кроме того, зафиксирован рост уровня заболеваемости по классам «Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ» (на 12,7%), «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (на 9,5%), «Болезни уха и сосцевидного отростка» (на 8,5%) и «Психические расстройства и расстройства поведения» (на 4,5%). Большинство нозологических форм, входящих в вышеперечисленные классы заболеваний, своей причиной имеют так называемые «школьные» факторы, связанные с нерациональным режимом труда и отдыха ребенка, нарушением принципов здорового образа жизни.

Вместе с тем отмечается снижение распространенности таких заболеваний, как новообразования и болезни мочеполовой системы. Существенное снижение в динамике за 5 лет и в сравнении с 2016 годом произошло по классу болезней «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», чему способствовало повышение качества оказания медицинской помощи новорожденным детям. В последнее время не удастся добиться снижения влияния на заболеваемость так называемых неуправляемых средствами здравоохранения причин заболеваний, в частности, вновь в сравнении с 2015 годом отмечается рост заболеваемости по классу «Врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения» (на 12,8%), а также по классу «Травмы и отравления» (на 10,1%).

Показатель первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2016 году составил 1741,8 случая на 1000 детей, что на 2,5% выше, чем в 2015 году. Практически по всем классам болезней отмечается рост уровня первичной заболеваемости, но наиболее существенное увеличение заболеваемости наблюдается по классам «Психические расстройства и расстройства поведения» (на 38%), «Болезни органов пищеварения» (на 32,4%), «Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ» (на 25,5%), «Болезни нервной системы» (на 5,8%), «Болезни уха и сосцевидного отростка» (на 6,3%), «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (на 7,8%) (таблица 35).

Таблица 35

### Первичная заболеваемость детей в возрасте до 14 лет

(случаев на 1000 детей соответствующего возраста)							
Номер строки	Классы болезней	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	Изменение к уровню 2015 года (процентов)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего	1876,9	1928,7	1792,8	1699,0	1741,8	2,5
	в том числе:						
2.	инфекционные болезни	96,7	92,2	94,8	91,1	91,4	0,3
3.	новообразования	4,1	4,1	3,4	3,3	2,9	-12,1
4.	болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена	15,1	13,7	13,7	11,0	13,8	25,5

1	2	3	4	5	6	7	8
	веществ						
5.	болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	16,9	16,1	15,3	14,3	14,1	-1,4
6.	психические расстройства и расстройства поведения	4,9	5,1	5,8	5,0	6,9	38,0
7.	болезни нервной системы	51,0	54,0	46,9	46,2	48,9	5,8
8.	болезни глаза и его придаточного аппарата	68,3	73,4	67,4	60,5	65,2	7,8
9.	болезни уха и сосцевидного отростка	58,0	57,3	54,7	46,4	49,3	6,3
10.	болезни системы кровообращения	4,9	4,8	4,1	4,0	4,0	0,0
11.	болезни органов дыхания	1174,8	1237,4	1147,5	1115,2	1124,9	0,9
12.	болезни органов пищеварения	64,3	63,4	62,1	51,5	68,2	32,4
13.	болезни мочеполовой системы	26,8	29,3	30,0	24,6	22,8	-7,3
14.	болезни кожи и подкожной клетчатки	82,1	80,3	76,8	66,0	62,2	-5,8
15.	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	37,2	39,6	36,1	34,0	32,8	-3,5
16.	врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	5,7	5,2	4,9	4,9	5,1	4,1
17.	болезни перинатального периода	53,0	49,3	43,2	34,3	35,2	2,6
18.	травмы и отравления	98,8	89,4	79,7	82,0	90,3	10,1

В последние 3 года (с 2014 по 2016 год) сохраняется тенденция к ухудшению состояния здоровья подростков: в 2016 году по основным группам болезней отмечается рост уровня как общей, так и первичной заболеваемости в данной возрастной группе (таблица 36). При этом фиксируются те же тенденции, что и среди детей 0–14 лет: снижение заболеваемости инфекционными болезнями, новообразованиями, болезнями крови и кроветворных органов и рост заболеваемости болезнями эндокринной системы, нервной системы, болезнями органов пищеварения, уха, глаза, психическими расстройствами, болезнями костно-мышечной системы, врожденными аномалиями.

В Свердловской области в полном объеме реализованы приказы 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», Министерства здравоохранения Свердловской области от 17.12.2015 № 2181-п «О прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в 2016 году в Свердловской области», в которых определены медицинские организации и сформирован помесечный план-график профилактических осмотров несовершеннолетних. В 2016 году осмотрены 735 698 детей, что составляет 96,3% от плана осмотров.

В соответствии с приказами 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», Министерства

здравоохранения Свердловской области от 17.12.2015 № 2180-п «О проведении в 2016 году диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Свердловской области» в 2016 году был запланирован осмотр 6660 детей. По состоянию на 01.01.2017 осмотрены 6563 ребенка (98,5% от плана, при этом осмотрены 100% детей, находящихся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей), из них детей-инвалидов – 1087. К 1 группе здоровья (здоровые дети) относятся 3,9% осмотренных детей, 43,4% относятся к 2 группе здоровья (функциональные отклонения), 29,4% – к 3 группе (дети с хроническими заболеваниями), 4% – к 4 группе здоровья (дети с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации) и 19,3% – к 5 группе здоровья (дети с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, дети-инвалиды).

Таблица 36

### Заболееваемость детей 15–17 лет

(случаев на 1000 детей соответствующего возраста)

Номер строки	Классы болезней	2012 год		2013 год		2014 год		2015 год		2016 год	
		общая	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая	первичная	общая	первичная
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Всего в том числе:	1842,4	1187,8	1967,3	1248,8	1868,0	1153,9	1853,0	1140,8	1915,2	1151,1
2.	инфекционные болезни	40,2	31,7	45,1	31,2	34,2	26,4	42,6	33,1	37,7	28,1
3.	новообразования	6,0	3,1	7,5	4,2	6,3	2,6	8,0	2,9	7,3	2,6
4.	болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	62,4	20,8	71,8	18,6	83,6	20,0	81,0	21,8	86,4	23,1
5.	болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	10,4	5,7	11,7	6,3	11,4	5,5	12,4	6,9	12,0	6,3
6.	психические расстройства и расстройства поведения	45,1	5,0	57,5	9,9	56,7	10,9	59,6	11,1	61,6	12,2
7.	болезни нервной системы	107,4	38,5	118,9	38,7	114,4	39,1	108,5	31,9	115,9	33,4
8.	болезни глаза и его придаточного аппарата	174,3	58,3	186,8	61,2	186,9	73,9	184,5	63,2	200,1	68,0
9.	болезни уха и сосцевидного отростка	38,1	30,6	40,5	33,0	37,6	29,1	37,2	25,5	40,8	29,5
10.	болезни системы кровообращения	25,0	8,3	27,9	9,4	25,5	8,4	29,0	9,9	30,5	9,6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
11.	болезни органов дыхания	652,4	594,8	677,3	614,4	603,2	541,9	599,6	532,2	625,6	559,8
12.	болезни органов пищеварения	159,7	45,0	163,8	51,1	177,2	51,5	167,6	57,2	166,3	59,1
13.	болезни мочеполовой системы	107,4	48,4	123,7	61,0	122,5	60,7	127,9	64,4	125,0	56,8
14.	осложнения беременности и родов	9,2	7,3	10,1	8,4	8,1	7,0	7,1	4,8	7,0	4,6
15.	болезни кожи и подкожной клетчатки	97,2	71,2	102,1	73,5	94,5	64,2	95,3	62,2	91,8	53,1
16.	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	117,8	50,7	124,2	51,9	130,3	53,6	123,5	57,0	130,5	42,3
17.	врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	12,5	0,8	14,7	1,3	13,1	1,0	14,2	1,7	15,6	1,5
18.	травмы и отравления	157,3	157,3	163,0	163,0	153,4	153,2	148,8	148,8	157,7	157,7

В структуре выявленных заболеваний и отклонений у детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, лидирующие позиции занимают болезни нервной системы (16,4%), психические расстройства и расстройства поведения (16,0%), болезни органов пищеварения (в том числе заболевания полости рта, кариес) (13,9%).

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, осуществлялась в соответствии с приказами 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», Министерства здравоохранения Свердловской области от 17.12.2015 № 2179-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 2016 году в Свердловской области», согласно которым в 2016 году было запланировано осмотреть 10 067 детей данной категории. По состоянию на 01.01.2017 осмотрены 10 217 детей (101,5% от запланированных на 2016 год), из них детей-инвалидов – 239.

К 1 группе (здоровые дети) относятся 7,2% осмотренных детей, ко 2 группе (функциональные отклонения) – 61,3%, к 3 группе (дети с хроническими заболеваниями) – 27,7%, к 4 группе (дети с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации) – 1,8% и к 5 группе (дети с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, дети-инвалиды) – 2,0% детей.

В структуре выявленных заболеваний и отклонений у вышеназванной категории детей лидирующие позиции занимают болезни органов пищеварения (в том числе заболевания полости рта, кариес) – 16,9%, болезни нервной системы (16,4%), глаза и его придаточного аппарата (16,4%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (14,3%).

По результатам диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в динамике с 2012 года по 2016 год удельный вес детей 1 и 2 групп увеличился в 1,6 раза, доля детей 3 группы уменьшилась в 1,4 раза, а 4 группы – в 3 раза. По итогам диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, отмечается увеличение удельного веса детей 1 и 2 групп здоровья в 1,2 раза и уменьшение удельного веса детей 3 группы здоровья (в 0,8 раза). Это свидетельствует об эффективности проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, выполнении индивидуальных лечебных и реабилитационных мероприятий, рекомендуемых врачами-специалистами.

### Глава 13. Временная утрата трудоспособности

По данным Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – СРО ФСС), в 2016 году в Свердловской области было зарегистрировано 1 218 725 случаев (в 2015 году – 1 181 897) временной нетрудоспособности общей продолжительностью 13 438 082 дня (в 2015 году – 12 886 682 дня). Средняя длительность 1 случая составила 11 дней (в 2015 году – 10,9 дня).

На 11,9% увеличилось число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих (69,6 случая), при этом число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих увеличилось на 13% и составило 767,1 дня (в 2015 году – 678,7 дня) (таблица 37).

В 2016 году численность работающих в Свердловской области уменьшилась на 146 781 человека, или на 7,7%. Ежедневно по причине временной нетрудоспособности не работали 54,41 тыс. человек (в 2015 году – 52,17 тыс. человек). Потери рабочего времени по причине временной нетрудоспособности равнозначны тому, что в целом в 2016 году Свердловская область не работала 7,7 дня в году (в 2015 году – 6,8 дня).

Таблица 37

#### Динамика показателей временной нетрудоспособности застрахованных граждан Свердловской области

Номер строки	Наименование показателя	2015 год	2016 год
1.	Среднесписочная численность работающих, человек	1 898 653	1 751 872
2.	Количество дней временной нетрудоспособности на 100 работающих	678,7	767,1
3.	Количество случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих	62,2	69,6
4.	Длительность одного случая временной нетрудоспособности, дней	10,9	11,0

Наиболее высокие темпы роста потерь рабочего времени из-за временной нетрудоспособности зарегистрированы в МО Камышловский МР – на 21,1%, Байкаловском МР – на 16,0%, Шалинском ГО – на 20,0%, Ивдельском ГО – на 20,3%, Слободо-Туринском МР – на 19,0%, Пышминском ГО – на 16,5%, в Октябрьском районе города Екатеринбурга – на 59,0%, ГО Нижняя Салда – на 17,2%, Кировградском ГО – на 13,6%, Ирбитском МО – на 17,3%, городе Нижний Тагил – на 15,6%.

Снижение потерь рабочего времени из-за временной нетрудоспособности отмечено в ГО Верхняя Тура (на 6,9%), Новолялинском ГО (на 5,0%).



В 24 городах и районах Свердловской области показатель потерь рабочего времени ниже среднеобластного (767,1 дня на 100 работающих). В то же время наиболее высокие потери отмечаются в Туринском ГО (1119,2), Новолялинском ГО (1019,4), Верхнесалдинском ГО (1567,4), Североуральском ГО (1350,1), ГО Красноуральск (1022,4), Асбестовском ГО (1039,3), Кировградском ГО (1087,3), ГО Нижняя Салда (1114,9), ГО Первоуральск (1108,0), городе Нижний Тагил (1016,0).

В основных отраслях промышленности по-прежнему остается высоким уровень потерь рабочего времени по причине временной нетрудоспособности. Показатель на 100 работающих превышает среднеобластной показатель на производстве транспортных средств и оборудования (1024,7 дня), в металлургическом производстве (1166,6), добыче полезных ископаемых (1125,6), химическом производстве (1098,6), в сельском и лесном хозяйстве (921,8).

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 увеличился на 9,4% и составил 686,1 дня на 100 работающих (в 2015 году – 627,4 дня).

В 2016 году показатель потерь по временной нетрудоспособности работников здравоохранения и социальных услуг в днях на 100 работающих увеличился в сравнении с 2015 годом на 13,9% и составил 907,8 дня (в 2015 году – 796,8). Этот показатель по-прежнему превышает среднеобластной на 18,3% и на 32,3% – показатель заболеваемости работников непромышленной сферы в целом. Средняя длительность 1 случая временной нетрудоспособности работников здравоохранения и социальной сферы составила 11,8 дня, что соответствует уровню 2015 года. Ежедневно в медицинских организациях и организациях социального обслуживания Свердловской области по причине временной нетрудоспособности не работали 5,1 тыс. специалистов, или 3,7% от числа работающих.

По данным формы федерального статистического наблюдения 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» (далее – форма 16-ВН) за 2016 год, число случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности составило 775 260, общее число дней нетрудоспособности – 10 759 691; в пересчете на 100 работающих число случаев заболеваний – 72,25, продолжительность – 1002,73 дня. По сравнению с 2015 годом отмечается рост уровня заболеваемости в случаях на 2,08% и снижение в днях на 0,32%. Средняя длительность 1 случая заболеваемости с временной нетрудоспособностью составила 13,9 дня, что на 2,11% ниже, чем в 2015 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.

Рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности в 2016 году наблюдается по следующим классам болезней в сравнении с 2015 годом: «Инфекционные и паразитарные болезни» (в днях – на 4,28%, в случаях – на 16,5%), «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» (в днях – на 37,4%, в случаях – на 20,4%), «Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ» (в днях – на 11,9%, в случаях – на 19,9%, в том числе заболеваемость сахарным диабетом выросла на 15,7% в днях и на 22,5% в случаях), «Болезни нервной системы» (в днях – на 2,1%, в случаях – на 0,73%), «Болезни органов пищеварения» (в днях – на 2,86%, в случаях – на 5,91%), «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (в днях – на 4,6%, в случаях – на 7,5%), «Беременность, роды и послеродовый период» (в днях – на 40%, в случаях – на 73%, в том числе по абортам в днях – на 61,4%, в случаях – на 67,1%), «Травмы и отравления» (в днях – на 10,2%, в случаях – на 7,3%).

Отмечается незначительный (на 0,29%) рост числа случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности по классу «Болезни системы кровообращения», при этом, хотя

продолжительность заболеваний данного класса в целом снизилась на 0,5%, по диагнозу «цереброваскулярные болезни» зарегистрировано увеличение средней длительности заболевания до 26,8 дня (на 6,5%).

Впервые за 5 лет отмечается рост уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности по классу «Болезни органов дыхания» в днях на 2,6% и в случаях – на 5,2%. Рост заболеваемости болезнями органов дыхания произошел за счет ОРВИ (в днях – на 6,3%, в случаях – на 7,7%), гриппа (в днях – на 18,5%, в случаях – на 8,2%), пневмонии (рост в случаях – на 8,6%, при этом средняя длительность заболевания сократилась на 1,6% и составила 15,8 дня).

По остальным классам болезней отмечается снижение уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности по сравнению с 2015 годом: «Новообразования» (в днях – на 3,8%, до 30,1 дня), в том числе по ЗН снижение в днях составило 6%, в случаях – 0,2%, «Психические расстройства и расстройства поведения» (в днях – на 1,6%, в случаях – на 4,5%), «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (в днях – на 1,3%, в случаях – на 1,4%), «Болезни уха и сосцевидного отростка» (в днях – на 2,4%, в случаях – на 0,5%), «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (в днях – на 2,4%, в случаях – на 3,4%).

Кроме заболеваний работающие граждане, проживающие на территории Свердловской области, в 2016 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 2015 годом уровень нетрудоспособности сократился на 0,7% в днях, но вырос по числу случаев на 1,9%.

В структуре всех причин временной нетрудоспособности на первом месте стоят заболевания (84,12% в днях и 76,3% в случаях), на втором месте – уход за больным (15,85% в днях и 23,7% в случаях); всего 0,03% составляет в структуре причин временной нетрудоспособности освобождение от работы в связи с карантином.

В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания: их удельный вес составил 25% в днях и 38,9% в случаях. Наибольший удельный вес занимают ОРВИ (18,4% в днях и 30,2% в случаях). Грипп и пневмония занимают в структуре болезней органов дыхания менее 1%. Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности по данному классу болезней составила 8,9 дня и ниже уровня 2015 года на 2,2%.

Второе место в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности занимают болезни костно-мышечной системы: их удельный вес составил в днях 16,6%, в случаях – 15,3%. По сравнению с 2015 годом наблюдается рост заболеваемости (в днях – на 4,6%, в случаях – на 7,5%). Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности составила 15,2 дня, что ниже на 2,6% по сравнению с уровнем 2015 года.

Третье место в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности занимает класс «Травмы и отравления», его удельный вес в днях составил 17,6%, в случаях – 10,6%. По сравнению с уровнем 2015 года зафиксирован рост уровня заболеваемости на 10,2% в днях и на 7,3% в случаях заболеваний. Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности по причине травм и отравлений составила 23 дня, что на 3,04% выше, чем в 2015 году.

Четвертое место в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности принадлежит БСК. Их удельный вес в днях составил 9,96%, в случаях – 8,4%. Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности составила 16,5 дня, что на 0,6% ниже уровня 2015 года.

Деятельность исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний направлена на решение следующих задач:

1) обеспечение социальной защиты застрахованных и экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска;

2) возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного при исполнении им обязанностей по трудовому договору, путем предоставления застрахованному всех

необходимых видов обеспечения по страхованию (единовременные и ежемесячные страховые выплаты, пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве и профессиональными заболеваниями);

3) обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

На территории Свердловской области зарегистрировано более 180 тыс. страхователей, обслуживающих около 1,7 млн. работников, 20% из которых заняты на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, что является объективной причиной достаточно высокого травматизма. Прослеживается положительная тенденция к снижению уровня производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. По сравнению с 2015 годом количество несчастных случаев на производстве снизилось на 9,1%, а профессиональных заболеваний – на 43%. В 2016 году было зарегистрировано 1918 случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний (из числа случаев, которые признаны страховыми) (таблица 38).

60% всех несчастных случаев составляют травмы опорно-двигательного аппарата, по 15% – травмы кожи и мягких тканей и черепно-мозговые травмы. При этом доля несчастных случаев, в результате которых работники получили тяжелые травмы, остается в течение последних лет на уровне 15% от общего количества несчастных случаев на производстве.

Таблица 38

**Динамика производственного травматизма и профессиональной заболеваемости  
в 2015–2016 годах по случаям, которые признаны страховыми**

Номер строки	Страховые случаи	(абсолютные значения)		
		2015 год	2016 год	Изменение в 2016 году к 2015 году (процентов)
1.	Всего	2145	1918	-10,6
2.	Несчастные случаи в том числе	1895	1756	-7,3
3.	легкие	1555	1382	11,1
4.	тяжелые	292	320	9,5
5.	смертельные	48	54	12,5

За 2015–2016 годы структура несчастных случаев изменилась незначительно: 79% составляют легкие несчастные случаи, 18% – тяжелые, 3% – случаи со смертельным исходом (в 2015 году – 82, 15, 3% соответственно). Среди тяжелых несчастных случаев на производстве 44,7% занимают травмы опорно-двигательного аппарата, 31,6% – черепно-мозговые травмы, 9,1% – травмы глаз, 8,8% – травмы кожи и мягких тканей.

Восстановление трудоспособности пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве составило около 50%. Отмечается увеличение количества случаев с установлением степени утраты профессиональной трудоспособности (в 27,5% случаев установлена степень утраты трудоспособности в 2016 году, в 19% случаев – в 2015 году). При этом снижается количество исходов лечения пострадавших от тяжелых несчастных случаев на производстве с установлением высокого процента утраты профессиональной трудоспособности (60–100%) и увеличивается число исходов с низким процентом утраты профессиональной трудоспособности (10–30%). Данный факт связан с тем, что с 2015 года пострадавшие на производстве дополнительно проходят медицинскую реабилитацию в специализированных отделениях медицинских организаций, где лечение проходит более эффективно.

СРО ФСС осуществляется оплата лечения пострадавших непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве до полного восстановления трудоспособности или установления стойкого процента утраты профессиональной трудоспособности.

В связи со значительным количеством тяжелых несчастных случаев (320 в 2016 году) СРО ФСС с 2015 года является участником пилотного проекта по комплексной реабилитации пострадавших на производстве, что предусматривает закрепление за каждым пострадавшим реабилитационного менеджера и разработку индивидуального плана-графика реабилитации. Комплексная реабилитация включает в себя два основных этапа: медицинскую и профессиональную реабилитацию. На каждом этапе реабилитационный менеджер взаимодействует с реабилитационными партнерами: медицинскими организациями, работодателем – причинителем вреда, службами занятости, бюро медико-социальной экспертизы, профсоюзами.

Оплата расходов на лечение застрахованных лиц осуществляется согласно пункту 18 раздела II Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15.05.2006 № 286 «Об утверждении Положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Расходы регионального отделения на оплату лечения пострадавших непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве в 2016 году составили 40,25 млн. рублей (таблица 39).

Таблица 39

**Информация о расходах на лечение пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве**

Номер строки	Показатель	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Количество пострадавших в результате тяжелых несчастных случаев на производстве, человек	346	291	320
2.	из них получивших лечение за счет средств СРО ФСС, человек	302	287	310
3.	Общие расходы на лечение, тыс. рублей	32 983,01	29 950,99	40 250,40
4.	Стоимость лечения 1 пострадавшего, тыс. рублей	109,22	104,36	129,84
5.	Общее количество выплат на лечение, единиц	547	756	1001
6.	Количество выплат на 1 пострадавшего в результате тяжелых несчастных случаев на производстве	1,8	2,6	3,2

Значительная часть пострадавших на производстве, получивших травмы тяжелой степени, проходили лечение в медицинских организациях, находящихся на территории города Екатеринбурга: МАУ «ЦГКБ № 23», МБУ «ЦГКБ № 24», ООО «КИМ», МБУ «ГБ № 36 Травматологическая», ГБУЗ СО «СОКБ № 1», ЗАО ЕЦ МНТК «Микрохирургия глаза», ГБУЗ СО «Центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт травматологии и ортопедии имени В.Д. Чаклина», МАУ «ГКБ № 40», НУЗ «Дорожная больница на ст. Свердловск-Пассажирский» ОАО «РЖД», а также в специализированных отделениях городских больниц, ГАУЗ СО «ОСЦМП «Озеро Чусовское», Уральского

клинического лечебно-реабилитационного центра в городе Нижний Тагил, протезно-ортопедического предприятия и в центрах реабилитации Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования «Тараскуль» и «Омский».

Профессиональные заболевания в структуре страховых случаев в 2016 году составили 8% (в 2014–2015 годах – 13%). Основную долю в структуре профессиональных заболеваний составили заболевания дыхательных путей, в том числе пневмококиозы, заболевания опорно-двигательного аппарата и вибрационная болезнь.

Одним из направлений деятельности по профилактике производственного травматизма СРО ФСС является финансовое обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников.

Расходы на обеспечение по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний ежегодно увеличиваются и в 2016 году превысили 3 млрд. рублей. Наибольшую долю в структуре расходов занимают ежемесячные страховые выплаты (60%) и расходы на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию (12%).

Ежемесячные страховые выплаты по 21 154 страховым случаям составили 1992,3 млн. рублей. По сравнению с 2015 годом эта сумма увеличилась на 4,5% (в 2015 году – 1906,2 млн. рублей по 21 506 страховым случаям). Средний размер страховой выплаты в 2016 году составил 8,3 тыс. рублей (в 2015 году – 7,8 тыс. рублей). Максимальный размер ежемесячной страховой выплаты с 01.02.2016 составляет 69 510,0 рубля.

Максимальный размер единовременной страховой выплаты в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием при установлении стойкого процента утраты профессиональной трудоспособности в 2016 году составил 90 401,90 рубля, в связи со смертью застрахованного лица – 1 млн. рублей. Всего единовременных страховых выплат было произведено на сумму 63,1 млн. рублей (в 2015 году – 64,8 млн. рублей).

Расходы на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию по итогам 2016 года составили 412,4 млн. рублей. По сравнению с 2015 годом расходы увеличились на 13% (в 2015 году – 365,1 млн. рублей) (таблица 40).

Таблица 40

**Расходы по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

Номер строки	Вид расходов	Единица измерения	2015 год	2016 год	Изменение в 2016 году к 2015 году (процентов)
1.	Ежемесячные выплаты	количество выплат, единиц	21 506	21 154	+3,1
		сумма, млн. рублей	1906,19	1992,3	+6
2.	Единовременные выплаты	количество выплат, единиц	706		
		сумма, млн. рублей	64,81	63,1	-2,6

Финансирование предупредительных мер, осуществляемое за счет сумм страховых взносов, подлежащих перечислению в Фонд социального страхования Российской Федерации, направлено на повышение экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска. В 2016 году 1504 страхователя подтвердили расходы на финансовое обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний на сумму 551,1 млн. рублей. Общая сумма расходов по реабилитации пострадавших составила в 2016 году 412,4 млн. рублей.

### Глава 14. Инвалидность населения

В 2016 году в бюро-филиалы федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» обратились 68 919 человек (в 2015 году – 75 400 человек, в 2014 году – 78 784 человека), что на 8,6% меньше, чем в 2015 году. Число обращений снизилось среди лиц трудоспособного возраста на 9,4% (на 3156 человек), пенсионного возраста – на 7,4% (на 2296 человек), детей до 18 лет – на 9,5% (на 1029 человек) (таблица 41).

В 2016 году в Свердловской области впервые признаны инвалидами 19 712 человек, что на 13 человек меньше, чем в 2015 году. Число впервые признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше уменьшилось с 17 812 до 17 511 человек за счет лиц трудоспособного возраста; среди лиц пенсионного возраста впервые признаны инвалидами на 528 человек меньше по сравнению с 2015 годом. Число впервые признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет увеличилось с 1913 до 2201 человека (таблица 41).

Уровень первичной инвалидности всего населения Свердловской области в 2016 году составил 47,3 случая на 10 тыс. человек населения (в 2015 году – 47,4).

При повторном освидетельствовании в 2016 году в Свердловской области признаны инвалидами 32 400 человек, что на 2539 человек меньше, чем в 2015 году. Число повторно признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше уменьшилось с 28 623 до 26 315 человек (на 2308 человек), за счет лиц трудоспособного возраста – на 1728 человек и лиц пенсионного возраста – на 580 человек. Число повторно признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет снизилось с 6316 человек до 6085 (на 231 человека).

Таблица 41

#### Основные показатели деятельности федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Свердловской области» за 2013–2016 годы

(абсолютные значения)

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1	2	3	4	5	6
1.	Число освидетельствований	86 449	78 784	75 400	68 919
2.	в том числе:				
	взрослых	75 588	68 898	64 518	59 066
3.	детей	10 861	9886	10 882	9853
4.	Число освидетельствований для определения инвалидности, всего	72 638	66 460	63 816	58 506
5.	впервые:	26 403	25 105	23 509	22 965
6.	в том числе				
	взрослых	23 802	22 600	21 109	20 351
7.	детей	2601	2505	2400	2614
8.	повторно:	46 235	41 355	40 307	35 541
9.	в том числе				
	взрослых	38 667	34 702	32 682	28 981
10.	детей	7568	6653	7625	6560
11.	Число признанных инвалидами, всего	65 568	59 673	54 664	52 112
12.	впервые:	23 162	21 856	19 725	19 712
13.	взрослых	20 968	19 805	17 812	17 511
14.	в том числе в трудоспособном возрасте	9683	9225	7950	8177
15.	в пенсионном возрасте	11 285	10 580	9862	9334
16.	детей	2194	2051	1913	2201

1	2	3	4	5	6
17.	повторно:	42 406	37 817	34 939	32 400
18.	взрослых	35 438	31 788	28 623	26 315
19.	в том числе в трудоспособном возрасте	21 283	18 083	15 964	14 236
20.	в пенсионном возрасте	14 155	13 705	12 659	12 079
21.	детей	6968	6029	6316	6085
22.	Освидетельствованы для определения степени утраты профессиональной трудоспособности, процентов	3199	2877	2583	1986
23.	Установлена степень утраты профессиональной трудоспособности	3099	2794	2484	1907
24.	впервые	851	763	596	499
25.	повторно	2248	2031	1888	1408
26.	Разработано программ реабилитации пострадавшего на производстве, всего	6787	6710	6622	6115
27.	впервые	865	790	629	521
28.	повторно	5922	5920	5993	5594
29.	Разработано индивидуальных программ реабилитации инвалидов, всего:	70 617	63 802	58 284	55 115
30.	взрослым	60 814	55 078	49 260	46 219
31.	детям	9803	8724	9024	8896

Уровень повторной инвалидности населения Свердловской области в 2016 году составил 77,8 случая на 10 тыс. населения и увеличился по сравнению с 2015 годом на 6% (в 2015 году – 73,4).

### Параграф 7. Инвалидность взрослого населения

Показатель первичной инвалидности граждан в возрасте старше 18 лет составил 52,8 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (в 2015 году – 53,4, по Российской Федерации в 2016 году – 56,7), темп убыли в сравнении с 2015 годом составил 1,1%. Уровень первичной инвалидности городского взрослого населения увеличился до 55,4 (в 2015 году – 54,2), или на 2,2%, сельского взрослого населения снизился до 38,3 случая на 10 тыс. человек соответствующего населения (в 2015 году – 48,8), или на 21,5%.

Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения в сравнении с 2015 годом увеличился с 34,4 до 35,9 случая на 10 тыс. человек трудоспособного населения (на 4,4%), среди лиц пенсионного возраста снизился с 96,3 до 89,8 случая на 10 тыс. человек населения соответствующего возраста (на 6,7%) (в Российской Федерации в 2016 году – 98,2). Соотношение между лицами трудоспособного и пенсионного возраста, впервые признанными инвалидами, составило 46,6 и 53,4% соответственно (в 2015 году – 44,6 и 55,4%).

В структуре первичной инвалидности мужчины составили 55,9%, женщины – 44,1%. Среди городского населения удельный вес мужчин – 55,4%, женщин – 44,6%; среди сельского населения – соответственно 59,8 и 40,2%. За последние годы сохраняется тенденция к росту удельного веса мужчин среди впервые признанных инвалидами.

Инвалиды первой группы составили 22,4% (в 2015 году – 21,7%), второй группы – 36,4% (в 2015 году – 36,7%), третьей группы – 41,2% (в 2015 году – 41,6%) (рисунок 25).

### Структура первичной инвалидности взрослого населения Свердловской области по группам инвалидности в 2014–2016 годах (процентов)

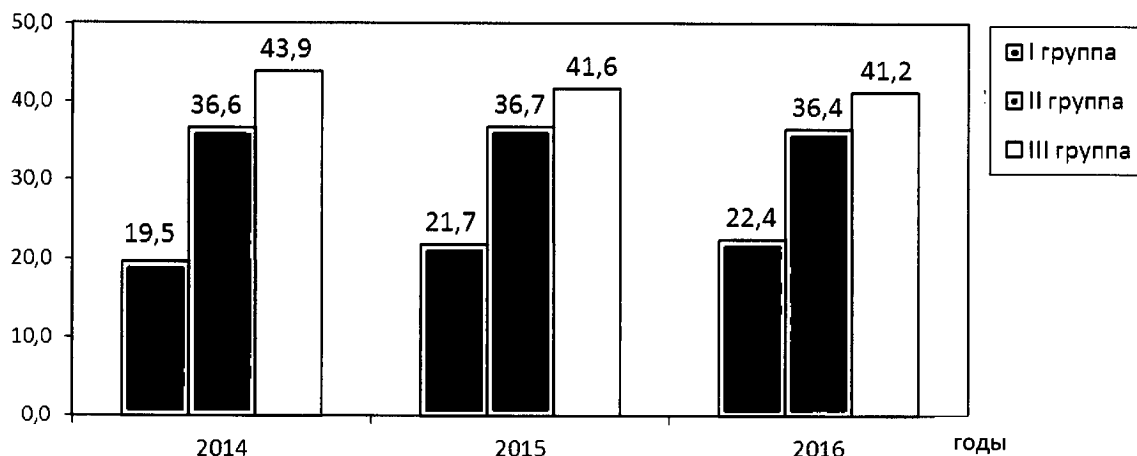


Рис. 25

Структура первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней отражена на рисунке 26.

На I месте – злокачественные новообразования (37,2%, 19,7 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2015 году – 37,1%, 19,8 случая – I место);

на II месте – болезни системы кровообращения (23,8%, 12,6 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2015 году – 23,9%, 12,7 случая – II место);

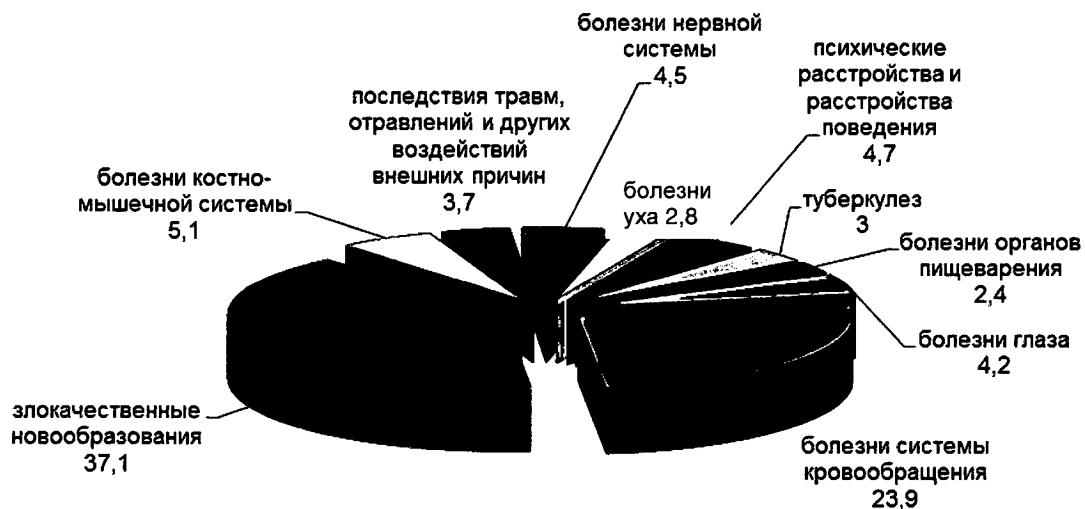
на III месте – болезни нервной системы (4,9%, 2,6 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2015 году – 4,5%, 2,4 случая – V место);

на IV месте – психические расстройства и расстройства поведения (4,4%, 2,4 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2015 году – 4,7%, 2,5 случая – IV место);

на V месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (4,3%, 2,3 случая на 10 тыс. человек взрослого населения) (в 2015 году – 5,1%, 2,7 случая – III место).

### Структура первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней в 2015 и 2016 годах (процентов)

2015 год





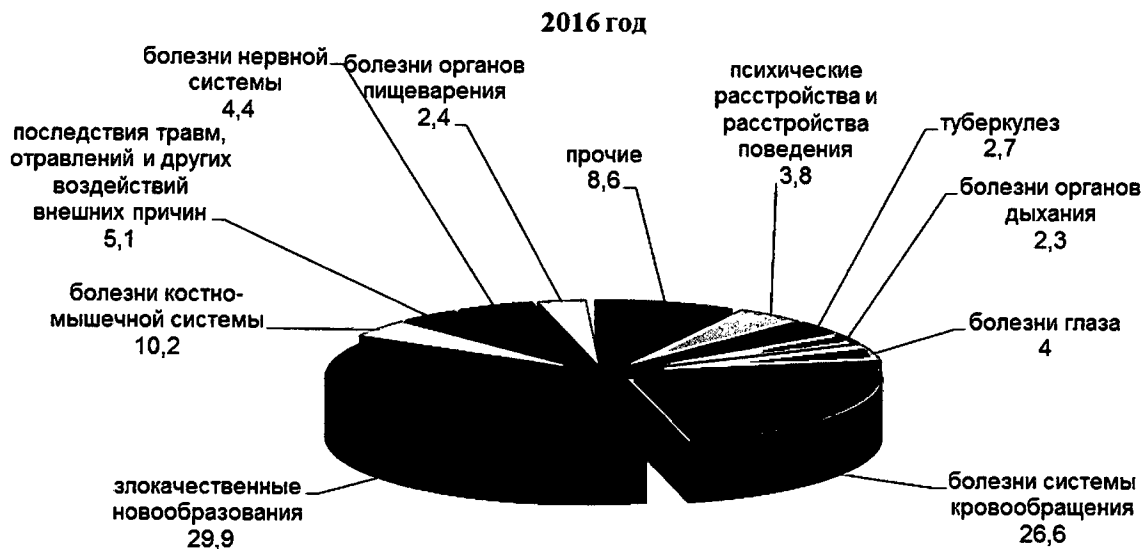


Рис. 26

Уровень инвалидности вследствие ЗН остается стабильно высоким. В 2016 году впервые признаны инвалидами вследствие ЗН 6515 человек (в 2015 году – 6601 человек) в возрасте старше 18 лет. Инвалидность вследствие ЗН вышла на 1 место в большинстве муниципальных образований, в том числе в городе Екатеринбурге. Среди впервые признанных инвалидами вследствие ЗН преобладают лица пенсионного возраста – 64,1%, уровень первичной инвалидности лиц пенсионного возраста составил 40,2 (в 2015 году – 41,4), трудоспособного возраста – 10,3 (в 2015 году – 10,2) на 10 тыс. человек соответствующего возраста.

Уровень инвалидности вследствие БСК в 2012–2016 годах продолжал снижаться, что связано с развитием превентивной диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, широким применением технологий оперативного лечения, а также развитием реабилитационных технологий, позволяющих улучшить прогноз заболевания и предотвратить инвалидность. Число впервые признанных инвалидами вследствие БСК снизилось с 4253 человек в 2015 году до 4168 человек в 2016 году.

В 2016 году болезни нервной системы, занимавшие в предыдущие годы V место, вышли на III место. Число впервые признанных инвалидами вследствие болезней нервной системы в 2016 году составило 853 человека, что на 6% больше, чем в 2015 году (805 человек). Уровень первичной инвалидности на 10 тыс. человек населения в 2016 году составил 2,6 случая (в 2015 году – 2,4 случая).

Первичная инвалидность вследствие психических расстройств и расстройств поведения второй год подряд занимает IV место. Число впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения составило 779 человек (в 2015 году – 831 человек).

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани перешли на V место. Число впервые признанных инвалидами вследствие болезней костно-мышечной системы снизилось с 914 человек в 2015 году до 760 человек в 2016 году. Первичная обращаемость с целью установления инвалидности лиц с заболеваниями костно-мышечной системы снизилась в 2016 году на 20%.

Среди лиц, впервые признанных инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, производственных травм, лица трудоспособного возраста составляют от 98,8 до 96,4%. Высока доля лиц трудоспособного возраста среди впервые признанных инвалидами вследствие последствий бытовых травм (79,5%), болезней органов пищеварения (72%), психических расстройств и расстройств поведения (70%).

Группа инвалидности установлена без срока переосвидетельствования 3304 гражданам, что составляет 18,9% от всех впервые признанных инвалидами старше 18 лет (в 2015 году – 2582 гражданам, 14,5%).

Показатель повторной инвалидности граждан в возрасте старше 18 лет составил 79,4 случая на 10 тыс. человек взрослого населения (в 2015 году – 85,8, в Российской Федерации в 2016 году – 116,4), темп убывания в сравнении с 2015 годом – 7,5%.

Показатель повторной инвалидности трудоспособного населения снизился до 62,6 случая на 10 тыс. человек трудоспособного возраста (в 2015 году – 69,1, по Российской Федерации в 2015 году – 100,2), или на 9,4% по сравнению с 2015 годом, среди лиц пенсионного возраста этот показатель снизился с 123,6 случая на 10 тыс. человек соответствующего возраста в 2015 году до 116,2 в 2016 году, или на 6,0% (по Российской Федерации в 2015 году – 167,0). Соотношение между лицами трудоспособного и пенсионного возраста, повторно признанными инвалидами, составило 54,1% и 45,9% соответственно (в 2015 году – 55,8% и 44,2%).

В структуре повторной инвалидности мужчины составили 56,3%, женщины – 43,7% (в 2015 году – 56,6 и 43,4% соответственно).

Структура повторной инвалидности по группам и классам болезней представлена на рисунках 27 и 28.

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

#### Структура повторно признанных инвалидами в возрасте старше 18 лет по группам инвалидности в 2014–2016 годах (процентов)

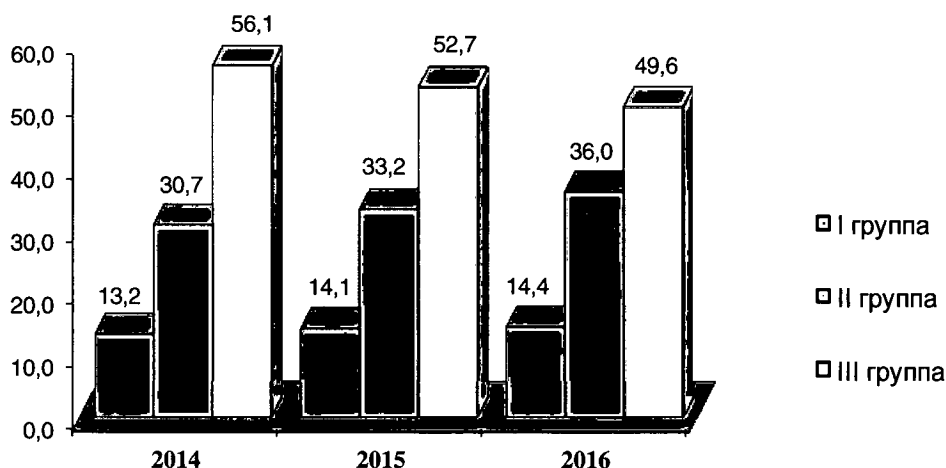


Рис. 27

В 2016 году снизился показатель полной реабилитации инвалидов старше 18 лет и составил 9,2% (в 2015 году – 12,4%, в 2014 году – 8,4%).

При переосвидетельствовании группа инвалидности установлена бессрочно 11 192 человекам, что составляет 42,5% от числа повторно признанных инвалидами (в 2015 году – 10 964 человекам, 38,3%; в 2014 году – 12 944 человекам, 40,7%).

### Структура повторно признанных инвалидами в возрасте старше 18 лет по классам болезней в 2016 году (процентов)

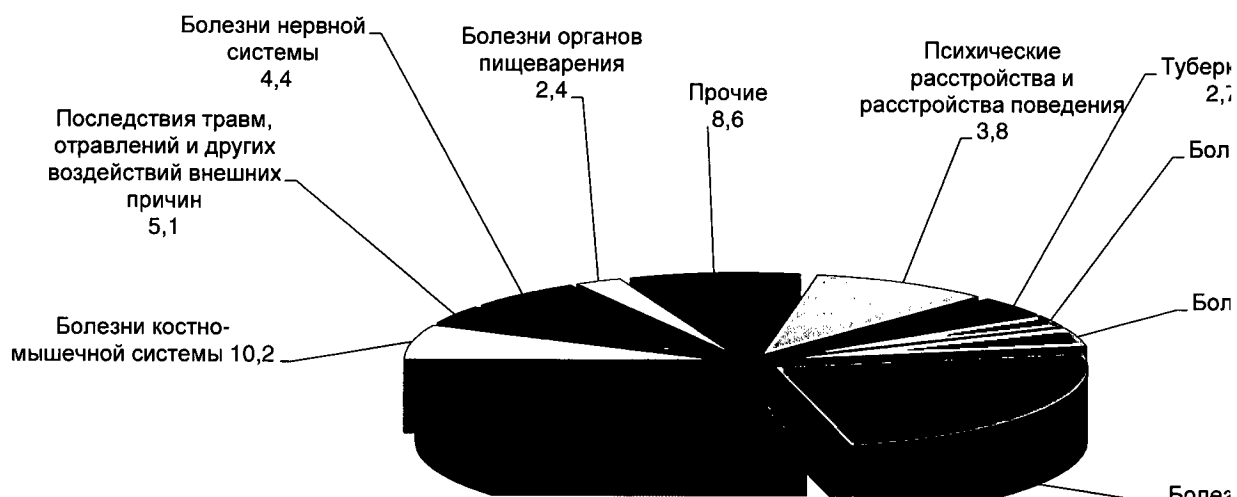


Рис. 28

За 2016 год разработано 55 115 индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида (далее – ИПРА) (в 2015 году – 58 284), в том числе гражданам старше 18 лет – 46 219 ИПРА, из них при первичном освидетельствовании 17 518 ИПРА, при повторном освидетельствовании – 28 701. Наибольшее число рекомендаций в ИПРА дано по медицинской реабилитации (в 53 905 ИПРА), из них лицам старше 18 лет – в 45 339 ИПРА, или 98,1% от числа разработанных ИПРА для взрослых.

Рекомендации на санаторно-курортное лечение даны всего в 8050 ИПРА, или 14,6%, из них лицам старше 18 лет – в 5768 ИПРА (12,5%). Рекомендации по реконструктивной хирургии даны в 2,2% ИПРА для взрослых.

В 2016 году из общего количества разработанных ИПРА рекомендации на обеспечение техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями были даны в 22 972 ИПРА (в 2015 году – в 26 325 ИПРА), из них взрослым – в 19 855 ИПРА (в 2015 году – в 22 728 ИПРА), детям-инвалидам – в 3117 ИПРА (в 2015 году – в 3597 ИПРА).

Одна из задач, которая решалась специалистами по медико-социальной экспертизе, – оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий при повторном освидетельствовании. Она проведена в 30 015 ИПРА взрослых и в 7090 ИПРА детей-инвалидов, в том числе с положительными результатами в 10 868 (36,2%) ИПРА взрослых (в 2015 году – 38,1%) и в 3239 (45,7%) ИПРА детей-инвалидов (в 2015 году – 62,1%).

### Параграф 8. Инвалидность детского населения

Показатель первичной инвалидности детского населения составил в 2016 году 25,9 случая на 10 тыс. детей (в Российской Федерации – 26,6) и в сравнении с 2015 годом (23,2) увеличился на 11,6%. Уровень первичной инвалидности детей в сельской местности составил 12,1, в городской – 25,7 случая на 10 тыс. соответствующего населения (в 2015 году – 19,0 и 24,1 соответственно). Темп роста показателя первичной инвалидности городского детского населения составил 19,1%, сельского детского населения снизился в 1,6 раза.

В структуре первичной инвалидности, как и в предыдущие годы, преобладали мальчики – 59,8%. В возрастной структуре первичной инвалидности дети в возрасте 0–3 года составили 39,2% (862 ребенка), в возрасте 4–7 лет – 28% (616 детей), 8–14 лет – 26,9% (592 ребенка), от 15 до 17 лет – 5,9% (131 ребенок).

Структура первичной инвалидности детского населения по классам болезней представлена на рисунке 29.

**Структура первичной инвалидности детского населения по классам болезней в 2016 году (процентов)**

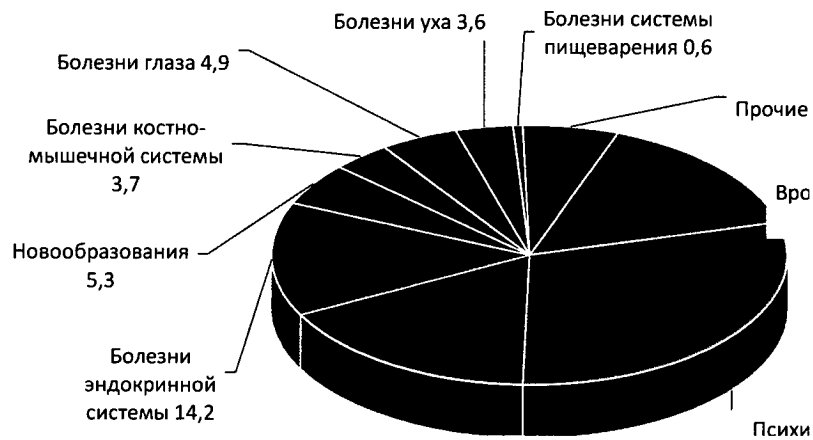


Рис. 29

На I месте психические расстройства и расстройства поведения (29,6%, или 7,7 случая на 10 тыс. детей) (в 2015 году – 26,1%, или 6,1 случая);

на II месте болезни нервной системы (16,9%, или 4,4 случая на 10 тыс. детей) (в 2015 году – 18,8%, или 4,4 случая);

на III месте врожденные пороки развития (15,3%, или 4,0 случая на 10 тыс. детей) (в 2015 году – 18,7%, или 4,3 случая);

на IV месте болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ (14,2%, или 3,7 случая на 10 тыс. детей) (в 2015 году – 10,0%, или 2,3 случая);

на V месте – новообразования (5,3%, или 1,4 случая на 10 тыс. детей) (в 2015 году – 5,9%, или 1,4 случая).

Среди детей, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств, преобладают дети в возрасте 4–7 лет (52,6%) и 8–14 лет (39%), мальчики составляют 71,9%. Наибольшая доля приходится на детей-инвалидов, признанных инвалидами вследствие умственной отсталости, – 42,2%, органических психических расстройств – 39,6%, растет детский аутизм – 15,6%.

Первичная инвалидность вследствие болезней нервной системы преобладала у детей в возрасте от 0 до 3 лет – 77,5% от детей, впервые признанных инвалидами вследствие болезней нервной системы. Мальчики составили 54,4%. Первое место занимает детский церебральный паралич (60,6%), второе – приобретенная гидроцефалия и внутричерепная гипертензия (17,7%), третье – эпилепсия и пароксизмальные расстройства (14,2%).

Категория «ребенок-инвалид» установлена впервые сроком до 18 лет 97 детям (4,4%) (в 2015 году – 74 детям, или 3,6% от общей численности детей, впервые признанных инвалидами в возрасте до 18 лет).

Переосвидетельствованы с целью установления категории «ребенок-инвалид» в 2016 году 6560 детей до 18 лет (в 2015 году – 7625 человек), из них признаны инвалидами 6085 человек, или 92,8% (в 2015 году – 6316 детей, или 82,8%). При переосвидетельствовании установлена категория «ребенок-инвалид» сроком до 18 лет 1717 детям, или 28,2% (в 2015 году – 1433 детям, или 22,7%).

Показатель полной реабилитации составил 7,2% – 475 человек (в 2015 году – 1309 человек, или 17,2%).

За 2016 год детям-инвалидам до 18 лет разработано 8896 ИПРА (при первичном освидетельствовании – 2201, при повторном – 6695, из них 626 детей-инвалидов обратились только с целью разработки ИПРА), в том числе 8566 – по медицинской реабилитации, или 96,3% от всех разработанных ИПРА детям-инвалидам. Количество рекомендаций по реконструктивной хирургии детям-инвалидам составило 3,7% от общего количества разработанных ИПРА детям-инвалидам. Рекомендации на санаторно-курортное лечение даны в 2282 индивидуальных программах реабилитации инвалида (25,7%).

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий проведена по 7909 ИПРА, разработанным детям-инвалидам. Положительные результаты реабилитации отмечены в 3239 программах (45,7%).

## **Глава 15. Организационные технологии трехуровневой системы оказания медицинской помощи**

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.

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.

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, медицинскую реабилитацию, паллиативную помощь, наблюдение за течением беременности, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Медицинские организации второго уровня преимущественно осуществляют 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.

Медицинские организации третьего уровня применяют для диагностики и лечения уникальные сложные и ресурсоемкие методы с научно доказанной эффективностью, относящиеся к ВМП.

### **Параграф 9. Первый уровень. Первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная специализированная медико-санитарная и скорая медицинская помощь**

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы здравоохранения и оказывается гражданам в лечебно-профилактических медицинских организациях врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Амбулаторно-поликлиническая служба остается центральным звеном первичной

медико-санитарной помощи, особенно в поликлиниках больших, средних и малых городов. Основным принципом ее организации – территориально-участковый.

В рамках Территориальной программы в 2016 году первичную медико-санитарную помощь населению на территории Свердловской области оказывали 93 учреждения здравоохранения и 24 муниципальных учреждения здравоохранения.

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

В настоящее время на территории Свердловской области первичная медико-санитарная помощь населению оказывается в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи на двух уровнях и представлена следующим образом:

первый уровень – центральные районные и городские больницы, в составе которых находятся ФАП, ОВП, амбулатории, поликлиники, ММЦ;

второй уровень – консультативно-диагностическая специализированная медицинская помощь, которая организована в учреждениях здравоохранения и муниципальных учреждениях здравоохранения.

В составе учреждений здравоохранения первого уровня, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельским жителям, 562 фельдшерско-акушерских пункта, 283 общие врачебные практики, 20 врачебных амбулаторий.

В 2016 году была продолжена работа по организации и оснащению домовых хозяйств, а также обеспечению их телефонной связью с ближайшим учреждением здравоохранения. По состоянию на 01.01.2017 в Свердловской области организовано 196 домовых хозяйств, до 2020 года планируется организация еще 50 домовых хозяйств в тех населенных пунктах численностью до 100 человек, где отсутствуют какие-либо медицинские подразделения учреждений здравоохранения (ФАП, ОВП).

С целью повышения качества и доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи всем пациентам, нуждающимся в ней, с учетом результатов федерального пилотного проекта по нормированию труда в здравоохранении, 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, с 2015 года в рамках пилотного проекта Министерства здравоохранения Свердловской области в медицинских организациях была организована работа комплексных врачебно-фельдшерских бригад. По результатам работы комплексных врачебно-фельдшерских бригад за 2016 год в сравнении с соответствующим периодом 2015 года в зоне ответственности бригад:

на 18% увеличилось число посещений;

на 80% увеличилось число посещений по поводу заболеваний;

на 25% увеличилось число профилактических посещений;

на 88% увеличилось число посещений на дому;

на 29% увеличилось количество флюорографических исследований;

на 40% увеличилось количество флюорографических исследований лиц из групп риска;

на 5% увеличился охват диспансерным наблюдением лиц трудоспособного возраста, в том числе лиц с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;

на 18% увеличился охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения.

Оказание неотложной медицинской помощи на территории Свердловской области в амбулаторно-поликлинических условиях организовано в соответствии с 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 поликлиники, 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 поликлиники.

В 2016 году выполнено 1 404 184 неотложных посещения, что составило 56,4% 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 принят 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 населению отдаленных территорий широко используются выездные формы работы. На территории Свердловской области (в городах Красноуфимске, Камышлове, Каменске-Уральском, Алапаевске, Первоуральске, Екатеринбурге, Белоярском, Сысерти, Ирбите, Асбесте, Серове, Нижний Тагил) функционируют 22 передвижных флюорографических аппарата для обеспечения населения доступным флюорографическим скринингом органов грудной клетки. За 2016 год обследованы 256 580 человек (на 0,9% больше, чем в 2014 году), в том числе 67 123 человека – сельские жители.

В 2016 году с использованием передвижных маммографов выполнено 74 выезда (в 2015 году – 99), маммографическим скринингом охвачены 8020 женщин (в 2015 году – 9200), в том числе 1651 женщина из сельской местности. 577 женщин направлены в медицинские организации Свердловской области для дообследования и лечения патологии молочных желез.

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 и первичную специализированную помощь, в структуре медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению Свердловской области». С целью обеспечения доступности первичной специализированной медицинской помощи сельскому населению организована работа 136 мобильных врачебных бригад, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и первичную специализированную медицинскую помощь. За 2015 год сделано 1190 выездов мобильных медицинских бригад, осмотрены 57 937 человек, в 2016 году – 1319 выездов, осмотрены 62 754 человека. В сравнении с 2015 годом количество выездов мобильных бригад увеличилось на 10,8%, количество осмотренных человек – на 8,3%.

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

В 2016 году мобильные модули «Диагностика» 57 раз выезжали в отдаленные территории Свердловской области, врачебными бригадами осмотрены более 2,5 тыс. человек (в 2015 году – 56 выездов, осмотрены 2,6 тыс. человек).

Кроме того, работает выездная эндокринологическая поликлиника ГБУЗ СО «СОКБ № 1». Всего во время выездов модуля «Диамобиль» осмотрены 1000 больных сахарным диабетом. С 2015 года в части территорий Свердловской области силами врачей-эндокринологов бригады модуля «Диамобиль» после окончания обследования проводятся тематические занятия по программе «Школа для больных диабетом 2 типа, находящихся на инсулинотерапии».

Министерством здравоохранения Свердловской области приобретено 8 передвижных ФАП для труднодоступных и отдаленных территорий Свердловской области, которые обслуживают 96 населенных пунктов Свердловской области общей численностью 11 408 человек. 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 2016 году передвижными ФАП выполнено 822 выезда, проконсультированы 8176 человек (на 6,6% больше, чем в 2015 году). С целью раннего выявления онкологической патологии репродуктивной системы в условиях передвижного ФАП были осмотрены 1768 женщин (на 89% больше, чем в 2015 году) и 612 девочек-подростков (на 22% больше).

В 2017 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 настоящее время в Свердловской области организовано 29 телемедицинских центров и 113 телемедицинских пунктов.

На базе ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» и ГБУЗ СО «СОКБ № 1» работает консультативно-кардиологическая служба для приема, регистрации и расшифровки электрокардиографических исследований, переданных в системе телеЭКГ с ФАП, ОВП и бригад СМП.

В сравнении с 2015 годом количество консультаций с применением телемедицинских технологий выросло почти на 50%. За 2016 год по Свердловской области было проведено 20 003 телемедицинских консультации, или 1818 консультаций в месяц. Удаленное консультирование пациентов является перспективным направлением обеспечения доступности медицинской помощи, особенно для населения удаленных и труднодоступных территорий.

#### **Параграф 10. Второй уровень – межмуниципальный. Межмуниципальные медицинские центры специализированной медицинской помощи**

Ко второму уровню в трехуровневой системе организации медицинской помощи относятся медицинские организации, оказывающие преимущественно специализированную медицинскую помощь. В их структуре имеются различные специализированные (более 20 профилей) отделения, оказывающие многопрофильную медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований. На базе данных организаций организованы ММЦ и городские центры. К медицинским организациям второго уровня относятся также диспансеры и специализированные монопрофильные больницы, оказывающие медицинскую помощь по социально значимым заболеваниям (противотуберкулезные, наркологические, онкологические, дерматовенерологические и наркологические диспансеры, монопрофильные психиатрические больницы). Всего таких медицинских организаций 52.

На 01.01.2017 во всех управленческих округах Свердловской области функционировали 16 многопрофильных ММЦ. Территориально ММЦ равномерно распределены по территории Свердловской области с учетом обеспечения транспортной доступности и удаленности закрепленных медицинских организаций от ММЦ (не более 150 км от центра).

В ММЦ оказывается специализированная стационарная и консультативно-диагностическая медицинская помощь, в том числе в амбулаторно-поликлинических условиях.

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 в обязательном порядке 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 ГБУЗ СО «Краснотурьинская 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 областных центров третьего уровня все ММЦ оснащены передвижными телемедицинскими установками.

Объемы оказания медицинской помощи, оказываемой в условиях ММЦ, за последние 3 года (с 2014 по 2016 год) постоянно увеличиваются, в том числе количество посещений в амбулаторных условиях – на 30%, количество госпитализаций в круглосуточный стационар – на 7%, количество оперативных вмешательств – на 3%, рентгенохирургических вмешательств – на 19% (таблица 42). Таким образом, доступность медицинской помощи второго уровня для жителей отдаленных от крупных городов Свердловской области территорий улучшается.

Таблица 42

#### Объемы оказания медицинской помощи в ММЦ в 2014–2016 годах

(абсолютные значения)				
Номер строки	Виды медицинской помощи	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Количество выполненных операций	72 588	73 455	74 506
2.	из них операций с применением высоких медицинских технологий	2753	3246	2747
3.	Число посещений в амбулаторных условиях	4 301 184	4 694 827	5 557 680
4.	Количество пациентов, госпитализированных в круглосуточный стационар	218 525	219 111	232 446
5.	Количество проведенных рентгенохирургических вмешательств (диагностических и лечебных)	8563	10 037	10 162

#### Параграф 11. Третий уровень – региональный. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

На третьем уровне трехуровневой системы оказывается преимущественно специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь по 20 видам ВМП, содержащим методы лечения, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год». К третьему уровню оказания медицинской помощи относятся 14 медицинских организаций, реализующих Территориальную программу.

По состоянию на 01.01.2017 лицензии на оказание ВМП в Свердловской области имели 36 медицинских организаций различных форм собственности (государственные бюджетные и автономные учреждения Свердловской области – 16, медицинские учреждения муниципального образования «город Екатеринбург» – 9, федеральные государственные бюджетные учреждения – 2, частные медицинские организации – 8, негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная больница на станции Екатеринбург-Пассажирский открытого акционерного общества «Российские железные дороги»).

В течение 2016 года ВМП оказана 29 123 пациентам (в 2015 году – 29 377 пациентам), в том числе за счет средств федерального бюджета в федеральных медицинских организациях – 2211 пациентам (в 2015 году – 3710 пациентам), в рамках Соглашения о предоставлении в 2016 году субсидии из федерального бюджета областному бюджету на софинансирование расходных обязательств Свердловской области, возникающих при оказании ВМП гражданам Российской Федерации, – 12 963 пациентам (в 2015 году – 10 144 пациентам), за счет средств ОМС – 13 949 пациентам (в 2015 году – 13 629 пациентам).

В «листе ожидания» ожидают вызова на оказание ВМП в федеральных медицинских организациях, расположенных в других субъектах Российской Федерации, 2007 пациентов.

Министерством здравоохранения Свердловской области принимаются меры по расширению доступности ВМП для населения, приближению оказания ВМП к месту проживания пациентов. Так, в целях сокращения очередности на эндопротезирование суставов получены лицензии и проводятся операции в 15 медицинских организациях областной государственной, муниципальной, федеральной и частной форм собственности, расположенных на территории Свердловской области.

Технологии ВМП по сердечно-сосудистой хирургии (стентирование и установка электрокардиостимуляторов) внедрены в крупных ММЦ Южного, Северного и Восточного управленческих округов Свердловской области. Операции стентирования проводятся в 9 медицинских организациях, расположенных в городах Ирбите, Каменске-Уральском, Краснотурьинске, Нижний Тагил, Екатеринбурге. Растет число оперативных вмешательств по реваскуляризации миокарда: в 2014 году проведено 5774 операции, в 2015 году – 6126, в 2016 году – 6905.

Удовлетворение потребности населения Свердловской области в ВМП по итогам 2016 года составило 93,5% (плановый показатель, утвержденный 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» – 90%).

### **Раздел 3. Характеристика основных параметров Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области**

#### **Глава 16. Итоги реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2016 год. Характеристика основных показателей обеспеченности населения медицинской помощью**

Территориальная программа разработана в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», и утверждена 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».

Реализация Территориальной программы осуществлялась посредством оказания населению бесплатной медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления организациями здравоохранения в рамках установленных им объемов бесплатной медицинской помощи.

В реализации Территориальной программы в 2016 году приняли участие 219 медицинских организаций различных типов, организационно-правовых форм и подчиненности (в 2014 году – 224, в 2015 году – 218), из них 24 муниципальных, 131 областная, 16 федеральных и 48 частных медицинских организаций.

В рамках Территориальной программы бесплатно предоставлялись следующие виды медицинской помощи: скорая медицинская, первичная медико-санитарная, специализированная, в том числе высокотехнологичная, паллиативная. 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 СМП.

Фактические объемы медицинской помощи по условиям ее оказания в рамках Территориальной программы на 2016 год представлены в таблицах 43 и 44.

В результате реализации Территориальной программы в 2016 году выполнение объемных показателей по основным видам медицинской помощи составило: СМП – 84% к плану, первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях – 98%, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях – 101%, первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в условиях дневных стационаров – 98% по пациенто-дням и 99% по случаям лечения, паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях – 11% к плану года (таблица 43).

При анализе выполнения установленных объемов медицинской помощи в динамике за несколько лет (с 2012 по 2016 год) отмечается постепенное сокращение потребления населением дорогостоящих и ресурсоемких видов медицинской помощи (скорой, стационарной) и наращивание объемов первичной медико-санитарной и паллиативной медицинской помощи.

В 2016 году объем потребления СМП остался на уровне 2015 года – 0,270 вызова на 1 человека в год, или 84% от планового показателя. Норматив, рекомендуемый Министерством здравоохранения Российской Федерацией, составляет 0,322 вызова. Невыполнение объемов СМП обусловлено оттоком части неотложных вызовов от службы СМП в кабинеты неотложной помощи поликлиник, таким образом, служба СМП в 2016 году была ориентирована, в основном, на исполнение экстренных (связанных с угрозой жизни), вызовов, что является признаком эффективности ее работы. Стабильные объемы ее потребления за 2 последних года (2015–2016 годы) свидетельствуют, что планирование их в рамках Территориальной программы соответствуют реальным потребностям населения.

Таблица 43

**Виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой населению  
Свердловской области в рамках Территориальной программы**

Номер строки	Виды медицинской помощи	Единица измерения	План	Факт	Процент исполнения к плану года	Показатель объема на 1 человека в год
			2016 год	2016 год		
1	2	3	4	5	6	7
1.	Скорая медицинская помощь	тыс. вызовов	1440,939	1207,338	84	0,270
2.	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, всего	тыс. посещений	41 136,886	40 255,190	98	8,942
3.	в том числе оказываемая: с профилактической и иными целями	тыс. посещений	13 053,776	25 415,781	195	5,682
4.	в неотложной форме	тыс. посещений	2512,700	1457,786	58	0,325

1	2	3	4	5	6	7
5.	в связи с заболеваниями	тыс. обращений	9676,289	5153,677	53	1,151
6.	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях	тыс. койко-дней	9872,955	9462,71	96	2,128
7.		тыс. госпитализаций	858,158	862,685	101	0,193
8.		средняя длительность, дней	11,5	11,0		
9.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах	тыс. пациенто-дней	3157,185	2886,773	98	
10.		тыс. случаев лечения	286,498	282,454	99	0,063
11.		средняя длительность, дней	11,0	10,2		
12.	Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	тыс. койко-дней	372,860	41,615	11	0,010
13.		тыс. госпитализаций	12,4	2,498	20	
14.		средняя длительность, дней	30,0	16,7		

Объемы СМП, финансируемые за счет средств бюджета, выполнены на 70%. Следует отметить, что в объем оказанной СМП не включались выезды бригад на чрезвычайные происшествия, когда выезд не сопровождался оказанием медицинской помощи (отсутствие пострадавших при пожарах, ложных минированиях и других происшествиях), эти выезды квалифицировались как безрезультатные. Между тем, выезды и дежурства бригад СМП на чрезвычайных происшествиях могут требовать длительных временных затрат и отвлечения от основной работы, что отражается на объеме оказанной СМП в целом по Свердловской области.

Объем амбулаторной медицинской помощи в 2016 году планировался в посещениях по профилактической и неотложной помощи и в обращениях при заболеваниях. Суммарный объем посещений составил в 2016 году 8,94 посещения на 1 человека в год (в 2015 году – 8,89 посещения) (таблица 44).

В структуре амбулаторной помощи в 2016 году, как и в предыдущие 4 года (с 2012 по 2016 год), отмечалось превышение запланированных объемов профилактических и иных посещений за счет большого объема разовых посещений по заболеваниям. Соответственно, невыполнены объемы обращений в неотложной форме. В 2016 году объем неотложной помощи, предоставляемой поликлиниками, остался на уровне 2015 года (0,325 посещения на 1 человека в год), составив 58% от уровня федерального норматива (0,56).

## Реализация Территориальной программы в 2015–2016 годах

(в расчете на 1 человека)

Номер строки	Виды медицинской помощи	Единицы измерения	Объемы медицинской помощи на 1 человека в год				
			федеральный норматив на 2016 год	план 2016 года	факт		отношение показателей 2016 года к показателям 2015 года (процентов)
					2015 год	2016 год	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Скорая медицинская помощь	количество вызовов на 1 человека в год	0,300	0,322	0,270	0,270	0,0
2.	Амбулаторная помощь	количество посещений на 1 человека в год			8,892	8,942	0,56
3.	с профилактической целью	количество посещений на 1 человека в год	2,95	2,95	5,580	5,682	1,83
4.	в неотложной форме	количество посещений на 1 человека в год	0,56	0,56	0,323	0,325	0,62
5.	в связи с заболеваниями	количество обращений на 1 человека в год	2,18	2,18	1,200	1,151	-4,08
6.	Стационарная помощь	уровень госпитализации на 1 человека			2,213	2,128	-3,84
7.		количество койко-дней на 1 человека в год	0,193	0,193	0,193	0,193	0,0
8.	Медицинская помощь в дневных стационарах	количество пациенто-дней на 1 человека в год			0,652		
9.		случаев лечения	0,064	0,064	0,062	0,063	1,61
10.	Паллиативная медицинская помощь	количество койко-дней на 1 человека в год	0,092	0,092	0,007	0,010	42,86

Выполнение объемов стационарной помощи в 2016 году составило 96% к плану по койко-дням и 101% – по случаям госпитализации. Отмечается положительная тенденция дальнейшего сокращения числа койко-дней, проведенных больными в стационарных

медицинских организациях, при этом уровень госпитализации в 2016 году не изменился и остался на уровне федерального норматива (0,193 случая госпитализации на 100 тыс. человек населения).

Объем лечения в дневных стационарах в 2016 году был выполнен на 98% к плану года (таблица 43), снизились число случаев лечения и средняя длительность пребывания в дневном стационаре. Сокращение средней длительности пребывания в дневных стационарах происходит за счет перевода из круглосуточных в условия дневных стационаров медицинских технологий с короткими сроками лечения: проведение химиотерапии больным с онкологическими заболеваниями, хирургические и гинекологические манипуляции с краткосрочным пребыванием, с 2014 года в условиях дневных стационаров проводятся диализная терапия при хронической почечной недостаточности, лучевая терапия при новообразованиях, аборт, лечение генно-инженерными фармпрепаратами, лечение муковисцидоза и иммунодефицитов у детей. Все внедренные в условиях дневных стационаров технологии имеют относительно короткую длительность пребывания, в результате чего в целом по Свердловской области средние сроки лечения пациентов в дневных стационарах сокращаются. Доступность медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, выше, чем в 2016 году, – 63 случая лечения в дневном стационаре на 1000 человек населения.

Продолжилось снижение средней длительности пребывания пациентов на круглосуточной стационарной койке по программе ОМС с 9,2 дня в 2015 году до 8,8 дня в 2016 году. В целом же средняя длительность пребывания на койке снизилась с 11,4 дня в 2015 году до 11,0 дня в 2016 году, что ниже целевого показателя, установленного «дорожной картой» (11,5). Сокращению средней длительности пребывания пациентов на больничной койке способствует и изменившаяся система оплаты стационарной помощи в системе ОМС, которая с 2014 года осуществляется по клинико-статистическим группам заболеваний и состояний и не зависит от количества проведенных пациентами койко-дней. В целом объемы стационарной помощи по Свердловской области соответствуют федеральному нормативу.

Объем паллиативной помощи выполнен на 11% от плана (0,010 койко-дня на 1 человека), но на 28% выше, чем в 2015 году.

Выполнение объемов ВМП в 2016 году превысило запланированные (109% к плану года), что не следует расценивать как позитивный факт, поскольку финансовые средства на оплату ВМП перенаправлялись из других видов медицинской помощи, в том числе из первичной медико-санитарной, как самой массовой и ежедневно востребованной населением. Именно достаточные объемы первичной медико-санитарной помощи служат залогом сохранения популяционного здоровья. Медицинскими организациями Свердловской области проведено высокотехнологичное лечение почти 30 тысяч граждан.

Финансовое обеспечение Территориальной программы в 2016 году осуществлялось за счет следующих источников финансирования:

1) областного бюджета на финансирование выполнения государственных заданий учреждениями здравоохранения, в части оказания медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС Свердловской области, на предоставление субсидий на иные цели и средств местных бюджетов (в связи с наделением органов местного самоуправления муниципального образования «город Екатеринбург» государственным полномочием Свердловской области по организации оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством Свердловской области);

2) средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС Свердловской области, являющейся составной частью Территориальной программы, путем реализации объемов медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, рассчитанных на одно застрахованное лицо и утвержденных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, состав которой утвержден распоряжением Правительства Свердловской области от 14.06.2011 № 1072-РП «Об утверждении состава комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

Объемы финансирования здравоохранения Свердловской области представлены в таблице 45.

Таблица 45

**Объем финансовых средств, направленных на реализацию Территориальной программы, в разрезе источников финансирования**

Номер строки	Наименование	Утверждено на 2016 год (тыс. рублей)	Исполнено за 2016 год	
			тыс. рублей	процентов
1	2	3	4	5
1.	Расходы областного бюджета без платежей на ОМС неработающего населения	15 384 677,6	15 036 133,8	97,7
2.	Расходы местных бюджетов	485 250,0	486 256,9	100,2
3.	Расходы ТФОМС (с учетом ЗАТО), всего	42 212 546,4	42 921 456,7	101,7
4.	в том числе расходы областного бюджета по платежам на ОМС неработающего населения	19 123 534,8	19 123 534,8	100,0
5.	в том числе на финансирование Территориальной программы	58 082 474,0	58 443 847,4	100,6

Данные о финансировании Территориальной программы за период с 2012 по 2016 год представлены в таблице 46.

Таблица 46

**Фактическое финансирование Территориальной программы в динамике за период с 2012 по 2016 год по источникам финансирования**

Номер строки	Источник финансирования	2012 год		2013 год		2014 год		2015 год		2016 год	
		млн. рублей	про- центов	млн. рублей	про- центов	млн. рублей	про- центов	млн. рублей	про- центов	млн. рублей	про- центов
1.	Областной бюджет	15 303,5	34,3	14 994,1	26,6	14 216,6	24,8	13 190,8	22,7	15 036,1	25,7
2.	Местные бюджеты	1356,4	3,0	759,2	1,4	856,8	1,5	585,7	1,0	486,3	0,8
3.	Средства ОМС	27 955,9	62,7	40 561,1	72,0	42 137,2	73,7	44 285,2	76,3	42 921,4	73,5
4.	Итого	44 615,8	100	56 314,4	100	57 210,6	100	58 061,7	100	58 443,8	100

Утвержденная стоимость Территориальной программы на 2016 год составила 58 082,5 млн. рублей, в том числе расходы консолидированного бюджета – 15 869,9 млн. рублей (без взносов на ОМС неработающего населения).

Исполнение Территориальной программы за 2016 год составило 58 443,8 млн. рублей, или 100,6%. По сравнению с 2015 годом фактическая стоимость Территориальной программы увеличилась на 0,7% (в 2015 году – 58 061,7 млн. рублей). Таким образом, ежегодно происходит рост фактической стоимости Территориальной программы.

Фактические расходы на Территориальную программу в расчете на одного жителя составили 13 473,1 рубля, что на 0,4% больше, чем в 2015 году (13 419,8 рубля).

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи за счет средств консолидированного бюджета рассчитаны в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» с применением районного коэффициента, а также результатов оптимизации бюджетных ресурсов по отношению к областным нормативам стоимости единицы объема медицинской помощи и составили:

1) за счет средств местных бюджетов:

по СМП (специализированной, в том числе санитарной авиации) утверждено 5450,0 рубля на один вызов, фактически исполнено 7572,0 рубля. Перевыполнение планового показателя по стоимости на 38,9% связано с невыполнением плана по вызовам на 30%. Вместе с тем сокращение объема основного фактора, влияющего на стоимость вызова, а именно, оплаты труда невозможно в связи с работой службы СМП в режиме ожидания, что не дает возможности сокращения круглосуточных постов персонала. По сравнению с 2015 годом (35 470,0 рубля) стоимость вызова снизилась в 4,7 раза за счет изменения структуры вызовов;

стоимость одного посещения с профилактической целью утверждена в размере 430,7 рубля, фактически исполнено 658,5 рубля. Превышение плановой стоимости на 52,9% связано с наличием дорогостоящих паллиативных выездов, оказанием неотложной амбулаторной помощи незастрахованным пациентам. По сравнению с 2015 годом стоимость посещения увеличилась на 2,3%;

стоимость одного обращения по поводу заболевания утверждена в размере 1310,2 рубля, фактически исполнено 1750,8 рубля. Превышение плановой стоимости связано со значительным ростом цен и тарифов на медикаменты, услуги, в том числе коммунальные. Кроме того, имеет место невыполнение плановых показателей по обращениям. По сравнению с 2015 годом показатель стоимости 1 обращения снизился на 29,5%;

по стационарной помощи утверждено 94 513,6 рубля на 1 госпитализацию, фактически исполнено 100 248,9 рубля, что составляет 106,1% к плановому значению; по сравнению с 2015 годом стоимость госпитализации увеличилась на 2,4%;

по дневным стационарам утверждено 14 558,2 рубля на 1 госпитализацию, фактически исполнено 21 447,9 рубля. Перевыполнение планового показателя произошло в результате снижения средней длительности лечения при применении дорогостоящих препаратов и методов, например, лечения генно-инженерными фармацевтическими препаратами. Сокращение средней длительности пребывания обусловило недостижение плана по пациенто-дням, однако стоимость пациенто-дня в результате интенсификации лечения увеличилась. По сравнению с 2015 годом показатель стоимости 1 госпитализации снизился на 27,3% в связи с оптимизацией расходов;

по паллиативной медицинской помощи утверждено 1965,4 рубля на 1 койко-день, исполнено 2539,3 рубля, или 129,2%. По сравнению с уровнем 2015 года фактическая стоимость 1 койко-дня увеличилась на 13,2%;

2) за счет средств территориальной программы ОМС:

фактическая стоимость вызова СМП составила 2671,8 рубля, что на 20,2% выше, чем утвержденная стоимость, и фактически равна стоимости одного вызова в 2015 году. Сложившаяся фактическая стоимость одного вызова отражает оптимальный уровень расходов на оказание СМП;

стоимость одного посещения с профилактической целью утверждена в размере 419,1 рубля, фактически исполнено 425,1 рубля. Увеличение от плановой стоимости составляет 1,4%. По сравнению с 2015 годом стоимость посещения снизилась (446,7 рубля);

стоимость одного обращения по поводу заболевания утверждена в размере 1130,6 рубля, фактически исполнено 932,0 рубля. Неисполнение норматива на 17,6% говорит о меньшей, чем по плану, кратности посещений в обращении. Вместе с тем по сравнению с 2015 годом стоимость 1 обращения выросла на 13,2%;



по стационарной помощи утверждено 25 119,6 рубля на 1 госпитализацию, фактически исполнено 26 655,7 рубля, что составляет 106,1% к плану; по сравнению с 2015 годом стоимость госпитализации снизилась на 2,5% в результате проводимой оптимизации расходов, в том числе штатного расписания младшего медицинского персонала;

по дневным стационарам утверждено 13 626,9 рубля на 1 случай лечения, фактически исполнено 12 341,6 рубля. По сравнению с 2015 годом показатель стоимости 1 случая лечения вырос на 0,9%.

Структура расходов на медицинскую помощь в рамках Территориальной программы за период с 2014 по 2016 год приведена в таблице 47.

Таблица 47

**Структура расходов на медицинскую помощь в рамках Территориальной программы за период с 2014 по 2016 год**

Номер строки	Условия оказания медицинской помощи	(процентов)		
		2014 год	2015 год	2016 год
1.	Скорая медицинская помощь	6,0	6,2	6,2
2.	Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь	32,1	30,8	29,8
3.	Стационарная медицинская помощь	51,9	51,4	50,2
4.	Медицинская помощь в дневных стационарах	5,2	6,3	6,3
5.	Прочие виды (иные типы учреждений здравоохранения)	4,8	5,3	7,5
6.	Итого	100,0	100,0	100,0

На оказание медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС медицинскими организациями Свердловской области израсходовано с учетом расходов на содержание 42 449,9 млн. рублей (в 2015 году – 43 360,6 млн. рублей), в том числе израсходовано на оказание медицинской помощи:

в амбулаторно-поликлинических подразделениях – 15 099,2 млн. рублей (в 2015 году – 15 272,0 млн. рублей);

в круглосуточных стационарах – 20 942,1 млн. рублей (в 2015 году – 21 590,8 млн. рублей);

в стационарзамещающих подразделениях – 3354,0 млн. рублей (в 2015 году – 3287,3 млн. рублей);

в подразделениях скорой медицинской помощи – 3054,6 млн. рублей (в 2015 году – 3210,5 млн. рублей).

**Раздел 4. Деятельность отдельных служб здравоохранения**

**Глава 17. Терапевтическая служба**

Потребности населения Свердловской области в терапевтической помощи удовлетворяются сетью поликлиник и стационаров дневного и круглосуточного пребывания, а также специализированными, высокотехнологичными и реабилитационными центрами. Терапевтическая помощь на территории Свердловской области организована в соответствии с трехуровневой системой и представлена центральными районными и городскими больницами, в составе которых имеются поликлиники, сельские амбулатории и общие врачебные практики, ММЦ и региональными (областными) центрами, на базе которых

организована консультативно-диагностическая и специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

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 медицинских организациях Свердловской области организованы приемы врачей-терапевтов, дневные терапевтические стационары и терапевтические отделения круглосуточного пребывания. Оказание медицинской помощи по терапевтическим профилям также организовано на основании соответствующих федеральных порядков оказания медицинской помощи по соответствующим профилям, а также приказов Министерства здравоохранения Свердловской области, принятых во исполнение указанных порядков.

Численность врачей-терапевтов и врачей терапевтического профиля в медицинских организациях Свердловской области в 2016 году уменьшилась на 31 человека по сравнению с 2015 годом, а работающих в амбулаторно-поликлиническом звене увеличилась на 1 человека (таблица 48). Сократилось количество участковых терапевтов (в 2015 году – 591 человек, в 2016 году – 560) и терапевтов, работающих в круглосуточных стационарах (с 320 человек в 2015 году до 311 человек в 2016 году).

Таблица 48

### 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	
		2015 год	2016 год	2015 год	2016 год
1.	Терапевты, всего	1310	1259	987	942
2.	из них терапевты участковые	591	560	591	560
3.	пульмонологи	69	70	31	32
4.	ревматологи	52	52	34	39
5.	кардиологи	294	295	79	80
6.	гастроэнтерологи	85	88	49	51
7.	нефрологи	52	53	20	18
8.	эндокринологи	125	133	101	107
9.	аллергологи	44	39	38	33
10.	гематологи	30	29	10	11
11.	физиотерапевты	103	95	50	43

Обеспеченность врачами-терапевтами на 10 тыс. человек населения в 2016 году составила 4,2 по занятым должностям и 3,0 – по врачам (физическим лицам), при этом коэффициент совместительства врачей-терапевтов, составлявший в 2015 году 1,34, повысился до 1,38.

В таблице 49 представлены данные об укомплектованности штатных должностей врачами терапевтического профиля в медицинских организациях Свердловской области.

Из общего числа терапевтов 377 (29,9%) имеют высшую квалификационную категорию, 41 (3,2%) – первую и 16 (2%) – вторую. Из общего числа участковых терапевтов 129 (23%) имеют высшую квалификационную категорию, 19 (3,4%) – первую и 9 (1,6%) – вторую.

**Укомплектованность медицинских организаций врачами терапевтического профиля**

(процентов)

Номер строки	Врачи терапевтического профиля	Укомплектованность врачами (физическими лицами)	
		2015 год	2016 год
1	2	3	4
1.	Терапевты, всего	69	69
2.	из них: терапевты участковые	71	66
3.	пульмонологи	68	70
4.	ревматологи	81	84
5.	кардиологи	70	72
6.	гастроэнтерологи	78	85
7.	нефрологи	61	64
8.	эндокринологи	77	80
9.	аллергологи	82	83
10.	гематологи	70	69
11.	физиотерапевты	60	65

Из всех 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 терапевтов должна быть решена с введением процедуры аккредитации врачей и постепенным замещением фельдшеров на врачебных участках выпускниками медицинских вузов начиная с 2017 года.

В 2016 году зарегистрировано 5 745 143 посещения врачей терапевтического профиля в учреждениях здравоохранения и в муниципальных учреждениях здравоохранения (в 2015 году – 8 027 163).

Число мест терапевтического профиля в дневных стационарах Свердловской области в 2016 году составило 2856 единиц, 96% из них развернуто в амбулаторно-поликлинических подразделениях медицинских организаций и на ОВП и лишь 119 мест – на площадях круглосуточных стационаров (таблица 50).

Таблица 50

**Показатели деятельности дневных терапевтических стационаров**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Число мест, единиц	2172	2654	3189	3167	2856
2.	из них развернуто в амбулаторно-поликлинических подразделениях, единиц	2138	2652	3066	3067	2737
3.	Число пролеченных больных, человек	50 049	67 433	77 131	72 226	74 440
4.	Работа места, дней в году	270,3	291,7	259,7	230,0	261,3

В 2016 году на 13,6% повысилась эффективность работы дневного стационара: при сокращении числа мест увеличилось количество пролеченных больных, место работало (было занято пациентом) 261,3 дня в году; при таком уровне работы места пустовало 595 мест из 2856 (в 2015 году – 959 мест), что указывает на избыток мощностей дневного стационара по сравнению с нормативами Территориальной программы. В 2017 году продолжатся мероприятия по повышению эффективности использования ресурсов дневных стационаров, в частности, будет проанализирована обоснованность завышенных (по сравнению с нормативами Территориальной программы) сроков пребывания пациентов на местах дневных стационаров социально значимых профилей (туберкулез, психиатрия).

В 2016 году продолжилась тенденция сокращения терапевтических коек. Коечный фонд всех специальностей терапевтического профиля составил 7422 койки (из них терапевтических – 36%), увеличившись в целом на 0,3% за счет пульмонологических, гастроэнтерологических, аллергологических, эндокринологических коек (при этом число терапевтических коек уменьшилось на 1,3%) (таблица 51).

Таблица 51

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

Номер строки	Профиль коек	(абсолютное число)				
		2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Терапевтические	3717	3457	3300	2710	2674
2.	Кардиологические	1948	1890	1790	1676	1635
3.	Гастроэнтерологические	465	465	431	274	362
4.	Аллергологические	18	1	1	1	6
5.	Эндокринологические	214	199	199	189	194
6.	Гематологические	93	93	108	112	112
7.	Нефрологические	221	205	215	205	205
8.	Неврологические	2313	2322	2147	1791	1751
9.	Ревматологические	140	140	144	79	79
10.	Пульмонологические	405	402	402	357	404
11.	Всего	9534	9174	8737	7394	7422

Терапевтические отделения круглосуточного стационара суммарной мощностью 2674 койки работали в 2016 году в 72 медицинских организациях Свердловской области, в них проведено лечение 76 333 пациентов, средняя продолжительность лечения составила 10,5 дня, работа койки – 307,8 дня в году, уровень летальности – 1,98% (таблица 52).

Таблица 52

**Показатели деятельности круглосуточных стационаров по профилю «терапия»**

Номер строки	Показатель	2012 год	2015 год	2016 год
1.	Число коек, единиц	3717	2710	2674
2.	Число пролеченных больных, человек	90 928	78 472	76 333
3.	Средний срок лечения, дней	13,7	10,9	10,5
4.	Работа койки, дней в году	317,5	321,0	307,8
5.	Летальность на койке, процентов	3,41	2,06	1,98

В основном терапевтические койки развернуты на первом уровне оказания медицинской помощи в трехуровневой системе. Постепенное снижение уровня летальности на терапевтических койках указывает на соблюдение медицинскими организациями принципов маршрутизации в трехуровневой системе, когда тяжелые больные по медицинским показаниям переводятся в медицинские организации второго и третьего уровня для оказания помощи требуемого объема.

Отделения мощностью менее 15 терапевтических коек работали в 2016 году в 11 медицинских организациях Свердловской области, от 15 до 30 – в 21, от 31 до 60 – в 32, от 61 до 100 – в 6 медицинских организациях. Максимальным количеством терапевтических коек круглосуточного стационара располагали в 2016 году МБУ «Центральная городская больница № 2 им. А.А. Миславского» (город Екатеринбург) – 120 коек и ГБУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский» – 105 коек.

В 2016 году в стационарах Свердловской области всех терапевтических специальностей пролечены 206 882 пациента, что составляет 4,97% от общей численности населения Свердловской области. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 11 дней, летальность – 1,98%.

Основными направлениями работы терапевтической службы Свердловской области в 2016 году были:

- 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;

- организация диспансеризации и диспансерного наблюдения больных терапевтического профиля, раннее выявление онкологических заболеваний;

- популяризация здорового образа жизни, профилактических мероприятий при основных неинфекционных и инфекционных заболеваниях;

- организация маршрутизации пациентов по терапевтическим профилям в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и приказами Министерства здравоохранения Свердловской области;

- организация работы с регистрами больных по отдельным нозологическим группам терапевтического профиля, регистрами больных орфанными заболеваниями, а также регистрами инвалидов по общему заболеванию.

### **Кардиологическая служба Свердловской области**

Кардиологическая служба Свердловской области представлена сетью специализированных отделений стационаров и поликлиническими приемами.

По штатному расписанию медицинских организаций Свердловской области в 2016 году было предусмотрено 409,25 должности кардиологов (в 2015 году – 419,5, в 2014 году – 427,5, в 2013 году – 430, в 2012 году – 430,5), из них были заняты 393 (в 2015 году – 404, в 2014 году – 400,5, в 2013 году – 400,25, в 2012 году – 398,5). Фактически в Свердловской области в 2016 году работали 294 врача-кардиолога (в 2015 году – 294, в 2014 году – 272, в 2013 году – 258, в 2012 году – 245), из них 113 врачей-кардиологов (38,4%) – в медицинских организациях, расположенных на территории муниципального образования «город Екатеринбург».

Распределение врачей-кардиологов по управленческим округам Свердловской области неравномерное, среднеобластной показатель обеспеченности составляет 0,9 врача-кардиолога на 10 тыс. человек населения и достигается в основном за счет показателей в муниципальном образовании «город Екатеринбург».

В поликлинической службе в 2016 году работали 80 врачей-кардиологов (в 2015 году – 79, в 2014 году – 69, в 2013 году – 71, в 2012 году – 69), из них в городе Екатеринбурге – 34 (в 2015 году – 33, в 2014 году – 27, в 2013 году – 26, в 2012 году – 26).

Количество амбулаторных посещений врачей-кардиологов (включая профилактические) в Свердловской области в 2016 году составило 278 725, из них сельскими жителями – 24 283 (8,7% от количества всех посещений); в 2015 году – 284 090, из них сельскими жителями – 26 098 (9,2% от количества всех посещений); в 2014 году – 276 831 посещение, из них сельскими жителями – 26 592 (9,6%); в 2013 году – 293 938 посещений, из них сельскими жителями – 21 930 (7,5%); в 2012 году – 288 170, из них сельскими жителями – 18 748 (6,5%).

На втором уровне кардиологической помощи в 2016 году функционировало двенадцать ПСО кардиологического профиля и два региональных сосудистых центра. В семи медицинских организациях Свердловской области работали ангиографические установки, четыре из них – круглосуточно, что позволяло своевременно оказывать ВМП больным с острым коронарным синдромом.

В 2016 году в стационарах Свердловской области работали 214 врачей-кардиологов, (в 2015 году – 215, в 2014 году – 201, в 2013 году – 187, в 2012 году – 176) с коэффициентом совместительства 1,4 (в 2015 году – 1,4, в 2014 году – 1,47, в 2013 году – 1,55, в 2012 году – 1,63), из них в стационарах города Екатеринбурга – 79 врачей-кардиологов, или 33,9% от общего количества врачей этого профиля в стационарах Свердловской области (в 2015 году – 74, или 34,4%).

Показатель обеспеченности взрослого населения Свердловской области кардиологическими койками в 2016 году составил 4,7 койки на 10 тыс. человек взрослого населения, что на 2% меньше, чем в 2015 году (в 2015 году – 4,8 койки, в 2014 году – 5,1, в 2013 году – 5,3, в 2012 году – 5,5). Число кардиологических коек на 01.01.2017 составило 1635 (в 2015 году – 1676 коек, в 2014 году – 1790, в 2013 году – 1890, в 2012 году – 1948). Таким образом, в Свердловской области за пять лет было сокращено 313 кардиологических коек за счет организации ПСО.

Маршрутизация пациентов с острым коронарным синдромом, 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 учреждениях здравоохранения и муниципальных учреждениях здравоохранения. Всего за 2016 год проведено 1075 процедур тромболизиса, или в 24,9% всех случаев острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (в 2015 году – 1364 процедуры, или 26,1%, в 2014 году – 31,8%, в 2013 году – 34,9%, в 2012 году – 32,1%) (рисунок 30).

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



Рис. 30

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 2012 годом в 2016 году увеличение числа чрескожных вмешательств составило 53,8%. Динамика количества таких операций в медицинских организациях Свердловской области представлена на рисунке 31.

**Динамика количества операций стентирования коронарных артерий  
в медицинских организациях Свердловской области в 2012–2016 годах**

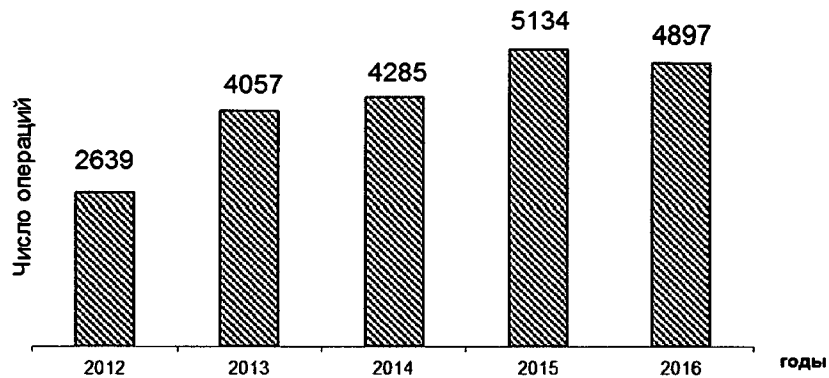


Рис. 31

В Свердловской области отмечается стабильный рост количества операций аортокоронарного шунтирования пациентам с ишемической болезнью сердца – в 2016 году на 49% по сравнению с 2012 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 32.

**Динамика количества операций аортокоронарного шунтирования пациентам с  
ишемической болезнью сердца в медицинских организациях Свердловской области  
в 2012–2016 годах**

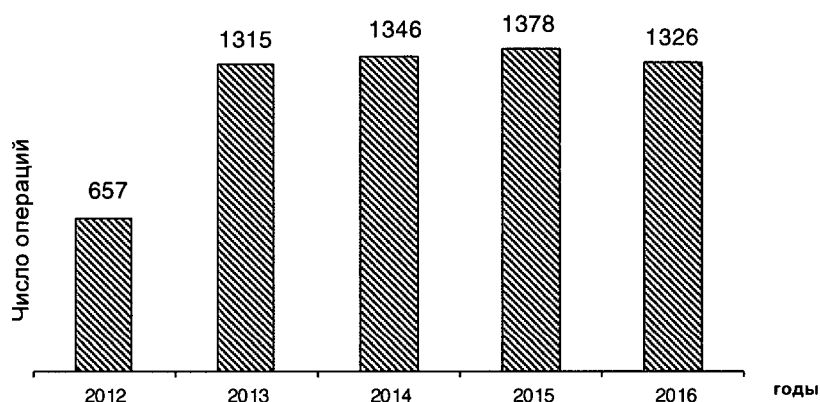


Рис. 32

Созданная в 2010 году система кардиологического кураторства учреждений здравоохранения, расположенных на территориях муниципальных образований, 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, соблюдению 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 91 телеконференцию с медицинскими организациями Свердловской области.

В апреле 2012 года в Свердловской области была организована дистанционно-консультативная служба по приему электрокардиограмм из ММЦ в режиме онлайн. Внедрение технологии дистанционной передачи электрокардиограмм позволило повысить своевременность выявления неотложных кардиологических состояний и сократить время доставки больного в учреждение здравоохранения согласно маршрутизации. Все электрокардиограммы, 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 19 516 ЭКГ, специалистами ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» – 5088 ЭКГ. Показатели деятельности ММЦ в Свердловской области и дистанционно-консультативной службы ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» в 2016 году представлены на рисунках 33 и 34.

#### Структура консультационных приемов ЭКГ специалистами ММЦ за 2016 год (процентов)

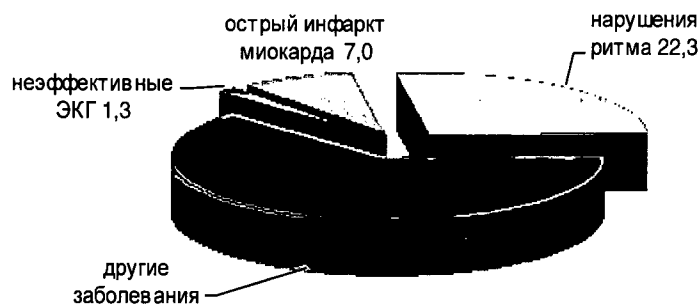


Рис. 33

#### Структура консультационных приемов ЭКГ специалистами ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» за 2016 год (процентов)

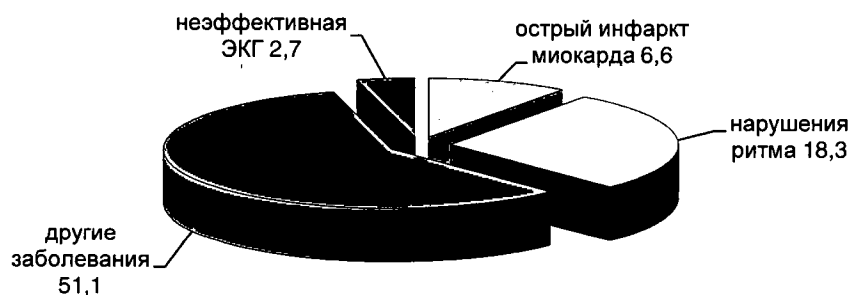


Рис. 34

#### Неврологическая служба

Неврологическая служба Свердловской области представлена 306 кабинетами врача-невролога в амбулаторной сети (в том числе специализированные приемы по профилям



неврологической помощи: 4 ангионеврологических, 3 вертебрологических, 2 эпилептологических, 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 первичное сосудистое отделение для оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения, 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 учреждений здравоохранения 1 и 2 уровней оказания медицинской помощи развернуто 225 неврологических коек.

Кадровый потенциал неврологической службы – 632 врача-невролога, из них 48% аттестованы на квалификационную категорию. За 2016 год количество врачей-неврологов, по данным статистики, уменьшилось на 1,4%. 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 2013 года количество врачей-неврологов уменьшилось на 10,6%. За счет сокращения ставок на 12,3% укомплектованность врачами с 2013 года выросла с 61% в 2013 году до 73% в 2016 году.

Основные показатели работы амбулаторно-поликлинического звена неврологической службы представлены в таблице 53. В 2016 году было сделано 1 742 358 посещений к врачам-неврологам, 734 949 (42,2%) пациентов обратились к врачу в связи с заболеванием, остальные – в связи с медицинскими осмотрами, консультациями, необходимостью оказания неотложной помощи. Количество посещений в 2016 году в сравнении с аналогичным показателем 2015 года снизилось (на 6,9%).

Таблица 53

**Основные показатели работы амбулаторно-поликлинического звена  
неврологической службы**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	Отношение уровня 2016 года к уровню 2015 года (процентов)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Количество посещений к врачу-неврологу, единиц	1 924 348	1 961 117	1 958 871	1 871 859	1 742 358	-6,92
2.	из них сельскими жителями, единиц	164 450	171 753	199 982	166 878	173 524	3,98
3.	Обратились в связи с заболеванием, взрослые, человек	862 504	909 820	860 469	826 645	734 949	-11,09
4.	Доля посещений в связи с заболеванием от числа всех посещений, процентов	45	46,4	43,9	44,1	42,18	-4,35
5.	Посещений на дому, единиц	18 806	14 065	11 163	12 437	9851	-20,79
6.	из них по заболеванию,	10 416	13 620	10 923	11 178	9539	-14,66

1	2	3	4	5	6	7	8
	единиц						

Коечный фонд неврологического профиля для взрослого населения в 2016 году уменьшился на 2% и составил 1751 койку. Обеспеченность неврологическими койками для взрослых в 2016 году составила 4,2 койки на 10 тыс. человек населения (федеральный норматив – 7,6). Динамика коечного фонда неврологического профиля представлена на рисунке 35.



Рис. 35

Показатели работы коечного фонда неврологического профиля представлены в таблице 54. В 2016 году всего было 47 040 госпитализаций, из них 63,2% – у лиц старше 60 лет. Работа койки составила 310,6 дня (на 4,2% меньше, чем в 2015 году) при средней продолжительности госпитализации 11,4 дня.

Таблица 54

**Показатели работы коечного фонда неврологического профиля**

Номер строки	Показатель работы койки	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	Отношение уровня 2016 года к уровню 2015 года (процентов)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Поступило больных в стационар, человек	53 803	56 280	55 258	54 196	48 942	47 040	-3,89
2.	в том числе сельских жителей, человек	5071	5417	6364	7347	6499	6204	-4,54
3.	лиц в возрасте 60 лет и старше, человек	29 407	30 707	31 506	31 801	30 537	29 734	-2,63
4.	Выписано больных, человек	51 086	53 533	52 653	51 006	47 174	45 543	-3,46
5.	Умерли, человек	2793	3011	2914	3068	1301	1345	3,38
6.	Летальность, процентов	5,2	5,3	5,2	5,67	2,68	2,87	7,09
7.	Проведено больными койко-дней	751 921	765 072	744 843	688 573	576 199	535 155	-7,12
8.	Работа койки, дней в году	329,5	330,5	320,2	318,8	320,5	310,6	-3,09
9.	Оборот койки, раз в году	23,6	24,4	23,8	25,1	27,1	27,3	0,74

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.	Средняя длительность лечения в стационаре, дней	14,0	13,5	13,4	12,7	11,9	11,4	-4,20
11.	Среднее время простоя койки, дней	1,5	1,5	1,9	1,9	1,7	2	17,65

В связи с особенностями состояния неврологических больных (в том числе перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и ограниченных в движении) в неврологической службе активно применяются телемедицинские технологии, особенно для больных с тяжелым поражением центральной нервной системы. В 2016 году проведено 1035 телемедицинских консультаций, что соответствует уровню 2015 года (1037 консультаций).

Приоритетным направлением неврологической службы является оказание помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. В первичных сосудистых отделениях 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 2016 году в Свердловской области было зарегистрировано 23 998 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (в 2015 году – 17 467), из них 13 171 – с ишемическим инсультом, 1976 – с геморрагическим инсультом и 8851 пациент – с транзиторной ишемической атакой. Охват пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения специализированной помощью составил 80%.

Отмечается снижение заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения, снижение смертности от них (до 688 случаев на 100 тыс. человек населения) и летальности в первичных сосудистых отделениях (10,8%).

В 2016 году 462 больным с острым ишемическим нарушением мозгового кровообращения выполнены процедуры внутривенного тромболитика (в 2015 году – 344), что составляет 3,5% от всех госпитализированных больных с этим видом нарушения мозгового кровообращения. В 2016 году существенно возросло число тромболитиков при ишемическом инсульте, выполняемых в первичных сосудистых отделениях, расположенных на территории МО «город Екатеринбург» (182 процедуры по сравнению с 83 в 2015 году).

В 2016 году на базе ГБУЗ «СОКБ № 1» и МАУ «ГКБ № 40» начато выполнение тромбэкстракции. Министерством здравоохранения Свердловской области подготовлен проект приказа по изменению маршрутизации пациентов, имеющих показания для тромбэкстракции, с целью их госпитализации в эти учреждения.

### Пульмонологическая служба

В пульмонологической службе Свердловской области работают 40 пульмонологических кабинетов, из них 12 – для детей, развернуто 449 пульмонологических коек (165 – в городе Екатеринбурге), 45 из которых – для детей.

Обеспеченность врачами-пульмонологами в 2014–2016 годах оставалась стабильной – 0,2 врача на 10 тыс. человек населения (70 врачей в 2016 году, 69 – в 2015 году, 73 – в 2014 году).

Заболеваемость болезнями органов дыхания продолжает расти (в 2014 году – 363,8 случая на 1000 человек населения, в 2015 году – 370,6 случая, в 2016 году – 377,6 случая), при этом в 2016 году отмечается спад заболеваемости детского населения (в 2015 году – 10,8 случая на 1000 детей, в 2016 году – 8,8 случая). Первичная заболеваемость также растет (в 2014 году – 326,9 случая на 1000 человек населения, в 2015 году – 330 случаев, в 2016 году – 339 случаев).

Смертность от болезней органов дыхания в 2014–2016 годах незначительно снижается (в 2014–2015 годы – 46,8, в 2016 году – 45,1 случая на 100 тыс. человек населения), при этом сокращается смертность от внебольничной пневмонии (в 2012 году – 30,3 случая на 100 тыс.

человек населения, в 2016 году – 18,7) благодаря внедрению в лечебную практику медицинских организаций методических рекомендаций «Клинико-организационный алгоритм по внебольничной пневмонии» (утверждены приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 21.08.2012 № 948-п «Об утверждении методических рекомендаций "Клинико-организационный алгоритм ведения пациентов с внебольничной пневмонией»»). Больничная летальность при пневмонии также снижается – с 1,97% в 2013 году до 1,41% в 2016 году.

Напротив, при относительно стабильном уровне общей и первичной заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких почти в 2 раза выросла больничная летальность – с 3,66% в 2013 году до 6,53% в 2016 году (таблица 55).

Таблица 55

**Основные показатели работы пульмонологической службы Свердловской области  
в 2014–2016 годах**

Номер строки	Показатель	2014 год	2015 год	2016 год
1	2	3	4	5
1.	Количество коек, всего, единиц	405	402	404
2.	в том числе в городе Екатеринбурге	165	165	165
3.	Численность врачей-пульмонологов, всего, человек	73	69	70
4.	в том числе в городе Екатеринбурге	36	33	
5.	Обеспеченность врачами-пульмонологами, число врачей на 10 тыс. человек населения	0,2	0,2	0,2
6.	Заболеваемость болезнями органов дыхания, случаев на 1000 человек населения, всего	363,8	370,6	377,6
7.	в том числе среди взрослых	176,7	182,7	188,8
8.	среди детей		10,8	8,8
9.	Первичная заболеваемость болезнями органов дыхания, случаев на 1000 человек населения	326,9	330,0	339,0
10.	Заболеваемость хронической обструктивной болезнью легких, случаев на 1000 человек населения	4,2	5,9	5,0
11.	Первичная заболеваемость хронической обструктивной болезнью легких, случаев на 1000 человек населения	0,6	0,7	0,7
12.	Заболеваемость пневмонией, случаев на 1000 человек населения	5,7	5,3	5,5
13.	Смертность от болезней органов дыхания, на 100 тыс. человек населения, всего	46,8	46,8	45,1
14.	Смертность от пневмонии, на 100 тыс. человек населения	25,5	21,5	18,7
15.	Смертность от хронической обструктивной болезни легких, на 100 тыс. человек населения	15,8	18,9	17,3
16.	Больничная летальность от болезней органов дыхания, процентов	0,94	0,96	0,97
17.	Больничная летальность от пневмонии, процентов	1,89	1,56	1,41
18.	Больничная летальность от хронической обструктивной болезни легких, процентов	4,66	5,39	6,53

**Гастроэнтерологическая служба**

На 01.01.2017 гастроэнтерологическая служба Свердловской области представлена 56 амбулаторными приемами врачей-гастроэнтерологов в 36 учреждениях здравоохранения и муниципальных медицинских учреждениях разного уровня, 7 специализированными отделениями в стационарах для взрослых и 1 отделением для детей, а также специализированными койками в 5 стационарах города Екатеринбурга и Свердловской области

и ГАУЗ СО «Областная специализированная больница восстановительного лечения «Маян». 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 2012 года на 17% (с 75 до 88), а за 2016 год – на 4% (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 13% (с 1,5 в 2012 году до 1,3 в 2016 году).

Коечный фонд службы составляет 292 койки для взрослых, 65 детских и 70 коек в ГАУЗ СО «Областная специализированная больница восстановительного лечения «Маян» (рисунок 36).

Отсутствуют врачи-гастроэнтерологи в учреждениях здравоохранения Восточного управленческого округа Свердловской области, недостаточно обеспечен врачами Северный управленческий округ Свердловской области. В вышеуказанных округах пациенты с гастроэнтерологической патологией наблюдаются врачами-терапевтами, а также получают амбулаторную консультативную помощь врачей-гастроэнтерологов консультативной поликлиники ГБУЗ СО «СОКБ № 1».

В 2016 году сохранилась тенденция последних 5 лет (с 2012 по 2016 год) по сокращению количества коек гастроэнтерологического профиля (на 29% по сравнению с 2012 годом и на 1,4% за 2016 год), что привело к снижению обеспеченности населения специализированными койками (0,8 койки на 10 тыс. человек населения) на 43% с 2012 года и на 11,2% – с 2015 года, повышению показателей эффективности использования коечного фонда: работа койки в 2016 году составила 304 дня, увеличившись на 3% к уровню 2015 года, средняя длительность пребывания на койке сократилась на 6,9% и составила 11 дней.

#### Динамика количества гастроэнтерологических коек в Свердловской области в 2012–2016 годах

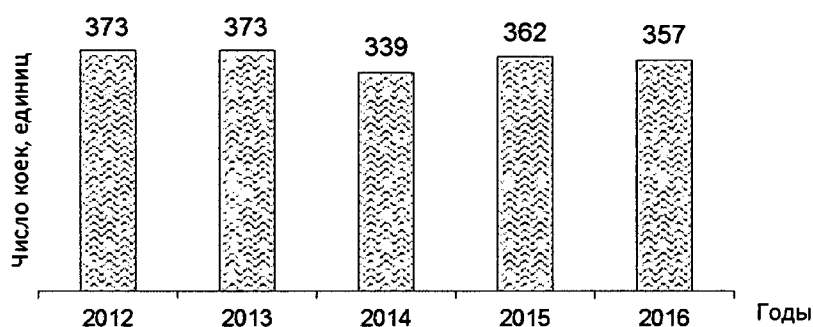


Рис. 36

Общая заболеваемость болезнями органов пищеварения в 2016 году в сравнении с 2015 годом увеличилась на 16,8% и составила 99,7 случая заболевания на 1000 человек населения (в 2015 году – 85,4 случая). Показатель первичной заболеваемости увеличился на 51,1% – до 40,5 случая на 1000 человек населения (в 2015 году – 26,8 случая) (рисунок 37). 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.

Смертность от заболеваний органов пищеварения (включая абдоминальную хирургическую патологию) за 2012–2016 годы увеличилась на 18,6%, а за 2016 год сократилась на 0,3% (в 2012 году – 69,1 случая смерти на 100 тыс. человек населения, в 2015 году – 82,17, в 2016 году – 83,6).

**Общая и первичная заболеваемость болезнями органов пищеварения в 2012–2016 годах, на 1000 человек населения**

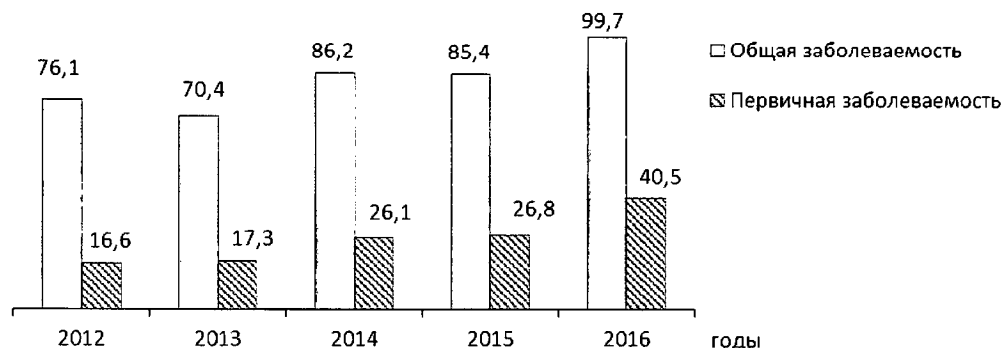


Рис. 37

Больничная летальность по классу болезней органов пищеварения в 2016 году в сравнении с 2015 годом увеличилась на 17,9% и составила 6,97% от числа выбывших из стационара пациентов данного профиля (таблица 56). Основной причиной роста больничной летальности стали 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.

Таблица 56

**Основные причины больничной летальности по классу болезней органов пищеварения в 2016 году**

Номер строки	Наименование заболевания	Больничная летальность (процентов)
1.	Болезни органов пищеварения, всего в том числе:	2,76
2.	язва желудка и двенадцатиперстной кишки	6,97
3.	болезни печени	15,56
4.	болезни поджелудочной железы	1,26

**Служба аллергологии и иммунологии**

В Свердловской области в 2016 году наблюдалось небольшое снижение числа врачей аллергологов-иммунологов. При этом укомплектованность врачами (физическими лицами) увеличилась до 84%. По-прежнему отсутствуют врачи данного профиля в Западном и Южном управленческих округах Свердловской области. Обеспеченность врачами аллергологами-иммунологами в Свердловской области составляет 0,1 на 10 тыс. человек населения, что соответствует федеральному нормативу. Коэффициент совместительства не изменился и составил 1,1. Удельный вес аттестованных врачей составляет 59%.

В 2016 году количество амбулаторных приемов по профилю «аллергология-иммунология» несколько уменьшилось (в 2016 году – 38, в 2015 году – 41), что сопровождалось

некоторым снижением числа посещений в поликлинике по сравнению с 2015 годом. При этом функция врачебной должности увеличилась до 2857 посещений в год (таблица 57).

Таблица 57

### Работа кабинетов аллергологии и иммунологии

Номер строки	Показатели	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Число кабинетов аллерголога-иммунолога, единиц	24	23	33	41	38
2.	Всего посещений в поликлинике, единиц	102 453	112 652	109 992	104 640	102 124
3.	Функция врачебной должности, посещений в год	3563,6	3918,3	2993,0	2364,7	2857

В структуре больных на приеме врача аллерголога-иммунолога преобладали пациенты с респираторной аллергией (85,3%). В 4 раза увеличилась доля пациентов с иммунодефицитным состоянием (с 1,2 до 4,9%), что косвенно говорит об улучшении диагностики иммуноопосредованных заболеваний. Под диспансерным наблюдением врачей аллергологов-иммунологов по месту жительства находились от 36 до 79% пациентов, посетивших консультативные приемы, большая часть из которых – больные бронхиальной астмой.

Врачами аллергологами-иммунологами ГБУЗ СО «СОКБ № 1» проведено 616 телеконсультаций, в том числе сельских жителей – 197. В кабинете аллергологии и иммунологии поликлиники ГБУЗ СО «СОКБ № 1» проведено 89 327 кожных тестов с аллергенами у 5688 пациентов. Аллергенспецифическую иммунотерапию получили 107 больных.

Уровень общей и первичной заболеваемости бронхиальной астмой в 2016 году несколько вырос по сравнению с 2015 годом (13,8 и 1,1 – в 2015 году, 14,0 и 1,2 – в 2016 году), что может свидетельствовать об улучшении диагностики астмы. Смертность от бронхиальной астмы в 2016 году увеличилась на 32,5% (с 0,8 до 1,06 случая на 100 тыс. человек населения).

Общая заболеваемость аллергическим ринитом в 2016 году по сравнению с 2015 годом не изменилась и составила в 1,9 случая на 1000 человек населения (0,2% в структуре заболеваемости). Первичная заболеваемость составила 0,7 случая на 1000 человек населения (в 2015 году – 0,5). Распространенность аллергического ринита в Свердловской области составила 17,1%. Аллергический ринит является важнейшим фактором риска развития бронхиальной астмы, и ранняя его диагностика и своевременное лечение эффективно предупреждают развитие астмы.

## Глава 18. Хирургическая служба

Хирургическая помощь населению Свердловской области оказывается в центральных городских и районных больницах городских округов, муниципальных районов, специализированная хирургическая помощь – в медицинских организациях 2 уровня крупных и средних городов, высокотехнологичная хирургическая помощь – в многопрофильных медицинских организациях 3 уровня.

В стационарах учреждений здравоохранения продолжается планомерное сокращение коечного фонда, приведение количества коек хирургического профиля к нормативным показателям, повышение эффективности использования коечного фонда (таблица 58).

С 2012 по 2016 год произошло сокращение коечного фонда хирургических отделений на 2%. Рациональное использование коечного фонда хирургического профиля, основанное на применении 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.

Таблица 58

**Динамика изменений количества и интенсивности использования хирургических коек для взрослых в Свердловской области в 2012–2016 годах**

Номер строки	Годы	Число коек (единиц)	Работа койки (дней в году)	Средняя длительность пребывания больного на койке (дней)
1.	2012	2192	320	9,5
2.	2013	2046	339	9,5
3.	2014	2038	322,0	8,6
4.	2015	1985	337	8,7
5.	2016	1946	303	8,0

В период с 2012 по 2015 год наблюдался рост числа оперативных вмешательств с использованием малоинвазивных методик. В 2016 году их количество снизилось на 2%: было выполнено 304 763 таких операции (в 2015 году – 311 073) (таблица 59), из них операций с применением высоких медицинских технологий – 21 596.

В 2016 году в Свердловской области продолжалось внедрение высокотехнологичной хирургической помощи и развитие лапароскопической хирургии. За отчетный год выполнено 33 787 операций с использованием эндоскопической аппаратуры, 12 операций по трансплантации печени (в 2015 году – 15), 7 – по трансплантации сердца (в 2015 году – 6) и 22 – по трансплантации почки (в 2015 году – 32). Количество операций по профилю «трансплантология» лимитировано в первую очередь наличием донорских органов для пересадки.

Таблица 59

**Хирургическая работа организаций здравоохранения Свердловской области в 2012–2016 годах**

(число операций)

Номер строки	Наименование операции	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Всего операций	298 502	299 927	307 717	311 073	304 763
2.	Пульмонэктомия	67	65	58	70	86
3.	Аортокоронарное шунтирование	1181	1315	1346	1378	1326
4.	Ангиопластика коронарных артерий	3729	6130	5066	5819	5417
5.	Плановое грыжесечение	7776	8496	8587	9406	10 196
6.	Плановая холецистэктомия	4691	4870	5518	5225	4960

В 2016 году количество врачей-хирургов в организациях здравоохранения Свердловской области увеличилось и, как следствие, отмечено снижение коэффициента совместительства (таблица 60).

В Свердловской области имеется дефицит врачей-хирургов, в то же время удельный вес врачей с высшей категорией достаточно высок и по некоторым хирургическим специальностям составляет 40% от врачей, имеющих сертификат специалиста. В то же время отмечается тенденция к увеличению среднего возраста специалиста-хирурга (51 год) в основном за счет более возрастных врачей 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 муниципальных образований, расположенных на территории Свердловской области.

Таблица 60

**Укомплектованность врачами-хирургами в учреждениях здравоохранения и муниципальных учреждениях здравоохранения Свердловской области в 2012–2016 годах**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Укомплектованность врачами-хирургами (физическими лицами), процентов	53	56	58	63	64
2.	Коэффициент совместительства	1,79	1,66	1,60	1,58	1,56

Укомплектованность хирургами (физическими лицами) в амбулаторно-поликлинической службе составляет 67%.

**Травматологическая служба**

Медицинская помощь по профилю «травматология и ортопедия» в амбулаторных условиях жителям Свердловской области оказывается в травматологических пунктах, приемных отделениях медицинских организаций. Число посещений врачей травматологов-ортопедов в 2016 году составило 1 284 015 (в 2015 году – 1 235 730), в том числе детьми – 377 598 посещений (в 2015 году – 341 662), таким образом, ежегодный прирост числа посещений составляет от 1 до 4%.

Травматологическая помощь в стационарных условиях оказывается в 25 специализированных отделениях медицинских организаций. Число среднегодовых травматологических коек в 2016 году по Свердловской области составляло 1216, из них взрослых – 1146 (в 2015 году – 1172), детских – 70 (в 2015 году – 70); ортопедических коек – 277, из них взрослых – 200 (в 2015 году – 230), детских – 77 (в 2015 году – 89 коек).

Для оказания помощи по профилю «травматология и ортопедия» в Свердловской области в 2016 году работали 287 врачей-травматологов, занимающих 460,25 штатной должности из 480,5, имеющих в штатном расписании. Высшую квалификационную категорию имели 98 специалистов, первую – 19, вторую – 13. Сертификаты по специальности «травматология и ортопедия» имели 286 врачей. Обеспеченность врачами-травматологами в Свердловской области составляла 1,06 врача на 10 тыс. человек населения (в Российской Федерации – 1,2), укомплектованность врачами-травматологами – 95,8%, коэффициент совместительства – 1,6.

Число пролеченных в стационаре больных по профилю «травматология-ортопедия» в 2016 году составило 40 360 человек, что на 1,1% больше, чем в 2015 году (39 923 человека). Средняя длительность пребывания больного на койке составила 11,4 дня, что на 4,4% меньше, чем в 2015 году (11,9 дня). Летальность в 2016 году уменьшилась на 20% – 0,4% (в 2015 году – 0,5%).

На травматологических койках в 2016 году пролечены 33 834 взрослых и детей (в 2015 году – 32 834), средняя длительность пребывания на койке – 11,2 дня (в 2015 году – 11,6). Работа койки в 2016 году составила 310,1 дня (в 2015 году – 303,1 дня). Отмечается снижение летальности: с 0,62% в 2015 году до 0,48% в 2016 году.

Количество больных, пролеченных на ортопедических койках, уменьшилось с 7089 человек в 2015 году до 6603 в 2016 году; средняя длительность пребывания на койке составила 12,6 дня (в 2015 году – 13,3), при этом работа койки составила 300,7 дня (в 2015 году – 297,4). Летальность снизилась в 4 раза и составила в 2016 году 0,015% (в 2015 году – 0,06).

В 2016 году выполнено 39 505 оперативных вмешательств, что на 1,6% превышает уровень 2015 года (38 864), из них высокотехнологичных – 5826 (в 2015 году – 6222) (рисунок 38). Отмечается снижение числа проведенных операций по поводу эндопротезирования – с 2838 в 2015 году до 2330 в 2016 году. Число операций на костно-мышечной системе в амбулаторных условиях ежегодно увеличивается и в 2016 году достигло 7978 (в 2015 году – 7042).

#### Динамика числа операций на костно-мышечной системе в 2012–2016 годах

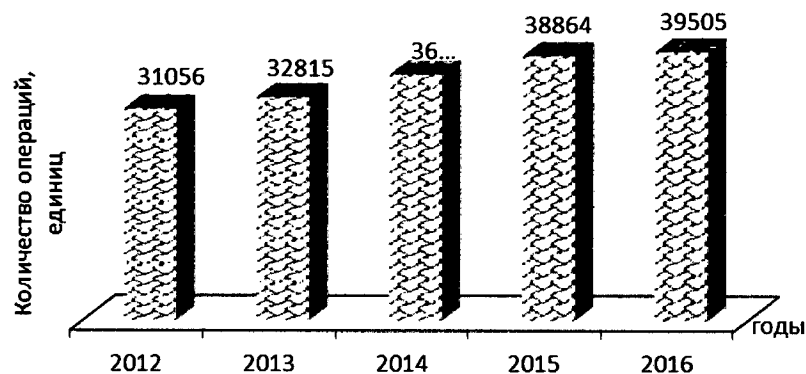


Рис. 38

Оперативная активность по профилю «травматология-ортопедия» составила в 2016 году 97,9% (в 2015 году – 93,6%), при этом общее число послеоперационных осложнений увеличилось с 191 случая в 2015 году (0,5%) до 255 (0,6%) в 2016 году.

#### Урологическая служба

В 2016 году в Свердловской области зарегистрированы 334 237 больных с заболеваниями мочеполовой системы, из них с заболеваниями предстательной железы – 40 406 человек, в том числе 10 158 первичных (3,1 случая на 1000 человек населения), 18 067 пациентов с мочекаменной болезнью, в том числе 5532 – первичных (5,5 случая на 1000 человек населения). Госпитализированы в стационары Свердловской области 4079 человек с заболеваниями предстательной железы (1547 человек, или 37,9% – по экстренным показаниям), 11 511 больных мочекаменной болезнью (из них 8771 человек, или 76%, – по экстренным показаниям).

В 2016 году рак предстательной железы выявлен у 1189 человек. I и II стадии наблюдались у 55,1% больных, III стадия – у 27,4%, IV стадия – у 12,7%.

В Свердловской области работают 147 врачей-урологов, из них 41,1% – в муниципальных медицинских учреждениях, 54,6% – в учреждениях здравоохранения. Коэффициент совместительства врачей составляет в среднем 1,5. Средний возраст врачей-урологов – 51 год. Удельный вес аттестованных врачей – 53%. Высшую категорию имеют 48%, первую – 4%, вторую – 3% врачей.

В Свердловской области развернуто 606 урологических коек на базе 5 урологических отделений медицинских организаций в городах Нижний Тагил, Каменске-Уральском, Первоуральске, Асбесте, Серове и в хирургических отделениях больниц других городов Свердловской области. Работа урологической койки в 2016 году составила 327,4 дня, оборот койки – 40,1 дня, средняя длительность пребывания в стационаре – 8,1 дня.

В 2016 году в стационарах Свердловской области пролечены 24 285 пациентов, выполнено 21 277 операций, из них в городе Екатеринбурге – 5927.

В большинстве урологических отделений в течение 2016 года значительно улучшилась материально-техническая база, приобретено новое эндоскопическое оборудование, аппараты УЗИ с насадками для пункционной нефростомии, трансректальной биопсии предстательной железы, оснащались лаборатории для проведения исследований спермограмм, определения уровня простатического специфического антигена, тестостерона.

В 2016 году изменился уровень оказания урологической помощи в медицинских организациях Северного, Южного, Западного, Горнозаводского управленческих округов Свердловской области. Характер оперативных вмешательств в урологических стационарах сместился в сторону преобладания малоинвазивных и эндоскопических диагностических и хирургических технологий: соотношение «цистостомия»/«плановое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы» составило 41/59, соотношение «трансуретральная резекция предстательной железы»/«открытая простатэктомия» – 66,1/33,9. В городах Асбесте, Красноуфимске, Североуральске оперативная активность при лечении урологических заболеваний достигала 86%.

В Свердловском областном урологическом центре на базе ГБУЗ СО «СОКБ № 1» пролечены 4929 пациентов, выполнено 4517 операций, 75% из которых – малоинвазивные операции (трансуретральная резекция предстательной железы, чрескожная нефролапексия, лапароскопические операции, брахитерапия), операции с использованием пункционных методик, андрологические операции и другие. Оперативная активность составила 87,5%.

С 2015 года вступила в действие 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», частью которой является подпрограмма «Урологическое здоровье мужчин», направленная на раннее выявление урологических заболеваний за счет массового анкетирования и обследования выявленной группы риска в условиях экспресс-диагностических урологических кабинетов.

В 2016 году были проанкетированы 538 577 человек, из них группа риска по урологическим заболеваниям составила 30 719 человек (5,8%). Отмечается положительная тенденция в привлечении мужского населения к анкетированию в учреждениях здравоохранения первичного звена.

В 2016 году обследование в условиях экспресс-диагностических урологических кабинетов прошли 11 548 мужчин, из них 8691 пациент (75,3%) старше 45 лет. Онкоурологические заболевания были выявлены у 421 пациента (3,95%), доброкачественная гиперплазия предстательной железы – у 5789 больных (55,1%), воспалительные заболевания органов мочевыводящей системы – у 2524 больных (23,7%), мочекаменная болезнь – в 485 случаях (4,5%), андрологические заболевания – в 803 случаях (7,5%).

### **Нейрохирургическая служба**

Специализированная нейрохирургическая помощь населению Свердловской области оказывается в 10 многопрофильных учреждениях здравоохранения и муниципальных учреждениях здравоохранения, где развернуто 11 нейрохирургических отделений и 1 травматологическое с выделенными нейрохирургическими койками общей мощностью 503 койки. В настоящее время достигнут высокий уровень специализации нейрохирургических отделений: 4 отделения специализированы на оказании неотложной медицинской помощи при острой травме центральной нервной системы, 2 отделения – по профилю «нейроонкология», в 3 отделениях оказывается медицинская помощь при заболеваниях сосудов головного мозга, нейроонкологии и общей нейрохирургии, в одном – при травматических поражениях позвоночника. Еще два отделения специализируются на оказании нейрохирургической помощи больным раннего детского возраста.

Специализированные нейрохирургические реанимационные отделения развернуты в МАУ «ГКБ № 40» (24 койки) и ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический

диспансер» (6 коек), что недостаточно: мощность подобных отделений должна составлять не менее 20% от общего коечного фонда профиля «нейрохирургия».

В Свердловской области работают 74 врача-нейрохирурга, 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 и муниципальные учреждения здравоохранения, в которых имеются нейрохирургические койки, оснащены магниторезонансными томографами и (или) компьютерными томографами. Укомплектованность нейрохирургических отделений операционными микроскопами, эндоскопическими стойками, нейронавигационными станциями недостаточна по сравнению с нормативными требованиями.

В течение 2016 года в нейрохирургических стационарах Свердловской области пролечены 11 567 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, – МАУ «ГКБ № 40» и ГБУЗ СО «СОКБ № 1» – в 2016 году выполнено 401 и 397 операций соответственно.

Всего в 2016 году нейрохирургами и сосудистыми хирургами было выполнено 798 операций при неотложной 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 2016 году составила 2,3%, послеоперационная – 5,2%, хирургическая активность в целом составила 51,6%.

В 2016 году была продолжена работа по реорганизации и оптимизации коечного фонда с дальнейшей специализацией коек. Анализ эффективности использования коечного фонда показывает, что в Свердловской области необходимо создание единого центра по лечению пациентов с тяжелой и среднетяжелой черепно-мозговой травмой, краниофациальной травмой для унификации подходов к хирургическому лечению, мониторинга, своевременной эвакуации пациентов в медицинские организации 3 уровня и неотложного хирургического лечения.

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 2016 году выполнялись все 12 видов ВМП 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 «Красноуральская городская больница», ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический

госпиталь для ветеранов войн», ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница», МАУ «ГКБ № 40» (город Екатеринбург).

За период 2012–2016 годов в Свердловской области возросло количество хирургических операций больным по всем видам высокотехнологичной кардиохирургической помощи (таблица 61) в основном за счет увеличения их выполнения в ГБУЗ СО «СОКБ № 1», ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» и ГБУЗ СО «Городская больница № 4 город Нижний Тагил». Увеличилось число операций по имплантации электрокардиостимуляторов. Прооперировано 1884 ребенка с врожденными пороками сердца. По сравнению с 2012 годом на 72% увеличилось число оперированных новорожденных и детей первого года жизни со сложными врожденными пороками сердца.

Таблица 61

**Высокотехнологичная сердечно-сосудистая хирургия в Свердловской области  
в 2012–2016 годах**

Номер строки	Вид оперативного вмешательства	(количество операций)				
		2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Аортокоронарное шунтирование	1717	1929	1367	1453	1322
2.	Коррекция пороков клапанов сердца	338	323	489	537	511
3.	Коррекция врожденных пороков сердца в том числе:	435	476	486	487	529
4.	у новорожденных	77	114	108	100	100
5.	у детей до 1 года	78	85	100	115	128
6.	Имплантация электрокардиостимулятора	986	1417	2026	2083	1671
7.	Трансплантация сердца	5	5	5	6	7
8.	Хирургия аорты и магистральных артерий	347	540	592	511	488

На 9,3% увеличилось число протезирований клапанов сердца. Особо следует отметить рост числа операций пластической реконструкции клапанов сердца – на 36,4% в сравнении с 2012 годом. Активно внедряется новая современная технология эндоваскулярной имплантации протезов аортального клапана у больных с осложненным течением порока сердца. Таких операций за период с 2012 по 2016 год выполнено 75.

20 больным старше 70 лет с тяжелой сопутствующей патологией успешно проведена транскатетерная имплантация аортального клапана.

За 2012–2016 годы врачами-кардиохирургами ГБУЗ СО «СОКБ № 1» проведено 28 успешных трансплантаций сердца.

В коронарной хирургии существенно увеличено число операций на работающем сердце (около 50% в структуре всех оперативных вмешательств на сердечной мышце), на 20% выросло выполнение сложных композитных шунтирований коронарных артерий и полной артериальной реваскуляризации миокарда.

Число реконструктивных операций на сосудистых бассейнах перешагнуло отметку в 6000. В 2016 году на 64% по сравнению с 2012 годом увеличилось число операций на аорте и магистральных артериях, протезирований аневризм аорты, выполнено 60 эндоваскулярных протезирований аневризм аорты стент-графтами. Активно внедряется новая современная технология эндоваскулярной имплантации протезов аортального клапана у больных с осложненным течением порока сердца. Таких операций за период с 2012 по 2016 год выполнено 75. В 2016 году внедрено 67 новых технологий в сердечно-сосудистой хирургии.

## Глава 19. Акушерско-гинекологическая служба

В Свердловской области в службе родовспоможения сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи. С учетом территориальных особенностей в каждом управленческом округе Свердловской области создан межтерриториальный перинатальный центр (далее – МПЦ) 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», 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 2016 году в службе родовспоможения было обеспечено эффективное использование коечного фонда, материально-технической базы, кадров, развитие стационарзамещающих подразделений с перераспределением туда объемов из круглосуточного стационара. Учреждениями здравоохранения третьего уровня был сделан акцент на выездную и организационно-методическую работу на территориях. Большое внимание уделялось проведению текущего аудита подразделений родовспоможения первого уровня.

В 2013–2016 годах в службе родовспоможения продолжалась оптимизация уровневой реорганизации сети родовспоможения. В родильных домах, куда госпитализируют беременных из соседних с учреждениями здравоохранения территорий, организовано информирование населения об изменении маршрутизации, работают urgentные родильные залы, проводятся телемедицинские консультации, проработана логистика доставки беременных, в том числе автотранспортом медицинской организации.

Обеспеченность акушерскими и гинекологическими койками в Свердловской области выше, чем в среднем по России. В связи с этим проведена работа по приведению коечного фонда в соответствие с нормативной потребностью, установленной Территориальной программой. При этом изменение коечного фонда затронуло в основном учреждения здравоохранения первого уровня и было направлено на улучшение репродуктивного потенциала, снижение риска смертности женского населения, повышение конкурентоспособности государственных родовспомогательных организаций здравоохранения и привлечение пациенток из частных клиник.

Принципы организации амбулаторной помощи в службе родовспоможения и детства регламентированы Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Амбулаторно-поликлиническое звено является основой системы оказания медицинской помощи, и его работа построена на основе вертикального взаимодействия организаций здравоохранения. С целью предотвращения возникновения угрожающих жизни состояний и обеспечения в полной мере доступности помощи беременным на территории Свердловской области в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 24.04.2013 № 534-п «О внедрении мониторинга беременных на территории Свердловской области» во всех подразделениях родовспоможения учреждений здравоохранения внедрена автоматизированная система «Мониторинг беременных», которая позволяет не только вести быстрый поиск данных любой беременной женщины, но и дистанционно мониторить работу конкретных учреждений здравоохранения. Данная система обеспечивает контроль качества ведения беременной на всех этапах оказания помощи, соблюдения порядка маршрутизации в режиме реального времени.

На базе областного перинатального центра ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» работает Центр мониторинга беременных, созданный 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». Сотрудники центра

в круглосуточном режиме обеспечивают координацию деятельности подразделений родовспоможения Свердловской области. Кроме того, центром активно проводятся телемедицинские консультации (более 100 консультаций в месяц).

Начиная с 2010 года Министерство здравоохранения Свердловской области при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации уделяет большое внимание развитию технологии пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка. В медицинских организациях Свердловской области в постоянном режиме проводится разъяснительная работа с населением о необходимости своевременной постановки на диспансерный учет по беременности и прохождения комплекса пренатальной диагностики. Доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в 2016 году составляет 97,1% от числа поставленных на учет в первом триместре беременности (в 2015 году – 96,8%). Для повышения эффективности работы на территории Свердловской области сформирована сеть межмуниципальных кабинетов пренатальной диагностики на базе перинатальных центров, тем самым обеспечен сплошной скрининг первого и второго триместров.

В группу высокого риска по хромосомной патологии у плода по данным пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития на экспертном уровне на сроке 11–14 недель были отнесены в 2016 году 1259 беременных женщин. Все они прошли медико-генетическое консультирование на базе ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка», 1175 женщинам были проведены инвазивные процедуры с целью установления или подтверждения пренатального диагноза (биопсия ворсин хориона, амниоцентез, кордоцентез). Выявлено 227 случаев хромосомной патологии у плода, из них 108 случаев синдрома Дауна, 35 – синдрома Эдвардса, 8 – синдрома Патау, 21 – синдрома Шерешевского-Тернера, 3 – синдрома Кляйнфельтера.

Ежегодно увеличивается количество пренатально выявленных случаев врожденных аномалий (в 2016 году – 1226 случаев пороков развития). Все беременные с пренатально установленным диагнозом врожденной аномалии (порока развития) у плода и хромосомной патологией были осмотрены специалистами областного пренатального консилиума. По итогам консилиума 447 беременностей были прерваны.

На территории Свердловской области родоразрешение беременных с диагностированными врожденными аномалиями (пороками развития) у плода организовано на базе ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» (областной перинатальный центр), где созданы все условия для обследования и лечения таких новорожденных, включая оперативное лечение.

Внедрение сплошной пренатальной диагностики первого и второго триместров, развитие неонатальной хирургии позволяет управлять структурой младенческой смертности в части врожденных пороков развития. В 2016 году в структуре младенческой смертности смертность от врожденных пороков развития составила 0,7 промилле.

Охват неонатальным скринингом новорожденных в 2016 году составил 99,8%. Раннее выявление врожденных заболеваний 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.

Оказание помощи бесплодным супружеским парам определено ВОЗ как приоритетное направление деятельности служб материнства и детства развитых стран. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 31.07.2013 № 967-п «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам при бесплодии на территории Свердловской области (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в 2016 году продолжена работа, направленная на оптимизацию работы 10 межтерриториальных кабинетов бесплодного брака (далее – МКББ) в городах

Екатеринбурге, Алапаевске, Асбесте, Каменске-Уральском, Серове, Нижний Тагил, Красноуфимске, Первоуральске. Основными задачами работы МКББ являются:

- 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.

Курирование МКББ осуществляет ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка», на базе которого работает областное отделение вспомогательных репродуктивных технологий.

Оптимизация системы оказания медицинской помощи бесплодным супружеским парам обеспечила проведение в 2016 году 2728 процедур экстракорпорального оплодотворения (рисунок 39). Беременность по данным УЗИ зарегистрирована в 42% случаев.

**Количество процедур экстракорпорального оплодотворения  
в Свердловской области в 2011–2016 годах**

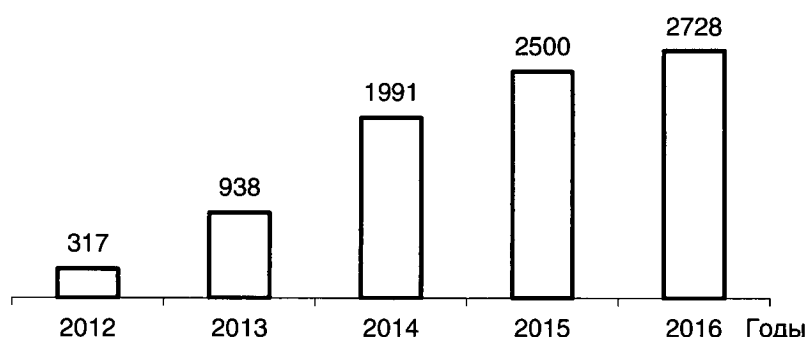


Рис. 39

В 2017 году планируется обеспечить объем вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) не менее 2800 процедур.

Проблемы охраны репродуктивного здоровья имеют не только медицинскую, но и социальную значимость. Несмотря на ежегодное снижение количества аборт в Свердловской области частота их в нашем регионе выше, чем в Российской Федерации (25,6 аборта на 1000 женщин фертильного возраста), и составила в 2016 году 30 аборт (рисунок 40). За 2016 год количество аборт уменьшилось на 2456, или на 7,2%. Положительным фактом служит опережающее снижение абсолютного числа аборт у девочек до 14 лет (на 20%) и девочек-подростков 15–19 лет (на 18%).



## Динамика аборт на территории Свердловской области в 2012–2016 годах

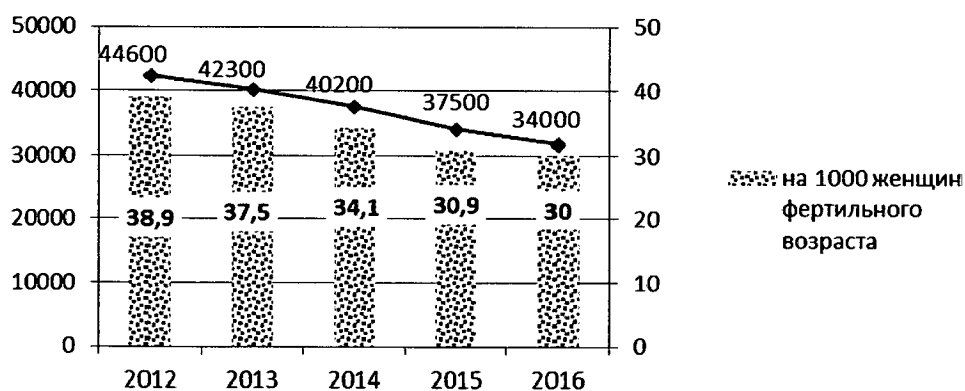


Рис. 40

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» предусмотрены организация и развитие центров медико-социальной помощи и кабинетов медико-социальной помощи беременным женщинам. Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 27.12.2011 № 1575-п «Об организации центров медико-социальной поддержки беременным, находящимся в трудной жизненной ситуации (центры кризисной беременности)» в 2016 году количество кабинетов увеличилось в 1,5 раза. Основной задачей центров и кабинетов является оказание психологической помощи женщинам, социальное сопровождение женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию, связанную с неожиданной беременностью, формирование мотивации к сохранению репродуктивного здоровья, работа с окружением беременной. Центры и кабинеты в своей деятельности используют методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Профилактика отказов от новорожденных в родильных домах» (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 15-4/10/2-6725 «О направлении рекомендаций для органов государственной власти субъектов Российской Федерации «Профилактика отказов от новорожденных в родильных домах»).

На территории Свердловской области обеспечены условия для проведения до- и постабортного консультирования женщин. В службе родовспоможения работают 55 психологов, в структуре женских консультаций имеются кабинеты медико-социальной помощи. В 2016 году проведено 30 730 консультаций, эффективность работы по предотвращению абортов составила 12,6%: после доабортного консультирования приняли решение вынашивать беременность 1996 женщин. Выстроенная работа по профилактике отказов от детей способствовала в том числе и сокращению числа мест в специализированном доме ребенка Свердловской области.

## Глава 20. Педиатрическая служба

В Свердловской области в 2016 году завершено формирование трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям и подросткам. Первичную медико-санитарную помощь детям и подросткам оказывают 54 организации здравоохранения первого уровня, в том числе имеющие в своем составе 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 реанимационные отделения: в Западном управленческом округе Свердловской области – это ГБУЗ СО «Детская городская больница город Первоуральск», в Восточном управленческом

округе Свердловской области – 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 – ГБУЗ СО «Краснотурьинская 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».

Медицинская помощь третьего уровня (специализированная, в том числе высокотехнологичная) оказывается в ГБУЗ СО «ОДКБ», МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», ГБУЗ СО ДКВБЛ «НПЦ «Бонум».

В Свердловской области в 2016 году работали 1150 врачей-педиатров и 180 врачей-неонатологов. За последние 5 лет (с 2012 по 2016 год) обеспеченность педиатрами в Свердловской области снизилась и составила в 2016 году 13,1 врача на 10 тыс. детей от 0 до 17 лет. Вместе с тем обеспеченность неонатологами достаточно стабильна и сохраняется на уровне 30 врачей на 10 тыс. детей, родившихся живыми.

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. В настоящее время 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 2016 году составила 47,2%, сертифицированы 99,4% специалистов (в 2015 году – 99,2%).

Число стационарных коек для детей в Свердловской области за последние 5 лет уменьшилось на 1853 и составило в 2016 году 4637. Сокращение 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 62).

Таблица 62

### Структура коечного фонда в стационарах для детей

Номер строки	Профиль коек	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1	2	3	4	5	6	7
1.	Всего коек для детей, единиц	6 490	6512	5135	4974	4637
2.	на 10 тыс. детей 0–14 лет	100,7/	97,4/	71,5/	66,7/	60,3/
	на 10 тыс. детей 0–17 лет	85,2	83,6	61,7	58,0	52,6
3.	в том числе педиатрических, единиц	2119	2129	1855	1707	1618
4.	на 10 тыс. детей 0–14 лет	32,9/	31,8/	25,8/	22,9/	21,0/
	на 10 тыс. детей 0–17 лет	27,8	27,3	22,3	19,9	18,4
5.	в том числе для недоношенных	511	491	495	540	530

1	2	3	4	5	6	7
	и новорожденных в детских больницах (2 этап выхаживания), единиц					
6.	на 10 тыс. новорожденных детей	83,2	78,5	81,9	90,3	88,5
7.	инфекционных, единиц	968	950	895	814	780
8.	на 10 тыс. детей 0–14 лет/ на 10 тыс. детей 0–17 лет	15,0/ 12,7	14,2/ 12,2	12,5/ 10,7	10,9/ 9,5	10,2/ 8,8
9.	специализированных, единиц	2317	2351	2385	2453	2239
10.	на 10 тыс. детей 0–14 лет на 10 тыс. детей 0–17 лет	36,0/ 30,4	35,2/ 30,2	33,2/ 28,7	32,9/ 28,6	29,1/ 25,4

Переход Российской Федерации с 2012 года на новые критерии регистрации рождений, рекомендованные ВОЗ, потребовал внедрения в практику службы 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 2016 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. Реализация мероприятий по выхаживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела позволила улучшить результаты лечения не только этой категории детей, но и всех новорожденных. На территории Свердловской области на конец 2016 года полностью ликвидирован существовавший ранее дефицит коек реанимации новорожденных. Снизилась летальность детей с низкой и экстремально низкой массой тела с 58,8% в 2011 году до 27,2% в 2016 году в группе детей от 500 до 750 г при рождении, с 11,26 до 3,2% в группе детей от 750 до 999 г и с 7,5 до 1,69% – в группе детей от 1000 до 1500 г.

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 глубоконедоношенных детей. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.09.2014 № 1242-п «О мероприятиях по профилактике респираторно-синцитиальной инфекции у недоношенных детей, проживающих в Свердловской области» внедрена технология введения моноклональных антител детям, родившимся с массой тела до 1 кг, а также детям с массой тела от 1 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, 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.

В 2015–2016 годах количество мест в дневных стационарах для детей последовательно приведено к рекомендуемым федеральным нормативам и объемам медицинской помощи согласно программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. На 31.12.2016 количество мест в дневных стационарах для детей составило 810 (таблица 63).

Таблица 63

### Работа дневных стационаров для детей при поликлиниках

Номер строки	Показатели	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Число мест для детей, единиц	1709	1722	1614	1203	810
2.	Число пролеченных детей 0–17 лет	37 032	39 863	36 723	38 808	33 817
3.	Проведено детьми койко-дней	469 296	491 781	435 712	4 343 650	366 389
4.	Средняя длительность лечения, дней	12,7	12,3	11,9	11,2	10,8

При современном уровне развития медицины, с появлением новых лечебных технологий и современных лекарственных препаратов, позволяющих оказывать медицинскую помощь в течение 1–2 дней госпитализации в дневной стационар, а также вследствие изменения характера течения заболеваний у детей под влиянием урбанизации снижение количества мест в дневных стационарах не отразилось на качестве и доступности оказания медицинской помощи, но повысило эффективность использования ресурсов в медицинских организациях. Так, при сокращении количества мест в дневном стационаре за 5 лет (с 2012 по 2016 год) вдвое и сроков лечения с 12,7 до 10,8 дня (на 15%) число пролеченных больных уменьшилось только на 8%. Эти пациенты получили медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе в результате своевременно проведенных профилактических медицинских осмотров детей, позволяющих выявлять отклонения в состоянии здоровья детей на ранних этапах.

Динамика показателей работы коек круглосуточного пребывания для детей в 2012–2016 годах характеризуется снижением работы койки в течение года и увеличением средней длительности пребывания на койке (таблица 64).

Таблица 64

### Характеристика использования коечного фонда для детей

Номер строки	Профиль коек/показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1	2	3	4	5	6	7
1.	Все койки для детей: среднегодовая занятость, дней в году	301	303,6	293,2	307,0	304,8
2.	средняя длительность лечения, дней	9,8	10,3	10,2	9,5	9,9
3.	оборот койки, раз в году	30,8	29,6	28,7	32,2	30,9
4.	педиатрические: среднегодовая занятость, дней в году	280	299,5	309,2	295,8	295,7
5.	средняя длительность лечения, дней	11,1	9,3	10,1	9,1	9,4
6.	оборот койки, раз в году	25,2	32	30,8	32,3	31,3
7.	в том числе для недоношенных и новорожденных: среднегодовая занятость, дней в году	318,8	342,4	319,8	304,8	289,2

1	2	3	4	5	6	7
8.	средняя длительность лечения, дней	19,3	18	17,6	15,7	14,7
9.	оборот койки, раз в году	16,5	19	18,1	19,1	19,7
10.	инфекционные детские: среднегодовая занятость, дней в году	307	314,8	281,4	280,6	286,6
11.	средняя длительность лечения, дней	7	6,9	6,5	6,3	6,3
12.	оборот койки, раз в году	44	45,6	43,5	44,7	45,6
13.	Специализированные: среднегодовая занятость, дней в году	316,4	303,1	285,1	326,4	317,9
14.	средняя длительность лечения, дней	13,3	12,9	13,2	11,6	12,5
15.	оборот койки, раз в году	23,9	23,5	21,6	28,2	25,4

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 01.10.2014 № 1245-п «Об утверждении регионального календаря профилактических прививок Свердловской области» 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.

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», а также приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 17.12.2015 № 2181-п «О прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, в 2016 году в Свердловской области» определены медицинские организации, составлен ежемесячный план-график профилактических осмотров несовершеннолетних, запланировано осмотреть 763 886 человек. По данным руководителей медицинских организаций на 31.12.2016 осмотрены 735 698 детей, или 96,3% от запланированных на 2016 год.

Специализированная медицинская помощь детям оказывается в 73 медицинских организациях первого уровня, 6 ММЦ, оказывающих медицинскую помощь по педиатрии, неонатологии, детской хирургии, и в 3 организациях здравоохранения третьего уровня, оказывающих ВМП детям и подросткам. Задача педиатрической службы – организация маршрутизации пациентов согласно трехуровневой системе оказания медицинской помощи.

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 межмуниципальных детских центрах (городах Краснотурьинске, Асбесте, Каменске-Уральском, Первоуральске, Нижний Тагил, 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, на третьем уровне оказания медицинской помощи – 130 специализированных неврологических коек. Учреждения здравоохранения 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 ДКБВЛ «НПЦ «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 медицинских организациях третьего уровня – ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» и МАУ «Детская городская клиническая больница № 9».

Маршрутизация детей с нефрологической патологией проводится согласно приказу 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 20 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 организациях здравоохранения 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 медицинских организациях 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 организациях первого уровня, 22 специалиста аллерголога-иммунолога ведут амбулаторные приемы. Свердловская область является единственной в России, где организовано бесплатное обеспечение детей первого года жизни, страдающих тяжелыми формами пищевой аллергии с непереносимостью белков коровьего молока, дорогостоящими специализированными продуктами лечебного питания. Ежегодно для этих целей в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от 02.03.2011 № 167-ПП «О реализации мер социальной поддержки проживающих в Свердловской области беременных женщин, кормящих матерей, 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» расходуется более 2 млн. рублей.

Кардиологическая помощь детям в медицинских организациях первого уровня оказывается врачами-педиатрами, врачами общей врачебной практики (семейными врачами), фельдшерами. На втором уровне специализированную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь оказывают врачи-педиатры, детские кардиологи ММЦ, учреждений здравоохранения, муниципальных учреждений здравоохранения. 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» города Екатеринбурга. Коечный фонд для оказания специализированной кардиологической, в том числе кардиохирургической, помощи в Свердловской области составляет 64 койки.

## **Глава 21. Организация медицинской помощи при социально значимых заболеваниях**

### **Параграф 12. Фтизиатрическая служба**

Медицинская помощь фтизиатрическим больным Свердловской области оказывается в 43 кабинетах и 9 стационарных туберкулезных отделениях учреждений здравоохранения общей лечебной сети, а также в трех противотуберкулезных диспансерах.

В Свердловской области в 2016 году функционировало также 2456 туберкулезных коек. В учреждениях здравоохранения туберкулезного профиля развернута 1851 койка (75,3% от общего числа), 255 коек (10,4%) – в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и 350 коек (14,3%) – на базе ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В целом за период с 1993 по 2016 год количество туберкулезных коек в Свердловской области сократилось на 45,2%, а число больных активным туберкулезом на 1 туберкулезную койку для взрослых возросло с 2,0 в 1993 году до 4,0 в 2016 году.

Недостаточная обеспеченность фтизиатрическими койками круглосуточного пребывания (36,5% от федерального норматива) противотуберкулезной службы Свердловской области компенсируется высокими объемами стационарзамещающих технологий. В 2016 году в противотуберкулезной службе было развернуто 584 места дневного стационара, в том числе 467 мест (80%) – в учреждениях здравоохранения туберкулезного профиля и 117 (20%) – в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети.

Обеспеченность врачами-фтизиатрами в Свердловской области невысока и составляет 0,5 врача на 10 тыс. человек населения (по Российской Федерации – 0,5). Средний возраст врачей-фтизиатров – 52 года. Укомплектованность врачами-фтизиатрами составляет 57%, средним медицинским персоналом – 59,9%. 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 больными, имеющими социально опасные поведенческие особенности. При этом в период с 2012 по 2016 год количество врачей-фтизиатров оставалось достаточно стабильным (таблица 65).

Таблица 65

### Динамика числа врачей-фтизиатров

(человек)

Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
Число врачей-фтизиатров	213	225	214	215	214

В 2016 году доля выявленных при осмотре методом рентгенофлюорографии больных туберкулезом составила 96,9% (в 2015 году – 81,3%), при профилактических осмотрах – 63,6% (в 2015 году – 62,5%).

В 2016 году были госпитализированы 70,6% больных активным туберкулезом (в 2015 году – 74,6%), в том числе 13,1% больных проходили лечение в дневных стационарах (в 2015 году – 15,4%) и 5,4% – в противотуберкулезных санаториях (в 2015 году – 4,5%). В течение 2016 года были госпитализированы 84,1% бациллярных больных.

Из числа впервые выявленных больных туберкулезом в 2016 году были госпитализированы 95,1% больных, в том числе 17,7% впервые выявленных больных получили лечение в дневных стационарах и 2,9% – в противотуберкулезных санаториях.

В 2016 году в противотуберкулезных учреждениях здравоохранения находились под наблюдением 4148 пациентов с сочетанной патологией «ВИЧ-инфекция и туберкулез», из них 3117 человек (75,1%) – в активных контингентах фтизиатрической службы Свердловской области (в 2015 году соответственно 3826, 2915 человек и 76,2%). Впервые на диспансерный учет в 2016 году был взят 1061 пациент с данной сочетанной патологией (в 2015 году – 1065 человек). В 2016 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 дополнительно в 150 койках данного профиля.

Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом по критерию закрытия полости распада в 2015 году составила 62,8% (в 2015 году – 63,0%), по критерию прекращения бактериовыделения – 67,0% (в 2015 году – 68,8%).

В 2016 году применение хирургических методов лечения во фтизиатрической службе среди впервые выявленных больных туберкулезом составило 34,2% от общего числа оперированных больных туберкулезом органов дыхания (в 2015 году – 26,3%). В структуре оперированных по поводу внелегочных форм туберкулеза больные, оперированные в течение первого года наблюдения, составили 31,6% (в 2015 году – 38,5%). Объемы применения хирургических методов лечения остаются недостаточными: в 2016 году прооперированы 244 больных туберкулезом, или 2,9% от численности активных контингентов (в 2015 году – 349 больных, или 3,9% 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, 20,1 случая – в 2015 году).

Для повышения эффективности терапии и снижения эпидемической опасности больных заразными формами туберкулеза, систематически уклоняющихся от лечения, в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 18 июня 2001 года № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» в 2016 году руководителями противотуберкулезных учреждений здравоохранения подано 177 заявлений в суд, решение суда о принудительной госпитализации в противотуберкулезный стационар вынесено в отношении 127 больных туберкулезом, госпитализированы по решению суда 109 больных (61,6%).



В 2016 году нуждался в предоставлении изолированного жилья 321 больной туберкулезом с бактериовыделением, бытоустроен 1 человек (в 2015 году – 11 человек).

В противотуберкулезных учреждениях здравоохранения организованы и функционируют 293 автоматизированных рабочих места врача-фтизиатра, при этом есть потребность в организации еще 164 автоматизированных рабочих мест. Информационная система позволит контролировать эффективность лечения больных туберкулезом, вести мониторинг профилактических осмотров, качества оказываемой противотуберкулезной помощи, лекарственного менеджмента, эффективности использования ресурсов, координировать межведомственное взаимодействие.

### Параграф 13. Онкологическая служба Свердловской области

В 2016 году в учреждениях здравоохранения функционировало 68 первичных онкологических кабинетов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь больным с онкологическими заболеваниями. В 21 из них работали врачи-онкологи, в 23 – врачи других специальностей (хирурги, терапевты), получившие дополнительную подготовку по профилю «онкология». Укомплектованность врачами-онкологами штатных должностей составляла 34,4%. Большинство из них имеют высшую квалификационную категорию.

Районные онкологи проводят большую работу по диспансеризации онкологических больных, повышению знаний врачей других специальностей по вопросам выявления онкологических заболеваний.

Основным направлением в деятельности онкологической службы Свердловской области является организация раннего выявления больных. С 2009 года в службе внедрена система ежеквартального мониторинга выявления в медицинских организациях общей лечебной сети больных с ЗН в ранних стадиях, что позволило увеличить удельный вес больных, выявленных на I–II стадиях с 49,6% в 2009 году до 55,8% в 2016 году.

Специализированная медицинская помощь онкологическим больным оказывается в ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», который имеет подразделения в городах Нижний Тагил и Каменске-Уральском.

Наряду с диспансером, медицинская помощь онкологическим больным оказывается в специализированных отделениях ГБУЗ СО «СОКБ № 1» по профилям «онкогематология» и «онкоурология», ГБУЗ СО «Серовская городская больница» мощностью 30 коек, ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер», где проводится лечение при ЗН легких, ГБУЗ СО «Красноурьинская городская больница» мощностью 50 коек (рисунок 41). Специализированная помощь детям, страдающим онкологической патологией, оказывается в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1».

### Структура онкологической службы Свердловской области



Рис. 41

Всего в области функционирует 1167 коек онкологического профиля, 70 из них – детские. Обеспеченность койками составляет 2,6 на 10 тыс. человек населения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь онкологическим больным оказывается в ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» (далее – ГБУЗ СО «СООД»), который 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.

С 2011 года на базе ГБУЗ СО «СООД» функционирует выездная служба хосписной (паллиативной) помощи. В 2016 году было осуществлено 4578 выездов бригады, из них 537 первичных выездов, 1671 – повторный, 2370 – патронажные. 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 консультации, касающиеся аспектов медико-социального ухода за тяжелобольными, по телефону. За 2016 год было проведено 1507 таких консультаций.

На базе ГБУЗ СО «Верх-Нейвинская городская поликлиника» функционирует паллиативное отделение мощностью 25 коек как филиал хосписной службы ГБУЗ СО «СООД». В 2016 году в отделение был госпитализирован 401 пациент.

В филиалах № 1 (город Нижний Тагил) и № 2 (город Каменск-Уральский) ГБУЗ СО «СООД» функционируют хирургические, радиологические и химиотерапевтические отделения, выездная паллиативная служба.

Укомплектованность врачами (физическими лицами) штатных должностей в ГБУЗ СО «СООД» составляет 71%.

Во всех подразделениях ГБУЗ СО «СООД» работают 1300 человек, среди них 240 врачей, 557 медицинских сестер. 85% руководителей диспансера и его филиалов, заведующих клиническими, диагностическими, параклиническими отделениями – врачи высшей категории либо имеют ученую степень.

Динамика показателей деятельности ГБУЗ СО «СООД» представлена в таблице 66.

Таблица 66

**Динамика деятельности онкологического диспансера Свердловской области  
в 2014–2016 годах**

Номер строки	Показатель	Свердловский областной онкологический диспансер			Филиал № 1 (город Нижний Тагил)			Филиал № 2 (город Каменск-Уральский)		
		2014 год	2015 год	2016 год	2014 год	2015 год	2016 год	2014 год	2015 год	2016 год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Число госпитализаций, единиц	16 683	18 130	18 487	5340	5669	5864	3264	3324	3322
2.	Работа койки в году, дней	312,0	360,0	360,3	303,2	331,4	319,3	311,6		321,3
3.	Среднее время пребывания больного в стационаре, дней	13,3	12,8	11,9	12,2	11,7	10,9	12,9	13,5	13,3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4.	Количество операций, единиц	6894	8177	8268	1512	1623	1409	978	1127	1217
5.	Хирургическая активность, процентов	92,8	91,7	93,0	98,0	94,0	92,0	65,6	75,0	80,4
6.	Госпитальная летальность, процентов	0,5	0,3	0,4	0,7	0,3	0,4	0,5	0,4	1,1
7.	Послеоперационная летальность, процентов	0,2	0,7	0,4	0,6	0,9	1,1	1,0	0,7	0,9

В 2016 году в ГБУЗ СО «СООД» проконсультированы более 195 тысяч пациентов. 60% от общего числа первичных посещений – пациенты с ЗН.

В 2016 году увеличилось количество пациентов, получающих специализированное лечение. Это стало возможным благодаря расширению дневных стационаров. Кроме того, внедрение современных технологий лечения позволило сократить среднее время пребывания больного в круглосуточном стационаре.

В ГБУЗ СО «СООД» в 2016 году проведено 10 890 операций по поводу ЗН. Применялись все виды оперативных вмешательств при опухолевой патологии, освоены все виды органосберегающих операций, в том числе субтотальные резекции органов, различные типы комбинированных операций.

Совершенствуются радикальные оперативные вмешательства при опухолях пищевода, печени, желчных протоков, поджелудочной железы, желудка, опухолях забрюшинного пространства, мочевого пузыря. Внедрена методика радиочастотной абляции при метастазах опухолей в печень, комплексные операции при раке задних отделов полости рта, операции при опухолях ворот печени (опухоли Клацкина), лапароскопическая резекция желудка, трехзональная лимфодиссекция при операциях по поводу рака пищевода, операции с технологией управляемой компрессии системы воротного кровотока при первичном раке печени, криоабляция опухолей предстательной железы и почек, биполярная трансуретральная резекция опухолей мочевого пузыря и предстательной железы, внутривезикулярная иммунотерапия рака мочевого пузыря, интраоперационная гипертермическая внутрибрюшная химиотерапия при раке желудка 3Б стадии. Освоена техника протезирования крупных сосудов с использованием аутотрансплантатов. С ноября 2016 года внедрена методика определения «сторожевых» лимфатических узлов при раке молочной железы.

В 2016 году на базе ГБУЗ СО «СООД» открыто отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ЗН. Внедрены методики эндоваскулярной и интервенционной радиологии для диагностики и лечебных манипуляций. За 2016 год такими методами был пролечен 191 пациент.

Лучевая терапия ежегодно оказывается 5000 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.

В 2016 году проведено 30 520 курсов лекарственной терапии в медицинских организациях Свердловской области, из них 17 412 курсов – в ГБУЗ СО «СООД», из которых 6862 курса – в условиях дневного стационара. Внедрены международные протоколы химиотерапевтического лечения больных с ЗН. Выполняются длительные инфузии

химиопрепаратов; проводится регионарная внутриаартериальная 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 местнораспространенном раке шейки матки.

С марта 2016 года на территории ГБУЗ СО «СООД» функционирует Центр ядерной медицины. В диспансере 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 районные онкологи Свердловской области. Разработана программа повышения уровня онкологических знаний для врачей общей лечебной сети, стоматологов, отоларингологов, хирургов, акушеров-гинекологов, акушеров смотровых кабинетов. Ежегодно повышение квалификации проходят более 100 врачей, около 70 акушеров смотровых кабинетов и фельдшеров, 350 медицинских сестер. Для врачей общей лечебной сети проведено 6 семинаров по ранней диагностике и лечению ЗН. Для врачей, оказывающих паллиативную помощь онкологическим больным, проведены телеконференции «Терапия хронического болевого синдрома».

Специалисты ГБУЗ СО «СООД» два раза в год выезжают с организационно-методическими целями в учреждения здравоохранения, расположенные в муниципальных образованиях. В 2016 году с помощью передвижных маммографов проконсультированы 8020 женщин, 577 из них направлены на дообследование и лечение патологии молочных желез.

#### **Параграф 14. 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 муниципальных образований.

В 2016 году в Свердловской области работали 269 врачей-дерматовенерологов. Обеспеченность населения области врачебными кадрами составила 0,6 врача на 10 тыс. человек населения. Укомплектованность штатных должностей врачами-дерматовенерологами составляет 77%. 49,1% врачей-дерматовенерологов имеют высшую квалификационную категорию.

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 2016 году проводилась плановая организационно-методическая работа по повышению качества лечебно-диагностических и профилактических мероприятий по инфекциям, передаваемым половым путем, и заразным кожным заболеваниям. Специалистами Свердловского областного кожно-венерологического диспансера проведено 26 выездов в медицинские организации в муниципальных образованиях.

В связи с регистрацией очага заболевания микроспорией детей, посещающих детское дошкольное учреждение в ГО Ревда, организована противоэпидемическая и лечебно-диагностическая работа в очаге, к обследованию привлечены 46 человек, выявлены случаи заболевания микроспорией.

Продолжена работа по реализации ведомственного плана мероприятий по дерматоонкологии на территории Свердловской области: проведена видеоконференция для врачей-дерматовенерологов Свердловской области по вопросам профилактики, раннего

выявления и маршрутизации пациентов с новообразованиями кожи. Проводится систематический сбор информации об оснащении дерматовенерологических кабинетов городских и районных больниц дерматоскопами. В ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» реализована технология обучения на рабочем месте технике проведения дерматоскопии. Организованы и проведены массовые профилактические акции по привлечению населения к обследованию с целью активного выявления новообразований визуальной локализации.

### **Параграф 15. Психиатрическая служба**

В Свердловской области специализированную психиатрическую помощь оказывают 4 областных психиатрических учреждения здравоохранения (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 «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн». Кроме того, в структуре учреждений здравоохранения и муниципальных учреждений здравоохранения 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 47 учреждениях здравоохранения организованы психиатрические приемы врачами-психиатрами для взрослого населения, включая ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн» и ГБУЗ СО «Свердловская областная больница № 2». В 22 медицинских организациях 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.

На 01.01.2017 дневные стационары психиатрического профиля общей мощностью 651 место (в том числе 115 мест для детей) работали в 6 учреждениях здравоохранения (ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 3», ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 6», ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7», ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн», ГАУЗ СО «Сухоложская районная больница»).

Продолжает функционировать общежитие для больных с психическими расстройствами, утративших социальные связи, на 25 мест в ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 6». Кроме того, в городе Нижний Тагил в рамках проекта «Жилье под защитой» функционируют квартира и дом в поселке Черноисточинске для таких больных.

В ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 3» имеются лечебно-трудовые мастерские для стационарных и амбулаторных больных на 100 мест.

Общее количество психиатрических коек в 2016 году составило 4802. Сохраняется тенденция к сокращению коечного фонда службы за счет неэффективно работающих коек. С 2007 года общее сокращение числа коек составило 9,8%, 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 67). Из общего количества коек взрослые психиатрические койки составляют 69,2%, детские – 3,9%, наркологические – 11,1%, психосоматические койки – 14,4%, токсикологические – 1,4%.

## Динамика изменения коечного фонда психиатрической службы Свердловской области

Номер строки	Коечный фонд	(число коек)									
		2007 год	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Всего коек	5323	5155	5095	5113	4960	4945	4889	4869	4826	4802
2.	Психиатрические для взрослых, из них	3547	3460	3397	3447	3432	3442	3407	3397	3343	3323
3.	психотуберкулезные	200	200	200	200	200	200	180	180	180	180
4.	для принудительного лечения	160	200	200	200	200	200	200	200	200	200
5.	психиатрические для детей	193	213	213	238	238	208	188	188	188	188
6.	психосоматические	860	820	820	790	690	690	690	690	690	690
7.	токсико-реанимационные	60	60	60	60	60	60	54	54	72	67
8.	наркологические	663	602	605	578	540	545	550	540	533	534

Обеспеченность взрослого населения психиатрическими койками, без учета психосоматических, наркологических, детских коек, составляет 10,0 койки на 10 тыс. человек взрослого населения (в 2015 году – 10,0), обеспеченность детскими койками – 2,2 койки на 10 тыс. детей (в 2015 году – 2,3 на 10 тыс. детей).

Показатель работы койки увеличился за 2016 год на 1,1% и составил 346,7 дня (в 2015 году – 342,8 дня), оборот койки – 8,6 раза (в 2015 году – 8,5).

На 01.01.2017 в Свердловской области работали 403 врача-психиатра (в 2015 году – 408), из которых 379 – в психиатрической службе, 24 врача-психиатра – в учреждениях здравоохранения и муниципальных учреждениях здравоохранения общей лечебной сети. Обеспеченность врачами-психиатрами составила 0,91 врача на 10 тыс. человек населения (в 2015 году – 0,98). Из общего количества врачей-психиатров 159 врачей (39,5%) имеют высшую квалификационную категорию, 28 (6,9%) – первую, 13 (3,2%) – вторую категорию.

В системе здравоохранения Свердловской области работают 23 врача-психотерапевта, в том числе на амбулаторном приеме – 15. Обеспеченность ими составляет 0,16 на 10 тыс. человек населения.

В амбулаторной службе в 2016 году выполнено 774 591 посещение врачей-психиатров, что на 6,1% меньше, чем в 2015 году (824 997 посещений). Общее количество посещений на одну занятую должность составило 5225, в том числе по заболеванию – 2556 (48,9%). Кроме того, врачами-психиатрами были осмотрены 335 424 человека на призывных комиссиях, в образовательных организациях, при проведении диспансеризации и профилактических осмотров детей (в 2015 году – 329 027 человек).

На 31.12.2016 под наблюдением психиатров находились 103 335 больных, из них 34 124, или 33%, находились под диспансерным наблюдением. Происходит постепенное сокращение диспансерной группы и расширение группы пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь.

В условиях дневных стационаров психиатрическую помощь в 2016 году получили 6854 пациента, что на 3% больше, чем в 2015 году. Средняя длительность пребывания в дневном стационаре составляет 28,6 дня (в 2015 году – 29,1). Получение пациентами помощи в условиях дневных стационаров влияет на уровень госпитализации и позволяет более рационально использовать коечный фонд.

В 2016 году госпитализированы в психиатрические стационары Свердловской области 32 711 человек (в 2015 году – 32 698), из них 30 856 взрослых больных (в 2015 году – 30 687), 1855 детей (в 2015 году – 2011).

Среди госпитализированных было 29 409 пациентов с психическими расстройствами (в 2015 году – 29 339), из них взрослых – 27 965 человек (в 2015 году – 27 855), что составило 95,1% от общего числа госпитализированных (в 2015 году – 94,9%), уровень госпитализации среди этой категории пациентов – 67,0 случая на 10 тыс. человек населения (в 2014 году – 77,5, в 2013 году – 75,5). В 2016 году были госпитализированы 1444 ребенка с психическими расстройствами (в 2015 году – 1484), уровень госпитализации среди детей составил 3,4 случая на 10 тыс. детского населения (в 2015 году – 18,5).

Доля впервые госпитализированных с психическими расстройствами (без наркологической патологии и психосоматических расстройств) составила 25,8% (в 2015 году – 31,4%), госпитализированных повторно в течение года – 68,6% (в 2015 году – 68,6%), госпитализированных повторно – 15,7% (в 2015 году – 12,9%).

Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила в 2016 году 49,0 дня (в 2015 году – 50,3 дня), что значительно ниже сроков, рекомендованных Министерством здравоохранения Российской Федерации (74,6 дня) для формирования Территориальной программы.

В 2016 году 721 пациент был госпитализирован в принудительном порядке, что составило 2,2% от всех госпитализированных (в 2015 году – 616, или 1,9%). За 2012–2016 годы доля психиатрических коек, занятых пациентами, находящимися на принудительном лечении, увеличилась с 9% в 2012 году до 14,2% в 2016 году.

Психиатрической и психотерапевтической службой проводится постоянный мониторинг суицидальной активности населения Свердловской области. За период с 2012 по 2016 год этот показатель снизился в 1,45 раза, с 129,1 попыток на 100 тыс. человек населения в 2012 году до 88,9 в 2016 году. В 2016 году зафиксировано 3715 случаев, из них 1996 мужчин (53,7%) и 1719 женщин (46,3%).

Среди возрастных групп наибольшее число попыток приходится на категорию 25–35 лет (1123 случая), затем следуют подростки и молодежь до 25 лет (850), возрастная группа 35–45 лет (759). В более старшем возрасте суицидальная активность снижается.

Число завершенных суицидов в 2016 году также снизилось, с 22,5 случая завершенных суицидов на 100 тыс. человек населения в 2015 году до 16,9 в 2016 году.

В Свердловской области работает областной телефон экстренной психологической помощи («телефон доверия»). В 2016 году число обращений туда составило 7049. По итогам 2016 года доля проблемных обращений в общем объеме всех звонков выросла почти на четверть в сравнении с 2015 годом, а количество информационно-проверочных звонков сократилось более чем втрое. Это говорит о том, что работа телефона доверия стала более интенсивной и направленной на целевую аудиторию. Кроме того, более чем на треть увеличилось число суицидально-окрашенных звонков (334) по сравнению с 2015 годом, что также можно считать повышением эффективности работы телефона доверия, так как отражает увеличившийся охват нуждающегося в помощи контингента.

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, профилактирующую суициды и развитие патологических реакций.

## **Параграф 16. Наркологическая служба**

Наркологическая служба Свердловской области в 2016 году была представлена ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер», ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медико-социальной реабилитации больных наркоманией «Урал без наркотиков», наркологическими койками в структуре психиатрических, центральных городских и районных больниц, а также кабинетами амбулаторного наркологического приема.

Амбулаторные приемы организованы в 55 учреждениях здравоохранения

муниципальных образований; территории с небольшой численностью населения закреплены для обслуживания в медицинских организациях более крупных муниципальных образований, прием детского населения осуществляется в 44 учреждениях здравоохранения муниципальных образований.

Кроме того, 78 учреждений здравоохранения имеют лицензии на работы и услуги по проведению медицинского (наркологического) освидетельствования. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения проводится в 47 учреждениях здравоохранения. Кабинеты медицинского (наркологического) освидетельствования имеются в 53 учреждениях здравоохранения, расположенных в муниципальных образованиях.

Коечный фонд наркологической службы Свердловской области в 2016 году составил 803 койки (в 2015 году – 805 коек), в том числе 115 реабилитационных. Обеспеченность наркологическими койками составила 1,9 койки на 10 тыс. человек населения. Работа койки в 2016 году составила 311,5 дня (в 2015 году – 329,1 дня), что ниже среднероссийского уровня (319 дней) и уровня по УрФО (320 дней). Средняя длительность пребывания в наркологическом стационаре составила 13 дней (таблица 68).

Таблица 68

#### 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.	2012	741	307,9	23,4	13,1	0,24	15,0
2.	2013	786	308,6	24,5	12,6	0,1	15,0
3.	2014	770	328,8	21,8	14,4	0,27	15,6
4.	2015	805	329,1	21,7	15,1	0,26	14,1
5.	2016	803	311,5	23,9	13,0	0,3	20,2

В 2016 году были госпитализированы 16 858 человек (в 2015 году – 17 945 человек). Уровень госпитализации составил 404,9 случая на 100 тыс. человек населения (в 2015 году – 431,4 на 100 тыс. человек населения, в Российской Федерации – 400,5, по УрФО – 432,0).

Определение вида потребляемых психоактивных веществ методами токсикохимического 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 ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер» (город Екатеринбург).

На 01.01.2017 в наркологической службе работал 101 врач психиатр-нарколог, что на 1% больше, чем в 2015 году. Количество штатных должностей врачей психиатров-наркологов составило 178,0, при этом их количество сократилось на 8,9% (в 2015 году – 196,5). Число занятых должностей составило 168,75, что меньше показателя за 2015 год (184,25) на 8,4%. Укомплектованность врачами (физическими лицами) занятых должностей составила 54,2%. В амбулаторной службе количество штатных должностей врачей психиатров-наркологов также уменьшилось и составило 117,5 (в 2014 году – 133,75), число занятых должностей уменьшилось на 10,3%. Укомплектованность амбулаторной службы врачами психиатрами-наркологами составила 59,8%, что выше показателя 2015 года на 18,4% (50,5%) (таблица 69).

Обеспеченность врачами составила в 2016 году 0,24 врача на 10 тыс. человек населения (по Российской Федерации – 0,37), коэффициент совместительства – 1,67 (по Российской Федерации – 1,7).



**Кадры наркологической службы**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Число психиатров-наркологов, человек	103	107	97	100	101
2.	на 10 тыс. человек населения	0,24	0,24	0,23	0,24	0,24
3.	Число занятых должностей, единиц	211,5	207,25	197,75	184,25	168,75
4.	на 10 тыс. человек населения	0,49	0,49	0,47	0,44	0,4
5.	Укомплектованность врачами, процентов	48,7	51,6	49,0	54,2	59,8
6.	Число занятых должностей на амбулаторном приеме, единиц	131,25	122,25	121,25	108,75	97,75
7.	на 10 тыс. человек населения	3,0	2,9	2,9	2,6	2,3
8.	Коэффициент совместительства на общее число наркологов	2,2	2,1	2,0	1,96	1,67
9.	Число занятых должностей медицинских психологов, единиц	24,5	41,5	37,75	36,5	25
10.	Число занятых должностей специалистов по социальной работе, единиц	17,25	25,25	27,25	26,0	14,5
11.	Число занятых должностей социальных работников, единиц	2	17,0	22,0	28,25	40,25

В 2016 году число посещений врачей психиатров-наркологов снизилось на 1%. При этом доля посещений по поводу заболевания в общем числе посещений сократилась на 65,7%, что, возможно, связано с возникающими при обращении за наркологической помощью в учреждения здравоохранения наркологического профиля социально-правовыми последствиями, к которым относятся ограничения на право владением 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 70). Аналогичная тенденция прослеживается и по числу посещений на одну занятую должность по поводу заболевания.

Таблица 70

**Показатели посещений врачей психиатров-наркологов**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Число посещений, единиц	533 101	577 905	615 124	481 797	476 429
2.	в том числе по поводу заболевания	202 792	197 525	228 669	211 678	139 150
3.	Число посещений на одну занятую должность, всего, единиц	4061	4727	5073	4430	4874
4.	Число посещений на одну занятую должность по поводу заболевания, единиц	1545	1615	1885	1946	1424
5.	Доля посещений по поводу заболевания в общем числе посещений, процентов	38,0	34,2	37,2	43,9	29,2

## Параграф 17. Оказание медицинской помощи при ВИЧ-инфекции

Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным оказывается на основе трехэтапной системы: доверенный врач медицинской организации – филиал ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» в управленческом округе Свердловской области – ГБУЗ СО «ОЦ СПИД». По медицинским показаниям все другие виды медицинской помощи ВИЧ-инфицированные получают по профилям заболеваний как в медицинских организациях по месту жительства, так и в ММЦ.

В штатных расписаниях учреждений здравоохранения в 2016 году было предусмотрено 97 врачебных должностей для оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, из них были заняты 66,75. Фактически в Свердловской области работал 71 врач. Укомплектованность штатных должностей врачами (физическими лицами) составляла 73,2%, коэффициент совместительства – 1,4.

Количество среднего медицинского персонала по штатному расписанию на 2016 год составляло 136,75 единицы, из них были заняты 108,5 должности. Фактическое число среднего медицинского персонала составляло 116 человек. Укомплектованность штатных должностей физическими лицами составляла 84,8%, коэффициент совместительства – 1,2.

Организация межведомственного взаимодействия в части профилактики, выявления ВИЧ-инфекции и оказания комплексной медико-социальной помощи, финансирование из средств областного бюджета, а также закупки тест-систем и препаратов на средства федерального бюджета позволили в совокупности обеспечить доступность выявления, лечения и профилактики ВИЧ/СПИДа.

Охват лечением АРВТ составлял в 2016 году 79,9% от числа подлежащих лечению (в 2015 году – 88,8%). Наблюдается стабилизация показателя летальности: в 2012 году – 3,8%, в 2013 году – 3,5%, в 2014 году – 3,0%, в 2015 году – 3,3%, в 2016 году – 2,4%, в том числе показателя летальности умерших на стадии СПИДа: в 2012 году – 1,8%, в 2013 году – 1,4%, в 2014 году – 1,6%, в 2015 году – 1,8%, в 2016 году – 2,1%.

Достигнутые результаты соответствуют целевым показателям Государственной программы:

1) удельный вес населения, обследованного на антитела к ВИЧ-инфекции, составил 24,9% (рекомендуемый нормативный показатель – 20%). Уровень выявляемости ВИЧ составил 0,79%, что ниже уровня 2015 года на 0,02% (0,81). Наиболее высокий уровень выявляемости зарегистрирован среди потребителей инъекционных наркотиков – 7,56% (в 2015 году – 8,7%);

2) доля ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных составила 83,9% (рекомендуемый нормативный показатель – 75%);

3) доля ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете – 49,1% (рекомендуемый нормативный показатель – 33,5%);

4) охват химиопрофилактикой детей с перинатальным контактом составил 98,8% (рекомендуемый нормативный показатель – 85%).

В 2016 году специалистами ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» и его филиалов было проведено 127 802 амбулаторных приема, что составило 106,5% от годового плана.

В 2016 году в 1,8 раза по сравнению с 2010 годом увеличилось количество исследований иммунного статуса (с 56 164 исследований в 2010 году до 102 250 – в 2016 году) и в 2,1 раза – вирусной нагрузки (с 46 877 исследований в 2010 году до 100 490 – в 2016 году).

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 муниципальных образованиях на базе инфекционных стационаров функционирует 102 койки для оказания медицинской помощи при лечении ВИЧ-инфекции. В 2016 году на них были госпитализированы 1339 больных (122,5% от плана).

Сохраняется актуальной проблема сочетанной патологии «ВИЧ-инфекция и туберкулез»: ежегодно регистрируется от 950 до 1100 новых пациентов, что составляет 16–17% от числа ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете. Для

предупреждения заболевания сочетанной патологией организована химиопрофилактика туберкулеза. Стационарная помощь таким больным оказывается в специализированных отделениях трех медицинских организаций в городах Екатеринбурге, Нижний Тагил и Белоярском ГО – на 120 круглосуточных койках. В 2016 году были госпитализированы 1942 человека.

В 2016 году зарегистрировано 400 «аварийных» ситуаций контакта медицинского персонала с вирусом ВИЧ, из них 40 случаев (10%) высокой степени риска; получили АРВТ от числа подлежащих – 307 человек (88,9%), большая часть из них получила лекарственные препараты в первые сутки после «аварийной» ситуации; из числа не получивших АРВТ – у 55 человек (59,1%) отсутствовал риск инфицирования, 21 человек (22,6%) отказался от проведения терапии, 17 человек (18,3%) обратились за терапией позднее. Случаев профессионального инфицирования не зарегистрировано.

Для комплексного решения задач по профилактике, выявлению и оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным при Правительстве Свердловской области работает координационная комиссия. В 2016 году проведено 5 заседаний. Во всех муниципальных образованиях сформированы аналогичные межведомственные комиссии, приняты комплексные профилактические программы по профилактике ВИЧ-инфекции. Ежегодно проводится оценка деятельности муниципальных образований по утвержденным Правительством Свердловской области критериям.

Разработана нормативно-методическая база для межведомственного обеспечения мер по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области: 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» утверждает план мероприятий по выявлению, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции в муниципальных образованиях, 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; критерии оценки деятельности муниципальных образований по ограничению распространения ВИЧ-инфекции. В результате многолетней работы найден унифицированный подход к согласованной деятельности всех субъектов профилактики ВИЧ при межведомственном взаимодействии на областном и муниципальном уровнях.

Разработано и внедрено в работу медицинских организаций программное обеспечение «Аптека», «Клиника» для работы на автоматизированном рабочем месте врача. В программу «Клиника» включен блок «Химиопрофилактика туберкулеза».

Комплекс мер по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области включает как общие профилактические мероприятия для всего населения, так и специфические меры для целевых групп.

Во всех образовательных организациях Свердловской области внедрена обучающая программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди учащихся старших классов и их родителей. В связи с ростом заболеваемости среди взрослого трудоспособного населения реализуется отдельное направление «Профилактика ВИЧ-инфекции в сфере труда». Предприятиям и организациям Свердловской области даны рекомендации по включению в коллективные договоры обязательств 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 2016 году экспресс-тестированием охвачены 209 500 человек, выявлено 500 случаев ВИЧ-инфекции);

рекламные щиты на трассах автомагистралей;

информационные сообщения на радио, телевидении, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», печатных средствах массовой информации; видео- и аудиоролики на телевидении, радио, в социальных сетях (Facebook, ВКонтакте), интернет-сайтах;

издание и распространение информационных материалов (950 тысяч 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, учреждений здравоохранения, на портале для ВИЧ-инфицированных подростков и их родителей).

В 2016 году на семинарах, конференциях, тренингах обучены 10 470 человек, в том числе:

медперсонала – 2919 человек;

специалистов немедицинского профиля – 5417 человек;

лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, – 736 человек;

учащихся, студентов – 1398 человек.

Проконсультированы по телефону доверия 3266 человек.

## Глава 22. Деятельность параклинических подразделений

### Параграф 18. Лабораторная служба

Служба клинической лабораторной диагностики наряду с другими параклиническими службами обеспечивает оказание медицинской помощи пациентам при оценке состояния здоровья, диагностике заболеваний, мониторинга результатов предпринимаемых лечебных мер, прогнозе исходов заболеваний и качества жизни в последующем. Лабораторные исследования составляют более 80% всех объективных диагностических исследований, выполняемых в учреждениях здравоохранения и муниципальных учреждениях здравоохранения.

На территории Свердловской области функционирует 145 клиничко-диагностических лабораторий (рисунок 42). Самое большое количество лабораторий (23) находится в организациях здравоохранения, расположенных на территории муниципального образования «город Екатеринбург».

#### Динамика количества клиничко-диагностических лабораторий в Свердловской области в 2010–2016 годах (единиц)

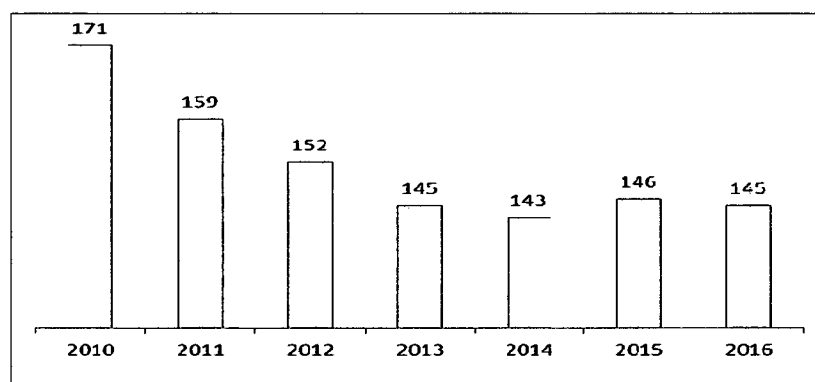


Рис. 42

Все клинико-диагностические лаборатории являются, как правило, централизованными для стационара, поликлиники, родильного дома и других служб, которые входят в состав учреждений здравоохранения. В 2016 году в Свердловской области выполнено 116 462 860 исследований, или 107,9% от уровня 2015 года. В конце 2016 года произошли изменения в системе учета лабораторных исследований, появились 2 новые группы исследований – химико-токсикологические и по специфичной и инфекционной иммунологиям, в связи с чем изменилась структура исследований по группам. Так, в 2016 году на 36% снизилось число цитологических исследований. Среди гематологических, биохимических и коагулологических исследований наблюдается падение числа проведенных исследований на 4–9% (таблица 71).

Таблица 71

**Структура лабораторных исследований, проведенных в Свердловской области  
в 2015–2016 годах**

Номер строки	Наименование лабораторных исследований	2015 год		2016 год	
		всего исследований (тысяч)	в том числе для амбулаторно-поликлинических подразделений	всего исследований (тысяч)	в том числе для амбулаторно-поликлинических подразделений
1.	Общеклинические	29 776	18 642	42 072	28 032
2.	Гематологические	35 079	20 486	32 308	19 139
3.	Цитологические	2189	2127	1402	1262
4.	Биохимические	25 930	13 217	23 601	11 918
5.	Коагулологические	3491	1391	3341	1225
6.	Иммунологические	6822	4944	1958	1132
7.	Микробиологические	4654	2116	1297	738
8.	Инфекционная иммунология	–	–	6087	4217
9.	Химико-токсикологические	–	–	789	255
10.	Всего	107 941	62 923	116 462	69 829

Для диагностики ВИЧ-инфекции выполнено 896 709 исследований, что на 28% больше, чем в 2015 году. С целью выявления больных вирусными гепатитами в Свердловской области было проведено 1 055 631 исследование. Проведено 2 081 192 неспецифических теста на определение возбудителей сифилиса, что на 22% меньше, чем в 2015 году, и 652 825 специфических, что на 15% меньше, чем в 2015 году. Кроме того, выполнено 208 638 бактериоскопических исследований с целью определения возбудителей туберкулеза, что сопоставимо с уровнем 2015 года.

Количество исследований, проведенных в 2016 году с целью своевременной диагностики врожденных наследственных заболеваний у новорожденных детей (фенилкетонурии), выросло на 15% и составило 87 506 тестов. Количество исследований для диагностики врожденного гипотиреоза снизилось на 19%.

Наблюдавшееся в 2006–2010 годах ежегодное увеличение доли лабораторных исследований, выполненных для амбулаторно-поликлинической службы (таблица 72), связано с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье», в рамках которого проводилась дополнительная диспансеризация населения и осуществлялось обеспечение службы современным оборудованием. В период 2010–2013 годов отмечалась стабилизация показателей объемов лабораторной поддержки амбулаторно-поликлинической службы на уровне 56–58%, а с 2014 года наблюдается ежегодный рост данного показателя в среднем на 1,5% в год.

**Распределение лабораторных исследований по видам медицинской помощи  
в Свердловской области в 2012–2016 годах**

(процентов)						
Номер строки	Вид медицинской помощи	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Амбулаторно-поликлиническая	55,6	54,3	56,7	58,3	59,9
2.	Стационарная	44,4	45,7	43,3	41,7	40,1

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 год 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 в 2016 году – увеличилось до 234 исследований на 100 посещений. Число лабораторных исследований в стационаре остается на стабильном уровне (рисунок 43).

В 2016 году число штатных должностей врачей клинической лабораторной диагностики, врачей-бактериологов, лабораторных генетиков и биологов в Свердловской области уменьшилось до 954,75, из них занято 880,5 должности. На занятых должностях работают 695 специалистов, в том числе 338 врачей и 158 специалистов с высшим немедицинским образованием. В 2016 году на должности «биолог» работали 199 человек (таблица 73). Одной из серьезных кадровых проблем службы остается замещение врачебных должностей специалистами с высшим немедицинским образованием.

**Динамика уровня лабораторных исследований в Свердловской области  
в 2010–2016 годах**

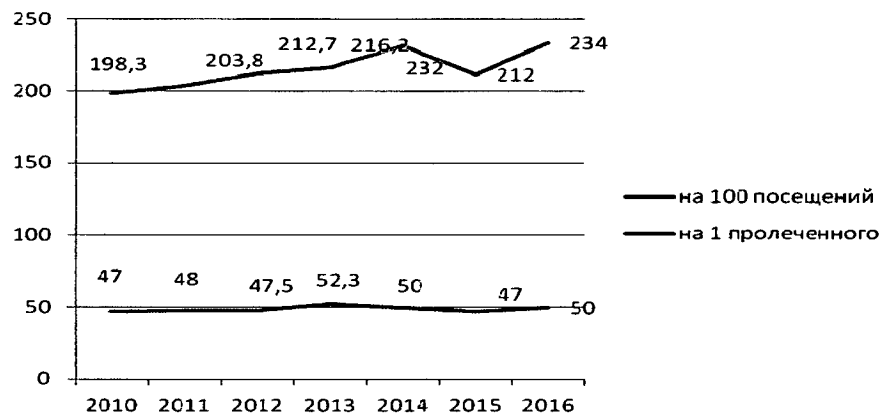


Рис. 43

Возрастное распределение врачебных кадров, работающих в клинко-диагностических лабораториях, осталось прежним, а именно: старше 60 лет – 15,5% специалистов, до 30 лет – 6,7%. Приток биологов в службу несколько сглаживает возрастные диспропорции в кадровом составе, так как 75% составляют биологи в возрасте до 50 лет.

Изменения коснулись и специалистов со средним специальным образованием. Так, в 2016 году в клинко-диагностических лабораториях учреждений здравоохранения работали 2363 человека, занимая 2968,75 должности из 3077,5 штатных должности. Больше половины

персонала со средним образованием клинико-диагностических лабораторий Свердловской области – в возрасте до 40 лет.

Таблица 73

**Динамика численности сотрудников клинико-диагностических лабораторий  
в Свердловской области в 2012–2016 годах**

Номер строки	Год	Штатные должности (единиц)	Занятые должности (единиц)	Врачи (человек)	Специалисты с немедицинским образованием (человек)	Биологи (человек)
1.	2012	1680,0	1567,25	306	159	147
2.	2013	1534,25	1429,75	468	136	188
3.	2014	1579,25	1486	545	101	223
4.	2015	1322,5	1248,75	529	207	194
5.	2016	954,75	880,5	338	158	199

В 2016 году коэффициент совместительства в целом по службе (специалисты с высшим медицинским и немедицинским образованием, специалисты со средним специальным медицинским образованием) не изменился и составил 1,05.

**Параграф 19. 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 1130 единиц, из них 15 магнитно-резонансных томографов, 51 компьютерный томограф, 76 маммографов. 25% оборудования эксплуатируется свыше 10 лет.

В 2016 году простой компьютерных томографов в целом составил 23,5 месяца, что равно простоя 2 единиц техники в течение года (в 2 раза меньше, чем в 2015 году – 45 месяцев). Магнито-резонансные томографы работали в 2016 году с краткосрочными простоями.

На протяжении нескольких лет ситуация с медицинскими кадрами в Свердловской области характеризуется дефицитом врачей-рентгенологов и в меньшей степени – рентгенолаборантов (таблицы 74 и 75).

Таблица 74

**Динамика обеспеченности врачами-рентгенологами в Свердловской области  
в 2012–2016 годах**

(на 10 тыс. человек населения)

Номер строки	Годы	Число штатных должностей	Число физических лиц
1.	2012	858,5	427
2.	2013	858,0	457
3.	2014	858,0	457
4.	2015	768,0	457
5.	2016	723,0	457

**Динамика обеспеченности рентгенолаборантами в Свердловской области  
в 2012–2016 годах**

(на 10 тыс. населения)

Номер строки	Годы	Число штатных должностей	Число физических лиц
1.	2012	1333,25	832
2.	2013	1326	906
3.	2014	1325	905
4.	2015	1254	900
5.	2016	1219	897

Укомплектованность службы врачами-рентгенологами составляет 63%, коэффициент совместительства – 2. Квалификационные категории имеют 40% врачей-рентгенологов, обеспеченность врачами-рентгенологами на 10 тыс. человек населения составляет 1,05.

Укомплектованность рентгенолаборантами составляет 74%; 64% работников имеют квалификационные категории, обеспеченность рентгенолаборантами на 10 тыс. человек населения составляет 2,08.

В рентгенодиагностических отделениях и кабинетах выполняются все диагностические процедуры в соответствии с уровнем медицинской организации в трехуровневой системе оказания медицинской помощи. Количество рентгенодиагностических исследований за 2016 год незначительно уменьшилось (таблица 76) по сравнению с четырьмя прошлыми годами.

Таблица 76

**Динамика объема рентгенологических исследований в 2012–2016 годах**

Годы	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
Количество исследований	3 223 905	3 289 925	3 160 182	3 160 695	3 062 453

При этом количество исследований на компьютерном томографе увеличилось за счет приобретения нового оборудования (таблица 77).

Таблица 77

**Динамика объема исследований по компьютерной томографии**

Годы	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
Количество исследований	114 742	153 022	189 333	203 746	212 609

**Параграф 20. Служба функциональной диагностики**

Служба функциональной диагностики представлена отделениями и кабинетами в составе медицинских организаций, общее число которых к концу 2016 года достигло 171, увеличившись в сравнении с 2015 годом на 51 единицу. В число отделений и кабинетов вошли 29 подразделений муниципальных медицинских учреждений, 140 областных (из них 17 ММЦ) и 2 федеральных.

Во всех медицинских организациях Свердловской области, включая ОВП, производится регистрация ЭКГ, в подавляющем большинстве исследуется функция внешнего дыхания,



другие, более сложные, технологии функциональной диагностики применяются в ММЦ, областных и федеральных организациях здравоохранения.

В службе работают 234 врача функциональной диагностики (на 8 врачей меньше, чем в 2015 году), укомплектованность составляет 60%, коэффициент совместительства – 1,6 (в 2015 году – 2,0). При этом количество штатных единиц сокращено на 48,75, или на 11%. Аттестованы 46,6% врачей, высшую категорию имеют 36%, первую – 8%, вторую – 3%. Сертифицированы 99% врачей.

В медицинских организациях Свердловской области насчитывается 4641 единица оборудования, предназначенного для функциональных методов исследования. За 2016 год количество оборудования увеличилось на 1063 единицы.

В структуре аппаратов для проведения функциональных исследований преобладает аппаратура для исследований сердечно-сосудистой системы – 2590 единиц (46%), аппараты для исследования функции внешнего дыхания, газового состава выдыхаемого воздуха и газового состава крови – 1738 (37%), для исследования нервной системы – 178 (4%).

В 2016 году число обследованных лиц составило 3 058 010 человек, что на 2% меньше, чем в 2015 году, из них 67% обследованы амбулаторно; из общего числа обследованных 19% составляют дети. Количество проведенных исследований в 2016 году составило 4 220 915 (на 0,5% меньше, чем в 2015 году). Амбулаторно проведено 63% исследований. Количество исследований на одного обследованного составило 1,38. Исследования сердечно-сосудистой системы составили 82%, нервной системы – 5%, системы внешнего дыхания – 9%, других систем – 4% в общей структуре исследований.

#### **Параграф 21. Служба ультразвуковой диагностики**

Служба ультразвуковой диагностики представлена отделениями и кабинетами ультразвуковой диагностики в составе организаций здравоохранения, число их к концу 2016 года составило 203 (в 2014 году – 205 единиц).

Исследования проводятся в основном на аппаратах среднего и экспертного классов, которыми медицинские организации оснащались до 2013 года. При различном уровне квалификации врачей ультразвуковой диагностики 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.

За 2016 год число штатных должностей врачей ультразвуковой диагностики сократилось на 128 единиц, или на 19,8%, составив 516 штатных должностей, число физических лиц увеличилось на 15 человек, или на 6%, и составило 273 человека. В Свердловской области недостаточная укомплектованность врачами ультразвуковой диагностики – 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 ультразвуковой диагностики, работающих в учреждениях здравоохранения, имеют сертификаты по специальности. Всего аттестованы 28% врачей, из них высшую категорию имеют 20%, первую – 6%, вторую – 2%.

В Свердловской области насчитывается 993 аппарата УЗИ (в 2015 году – 993). В 2016 году приобретено 16 единиц оборудования на замену вышедшему из строя. Действующих аппаратов – 899, имеющих эксплуатацию более 10 лет – 206 (21%).

В 2016 году проведено 3 218 202 УЗИ, что на 2,2% больше, чем в 2015 году (3 149 992). В структуре исследований преобладали УЗИ органов брюшной полости – 24%, женских половых органов – 18%, сердечно-сосудистой системы – 15%, надпочечников и мочевыводящих путей – 4%.

### Глава 23. Служба крови

Служба крови Свердловской области представлена ГБУЗ СО «Областная станция переливания крови» с обособленными структурными подразделениями, расположенными в крупных городах Свердловской области (Екатеринбург, Каменск-Уральский, Первоуральск, Нижний Тагил, Краснотурьинск), с 17 отделениями заготовки крови и 3 отделениями переливания крови.

Служба крови Свердловской области обеспечивает компонентами крови 90 медицинских организаций с коечным фондом 31 627 коек в 52 муниципальных образованиях. 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 Свердловской области трудится 861 человек, из них 113 врачей, 350 человек среднего медицинского персонала, 4 – младшего медицинского персонала, 333 – прочего персонала, 61 инженерно-технический работник.

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 2016 году подразделениями службы крови заготовлено 67 749,8 л консервированной крови, что на 12,5% меньше, чем в 2015 году (рисунок 44). Это, в основном, обусловлено снижением потребности организаций здравоохранения в свежезамороженной плазме.

В расчете на одного жителя в 2016 году заготовлено 18,5 мл крови (в 2015 году – 16,3 мл, в 2014 году – 18,0 мл). Заготовка консервированной крови в расчете на 1 койку составила в 2016 году 2174 мл (в 2015 году – 2278 мл, в 2014 году – 2384 мл); этот показатель на 13% выше, чем в среднем по Российской Федерации.

#### Динамика заготовки консервированной крови в 2012–2016 годах (литров)

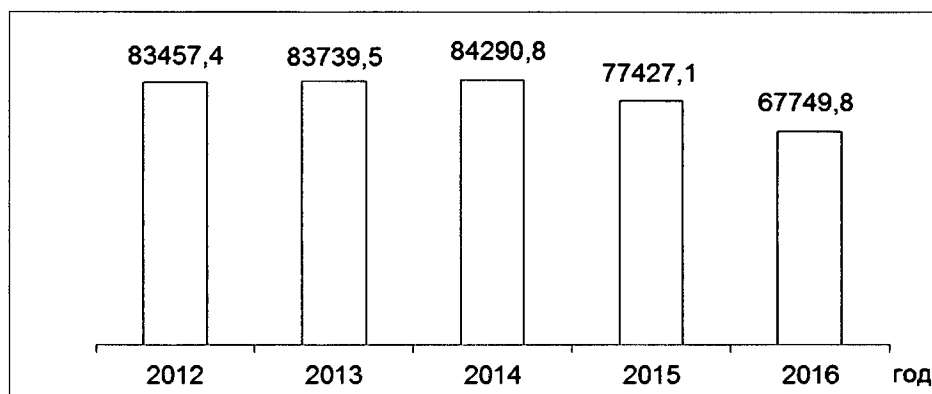


Рис. 44

Общее число доноров в 2016 году составило 38 639 человек (рисунок 45), что ниже, чем в 2015 году, на 17,7%. Снижение числа доноров обусловлено внедрением в практику процедуры предварительного обследования первичных доноров и ограничением количества новых доноров в соответствии с реальными потребностями медицинских организаций в компонентах крови.

### Количество доноров Свердловской области (человек)

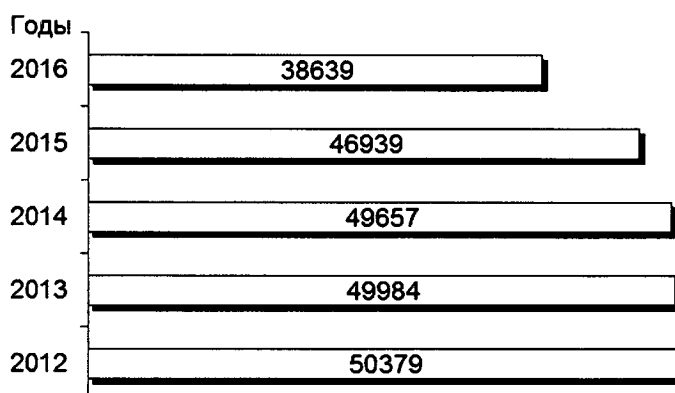


Рис. 45

Количество доноров на 1000 человек населения в 2016 году составило 8,9, большинство из них (97,8%) – безвозмездные доноры. Общее число донаций составило в 2016 году 103 698, что на 21,4% ниже показателя 2015 года (131 978).

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 Свердловской области» является выплата донору, сдавшему безвозмездно в течение года трехкратно кровь и ее компоненты в суммарном количестве, равном трем максимально допустимым дозам, единовременного пособия в размере 2000 рублей. В течение 2016 года пособие выплачено 29 166 донорам на общую сумму 58 332 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 организации 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 2016 году в организации здравоохранения выдано около 20 тыс. л эритроцитов, 17,5 тыс. доз тромбоцитного концентрата и 5,3 тыс. л свежезамороженной плазмы.

Кроме приготовления компонентов крови ГБУЗ СО «Областная станция переливания крови» выпускает препараты крови: альбумин, энцефалитный и антистафилококковый иммуноглобулины для внутримышечного введения.

## Глава 24. Служба судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы

### Судебно-медицинская экспертиза

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 процессуальным законодательством Российской Федерации, 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».

Федерации». Врачи, работающие в бюро, именуются государственными судебно-медицинскими экспертами.

В структуру бюро входят 38 районных отделений бюро в административных границах муниципальных образований 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 2015 году составляло 583 единицы, численность работающих (физических лиц) – 369 человек; показатель укомплектованности – 63,3%, коэффициент совместительства – 1,6. В 2016 году количество штатных должностей сократилось на 102 единицы и составило 481 должность, из них количество врачебных должностей – 142 (в 2015 году – 151), среднего медицинского персонала – 147,25 (в 2015 году – 180,5), младшего медицинского персонала – 92,75 (в 2015 году – 140,5). Число врачей составило в 2016 году 126 человек (в 2015 году – 112); показатель укомплектованности – 78,2% (в 2015 году – 74,2%), коэффициент совместительства – 1,3 (в 2015 году – 1,4).

В 2016 году всеми структурами бюро было исследовано 25 163 трупа, что на 5% больше, чем в 2015 году (таблица 78). По городу Екатеринбургу исследован 8691 труп, что на 2,8% больше, чем в 2015 году (8451).

Таблица 78

**Объемы и динамика производства экспертиз и исследований в бюро  
за период с 2012 по 2016 год**

(абсолютные значения)

Номер строки	Показатели	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	Уровень 2016 года к уровню 2015 года (процентов)
1.	Количество исследованных трупов, всего в том числе:	21 355	21 417	22 434	23 965	25 163	+5,0
2.	насильственная смерть	6982	6662	6542	6551	6204	-5,3
3.	ненасильственная смерть	13 226	13 678	14 770	16 223	17 728	+9,28
4.	причина смерти не установлена	1147	1077	1122	1191	1231	+3,35

За последние 10 лет количество случаев насильственной смерти постоянно снижается, в сравнении с 2015 годом этот показатель снизился на 5,3%, а в сравнении с 2012 годом – на 11,1%. В городе Екатеринбурге число случаев насильственной смерти составило 1736, что на 0,6% меньше, чем в 2015 году (1746 случаев).

Число исследованных в бюро случаев ненасильственной смерти в 2016 году составило 17 728, что на 9,2% больше, чем в 2015 году (16 223). В городе Екатеринбурге число случаев ненасильственной смерти – 6572, что на 3,4% больше, чем в 2015 году (6350 случаев).

Насильственная смерть составляет 24,7% от общего количества исследованных случаев смерти, в городе Екатеринбурге – 19,9%, в то время как доля случаев ненасильственной смерти поднялась до 70,5%, в городе Екатеринбурге – 75,6%.

По сравнению с 2015 годом в 2016 году на 10,3% увеличилось количество смертей от заболеваний сердечно-сосудистой системы (12 810 случаев), на втором месте –

онкологические заболевания (1769 случаев, увеличение на 24,7%), на третьем – заболевания органов дыхания (800 случаев, уменьшение на 6,8%) (рисунок 46).

### Структура случаев смерти по причинам (процентов)

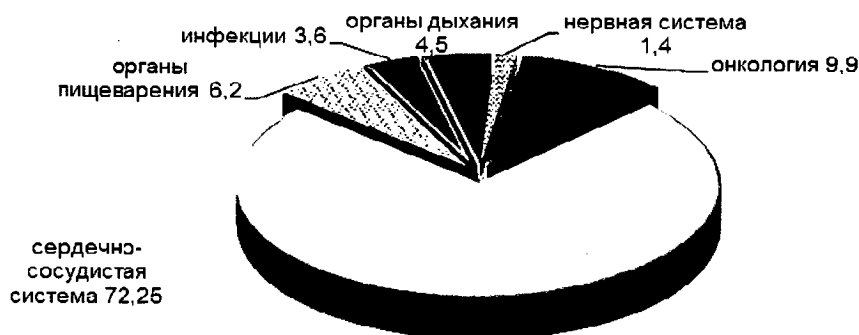


Рис. 46

Количество убийств, по которым проводилась экспертиза ГБУЗ СО «БСМЭ», в целом по области в 2016 году уменьшилось до 470 случаев (в 2015 году – 559 случаев). Число зафиксированных по данным ГБУЗ СО «БСМЭ» очевидных убийств по городу Екатеринбург в 2016 году составило 71 (в 2015 году – 90).

Число самоубийств, по которым в 2016 году в бюро проведена экспертиза, – 900, что меньше уровня 2015 года на 5,7% (954 случая).

Случаев смерти от отравлений, по данным бюро, зарегистрировано 1608 (в 2015 году – 1841, что на 12,7% меньше). По Екатеринбургу число смертельных отравлений в 2016 году составило 463, что на 6,1% меньше, чем в 2015 году (493 случая).

Из общего числа отравлений летальные интоксикации этанолом в 2016 году составили 804 случая, что на 22,2% меньше, чем в 2015 году (1034 случая). В городе Екатеринбурге количество случаев смертельных отравлений этанолом снизилось еще значительно – на 25,4% (197 случаев в 2016 году, 264 случая в 2015 году).

В 2016 году на 29% увеличилось количество случаев смертельных отравлений наркотическими средствами – 200 случаев (в 2015 году – 142 случая). В городе Екатеринбурге в 2016 году увеличение еще больше – на 36,5% (115 случаев летальных отравлений наркотическими веществами в 2016 году, 74 случая – в 2015 году).

Из медицинских организаций на судебно-медицинское исследование в подразделения бюро поступило в 2016 году 2043 трупа, или на 4,6% меньше, чем в 2015 году (2142 трупа). По Екатеринбургу количество трупов, поступивших на судебно-медицинское исследование в подразделения бюро из медицинских организаций в 2016 году, составило 876 (в 2015 году – 911, снижение на 3,8%).

В 2016 году судебно-медицинскими экспертами Свердловской области было выполнено 34 680 судебно-медицинских освидетельствований и экспертиз потерпевших, обвиняемых и других лиц. Количество их в целом по Свердловской области снизилось на 3,7% (в 2015 году – 35 938 судебно-медицинских освидетельствований и экспертиз). В Екатеринбурге снижение числа судебно-медицинских обращений граждан за 2016 год меньше, чем по Свердловской области в целом, на 0,52% (10 115 – в 2016 году, 10 161 – в 2015 году).

В 2016 году в отделе сложных (комиссионных) экспертиз ГБУЗ СО «БСМЭ» было проведено 509 экспертиз (в 2015 году – 525).

В структуре произведенных отделом первичных экспертиз в 2016 году, так же, как и в 2015 году, преобладают экспертизы по оценке качества оказания медицинской помощи –

230 (в 2015 году – 176), что составляет 45,2% от общего количества экспертиз (в 2015 году – 33,5%).

В 2016 году было проведено 159 клинико-анатомических конференций по судебно-медицинским случаям, что на 25% меньше, чем в 2015 году (211).

В 2016 году экспертами судебно-химического отделения бюро разрабатывались новые методики по обнаружению новых синтетических психоактивных веществ в биологических объектах (печень, почка и так далее), которые не исследуются в клинических лабораториях. Подобных методик еще не существует в Российской Федерации.

В 2016 году регулярно обновлялись базы масс-спектральных характеристик новых синтетических наркотических средств и психоактивных веществ, которые официально предоставлялись экспертами базовой экспертно-криминалистической службы Управления федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по Свердловской области, а также посредством применения и обновления электронной библиотеки масс-спектров SUDMED, что дало возможность обнаруживать эти вещества и их метаболиты в исследуемых биологических объектах и вещественных доказательствах.

В рамках Государственной программы выполнены все запланированные на 2016 год мероприятия. Проведено обучение 4 врачей – судебно-медицинских экспертов и 19 специалистов среднего медицинского персонала на цикле повышения квалификации.

### Судебно-психиатрическая экспертиза

В 2016 году судебно-психиатрическая экспертная деятельность в Свердловской области осуществлялась шестью лицензированными государственными судебно-психиатрическими экспертными отделениями:

амбулаторным отделением судебно-психиатрической экспертизы (далее – СПЭ) ГБУЗ СО «Областная психиатрическая больница», город Екатеринбург;

амбулаторным отделением СПЭ по уголовным делам ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница № 6», город Екатеринбург;

амбулаторным отделением СПЭ ГБУЗ СО «Областная психиатрическая больница № 7», город Нижний Тагил.

Объем экспертной деятельности в 2016 году составил 5692 экспертизы, что на 20,4% больше, чем в 2015 году (таблица 79). Почти в 2 раза увеличилось общее число экспертиз по гражданским делам (1222 экспертизы).

Таблица 79

### Динамика объемов судебно-психиатрической экспертной деятельности в Свердловской области

Номер строки	Годы	Всего СПЭ	Количество экспертиз							
			проведенных в стационаре		проведенных амбулаторно		посмертных		заочных	
			абсолютное число	процентов от общего числа экспертиз	абсолютное число	процентов от общего числа экспертиз	абсолютное число	процентов от общего числа экспертиз	абсолютное число	процентов от общего числа экспертиз
1.	2012	3503	391	11,1	2781	79,3	106	3	225	6,4
2.	2013	3645	440	12,1	2868	78,7	120	3,3	217	6
3.	2014	3857	559	14,5	2948	76,4	95	2,5	255	6,6
4.	2015	4727	681	14,4	3572	75,6	135	2,9	339	7,1
5.	2016	5692	699	12,3	4458	78,3	140	2,5	395	6,9

Из числа подследственных и подсудимых, в отношении которых проведена судебно-психиатрическая экспертиза (720 человек, 3790 экспертиз), количество невменяемых увеличилось на 18 человек (в 2015 году – 560 человек); число вменяемых – на 807, из них психически здоровых – на 608 (таблица 80).

Таблица 80

**Структура экспертных решений в отношении лиц, прошедших СПЭ по уголовным делам**

Номер строки	Характер экспертных решений	2014 год		2015 год		2016 год	
		абсолютное число	процентов от общего числа экспертиз	абсолютное число	процентов от общего числа экспертиз	абсолютное число	процентов от общего числа экспертиз
1.	Невменяемые	426	16,6	560	17,1	578	13,9
2.	Вменяемые	1857	72,2	2359	72,0	3166	75,9
3.	из них:						
	с психическими расстройствами	1113	43,3	1952	59,6	2136	51,2
4.	психически здоровые	354	13,8	120	3,7	728	17,5
5.	Нерешенные	290	11,2	407	12,4	427	10,2
6.	Всего подследственных	2573	100	358	10,9	4171	100

Из общего числа невменяемых (578 человек) 25,7% – больные с органическими психическими расстройствами (деменция, психоорганические синдромы, органические психозы), с шизофренией и другими неорганическими психозами – 57,1%, 12,8% – лица с выраженной умственной отсталостью и поведенческими нарушениями.

На фоне увеличения общего количества судебно-психиатрических экспертиз в 2016 году актуальной оставалась проблема долгих сроков ожидания производства экспертиз. В 2016 году количество назначаемых экспертиз увеличилось на 20% по отношению к 2015 году. Для сокращения сроков ожидания в очереди был проведен ряд мероприятий.

В 2015 году была начата активная работа по привлечению экспертов в службу, ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» были выделены дополнительные ставки судебно-психиатрических экспертов, 3 в 2015 году и 4 – в 2016 году.

В декабре 2016 года был осуществлен перевод отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница № 6» в состав ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница». При необходимости объем работы двух амбулаторных судебно-психиатрических экспертных подразделений может быть увеличен до 4000 экспертиз в год без дополнительного привлечения специалистов.

Проведена работа с целью получения лицензии на производство судебно-психиатрических экспертиз в городе Серове. В январе 2017 года лицензия получена. В зависимости от потребностей в производстве судебно-психиатрических экспертиз будет организована выездная форма работы.

На 2017–2018 годы запланирован комплекс мероприятий по обучению и повышению квалификации 23 судебно-психиатрических экспертов Свердловской области.

## **Глава 25. Скорая медицинская помощь. Медицинская эвакуация**

В 2016 году на территории Свердловской области функционировало 56 подразделений службы СМП, из них 8 самостоятельных станций и 48 отделений в учреждениях здравоохранения и муниципальных учреждениях здравоохранения, 3 отделения СМП ФМБА Российской Федерации (в городах Заречный, Новоуральск, Лесной). 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).

В суточном режиме в области работают 335,75 бригад, из них 246,75 фельдшерские (73,5%), 49,75 – врачебные общепрофильные бригады (14,8%), 38 – специализированные бригады (11,3%) (20 реанимационных, 12 педиатрических, 4 психиатрические, 1 выездная экстренная консультативная бригада). 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. Количество врачей по сравнению с 2015 годом уменьшилось на 15 человек. Число средних медицинских работников в службе СМП составляет 2819 человек, что на 106 человек больше, чем в 2015 году. Силы и средства службы СМП области представлены в таблице 81.

Таблица 81

### Количество бригад СМП в Свердловской области

(абсолютные значения)						
Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Всего бригад из них	358	355	339	330,7	335,75
2.	фельдшерских	240	237	238	236,7	246,75
3.	врачебных	59	60	57	51,5	49,75
4.	специализированных	59	58	44	42,4	38

С 2012 по 2016 год число бригад СМП уменьшилось на 23,5 в суточном исчислении за счет перевода их в бригады неотложной помощи. При этом снижается число врачебных бригад и увеличивается число фельдшерских бригад.

Средних медицинских работников в службе СМП работает 2819 человек, что на 106 человек больше, чем в 2015 году.

В 2016 году бригадами СМП Свердловской области выполнено 1 271 607 вызовов (таблицы 82 и 83).

Таблица 82

### Показатели объема деятельности и численности бригад СМП в Свердловской области

(абсолютные значения)					
Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Выполнено выездов	1 225 597	1 145 280	1 146 616	1 271 607
2.	из них безрезультатных выездов	74 706	76 850	74 436	77 422
3.	Количество выездов на 1000 человек	294,4	273,8	275,4	288,7
4.	Среднесуточная нагрузка на 1 выездную бригаду	10,4	10,2	10,3	10,3
5.	Отказано за необоснованностью вызова (вызовы переданы в амбулаторную службу)	61 201	40 766	36 891	53 051
6.	Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь амбулаторно и при выездах	1 277 135	1 185 053	1 186 569	1 194 185
7.	в том числе в амбулаторных условиях	38 135	25 918	21 025	17 851



Количество безрезультатных выездов увеличилось с 2015 года на 10 376 (с 6,3 до 6,5% от всех выполненных выездов).

В 2016 году службой СМП выполнено 241 164 выезда к детям (20,8% всех вызовов) и 920 042 – к взрослому населению (79,2%). Из выполненных вызовов к взрослому населению 13,9% составляли вызовы к мужчинам в возрасте 60 лет и старше, 34,9% – вызовы к женщинам в возрасте 55 лет и старше.

По сравнению с 2015 годом доля госпитализаций в стационар бригадами СМП повысилась с 31,6% в 2015 году до 34,6% в 2016 году (таблица 83).

В 2016 году, как и в предыдущие годы, наибольшее количество выездов выполнялось к пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (26,3%), на втором месте – выезды по поводу несчастных случаев и травм (8,8%), на третьем месте – неврологическая патология (8,0%).

Таблица 83

### Динамика структуры выездов бригад СМП

(в абсолютных значениях и процентах)

Номер строки	Структура выездов	2014 год		2015 год		2016 год	
		количество	про- центов	количество	про- центов	количество	про- центов
1.	Всего выездов из них:	1 148 388	100	1 146 616	100	1 161 206	100
2.	несчастных случаев	128 403	11,2	125 291	10,9	120 317	10,4
3.	внезапных заболеваний	903 576	78,7	908 363	79,2	925 123	79,7
4.	перевозок	95 459	8,3	88 274	7,6	90 014	7,7
5.	родов	20 950	1,8	24 688	2,1	25 752	2,2
6.	Всего госпитализаций	384 201	33,5	362 431	31,6	401 654	34,6

В 2016 году медицинская помощь оказана 5851 пациенту с острым и повторным инфарктом миокарда, из них 261 больному бригадами СМП был проведен тромболизис непосредственно на месте проживания пациента (4,5% от всех обслуженных пациентов с инфарктом миокарда) (в 2015 году – 300 пациентам, или 5% от всех пациентов с инфарктом миокарда). Уменьшение общего количества проведенных процедур связано с тем, что в крупных городах бригады СМП госпитализируют больных с инфарктом миокарда в период так называемого «терапевтического окна», когда наиболее эффективным методом ургентного лечения является проведение чрескожного коронарного вмешательства в условиях специализированного стационара, при котором введение тромболитических препаратов абсолютно противопоказано.

В 2016 году доля выездов бригад СМП со временем доезда до больного менее 20 минут составила 81,2%. Таким образом, показатель, установленный в «дорожной карте» (85,5%), улучшен, но не достигнут (таблица 84). В крупных городах (Екатеринбург, Нижний Тагил) это связано с загруженностью дорог, пробками и дефицитом бригад, в сельских территориях – с большим радиусом обслуживания и медицинской эвакуацией пациентов в ММЦ, расположенные далеко от места проживания пациента.

Количество автомобилей СМП в службе уменьшилось с 589 в 2015 году до 586 в 2016 году. В структуре парка санитарного автотранспорта 56,8% – это автомобили класса «А», 37,4% – класса «В», 5,8% – класса «С» (реанимобили). В 2016 году приобретен 51 автомобиль за счет средств федерального бюджета и 68 – за счет средств областного бюджета. На 2017 год запланирована поставка еще 24 автомобилей СМП, в том числе 3 – класса «С» и 21 – класса «В».

Помимо этого запланированы мероприятия по дооснащению машин табельным медицинским оборудованием, в том числе с привлечением средств нормированного страхового запаса и областного бюджета на сумму свыше 3,7 млн. рублей.

Таблица 84

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

Номер строки	Количество санитарных заданий	Доля вызовов со временем доезда менее 20 минут в общем числе вызовов (процентов)		
		2014 год	2015 год	2016 год
1.	Всего вызовов	81,0	81,1	81,2
2.	из них вызовов на дорожно-транспортное происшествие	90,5	91,8	92,1

Все учреждения СМП Свердловской области оснащены программным комплексом автоматизации диспетчерской службы «АДИС» и навигационной системой ГЛОНАСС.

В 2017 году с целью обеспечения исполнения требований по организации 20-минутной транспортной доступности бригад СМП Министерством здравоохранения Свердловской области запланированы мероприятия по созданию единой информационной системы службы СМП, которая позволит организовать качественно новый уровень взаимодействия при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. На эти цели выделены средства областного бюджета на сумму 5 млн. 814 тыс. рублей.

**Скорая специализированная медицинская помощь**

Скорая специализированная медицинская помощь оказывается силами ГБУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф» (далее – ТЦМК).

Работа ТЦМК осуществляется по двум основным направлениям: оказание экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

В ТЦМК круглосуточно оказывают помощь 7 бригад экстренной консультативной помощи, в том числе 2 бригады – в филиалах центра 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 2016 году зарегистрировано 86 ЧС (в 2015 году – 53), число пострадавших по сравнению с 2015 годом увеличилось на 197 человек, или на 65,6%, и составило 592 человека. Количество дорожно-транспортных происшествий увеличилось на 61,3% (с 31 в 2015 году до 50 в 2016 году), число пострадавших в них составило 255 человек (в 2015 году – 94 человека). К пострадавшим было выполнено 35 вылетов специализированных бригад средствами санитарной авиации.

В 2016 году специалисты ТЦМК прооперировали на месте (в стационаре по месту госпитализации) в экстренном порядке 518 больных, транспортированы для проведения специализированного лечения на более высокий уровень оказания медицинской помощи 1428 больных.

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.

В настоящее время 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.

За 2014–2016 годы в Свердловской области вблизи медицинских организаций было построено 9 сортировочно-эвакуационных площадок с возможностью посадки санавтотранспорта. В планах Министерства здравоохранения Свердловской области до 2020 года – строительство еще 10 площадок при медицинских организациях и двух вертодромов на базе главного здания ТЦМК и его филиала в городе Карпинске.

## **Глава 26. 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. На этом уровне решается до 80% всех медицинских проблем пациента. Первичная медико-санитарная помощь представлена доврачебной и первичной врачебной, а также первичной специализированной медицинской помощью.

В состав медицинских организаций первого уровня, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, входят 1608 терапевтических участков, 562 ФАП (в том числе 8 передвижных ФАП), 283 ОВП, 20 врачебных амбулаторий в составе учреждений здравоохранения.

В дополнение к ФАП и ОВП в удаленных населенных пунктах с численностью населения до 100 человек организуются домовые хозяйства, оснащенные аптечкой; аптечки пополняются за счет ближайших учреждений здравоохранения. Все жители, в чьих домах находится аптечка, прошли обучение навыкам оказания первой помощи на базе ТЦМК либо в медицинских организациях. На 01.01.2017 в Свердловской области организовано 196 таких хозяйств; до 2020 года планируется организация еще 50 домовых хозяйств. В 2015 году на базе домовых хозяйств первая помощь оказана 1241 человеку (в 2015 году – 1108 человекам).

Одной из главных целей организации первичной медицинской помощи является обеспечение ее доступности для населения. Для ее достижения предпринят целый ряд организационных мер. Так, для сокращения очередей на прием к участковому врачу-терапевту в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 19.10.2012 № 1192-п «Об организации кабинетов доврачебного приема для граждан, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами за счет средств федерального и областного бюджетов» в поликлиниках организованы кабинеты доврачебной медицинской помощи по обеспечению отдельных категорий граждан рецептами на льготные лекарственные средства. Там получают рецепты пациенты, не нуждающиеся в изменении схем лекарственной терапии, вне обострения заболеваний.

В 2016 году такие кабинеты действовали в 83 медицинских организациях. Доля рецептов, выписанных в кабинетах доврачебного приема граждан, по федеральной программе лекарственного обеспечения в среднем составила в 2016 году 33,2%, что выше уровня 2015 года (30,5%) на 2,7%, по областной программе «Доступные лекарства» (постановление 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») – 35,5% в 2016 году, что выше показателей 2015 года (34,4%) на 1,1%.

С целью выработки эффективных мер по снижению нагрузки на участкового врача с 2014 года реализуется пилотный проект по перераспределению функций между участковым врачом и средним медицинским персоналом, пересмотру функциональных обязанностей медицинского и немедицинского персонала. Активное участие фельдшера или медицинской сестры с самостоятельным доврачебным приемом в оказании первичной медико-санитарной помощи позволяет увеличить объем медицинской помощи прикрепленному населению.

В 2014 году в рамках пилотного проекта начали организовываться комплексные врачебно-фельдшерские бригады. В 2016 году они существовали в 18 муниципальных образованиях и обслуживали 128 909 человек, в бригадах работали 22 врача, 65 фельдшеров и 74 медицинские сестры. Численность прикрепленного населения на 1 штатную единицу (врач/фельдшер) в среднем составила 1482 человека. В 2016 году в пилотных территориях был отмечен рост посещений на 18%, повышение охвата флюорографическими исследованиями – на 29%, на 80% выросло число посещений по поводу заболеваний, на 88% – число посещений на дому, на 18% – охват диспансеризацией определенных групп населения, на 40% – количество флюорографических исследований лиц из групп риска.

В соответствии с Территориальной программой в 2016 году во всех медицинских организациях, имеющих прикрепленное население, оказывалась неотложная медицинская помощь. Объем неотложных посещений составил 1 404 184, или 56,4% от годового плана, что ниже уровня 2015 года (1 452 060 или 64%).

Оказание неотложной медицинской помощи на территории Свердловской области в амбулаторно-поликлинических условиях организовано в соответствии с 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 поликлиники, 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 поликлиники.

С целью обеспечения организационно-методического сопровождения и оценки деятельности медицинских организаций издан приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 07.12.2016 № 2261-п «Об организации мониторинга оказания населению Свердловской области неотложной медицинской помощи». Показатели оказания экстренной СМП внесены в проект Территориальной программы на 2017 год.

С целью обеспечения доступности специализированной врачебной помощи сельскому населению организована работа 136 мобильных медицинских бригад, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и первичную специализированную медицинскую помощь. В 2016 году сделано 1319 выездов, осмотрено 62 754 человека. В 2016 году по сравнению с 2015 годом объемы выездных форм медицинского обследования населения (многофункциональных медицинских комплексов, передвижных флюорографов и маммографов) выросли на 10,8%, количество осмотренных лиц увеличилось на 8,3%. Расширено применение дистанционных технологий (телемедицинских консультаций, передачи данных телеЭКГ, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, датчиков внутричерепного давления). За 2016 год количество консультаций с применением телемедицинских технологий выросло почти на 50%, проведено 20 003 телемедицинских консультации. В среднем количество консультаций составило 1818 в месяц.

Порядок проведения медицинских осмотров населения на отдаленных территориях Свердловской области определен приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 16.06.2014 № 767-п «Об организации выездной работы мобильных лечебно-профилактических модулей МЛПМ «Диагностика» на территории Свердловской области в 2014 году». В 2016 году мобильными лечебно-профилактическими модулями «Диагностика» было сделано 57 выездов в удаленные территории Свердловской области, осмотрены более 2,5 тыс. человек.

На территории Свердловской области функционируют 4 передвижных маммографических и 22 флюорографических аппарата для обеспечения населения доступным скринингом органов грудной клетки. Обследованы 8020 и 256 580 человек соответственно.

Для приближения первичной медицинской помощи к жителям малонаселенных отдаленных территорий функционируют передвижные ФАП, которые приобретаются для

учреждений здравоохранения в случае соблюдения ряда условий: наличие в планируемой зоне обслуживания нескольких населенных пунктов (3–5) с численностью проживающих в них человек менее 200, расстояние между указанными населенными пунктами не более 30–40 км, расстояние до ближайшего учреждения здравоохранения более 20 км или резко затруднено транспортное сообщение.

Передвижной консультативно-диагностический эндокринологический модуль «Диамобиль» выезжал в 2016 году в города Камышлов, Богданович, Североуральск, Карпинск, Волчанск, Красноуфимск, рабочие поселки Арти, Ачит, Шаля, Белоярский, село Косулино и прикрепленные к ним сельские территории. За 2016 год в модуле «Диамобиль» обследованы 1000 больных сахарным диабетом. Всем пациентам был проведен скрининг на осложнения сахарного диабета: осмотр глазного дна врачом-офтальмологом, осмотр врачом-хирургом в кабинете «Диабетическая стопа», осмотр врачом-кардиологом и врачом-эндокринологом, проведены лабораторные анализы.

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 2016 году диспансеризацией были охвачены 673 984 человека, что составляет 90% от плана на 2016 год (751 129 человек).

При проведении диспансеризации впервые выявлено 140 232 случая хронических неинфекционных заболеваний. Наиболее часто выявлялись следующие заболевания: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 52 350 человек, что составило 7,8% от числа лиц, прошедших диспансеризацию, в том числе сахарный диабет – 4504 человека (0,7%); БСК (болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания) – 35 718 человек (5,3%); болезни органов пищеварения – 12 630 человек (1,9%); болезни мочеполовой системы – 10 971 человек (1,6%); болезни органов дыхания – 3806 человек (0,6%); ЗН – 969 человек (0,1%).

Высокий и очень высокий риск тяжелых сердечно-сосудистых осложнений установлен у 137 826 человек из числа полностью завершивших диспансеризацию (20,4%). По результатам диспансеризации взяты на диспансерное наблюдение более 186 тыс. жителей Свердловской области. В структуре заболеваний, с которыми пациенты поставлены на учет, наибольший удельный вес приходится на БСК – 52,7%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 18,9% (в том числе с сахарным диабетом – 6,2%), органов пищеварения – 7,5%, мочеполовой системы – 4,8%, органов дыхания – 4,5%, ЗН – 1%.

Доля лиц, которым по результатам диспансеризации назначено лечение, составила 28,8%. Направлены на дополнительное диагностическое исследование 4,7% обследованных, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи – 0,2% граждан.

С целью улучшения качества проведения диспансеризации в 2016 году получила активное развитие технология обучения специалистов в установленном режиме с использованием телемедицинских технологий. При обучении применялась методика проведения мастер-класса для отработки практических навыков при диспансеризации взрослого населения, включающая разбор клинических задач. Подготовлены и тиражированы информационные материалы для специалистов «Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Алгоритмы диспансерного наблюдения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями». Работает система аудита деятельности учреждений здравоохранения по организации диспансеризации.

Проведенные мероприятия способствовали повышению качества диспансеризации: число лиц, направленных на второй этап диспансеризации, возросло по сравнению с 2015 годом на 20%, число лиц, у которых заболевания выявлены впервые, – на 19%.

Служба медицинской профилактики в Свердловской области представлена ГБУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики», городским центром медицинской профилактики в городе Екатеринбурге; в учреждениях здравоохранения и муниципальных учреждениях здравоохранения работают 49 отделений и 51 кабинет медицинской профилактики, 25 центров здоровья (19 – для взрослого населения и 6 – для детей).

В 2016 году в Центрах здоровья Свердловской области зарегистрировано более 233 тыс. посещений. Создается и 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 2016 году в учреждениях здравоохранения работало 1519 школ, проведено 12 099 циклов, на которых обучено более 164 тыс. пациентов.

В 2016 году внедрена новая технология – выездные школы здоровья для рабочих промышленных предприятий области. В рамках совместного проекта с еженедельником «Аргументы и факты» «Здоровая страна – мобильная профилактика» проведены выездные школы здоровья по профилактике БСК и заболеваний опорно-двигательного аппарата, мастер-классы по северной ходьбе для работников ООО «Староцементный завод», ООО «Стройпрогресс» в городе Сухой Лог, ООО «ВИЗ-Сталь», ОАО «Уральский завод резиновых технических изделий» в городе Екатеринбурге.

Большое внимание уделялось вопросам ограничения потребления табака. В 2016 году в учреждениях здравоохранения работало 84 школы для желающих бросить курить, в них бесплатно получили помощь по отказу от курения около 4 тыс. человек.

Во исполнение поручения Губернатора Свердловской области Министерством здравоохранения Свердловской области реализуется комплексная программа «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», в рамках которой население информировалось о факторах риска хронических неинфекционных заболеваний, проводился мониторинг распространенности факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди населения Свердловской области, проведено обучение медицинских работников первичного звена здравоохранения.

С целью профилактики БСК в 2016 году активно использовались возможности информационно-коммуникационной сети «Интернет» для прямого обращения к целевой аудитории группы риска по инсульту. Более 447 тыс. пользователей социальной сети «Одноклассники» и 680 тыс. пользователей сети «ВКонтакте» были проинформированы о признаках инсульта и действий при нем.

В рамках реализации комплексной программы Свердловской области «Старшее поколение» на 2014–2018 годы, утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 12.03.2014 № 167-ПП «Об утверждении комплексной программы Свердловской области «Старшее поколение» на 2014–2018 годы», в 2016 году созданы информационные программы, адаптированные для пожилых пациентов, постоянно действующие рубрики в СМИ «Проблемы здоровья пожилых», «Активное долголетие». Организованы радиопередачи с участием врачей – 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 52 учреждениях здравоохранения. В 2016 году в них обучены более 4 тыс. человек, а за период с 2013 по 2016 год – более 9,5 тыс. человек.

В рамках празднования Дня пенсионера учреждениями здравоохранения организовано 450 массовых профилактических акций под лозунгом «Возраст – здоровью не помеха!»,

викторины «Старость меня дома не застанет», мастер-классы по измерению артериального давления, обращению с глюкометром, оказанию первой помощи при жизнеугрожающих состояниях. В данных мероприятиях приняли участие более 35 тыс. человек.

В 2016 году в городе Екатеринбурге состоялись 2 широкомасштабных форума: VIII Уральский конгресс по здоровому образу жизни и Российский национальный конгресс кардиологов.

В рамках VIII Уральского конгресса по здоровому образу жизни состоялись выставка «Урал – территория здоровья», круглый стол «Бизнес и общество. Кто отвечает за здоровье гражданина?», массовая акция профилактической направленности «Жить, побеждая диабет!», которую поддержала председатель комиссии Общественной палаты Московской области по развитию спорта, туризма и формированию здорового образа жизни, многократная чемпионка Европы и мира, двукратный призер Олимпийских игр по фигурному катанию И.Э. Слуцкая, ставшее традиционным шествие «3000 шагов к здоровью», II Международный конкурс студенческих работ «Развитие технологий здоровьесбережения в современном обществе». Всего в работе Конгресса приняли участие 465 человек из 10 субъектов Российской Федерации.

В рамках Российского национального конгресса кардиологов кроме научной части организованы и проведены массовые профилактические мероприятия. Накануне открытия конгресса состоялось шествие «Марш к здоровому сердцу». В нем приняли участие более 2000 человек. В рамках конгресса работал мобильный комплекс «Кардиоавтобус», в котором проводился скрининг на выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. За 4 дня работы конгресса обследование прошли около 500 горожан и делегатов съезда.

Все большую популярность у населения приобретают массовые акции профилактической направленности, направленные на повышение мотивирования населения к ведению здорового образа жизни. В 2016 году в Свердловской области проведено 5664 массовые акции профилактической направленности, в которых приняли участие 779 642 человека. Массовые акции были организованы в поддержку инициатив ВОЗ в рамках проведения Всемирного дня здоровья, Недели здорового 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 целях первичной профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни среди детей и подростков значительное внимание уделяется развитию волонтерского движения. Продолжается реализация профилактической программы для молодежи «Сохранение и укрепление здоровья подростков». В настоящее время программа реализуется на территории 51 муниципального образования. В число участников Ассоциации волонтерских отрядов входит 295 общеобразовательных учреждений и учреждений среднего профессионального образования. В Ассоциации работают более 7,5 тыс. волонтеров.

## **Глава 27. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь**

Специализированная медицинская помощь в Свердловской области оказывается гражданам при заболеваниях, требующих применения специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий, врачами-специалистами в организациях здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности, в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Специализированная медицинская помощь оказывается в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и в муниципальных учреждениях здравоохранения. Кроме того, специализированную медицинскую помощь оказывают учреждения социально значимых служб по профилям «психиатрия», «наркология», «туберкулез», «инфекции, передаваемые половым путем», «ВИЧ-инфекция». Многопрофильными учреждениями здравоохранения, оказывающими специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую

помощь, являются ГБУЗ СО «СОКБ № 1», ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн», ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «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 частной форм собственности, работающие в рамках Территориальной программы. Специализированная помощь в Свердловской области оказывается по 58 профилям медицинских специальностей.

Виды, объемы и стандарты специализированной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, установлены Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Свердловской области.

В 2016 году в целях рационального использования имеющихся кадровых и лечебно-диагностических ресурсов организаций здравоохранения, для повышения доступности и качества медицинской помощи продолжилась оптимизация коечного фонда (его перераспределение между медицинскими организациями по трем уровням оказания медицинской помощи) с развитием стационарзамещающих технологий. Динамика коечного фонда и мест дневного стационара представлена в таблице 85. В течение 2016 года в системе областного и муниципального здравоохранения сокращены 486 коек.

Таблица 85

#### Динамика коечного фонда и мест дневного стационара

(абсолютные число)			
Номер строки	Год	Количество коек круглосуточных стационаров	Количество пациенто-мест дневных стационаров
1.	2009	40 535	8731
2.	2010	39 106	8033
3.	2011	38 140	8238
4.	2012	37 126	8348
5.	2013	35 355	8852
6.	2014	32 624	9629
7.	2015	31 627	9476
8.	2016	31 141	8696

Стационарные отделения сохранены в труднодоступных и отдаленных от ММЦ территориях. Сокращение коечного фонда стационарных отделений проводилось в случае недостаточной занятости коек, наличия в зоне доступности населенных пунктов других стационарных отделений учреждений здравоохранения, регулярного транспортного сообщения (таблица 86). Количество мест в дневных стационарах увеличилось на 247.

Частью специализированной медицинской помощи является высокотехнологичная – диагностические и лечебные процедуры (манипуляции, операции), проводимые с использованием высоких медицинских технологий. Под определение ВМП подпадает порядка 1500 видов операций, процедур, схем лечения. Перечень видов ВМП утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».



## Динамика коечного фонда по терапевтическим профилям за 2011–2016 годы

Номер строки	Профиль коек	(абсолютное число)				
		2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
1.	Общеперепевтические	3717	3457	3300	2710	2674
2.	Кардиологические	1948	1890	1790	1676	1635
3.	Гастроэнтерологические	465	465	431	274	362
4.	Аллергологические	18	1	1	1	6
5.	Эндокринологические	214	199	199	189	194
6.	Гематологические	93	93	108	112	112
7.	Нефрологические	221	205	215	205	205
8.	Неврологические	2313	2322	2147	1791	1751
9.	Ревматологические	140	140	144	79	79
10.	Пульмонологические	405	402	402	357	404
11.	Всего	9534	9174	8737	7394	7422

Жители Свердловской области получают ВМП:

за счет средств федерального бюджета (в федеральных государственных бюджетных организациях);

за счет средств областного бюджета и софинансирования из федерального бюджета (в учреждениях здравоохранения);

за счет средств областного бюджета (в учреждениях здравоохранения, а также в других медицинских организациях по результатам проведенных аукционов);

за счет средств ОМС (во всех организациях здравоохранения, реализующих территориальную программу ОМС в соответствии с утвержденными объемами ВМП).

Порядок организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи регламентирован приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» и приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 08.05.2015 № 619-п «О Порядке направления пациентов, проживающих на территории Свердловской области, в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи».

Для расширения доступности новых видов ВМП для жителей Свердловской области в учреждениях здравоохранения предпринимаются организационные меры, устанавливаются профессиональные связи с клиниками других регионов Российской Федерации, федеральными медицинскими НИИ. Так, ГБУЗ СО «СОКБ № 1» заключены договоры с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» о совместной деятельности. В рамках Ассоциации главных врачей Уральского региона создан единый регистр реципиентов почки. Планируется развитие сплит-трансплантации печени у взрослых, трансплантации печени у детей, создание регистра и развитие трансплантации костного мозга от неродственных доноров.

Центр сердца и сосудов ГБУЗ СО «СОКБ № 1» по объемам всех видов кардиохирургической помощи входит в первую пятерку лучших кардиохирургических центров

России. В Центре выполняются операции по трансплантации сердца, освоены эндоваскулярные операции протезирования аорты и гибридные операции у детей, сложные реконструктивные операции на сердце и сосудах, ресинхронизирующие операции с имплантацией электрокардиостимулятора у больных с тяжелой сердечной недостаточностью, имплантацией электрокардиостимулятора с удаленным мониторингом, интракатетерная трансплантация аортального клапана, денервация почечных сосудов у больных с рефрактерной медикаментозной гипертонией, имплантация стентграфтов у больных с аневризмами аорты, операции аортокоронарного шунтирования на работающем сердце и в условиях вспомогательного кровообращения у больных с низкой сократительной функцией миокарда, клапаносохраняющие операции на аортальном клапане.

Технологии ВМП по сердечно-сосудистой хирургии (стентирование и установка электрокардиостимуляторов) внедрены в ММЦ Южного, Северного и Восточного управленческих округов Свердловской области. Стентирование и установка электрокардиостимуляторов проводится в городах Ирбите, Каменске-Уральском, Краснотурьинске, Нижний Тагил, Екатеринбурге (ГБУЗ СО «СОКБ № 1», ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», ООО Медицинское объединение «Новая больница»). В 2016 году внедрены 67 новых технологий в сердечно-сосудистой хирургии.

Приоритетным направлением неврологической службы является оказание помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ишемический инсульт) выполняются процедуры внутривенного тромболитика. В 2016 году на базе ГБУЗ «СОКБ № 1» и МАУ «ГКБ № 40» начато выполнение операций тромбэкстракции.

## **Глава 28. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, в том числе детей**

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).

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. Последнее позволило активно привлекать к оказанию медицинской помощи больным по профилю «медицинская реабилитация» частные медицинские организации, количество которых возросло в 2016 году до трех. Всего в 2016 году в Свердловской области 15 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 5 учреждений здравоохранения реабилитационного профиля: ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Озеро Чусовское», ГАУЗ СО «Областная специализированная больница медицинской реабилитации «Маян», ГАУЗ СО «Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Санаторий Руш», ГАУЗ СО «Областная специализированная больница восстановительного лечения «Липовка», ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум». Кроме того, реабилитационную помощь в 2016 году оказывали ГБУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский», ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск», ООО «Клиника

Павлова», ООО «Уральский клинический лечебно-реабилитационный центр», ООО «КИМ», МАУЗ «Центральная городская больница № 3» города Екатеринбурга, МБУ «Центральная городская клиническая больница № 6», ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 121» ФМБА России. Всего в Свердловской области развернуто 523 реабилитационных койки круглосуточного стационара (в том числе 100 детских) в учреждениях здравоохранения, 190 коек (в том числе 40 детских) – в муниципальных медицинских учреждениях, 35 коек – на условиях государственно-частного партнерства (ООО «КИМ»); кроме того, функционирует 51 реабилитационная койка дневного стационара (13 взрослых и 38 детских).

В 2016 году в реабилитационных отделениях и в медицинских организациях реабилитационного профиля пролечены около 13 тыс. человек (в 2015 году – 12 184).

Важным звеном реабилитации являются санаторно-курортные организации. Сеть функционирующих санаторно-курортных организаций Свердловской области в 2016 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 2016 году направлены на санаторно-курортное лечение 1257 больных с хроническим туберкулезом, 115 пострадавших от радиационного воздействия.

Вопрос обеспечения инвалидов и других льготных категорий граждан санаторно-курортной помощью за счет средств федерального бюджета относится к компетенции Фонда социального страхования Российской Федерации. В 2016 году в санаторно-курортные организации за счет средств социального страхования были направлены 7 тыс. человек.

Реабилитационная помощь детям по основным профилям на территории Свердловской области оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 15.09.2015 № 1356-п «Об организации медицинской реабилитации детям и подросткам на территории Свердловской области». Данным приказом определен порядок оказания реабилитационной помощи на территории Свердловской области в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям, установлена система отбора пациентов для проведения реабилитации в медицинские организации 2 и 3 уровня.

В рамках оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения получили физиотерапевтическое лечение, процедуры лечебной физкультуры, рефлексотерапии, логопедическую коррекцию около 340 тыс. детей.

Специализированную медицинскую помощь в 2016 году по профилю «медицинская реабилитация» получили дети, страдающие хроническими заболеваниями, на базе ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум», ГАУЗ СО «Специализированная больница восстановительного лечения «Липовка», ГАУЗ СО Центр восстановительной медицины и реабилитации «Санаторий «Руш», загородного отделения «Балтым» ГБУЗ СО «ОДКБ № 1».

ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» оказывает медицинскую реабилитационную помощь детям с врожденной и приобретенной патологией нервной системы и опорно-двигательного аппарата, нарушением органов зрения и слухоречевого аппарата.

Ежегодно в период летней оздоровительной кампании по итогам проведения открытых аукционов санаторно-курортные услуги оказываются детям с хронической патологией на базе санаторно-курортных организаций Свердловской области и за ее пределами. В летний период 2015 года были оздоровлены 94 498 детей на базе санаториев и санаториев-профилакториев.

Санаторно-курортная помощь оказывалась на базе ГУП СО «Санаторий «Обуховский». Кроме того, по направлению Министерства здравоохранения Свердловской области в федеральных детских санаториях, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, получили санаторно-курортное лечение 200 детей с хронической патологией.

## **Глава 29. Паллиативная помощь, в том числе детям**

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

В амбулаторных условиях паллиативная медицинская помощь оказывается в 70 кабинетах паллиативной медицинской помощи, в том числе силами специалистов кабинетов на дому.

Отделения паллиативной медицинской помощи круглосуточного пребывания организованы в 8 учреждениях здравоохранения: ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» (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), ГБУЗ СО «Краснотурьинская городская больница» (15 коек).

В июне 2016 года было завершено лицензирование и открыт корпус паллиативной медицинской помощи МБУ «Центральная городская больница № 2 им. А.А. Миславского» (город Екатеринбург) мощностью 30 коек круглосуточного стационара. Также коечные мощности для оказания паллиативной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета были выделены в 2016 году в ФГБУЗ «ЦМСЧ № 91» ФМБА (город Новоуральск), ФГБУЗ «ЦМСЧ № 31» ФМБА (город Лесной), ФГБУЗ «ЦМСЧ № 32» ФМБА (город Заречный) и ФГБУЗ «ЦМСЧ № 121» ФМБА (город Нижняя Салда). Таким образом, общая коечная мощность паллиативных отделений медицинских организаций Свердловской области увеличилась с 40 коек в 2013 году до 260 коек в 2016 году, то есть в 6,5 раза.

В 2016 году в связи с поступлением инструктивных писем Министерства здравоохранения Российской Федерации перепрофилированы в паллиативные койки круглосуточного стационара по профилю «инфекционные болезни» на базе инфекционных отделений ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница» и ГБУЗ СО «Городская инфекционная больница город Нижний Тагил» для организации оказания паллиативной медицинской помощи больным в терминальной стадии ВИЧ-инфекции.

Назначение и выписка лекарственных препаратов паллиативным больным осуществляется 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 подготовлены 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».

В Свердловской области продолжается становление паллиативной помощи детям. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 02.03.2012 № 180-п «Об организации отделения выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями» действует выездная детская хосписная служба в составе двух бригад на базе ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» и кабинет паллиативной помощи в поликлинике ГБУЗ СО «Детская городская больница город Первоуральск». В состав каждой выездной бригады входят врач-педиатр, невролог, медицинские сестры по уходу за детьми, медицинские сестры по лечебному массажу, специалисты по социальной работе, клинический психолог.

Специалистами отделения выездной консультативной помощи сформирован регистр детей с паллиативными состояниями, организованы выезды к этим пациентам на дом, оказывается социальная и психологическая поддержка семьям. Специалисты выездных бригад осуществляют первичные и повторные осмотры детей на дому, составляют планы обследований и консультаций врачами-специалистами, обучают навыкам медицинского ухода за детьми-инвалидами в домашних условиях. На динамическом наблюдении в службе детской паллиативной помощи состоят 212 детей, из них 152 – в ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» и 60 детей – в ГБУЗ СО «Детская городская больница город Первоуральск».

Ежегодно осуществляется более 3000 выездов на дом к семьям, воспитывающим детей-инвалидов с паллиативными состояниями (таблица 87). Под наблюдением специалистов паллиативной помощи в 2015 году находились 149 семей, в 2016 году – 167. Всего за время существования службы паллиативной помощи детям получили консультации специалистов паллиативной помощи (педиатра, нутрициолога, невролога, клинического психолога, специалиста по социальной работе, медицинских сестер) 388 семей.

Таблица 87

#### Количество посещений специалистами на дому в 2013–2016 годах

Номер строки	Год	Количество выездов по плану	Фактическое количество выездов
1.	2013	2950	3089
2.	2014	2750	2765
3.	2015	3380	3481
4.	2016	3380	3380

Для сопровождения детей с паллиативными состояниями, проживающих в отдаленных территориях Свердловской области, используется технология телемедицинского консультирования, в 2016 году проведено 64 таких телемедицинских консультации. Создан регистр детей с паллиативными состояниями в Свердловской области. В настоящее время в нем состоят 630 детей.

С 2013 года специалистами паллиативной помощи осуществляется сопровождение детей, находящихся на инвазивной искусственной вентиляции легких в домашних условиях. В настоящее время паллиативная служба сопровождает пятерых детей на аппарате искусственной вентиляции легких.

Отделение выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» в своей деятельности взаимодействует с благотворительными фондами: фондом Ройзмана (Екатеринбург), фондом развития паллиативной помощи детям «За детскую

улыбку» (Екатеринбург), фондами «Детский паллиатив» (Москва), «Вера» (Москва), «Подари жизнь» (Москва), «Дети России» (Москва), «Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи», волонтерской организацией «Редкие друзья».

В медицинских организациях Свердловской области внедрены в работу «Клинические рекомендации по фармакотерапии персистирующей боли у детей и подростков» и методические рекомендации «Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи».

На цикле повышения квалификации «Паллиативная помощь в педиатрии», состоявшемся в ФГБОУ ВО УГМУ, проводились лекции и практические занятия по оценке и алгоритму ведения болевого синдрома у детей, методам и принципам обезболивания, правилам выписки наркотических лекарственных средств.

С 2013 года ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» проводит обучение на цикле повышения квалификации для медицинских сестер «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела». Ежегодно 25–27 медицинских сестер получают сертификаты по паллиативной помощи.

С 2013 года ежегодно проводится образовательная конференция для главных медицинских сестер Свердловской области с разделом «Организация паллиативной помощи детям в Свердловской области. Междисциплинарный подход при оказании паллиативной помощи детям на дому». С 2014 года проводится ежегодный образовательный семинар для медицинских сестер Свердловской области с разделом «Междисциплинарный подход в оказании паллиативной помощи детям-инвалидам на дому», с 2015 года – углубленный семинар для специалистов, оказывающих паллиативную помощь.

В 2016 году проведен Первый образовательный паллиативный медицинский форум в УрФО.

С 2016 года на образовательном цикле повышение квалификации «Паллиативная помощь в педиатрии» (72 часа) для педиатров и врачей ОВП на базе ФГБОУ ВО УГМУ прошли обучение 68 врачей (педиатров, неврологов, анестезиологов-реаниматологов).

В планах развития детской паллиативной службы на 2017 год: получение лицензии на оказание медицинской помощи по профилю «паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях» в учреждениях здравоохранения; открытие детского хосписа на 28 коек на базе ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», что будет способствовать достижению целевого показателя обеспеченности стационарными койками для детей с паллиативными состояниями, заключение договора с благотворительным фондом «Линия жизни» на обеспечение детей, находящихся на длительной респираторной поддержке в домашних условиях, аппаратами искусственной вентиляции легких, оборудованием и расходными материалами.

## **Раздел 5. Информатизация системы здравоохранения в 2016 году и перспективы на 2017–2019 годы**

Информатизация здравоохранения Свердловской области в 2016 году оставалась одним из ключевых направлений работы Министерства здравоохранения Свердловской области. Усилия были направлены на внедрение Региональной медицинской информационной системы (далее – РМИС), которая является ядром регионального фрагмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Свердловской области (далее – региональный фрагмент ЕГИСЗ СО) и телемедицины. В 2016 году к РМИС подключены все медицинские организации Свердловской области (в 2015 году – 133, или 94%). Автоматизация процесса сбора, обработки и учета медицинской информации о пациентах способствует формированию единой базы данных историй болезни и влияет на скорость принятия врачебных решений при обращении пациента в любую медицинскую организацию Свердловской области.

Предоставление государственной услуги «Прием заявок (запись) на прием к врачу в электронном виде» в учреждениях здравоохранения обеспечивает региональный портал для

пациентов «www.registratura96.ru» (далее – портал). За 2016 год 6 785 279 пациентов были записаны на прием к врачу с использованием портала, из них 1 556 491 записались самостоятельно через портал, контакт-центр Министерства здравоохранения Свердловской области, информационные киоски больниц, Единый портал государственных и муниципальных услуг Российской Федерации «gosuslugi.ru».

В муниципальных учреждениях здравоохранения предоставление государственной услуги «Прием заявок (запись) на прием к врачу в электронном виде» обеспечивает официальный портал «екатеринбург.рф». В настоящее время 21 муниципальное учреждение здравоохранения публикует свои расписания на портале для пациентов «Онлайн регистратура Екатеринбурга».

Для оценки эффективности реализованного регионального фрагмента ЕГИСЗ СО и построения планов по его развитию в 2016 году Министерство здравоохранения Свердловской области провело аудит используемых медицинскими организациями программных продуктов. На основании приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.07.2016 № 1123-п «О создании Комиссии по оценке функциональных возможностей Региональной медицинской информационной системы Свердловской области» создана Комиссия по оценке функциональных возможностей программных сервисов Региональной медицинской информационной системы и развитию информатизации в здравоохранении Свердловской области.

По результатам проведенного Комиссией обследования текущего состояния информатизации здравоохранения региона, схем реализации регионального фрагмента ЕГИСЗ других регионов Российской Федерации, локальных и региональных медицинских систем Министерством здравоохранения Свердловской области принято решение изменить действующую схему реализации регионального фрагмента ЕГИСЗ СО и реализовать вариант двухуровневой информатизации:

1 уровень – региональный, включающий интеграционную шину региона, региональные специализированные системы. Его основные задачи: поддержка информационного взаимодействия между исполнительными органами государственной власти Свердловской области, субъектами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; обеспечение оперативного взаимодействия с медицинскими информационными системами медицинских организаций и федеральными системами и сервисами; обеспечение оперативного получения и всестороннего анализа статистической, в том числе медицинской, информации; анализ качества оказания медицинской помощи; информационно-аналитическая поддержка разработки и реализации мероприятий по развитию и модернизации системы здравоохранения Свердловской области, профилактике заболеваний, лекарственному обеспечению и другим вопросам в области охраны здоровья граждан.

В 2016 году заключен государственный контракт на оказание услуг по созданию Региональной интеграционной шины для медицинских информационных систем Свердловской области.

2 уровень информатизации действует в медицинских организациях. Он включает региональную медицинскую информационную систему и локальные медицинские системы (в том числе централизованные). Основные задачи этого уровня: информационная поддержка процесса оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, включая ведение электронной медицинской карты пациента, медико-технологических процессов в рамках медицинской организации; информационная поддержка процессов взаимодействия с пациентами, включая выдачу пациенту электронных копий медицинских документов; информационное взаимодействие с первым уровнем в части обмена информацией, связанной с лечебно-диагностическим процессом.

Все подведомственные Министерству здравоохранения Свердловской области учреждения используют в своей работе медицинские информационные системы и ведут электронные медицинские истории болезни пациентов.

Электронные истории болезни граждан в муниципальных учреждениях здравоохранения ведутся с помощью автоматизированной информационной системы муниципального образования «город Екатеринбург» – «МИР» (далее – АИС «МИР»). 24 муниципальных учреждения здравоохранения для заведения и хранения медицинской информации в электронном виде используют АИС «МИР».

В 2016 году внедрена автоматизированная система по учету планов и результатов выполнения мероприятий по индивидуальной программе медицинской реабилитации и (или) абилитации инвалида, ребенка-инвалида на территории Свердловской области.

Кроме этого в учреждениях здравоохранения используются:

программное обеспечение «АСУЛОН «М-Аптека»+ЛПУ», с помощью которой осуществляется выдача бесплатных и льготных рецептов в рамках программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами. В систему заведено более 3 миллионов рецептов для 250 тысяч льготников;

региональная автоматизированная система «Детское питание». В систему заведено более 800 тысяч рецептов на получение жидких, пастообразных и сухих смесей для питания новорожденных и грудных детей;

информационный программный комплекс «АДИС» автоматизации диспетчерской службы СМП. Комплекс внедрен на 8 станциях и в 59 отделениях СМП Свердловской области;

автоматизированная система «Программа мониторинга беременных». В систему заведено более 35 тысяч карт беременных;

единая административно-кадровая система, которая включает в себя подсистему штатной структуры, подсистему учета кадрового состава, подсистему ведения электронной базы студентов, обучающихся по целевому набору, врачей-интернов и врачей-ординаторов, подсистему учета результатов административно-хозяйственной деятельности и подсистему формирования отчетности.

В 2017 году планируется внедрить информационную систему «ОНКОР» для районных онкологов в медицинских организациях Свердловской области и города Екатеринбурга. Система позволит вести учет пациентов с ЗН, контролировать ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» качество помощи, оказанной пациентам районными онкологами, что в перспективе должно существенно повысить качество диагностики и лечения и снизить показатели смертности от ЗН. Пилотный проект по внедрению информационной системы «ОНКОР» проведен в 2016 году в шести медицинских организациях Свердловской области (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 14.09.2016 № 1559-п «О проведении пилотной эксплуатации функциональных возможностей онкологической информационной системы «ОНКОР» на рабочих местах районных онкологов в медицинских организациях Свердловской области»).

В 2017 году планируется провести пилотный проект по организации электронного обмена медицинскими документами между медицинскими организациями и медицинскими кабинетами на базе общеобразовательных учреждений Свердловской области. Проект будет проводиться Министерством здравоохранения Свердловской области совместно с ФГБОУ ВО УГМУ с целью разработки общих правил и механизмов информационного взаимодействия в части ведения единой электронной медицинской карты пациента в медицинских организациях и медицинских кабинетах на базе общеобразовательных учреждений Свердловской области, для более полного контроля развития и состояния здоровья детей школьного возраста.

В 2017 году во всех медицинских организациях Свердловской области будет внедряться информационная система «Танатос» – демографический мониторинг. Система позволяет автоматически контролировать 301 параметр из наиболее распространенных ошибок заполнения медицинского свидетельства о смерти. Внедрение новой информационной системы демографического мониторинга позволит получать достоверные показатели смертности, снизить число неправильно закодированных свидетельств, повысить достоверность статистической информации при выборе первоначальной причины смерти.



С целью повышения качества диагностики и лечения конкретных пациентов Министерство здравоохранения Свердловской области развивает направление телемедицинских консультаций для обмена медицинской информацией между врачебными кадрами. К концу 2016 года к единой телемедицинской сети Свердловской области было подключено 29 телемедицинских центров (83 точки подключения), 49 телемедицинских пунктов (64 точки подключения), 44 телемедицинские точки.

С 2017 по 2025 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 6. Характеристика основных параметров реализации программ лекарственного обеспечения в 2016 году и перспективы на 2017–2019 годы**

Лекарственное обеспечение населения и медицинских организаций Свердловской области в 2016 году осуществляли 1789 аптечных организаций разных форм собственности, в том числе 1112 аптек, 675 организаций мелкорозничной сети (аптечных пунктов и киосков), 79 индивидуальных предпринимателей. В сельских населенных пунктах, где отсутствуют аптечные организации, лекарственное обеспечение населения осуществляли 109 обособленных подразделений медицинских организаций (ФАП, ОВП), имеющих лицензию на осуществление фармацевтической деятельности. На территории Свердловской области работали 89 предприятий оптовой торговли.

Количество аптечных организаций в 2016 году в Свердловской области увеличилось по сравнению с 2015 годом на 3,78% (на 68 организаций). В среднем по Свердловской области в 2016 году одна аптечная организация обслуживала 2317 человек.

Объем фармацевтического рынка Свердловской области в 2016 году составил 33,8 млрд. рублей (на 11% больше, чем в 2015 году), в том числе:

государственный госпитальный сектор – 5,1 млрд. рублей (15%);

государственный амбулаторный сектор – 6,86 млрд. рублей (20%), в том числе средства федерального бюджета – 5,1 млрд. рублей;

сектор коммерческой розницы – 21,86 млрд. рублей (65%).

В целом потребление лекарственных препаратов на одного жителя Свердловской области увеличилось с 7054 рублей в 2015 году до 7815 рублей в 2016 году, в том числе потребление через розничную сеть составило 5050 рублей (в 2015 году – 4537 рублей), за счет бюджетов всех уровней и средств ОМС – 2766 рублей (в 2015 году – 2517 рублей).

Одним из приоритетных направлений развития фармацевтической помощи населению в условиях амбулаторно-поликлинического звена является льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан. Льготное лекарственное обеспечение граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, в 2016 году осуществлялось по следующим федеральным и областными программам:

1) лекарственное обеспечение 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», в 2016 году осуществлялось 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» (далее – программа ОНЛП).

Уполномоченным исполнительным органом государственной власти Свердловской области по реализации переданных полномочий по организации обеспечения граждан,

включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и не отказавшихся от получения социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6<sup>2</sup> Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, является Министерство здравоохранения 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 01.01.2016 в Свердловской области количество граждан, имеющих право на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, составило 112 741 человек. По состоянию на 31.12.2016 их число увеличилось на 8496 человек и составило 121 237.

Основные показатели, характеризующие выполнение программы ОНЛП в Свердловской области в 2012–2016 годах, представлены в таблице 88.

Таблица 88

**Основные показатели реализации программы ОНЛП  
в Свердловской области в 2012–2016 годах**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	В 2016 году в процентах к уровню 2015 года
1.	Количество граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, человек	139 399	135 828	130 643	123 853	121 237	98
2.	Количество граждан, обратившихся за лекарственной помощью, человек	91 499	89 038	85 708	79 683	78 165	98
3.	Выписано рецептов, штук	2 218 847	2 080 371	1 903 525	1 915 101	1 808 556	94
4.	Обеспечено рецептов, штук	2 218 062	2 079 613	1 902 336	1 914 477	1 808 074	94
5.	Обеспечено рецептов на сумму, млрд. рублей	1,64	1,40	1,27	1,33	1337,7	100
6.	Количество рецептов на 1 человека, штук	24	23	21	24	23	96
7.	Сумма на 1 человека, рублей	17 880	15 670	14 780	16 707	17 113	102
8.	Средняя стоимость 1 рецепта, рублей	737,58	670,9	666	695	740	106

Объем финансирования по программе ОНЛП за 2016 год составил 1537,9 млн. рублей, что на 1,1% меньше, чем в 2015 году. Назначение лекарственных препаратов и выписку рецептов для них осуществляли 134 медицинские организации, 5954 врача, 2707 фельдшеров. В работе по льготному лекарственному обеспечению участвовали 296 пунктов отпуска лекарственных препаратов, в том числе 145 аптек и 42 аптечных пункта, 109 фельдшерско-акушерских пунктов.

Объем средств, предусмотренных бюджетами 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 2016 году (758 рублей).

Доля федеральных льготников в программе ОНЛП ежегодно снижается, больные делают выбор в пользу денежных выплат. В программе остаются больные, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, вследствие чего ценовая структура закупа постоянно трансформируется в сторону увеличения доли дорогостоящих препаратов.

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 злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (далее – федеральная программа «7 нозологий») в 2016 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, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей» (таблица 89).

Таблица 89

**Динамика численности больных, включенных в Федеральный регистр по федеральной программе «7 нозологий» по Свердловской области в 2012–2016 годах**

(абсолютные значения)

Номер строки	Нозологические формы заболеваний	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	В 2016 году в процентах к уровню 2015 года
1.	Всего по нозологиям	3711	4182	4830	5284	5574	106
2.	Болезнь Гоше	11	11	11	10	11	110
3.	Гемофилия	277	284	304	313	333	106
4.	Гипофизарный нанизм	76	80	94	111	111	100
5.	Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	1673	1924	2316	2562	2733	107
6.	Муковисцидоз	86	92	91	91	96	106
7.	Рассеянный склероз	1323	1485	1656	1810	1877	104
8.	Трансплантация	265	306	358	387	414	107

В 2016 году за счет средств федерального бюджета получено лекарственных препаратов для обеспечения больных по федеральной программе «7 нозологий» в объеме 1414,7 млн. рублей. 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 2016 году увеличилось по сравнению с 2015 годом

на 290 человек и составило 5574 человека.

По сравнению с 2015 годом в 2016 году количество обеспеченных рецептов уменьшилось на 9%, отпуск лекарственных препаратов в суммарном выражении увеличился на 15,7%, сумма отпуска на одного льготника увеличилась на 6%, средняя стоимость одного рецепта увеличилась на 12% (таблица 90).

Таблица 90

**Основные показатели реализации федеральной программы «7 нозологий»  
в Свердловской области в 2012–2016 годах**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	В 2016 году в процентах к уровню 2015 года
1.	Количество граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, включенных в федеральный регистр, человек	3984	4182	4830	5284	5574	106
2.	Количество граждан, обратившихся за лекарственной помощью, человек	2318	2750	2647	2812	3084	110
3.	Выписано рецептов, штук	19 435	21 956	23 237	24 375	25 130	103
4.	Обеспечено рецептов, штук	19 435	21 956	23 237	24 375	25 130	103
5.	Обеспечено рецептов на сумму, млн. рублей	987,45	1141,64	1299,56	1296,3	1499,7	116
6.	Количество рецептов на 1 человека, штук	8,4	7,9	8,8	9	8	91
7.	Сумма на 1 человека, рублей	425 993,9	412 739,7	490 955,6	460 996	486 279	106
8.	Средняя стоимость 1 рецепта, рублей	50 808,0	51 996,6	55 926,0	53 182	59 677	112

3) лекарственное обеспечение лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, 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», приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 19.06.2013 № 801-п «Об организации на территории Свердловской области обеспечения противовирусными препаратами для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С».

В 2016 году для Свердловской области финансовое обеспечение закупок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, составило 2054,5 млн. рублей, что на 14% больше, чем в 2015 году. Закуплено 22 международных непатентованных наименования противовирусных препаратов,

лекарственную помощь получили 25 191 человек, что на 17% больше, чем в 2015 году. Отпущено 481 тыс. упаковок лекарственных препаратов на сумму 2065 млн. рублей. В среднем один обратившийся льготник получил лекарственных препаратов на 81 966 рублей, средняя стоимость упаковки составила 4296 рублей.

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 в 2016 году 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», постановлением Правительства Свердловской области от 27.12.2013 № 1649-ПП «О реализации постановления 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», приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 18.03.2014 № 314-п «Об организации на территории Свердловской области обеспечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами (второго ряда)».

Закупки лекарственных препаратов осуществлялись в рамках перечня, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2013 № 795н «Об утверждении перечнякупаемых за счет иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулеза и мониторинга лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в субъектах Российской Федерации».

Для обеспечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в 2016 году закуплено антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда) на сумму 128,67 млн. рублей, что на 28% больше, чем в 2015 году.

Закуплено 9 международных непатентованных наименований антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда) в различных формах выпуска и дозировках. Лекарственную помощь получили 3995 человек. Отпущено 213 тыс. упаковок лекарственных препаратов на сумму 180 млн. рублей. В среднем в год один пациент получил лекарственных препаратов на сумму 45 034 рубля, средняя стоимость упаковки составила 846 рублей.

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;

5) лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан за счет средств бюджета Свердловской области в 2016 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-процентной скидкой. Во исполнение данного 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 2016 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».

Постановлением Правительства Свердловской области от 12.08.2015 № 728-ПП «О внесении изменений в Перечень лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, отпускаемых по рецептам врачей бесплатно и на льготных условиях в аптечных организациях, утвержденный постановлением Правительства Свердловской области от 16.11.2010 № 1658-ПП» были внесены изменения и дополнения в Перечень лекарственных препаратов областной программы «Доступные лекарства»: исключено 10 международных непатентованных наименований и 15 форм выпуска, не включенных в перечень, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2014 № 2782-р, включено 5 международных непатентованных наименований и 12 форм выпуска лекарственных препаратов. Таким образом, в Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых в рамках областной программы «Доступные лекарства», входит 142 международных непатентованных наименования и 231 форма выпуска.

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 2016 году был предусмотрен в сумме 1 146,01 млн. рублей, что на 17% больше, чем в 2015 году.

В 2016 году в фармацевтические организации Свердловской области поступило 182 международных непатентованных наименования лекарственных препаратов на сумму 879,35 млн. рублей.

Количество льготников, обратившихся за лекарственной помощью в 2016 году, увеличилось на 7%, почти все показатели исполнения программы выросли (таблица 91).

Таблица 91

**Основные показатели реализации областной программы  
«Доступные лекарства» в Свердловской области в 2012–2016 годах**

Номер строки	Показатель	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	В 2016 году в процентах к уровню 2015 года
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Количество льготников, включенных в областной регистр, человек	225 121	226 922	224 868	225 177	275 573	122
2.	Количество льготников, обратившихся за лекарственной помощью, человек	145 631	194 886	176640	167 717	179 489	107
3.	Выписано рецептов, штук	906 744	1 446 982	1 483 641	1 638 007	1 741 533	106
4.	Обеспечено рецептов, штук	906 158	1 446 455	1 482 694	1 637 480	1 741 022	106
5.	Сумма отпуска лекарственных средств, млн. рублей	422,578	696,925	791,567	980,027	1 066,641	109
6.	Выписано рецептов на 1 обратившегося льготника, штук	6,23	7,42	8,4	10	9,7	99

1	2	3	4	5	6	7	8
7.	Отпуск лекарственных средств на 1 обратившегося льготника в год, рублей	2901,70	3576	4481,24	5843	5942	102
8.	Стоимость 1 бесплатного рецепта, рублей	466,34	481,82	533,87	599	612	102

Самыми дорогостоящими заболеваниями в 2016 году оставались сахарный диабет, бронхиальная астма, эпилепсия, новообразования и глаукома. Доля затрат на лекарственные препараты для лечения данных заболеваний в течение многих лет составляет в среднем более 90% от общего финансирования программы «Доступные лекарства».

С целью обеспечения доступности наркотических лекарственных препаратов для населения Свердловской области, в том числе для жителей сельских поселений, в 2016 году на 9% увеличился отпуск наркотических лекарственных средств, в том числе в виде неинвазивных лекарственных форм – трансдермальных систем.

Обеспечение граждан по жизненным показаниям лекарственными препаратами, не включенными в Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых по рецептам врачей бесплатно и на льготных условиях в аптечных организациях, утвержденный 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», но входящими в стандарты медицинской помощи и Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.12.2015 № 2724-р, 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 2016 году 372 человека были обеспечены лекарственными препаратами на сумму 63 505 тыс. рублей, что на 7% больше, чем в 2015 году, 64% от общей суммы составили лекарственные препараты для лечения онкологических заболеваний, 20,5% – сердечно-сосудистых заболеваний;

б) за счет средств бюджета Свердловской области в 2016 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 2016 году государственные функции по лекарственному обеспечению граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями, осуществлялись в пределах выделенного финансирования на сумму 135,13 млн. рублей. Объемы финансирования лекарственного обеспечения по отдельным нозологическим формам в 2016 году представлены в таблице 92.

Объемы финансирования областной программы лекарственного обеспечения граждан, страдающих отдельными социально значимыми заболеваниями, при амбулаторном лечении увеличились в 2016 году за счет увеличения объема финансирования лекарственного обеспечения для лечения ВИЧ-инфицированных, что связано с созданием дополнительного запаса препаратов благодаря централизации закупок.

**Финансирование областной программы лекарственного обеспечения граждан, страдающих отдельными социально значимыми заболеваниями, на амбулаторном этапе в 2012–2016 годах, в разрезе нозологических форм**

(млн. рублей)

Номер строки	Нозологические формы заболеваний	2012 год	2013 год	2014 год	2010 год	2016 год	В 2016 году в процентах к уровню 2015 года
1.	Туберкулез	46,54	42,29	41,2	32,32	25,73	80
2.	Психические расстройства	27,33	44,55	28,2	–	–	–
3.	Вирусные гепатиты В и С	23,78	53,08	53,3	83,94	84,92	101
4.	ВИЧ-инфекции	22,33	12,5	9,9	10,3	24,48	238
5.	Всего	424,26	208,64	132,6	126,29	135,13	107

Лекарственную помощь получили 35 235 пациентов, отпущено 345,6 тыс. упаковок лекарственных препаратов на сумму 135,42 млн. рублей. Один пациент в среднем в год получил лекарственных препаратов на сумму 3843 рубля, средняя стоимость одной упаковки составила 392 рубля;

7) в 2013 году стартовала программа льготного лекарственного обеспечения граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, которая утверждена постановлением Правительства Свердловской области от 26.10.2012 № 1202-ПП «Об утверждении Порядка организации обеспечения граждан, проживающих в Свердловской области, лекарственными препаратами 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 2016 года в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, внесены 488 человек (в том числе 275 детей).

Закуп лекарственных препаратов и специализированных продуктов питания и их отпуск из аптечных организаций для обеспечения граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, осуществлялся в строгом соответствии с персонифицированными данными, формируемыми лицами, ответственными за ведение регионального сегмента Федерального регистра.

Льготное лекарственное обеспечение в 2016 году профинансировано на сумму 564,2 млн. рублей, обслужено 1980 рецептов, средняя стоимость рецепта составила 284 936 рублей (таблица 93).

В 2016 году реализация программ льготного лекарственного обеспечения на территории Свердловской области осуществлялась с использованием программного продукта АСУЛОН «М-Аптека+ЛПУ».

В течение 2016 года гражданам, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение, общей численностью 500 тысяч человек в информационной системе было выписано 3,6 млн. рецептов. В число пользователей данной системы входят 134 медицинские организации, 195 аптечных организаций, 2 уполномоченные фармацевтические организации, 2 органа управления здравоохранением (Министерство здравоохранения Свердловской области и управление здравоохранения Администрации города Екатеринбурга).



**Основные показатели реализации областной программы  
обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний,  
включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких  
(орфанных) заболеваний в 2013–2016 годах**

Номер строки	Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	В 2016 году в процентах к уровню 2015 года
1.	Количество льготников, человек	523	433	465	488	108
2.	Количество льготников, обратившихся за лекарственной помощью, человек	129	123	135	283	209
3.	Выписано рецептов, штук	1000	1175	1282	1980	154
4.	Обеспечено рецептов, штук	1000	1175	1282	1980	154
5.	Сумма отпуска лекарственных средств, млн. рублей	194,3	295,7	399,3	564,2	141
6.	Выписано рецептов на 1 обратившегося льготника, штук	7	10	9	7	7
7.	Отпуск лекарственных средств на 1 обратившегося льготника в год, рублей	1 506 039	2 403 707	2 958 105	1 993 551	67
8.	Стоимость 1 бесплатного рецепта, рублей	194 279	251 622	311 501	284 936	91

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 17,1% в 2016 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.

В 2015–2016 годах проведено 64 совместных аукциона на поставку лекарственных препаратов на общую сумму 590,8 млн. рублей. В аукционах приняли участие 77 медицинских организаций, экономия в результате проведения конкурентных процедур в сопоставлении с самостоятельным закупом составляла до 60%. Учитывая положительный опыт, в 2017 году практика совместных аукционов будет продолжена с расширением номенклатуры лекарственных препаратов.

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.02.2013 № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации» утверждена Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года (далее – Стратегия) и план ее реализации.

В целях совершенствования системы лекарственного обеспечения Свердловской области в период 2017–2019 годов Министерством здравоохранения Свердловской области планируется:

продолжить формирование системы рационального использования качественных лекарственных препаратов для медицинского применения;

наращивать объем использования лекарственных препаратов отечественного производства для обеспечения граждан, имеющих право на меры социальной поддержки по лекарственному обеспечению в соответствии с законодательством (в 2016 году данный показатель составил 79%);

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 2016 году данный показатель составил 75%);

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%).

#### **Раздел 7. Кадровые ресурсы здравоохранения Свердловской области в 2016 году. Перспективы обеспеченности врачебным и сестринским персоналом на 2017–2019 годы**

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 Министерством здравоохранения Свердловской области разработана программа «Развитие кадров здравоохранения Свердловской области» на 2013–2017 годы (далее – Программа), направленная на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное обеспечение кадрами учреждений здравоохранения. Программа утверждена постановлением Правительства Свердловской области от 26.04.2013 № 534-ПП «Об утверждении программы «Развитие кадров здравоохранения Свердловской области» на 2013–2017 годы».

В 2016 году в Свердловской области общая численность врачей (без учета федеральных организаций здравоохранения) составила 13 299 человек, что на 0,68% меньше, чем в 2015 году (13 390). Обеспеченность врачами (без учета федеральных организаций здравоохранения) на 10 тыс. человек населения снизилась с 32,2 до 31,9. Из общего числа врачей в сельской местности работают 520 человек (3,8%). За 2016 год численность врачей, работающих в сельской местности, сократилась на 0,5%.

Общая численность среднего медицинского персонала в Свердловской области в 2016 году сократилась на 2,1% и составила 37 193 человека (в 2015 году – 37 991 человек). Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. человек населения сократилась с 91,3 работника в 2015 году до 89,3 в 2016 году. За 2016 год численность средних медицинских работников, работающих в сельской местности, сократилась на 6,7% и составила 3163 человека (8,4% от общего числа среднего медицинского персонала, работающего в отрасли).

На снижение численности медицинских работников повлияли следующие факторы: оптимизация структуры коечного фонда медицинских организаций, повышение требований и нагрузки на медицинских работников в связи с переводом персонала на работу в условиях «эффективного контракта», что привело к принятию частью медицинских работников решения

о выходе на пенсию по старости. Кроме того, снижение численности медработников связано с оттоком кадров в негосударственные медицинские организации и переездом в другие субъекты Российской Федерации.

В медицинских организациях, расположенных в сельской местности, работает 8,5% (3163 человека) средних медицинских работников от общей численности средних медицинских работников Свердловской области. В 2016 году их численность уменьшилась на 6,66%, обеспеченность составила 47,5 человека на 10 тыс. населения (в 2015 году – 50,4; в 2014 году – 50,3).

Обеспеченность средним медицинским персоналом в городских населенных пунктах в 2 раза выше, чем в сельской местности. Соотношение «врач/средний медицинский работник» в среднем по Свердловской области составляет 1:2,8 (в 2015 году – 1:2,84).

В 2016 году произведен 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 1211 врачей, в том числе для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – 606 специалистов, для оказания помощи в стационарных условиях – 460, в службе СМП – 145.

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](http://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 учреждениями здравоохранения вакансий на портале «Общероссийская база вакансий «Работа в России».

Целевой набор абитуриентов осуществляется ФГБОУ ВО УГМУ, обучение производится за счет средств областного и федерального бюджетов. В 2016 году по целевым направлениям от учреждений здравоохранения в ФГБОУ ВО УГМУ поступили 130 студентов (90 – на лечебно-профилактический и 40 – на педиатрический факультеты), обучающихся за счет средств областного бюджета. На целевую подготовку за счет средств федерального бюджета в 2016 году поступили 172 человека (100 – на лечебно-профилактический, 60 – на педиатрический, 8 – на стоматологический, 4 – на фармацевтический факультеты).

Ежегодно проводится мониторинг исполнения договоров целевой подготовки медицинских и фармацевтических кадров в части трудоустройства. Выпуск ФГБОУ ВО УГМУ в 2016 году составил:

после окончания интернатуры – 113 человек, обучавшихся в рамках целевой подготовки, из которых 70 обучались за счет средств областного бюджета и 43 – за счет средств федерального бюджета (трудоустроены 92 человека (60 и 32 соответственно);

прошедших обучение в целевой интернатуре за счет средств федерального бюджета – 116 человек (трудоустроены 81 человек);

после окончания ординатуры – 17 человек из числа обучавшихся в рамках целевой подготовки (трудоустроены 15 человек).

Таким образом, показатель трудоустройства выпускников, обучавшихся по целевым направлениям, составил 76,4%. В отношении выпускников, не прибывших к месту отработки, проводится работа по взысканию денежных средств в судебном порядке.

В 2016 году ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» окончили 2003 человека, из них 85 специалистов, обучавшихся по целевым направлениям. Показатель трудоустройства выпускников составил 90,5% и 95% соответственно (1813 и 81 человек). В отношении выпускников, не прибывших к месту работы, проводится работа по взысканию денежных средств в судебном порядке.

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 45 лет, имеющим высшее медицинское образование, прибывшим в 2016 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 2016 году единовременная компенсационная выплата предоставлена 74 медицинским работникам, из них 27 – в сельских населенных пунктах, 47 – в рабочих поселках. В 2017 году запланировано произвести выплату 75 медицинским работникам.

С 2007 года на постоянной основе проводится работа по исполнению постановления Правительства Свердловской области от 27.03.2007 № 240-ПП «О выплате единовременного пособия на обзаведение хозяйством медицинским и фармацевтическим работникам, поступившим на работу в областные государственные или муниципальные учреждения здравоохранения, осуществляющие деятельность на территории Свердловской области».

В соответствии с изменениями, внесенными в постановление Правительства Свердловской области от 24.08.2006 № 731-ПП «О размере единовременного пособия на обзаведение хозяйством специалистам, поступившим на работу в областные государственные и муниципальные организации Свердловской области» с 2013 года размер единовременного пособия увеличился до 35 тыс. рублей медицинским работникам, поступившим на работу в областные государственные или муниципальные учреждения здравоохранения, осуществляющие деятельность на территории Свердловской области, расположенные в населенных пунктах, не отнесенных к сельской местности, и до 50 тыс. рублей медицинским работникам, поступившим на работу в областные государственные или муниципальные учреждения здравоохранения, расположенные в сельской местности (ранее – 20 и 30 тыс. рублей соответственно). В 2016 году единовременные пособия получили 878 медицинских работников на общую сумму 30 320,0 тыс. рублей. В 2017 году запланировано произвести 870 выплат.

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 2016 году данной компенсацией воспользовались 56 медицинских работников, общая сумма выплат составила 1 921 476,81 рубля.

В 2016 году была проведена работа с рядом муниципальных образований по вопросу обеспечения жильем нуждающихся в улучшении жилищных условий медицинских работников. В 28 муниципальных образованиях утверждены программы по привлечению и закреплению медицинских кадров, еще в 8 муниципальных образованиях администрациями разработаны и утверждены планы мероприятий по привлечению и закреплению медицинских работников. Еще в 13 муниципальных образованиях меры социальной поддержки медицинских работников предусмотрены иными программами и нормативными правовыми актами.

Привлечению специалистов в области здравоохранения на работу в сельскую местность способствует реализация в рамках федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года» (далее – Программа) мероприятий по улучшению жилищных условий граждан, проживающих в сельской местности, в том числе молодых семей и молодых специалистов.

За период действия Программы государственная поддержка на строительство (приобретение) жилья в размере 70% от расчетной стоимости жилья предоставлена в 2013 году – 4 специалистам в области здравоохранения, в 2015 году – 7 специалистам.

В ряде муниципальных образований реализовывались и другие мероприятия по обеспечению медицинских работников жильем:

строительство здания общей врачебной практики с жилыми помещениями (4 квартиры) для ГБУЗ СО «Центральная городская больница город Кушва». В настоящее время квартиры заселены работниками;

строительство здания общей врачебной практики с жилыми помещениями (9 квартир) для работников ГБУЗ СО «Верхнепышминская центральная городская больница имени П.Д. Бородина» (село Балтым). Объем финансирования указанного мероприятия из бюджета Свердловской области составляет 48 021,3 тыс. рублей. В настоящее время квартиры заселены работниками;

приобретение 8 жилых помещений для медицинских работников ГБУЗ СО «Центральная районная больница Верхотурского района» на сумму 26 809,2 тыс. рублей из средств областного бюджета. Коттеджи построены и распределены между работниками;

строительство трехэтажного 18-квартирного жилого дома для медицинских работников ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница». Согласно государственному контракту стоимость строительства составляет 20 349,0 тыс. рублей. В 2017 году дом будет сдан в эксплуатацию.

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» 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 (Госстрой) среднюю рыночную стоимость. В 2016 году в списки включены 263 сотрудника учреждений здравоохранения. Первым из таких проектов стал жилищно-строительный кооператив «Альянс» (проект строительства многоквартирного жилого дома в квартале улиц Чкалова – Краснолесья – Мехренцева – Вонсовского в Академическом районе города Екатеринбурга для членов жилищно-строительного кооператива из числа работников бюджетной сферы). На данный момент дом сдан, идет заселение. На примере данного жилищно-строительного кооператива в настоящее время создано еще 3: «Георгиевский», «Наш дом» и «Верхний Исток».

В целях повышения престижа медицинской профессии Министерством здравоохранения Свердловской области организованы и проведены в рамках Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» конкурсы по 6 номинациям: «Лучшая старшая медицинская сестра», «Лучшая медицинская сестра», «Лучшая медицинская сестра участковая», «Лучший фельдшер», «Лучшая акушерка», «За верность профессии».

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» утверждена Программа модернизации и создания новых рабочих мест в сфере здравоохранения Свердловской области на период до 2020 года. Согласно ей до 2020 года запланировано создать и модернизировать 64 200 рабочих мест в медицинских организациях Свердловской области всех форм собственности.

В 2016 году в учреждениях здравоохранения и муниципальных медицинских учреждениях создано 2353 и модернизировано 39 101 рабочее место. С 2012 по 2015 год создано и модернизировано 36 176 рабочих мест. Таким образом, по состоянию на 01.01.2017 план выполнен на 64,6%.

Ежегодно специалисты с высшим медицинским и фармацевтическим образованием проходят обучение на сертификационных циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки. По программам дополнительного профессионального образования в 2016 году обучились 6306 врача, в том числе 2573 – за счет средств федерального бюджета, 10 255 – средних медицинских работников, в том числе 6683 – за счет средств федерального бюджета.

## **Раздел 8. Состояние основных фондов и техническое оснащение медицинских организаций**

Доступность и качество медицинской помощи определяются, в том числе, состоянием материально-технической базы. В 2016 году за счет средств областного бюджета и ОМС продолжались строительство, ремонт и проектирование объектов здравоохранения, приобреталось медицинское оборудование и санитарный автотранспорт.

В 2016 году на проведение капитальных ремонтов в учреждениях здравоохранения выделены средства областного бюджета на общую сумму 597,079 млн. рублей, в том числе:

ГБУЗ СО «СОКБ № 1» на проведение капитального ремонта отоларингологического и реанимационно-хирургического отделений и операционных в сумме 37,6 млн. рублей;

ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» на проведение капитального ремонта приемно-диагностического отделения, отделения радионуклидной диагностики, экспресс-лаборатории, замену лифта, текущий ремонт поликлиники, устройство сортировочно-эвакуационной площадки в сумме 29,3 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Демидовская городская больница» (город Нижний Тагил) на проведение капитального ремонта женской консультации в сумме 42,5 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск» на проведение капитального ремонта первого этажа здания поликлиники, ОВП в селе Новоалексеевское и ФАП в поселке Прогресс в сумме 20,58 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Детская городская больница город Первоуральск» на проведение капитального ремонта кровли зданий лечебно-диагностического корпуса, поликлиники и инфекционного отделения в сумме 39,3 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Алапаевская городская больница» на проведение капитального ремонта зданий больницы и поликлиники в сумме 15,21 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Алапаевская центральная районная больница» на проведение капитального ремонта терапевтического отделения в сумме 8,6 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» на проведение капитальных ремонтов в отделениях больницы, в том числе в отделениях филиалов в городах Асбесте, Серове, Краснотурьинске, в сумме 14,39 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Тавдинская центральная районная больница» на проведение капитального ремонта кровли зданий главного корпуса и акушерского отделения в сумме 10,7 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Режевская центральная районная больница» на проведение капитального ремонта в здании и капитального ремонта кровли в сумме 12,4 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Сухоложская районная больница» на проведении капитального ремонта в здании поликлиники в сумме 19,28 млн. рублей;

ГБУЗ СО «Серовская городская больница» на проведение капитальных ремонтов в здании главного корпуса, кровли в зданиях роддома и детской поликлиники, а также на проектные работы в общей сумме 9,74 млн. рублей;

для проведения комплекса работ по замене лифтового оборудования учреждениям здравоохранения выделены средства в общей сумме 41,2 млн. рублей.

Продолжена работа по проектированию здания ГБУЗ СО «Городская инфекционная больница город Нижний Тагил» для размещения амбулаторного отделения на 50 посещений в смену, дневного стационара на 40 коек, лаборатории, пищеблока.

Продолжены работы по завершению строительства трехэтажного восемнадцатиквартирного жилого дома для медицинского персонала в городе Ирбите, стоимость строительства составила 20 050,0 тыс. рублей.

С целью улучшения доступности медицинской помощи сельскому населению в рамках освоения субсидий областного бюджета, направленных на проведение капитальных ремонтов ФАП и ОВП в учреждения здравоохранения, выделены средства 20-ти учреждениям здравоохранения на общую сумму 72 744,543 тыс. рублей, из них для проведения капитального ремонта 3 городских ОВП – 7079,624 тыс. рублей, 15 сельских ОВП – 25 822,307 тыс. рублей.

Проведена работа по укреплению материально-технической базы амбулаторно-поликлинической службы в малонаселенных территориях Свердловской области: введено в эксплуатацию 11 модульных зданий ФАП (поселок Останино Алапаевского ГО, село Черновское МО город Ирбит, село Большая Грязнуха Каменского ГО, село Юва МО Красноуфимский, поселок Павда и Шайтанка Новолялинского ГО, село Кленовское и Акбаш Нижнесергинского МР, поселок Ларьковка Серовского ГО, поселок Карабашка Тавдинского ГО, село Ерзовка Туринского ГО).

В рамках реализации государственной программы 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 2016 году по разделу «Здравоохранение» проведены следующие мероприятия:

завершены строительные работы по объекту «Детская поликлиника ГБУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ имени П.Д. Бородина»;

разработана проектно-сметная документация на строительство объекта «Родильный дом с женской консультацией и отделением патологии беременных, город Верхняя Пышма», получены положительные заключения государственной экспертизы проектной документации и результатов инженерных изысканий и достоверности сметной стоимости;

разработана проектно-сметная документация на строительство объекта «Детская многопрофильная больница в городе Нижний Тагил»;

выполнены проектно-изыскательские работы по объекту «Детская поликлиника на 170 посещений в смену с дневным стационаром на 15 коек в 2 смены в городе Красноуфимск Свердловской области».

В рамках реализации комплексной программы «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 «Свердловский областной онкологический диспансер», ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», ГБУЗ СО «Демидовская городская больница». Отремонтированы санитарные комнаты, пандусы, входные группы, приобретено необходимое оборудование. Финансирование составило 21,0 млн. рублей из средств областного бюджета и 0,486 млн. рублей из средств федерального бюджета.

В рамках подготовки к проведению в Российской Федерации в 2018 году чемпионата мира по футболу в 2016 году завершены работы по капитальному ремонту офтальмологического отделения ГБУЗ СО «СОКБ № 1», выделены средства областного бюджета для проведения капитального ремонта реанимационного, отоларингологического отделения и операционных.

С целью соблюдения требований порядков оказания медицинской помощи Министерством здравоохранения Свердловской области централизованно было закуплено 272 единицы медицинского оборудования на сумму 187 млн. рублей для 77 учреждений здравоохранения. Кроме того, 267 млн. рублей направлено на эти же цели в виде субсидий. Для закупа и ремонта медицинского оборудования использовались также средства нормированного страхового запаса ТФОМС в размере 186 млн. рублей, которые были сформированы по результатам финансовых санкций страховых медицинских организаций к учреждениям здравоохранения. В число закупленного медицинского оборудования вошли 14 аппаратов ЭКГ, 20 аппаратов телеЭКГ, 27 аппаратов УЗИ, 4 электрохирургических аппарата, 4 бронхофиброскопа, 1 ангиограф, оборудование для аудиологического скрининга, для лаборатории радионуклидной диагностики.

В рамках реализации Государственной программы за счет средств областного бюджета Министерством здравоохранения Свердловской области в 2016 году приобретено 68 автомобилей СМП (55 машин класса «А», 13 машин класса «В») на общую сумму 75 802 145 рублей. Кроме того, во исполнение распоряжения Правительства Российской Федерации от 10.08.2016 № 1695-р в 2016 году в Свердловскую область поступило 37 автомобилей СМП (в том числе 36 единиц класса «В» и 1 единицы класса «С»), во исполнение распоряжения Правительства Российской Федерации от 25.11.2016 № 2501-р – 14 автомобилей СМП (в том числе 12 единиц класса «В» и 2 единицы класса «С»). Всего за счет средств областного и федерального бюджетов приобретено 119 единиц санитарного автотранспорта.

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 2016 году из оперативного управления учреждений здравоохранения изъято 33 не используемых для ведения уставной деятельности объекта недвижимого имущества. Из них 13 объектов общей площадью 10 784,5 кв. м переданы в оперативное управление учреждениям здравоохранения, 20 объектов общей площадью 3935,9 кв. м переданы в муниципальную собственность. В связи с ветхостью и непригодностью к дальнейшей эксплуатации списано 27 объектов общей площадью 8470,7 кв. метров. Экономическая эффективность вышеперечисленных мероприятий в 2016 году составила 23 568,21 тыс. рублей.

В рамках законодательства Российской Федерации и законодательства Свердловской области 18 442,19 кв. м не используемых для ведения уставной деятельности помещений государственных учреждений здравоохранения переданы в аренду и безвозмездное пользование, в том числе 2142,3 кв. м – для фармацевтической деятельности и 7425,9 кв. м – для оказания специализированной медицинской помощи государственными учреждениями здравоохранения.

В целях обеспечения контроля эффективного использования медицинского оборудования, в том числе закупленного в ходе реализации региональной программы модернизации здравоохранения, Министерством здравоохранения Свердловской области проведены мероприятия по актуализации системы контроля использования медицинского оборудования, в том числе в рамках Программного комплекса по ведению паспортов учреждений здравоохранения в информационно-аналитической системе Министерства здравоохранения Российской Федерации. Издан приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 15.12.2016 № 2392-п «О мониторинге использования медицинского оборудования», которым определены функционал и алгоритм работы всех участников системы мониторинга эффективного использования медицинского оборудования, в том числе его перераспределения. Учреждениями здравоохранения направляются заявки о готовности передачи неиспользуемого оборудования (с указанием причин простоя) в другие, нуждающиеся в данном оборудовании, учреждения здравоохранения; на основании этих заявок в текущем режиме проводится перераспределение оборудования в установленном порядке. В целях



рационального использования медицинского оборудования, а также в связи с истекшим сроком эксплуатации, физическим и моральным износом в 2016 году между учреждениями здравоохранения перераспределено медицинское оборудование в количестве 185 единиц балансовой стоимостью 100 680,1 тыс. рублей, в том числе согласовано на списание в связи с истекшим сроком эксплуатации, физическим и моральным износом 418 единиц оборудования балансовой стоимостью 565 825,7 тыс. рублей.

В соответствии с разработанными энергетическими паспортами все учреждения здравоохранения проводят энергосберегающие мероприятия, направленные на достижение более эффективного и рационального использования топливно-энергетических ресурсов.

В соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 399-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «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. В рамках государственной программы Свердловской области «Развитие жилищно-коммунального хозяйства и повышения энергетической эффективности Свердловской области до 2020 года», утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 29.10.2013 № 1330-ПП «Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие жилищно-коммунального хозяйства и повышение энергетической эффективности в Свердловской области до 2020 года» в ноябре 2016 года заключен контракт на установку 82 блочных модульных узлов коммерческого учета тепла. Кроме того, Министерством здравоохранения Свердловской области выделены субсидии на оснащение узлами коммерческого учета тепла ФАП и ОВП для ГБУЗ СО «Горноуральская районная больница», ГБУЗ СО «Красноуральская городская больница» и ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Асбест» в сумме 2731,128 тыс. рублей, а также субсидия в размере 17 500 тыс. рублей на приобретение блочно-модульной котельной для ГБУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн».

Основной задачей, стоящей перед техническими службами учреждений здравоохранения, является обеспечение устойчивого тепло-, водо-, электро-, газо- и топливоснабжения, поддержание необходимых параметров энергоносителей и нормативного температурного режима в зданиях и помещениях. По итогам 2016 года прослеживается снижение объемов потребления топливно-энергетических ресурсов по сравнению с показателями фактического потребления в 2015 году, что является результатом проводимых энергосберегающих мероприятий (таблица 94).

Таблица 94

**Сравнительные показатели потребления энергоресурсов учреждениями здравоохранения в 2015–2016 годах**

Номер строки	Вид ресурса	Потребление за 2015 год	Потребление за 2016 год	Изменение потребления в 2016 году в сравнении с 2015 годом (процентов)
1.	Тепловая энергия, Гкал	511 451	505 697	-1,1
2.	Горячее водоснабжение, куб. метров	1 012 202	1 002 112	-1,0
3.	Холодное водоснабжение, куб. метров	2 830 711	2 616 715	-7,6
4.	Газ, куб. метров	12 158 778	12 282 355	1,0
5.	Электрическая энергия, кВт	128 577 853	124 229 124	-3,4

**Раздел 9. Реализация указов Президента Российской Федерации  
от 7 мая 2012 года в 2016 году**

Министерство здравоохранения Свердловской области как областной орган государственной власти, уполномоченный на реализацию государственной политики в сфере здравоохранения на территории Свердловской области, в 2016 году реализовывал мероприятия по достижению показателей, установленных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 и Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597.

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, которых необходимо достичь к 2018 году. «Дорожной картой» установлены годовые значения этих показателей для Свердловской области (таблица 95). Целевые значения четырех показателей по итогам 2016 года достигнуты и даже превышены, за исключением показателя смертности от ЗН (таблица 95). Анализ причин недостижения показал, что на уровень данного показателя 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, в 2016 году Свердловская область заняла предпоследнее место в экологическом рейтинге регионов Российской Федерации, опередив только Челябинскую область.

В 2016 году согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 реализовывались мероприятия по формированию здорового образа жизни граждан, по 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, снижении влияния на здоровье вредных бытовых, производственных, экологических факторов, издавались информационные материалы, велась работа со СМИ, медицинский персонал обучался навыкам формирования валеологических установок у пациентов.

Таблица 95

**Значения целевых показателей, установленных  
Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598**

Номер строки	Наименование важнейшего целевого показателя	Единица измерения	Целевой показатель 2016 года	Фактическое значение показателя в 2016 году
1.	Смертность от болезней системы кровообращения	случая на 100 тыс. человек населения	702	678,3
2.	Смертность от новообразований в том числе от злокачественных	случая на 100 тыс. человек населения	208	221,9
3.	Смертность от туберкулеза	случая на 100 тыс. человек населения	13,8	12,7
4.	Смертность от дорожно-транспортных происшествий	случая на 100 тыс. человек населения	12	8,5
5.	Младенческая смертность	случая на 1 тыс. родившихся живыми	6,2	5,8

Кроме того, работа по формированию навыков здорового образа жизни у жителей Свердловской области ведется на основе иных комплексных программ: программы демографического развития Свердловской области на период до 2025 года, утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 27.08.2007 № 830-ПП «О программе демографического развития Свердловской области на период до 2025 года», комплексной программы «Новое качество жизни уральцев» на период до 2018 года, 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 «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».

Пунктом 3 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 органам исполнительной власти поручено ежегодно готовить и представлять в Правительство Российской Федерации доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности за отчетный год. Доклад по итогам 2015 года был подготовлен и направлен в адрес Правительства Российской Федерации 17 марта 2016 года. Кроме того, в соответствии с пунктом 17 главы 2 Положения о Министерстве здравоохранения Свердловской области, утвержденного 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», был подготовлен и постановлением Правительства Свердловской области от 12.10.2016 № 707-ПП «О докладе «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2015 году» утвержден доклад «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2015 году».

В соответствии с подпунктом «е» пункта 1 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597, 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, 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 проводит ежемесячный мониторинг повышения заработной платы работников учреждений здравоохранения и муниципальных учреждений здравоохранения. Среднемесячная заработная плата работников учреждений здравоохранения и муниципальных учреждений здравоохранения за 2016 год составила:

врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, – 55 847,93 рубля (при плановом целевом показателе 55 359,2 рубля), или 192,9% к фактическому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности (28 959 рублей);

средний медицинский (фармацевтический) персонал – 28 260,50 рубля (при плановом целевом показателе 28 131,2 рубля), или 97,6% к фактическому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности;

младший медицинский персонал – 17 814,77 рубля (при плановом целевом показателе 17 170,89 рубля), или 61,5% к фактическому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности.

В настоящее время на работу по «эффективным контрактам» перешли все государственные и муниципальные учреждения здравоохранения Свердловской области. По итогам мониторинга, проведенного по состоянию на 01.01.2017, с 213 работниками

из 83 686 не заключены эффективные контракты в связи с тем, что эти работники находятся в отпусках по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, а также длительно отсутствуют на рабочих местах по иным причинам.

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 2016 году Общественным советом при Министерстве здравоохранения Свердловской области совместно с Министерством здравоохранения Свердловской области проведена независимая оценка качества оказания услуг (далее – независимая оценка) 83 медицинских организаций Свердловской области, из них 39 государственных медицинских организаций, 21 муниципальной медицинской организации, 4 федеральных медицинских организаций, 19 организаций частной и иной форм собственности. Информация об итогах проведения независимой оценки в 2016 году размещена на официальном сайте Министерства здравоохранения Свердловской области. Издан приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 20.01.2017 № 114-п «О мерах, направленных на улучшение деятельности медицинских организаций Свердловской области, по результатам проведенной в 2016 году независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями Свердловской области». С целью изучения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в 2016 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 10. Реализация государственных и комплексных программ Свердловской области**

В Свердловской области реализуется Государственная программа, на выполнение которой в 2016 году было направлено 41 099 827,0 тыс. рублей, что составило 100,4% от планового показателя.

В рамках Государственной программы учреждениям здравоохранения утверждены государственные задания по 61 государственной услуге и 19 работам. Соглашения на предоставление субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания заключены с 98 учреждениями здравоохранения на сумму 9 816 462,0 тыс. рублей. Объем финансового обеспечения государственного задания в 2016 году составил 9 814 155,9 тыс. рублей, что составляет 99,9% от планового объема финансового обеспечения.

Расходы на содержание государственных казенных учреждений здравоохранения «Специализированная школа-интернат № 17», «Специализированный дом ребенка», «Областной медицинский центр мобилизационных резервов «Резерв», «Финансово-хозяйственное управление» составили 776 599,9 тыс. рублей или 99,6% от планового значения.

Из 72 мероприятий Государственной программы на 100% выполнены 28 мероприятий, более чем на 100% – 10 мероприятий, менее чем на 100% – 34 мероприятия.

Наибольший удельный вес в расходах, осуществленных в рамках Государственной программы в 2016 году, имеют расходы на реализацию подпрограммы 10 «Обязательное медицинское страхование», которые фактически составили 20 530 842,4 тыс. рублей, или 50% от общего объема фактических расходов.

Расходы на реализацию подпрограммы 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» составили 9 133 152,2 тыс. рублей, или 22% от общего объема фактических расходов.

На реализацию подпрограммы 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» в 2016 году направлено 5 183 615,7 тыс. рублей, или 13% от общего объема фактических расходов.

На реализацию подпрограммы 7 «Меры социальной поддержки, обеспечение лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, продуктами лечебного питания отдельных категорий граждан» в 2016 году направлено 3 951 479,9 тыс. рублей, или 9,6% от общего объема фактических расходов.

Расходы на реализацию прочих подпрограмм составляют незначительную долю от общего объема фактических расходов на реализацию программы.

Доля целевых показателей Государственной программы, значения которых достигли или превысили запланированные, составила 77%.

Не достигнуты плановые значения по показателям:

«ожидаемая продолжительность жизни при рождении» – значение показателя за январь–декабрь 2016 года составило 70 лет при плане 72,5;

«смертность от всех причин» – значение показателя за январь–декабрь 2016 года составило 14,0 случая смерти на 1000 человек населения при плане в 12,8 случая смерти на 1000 человек населения;

«смертность населения в трудоспособном возрасте» – согласно данным Федеральной службы государственной статистики значение показателя составило 6,27 случая на 1000 населения трудоспособного возраста при плане 6,0. Данные показатели интегральные, согласно исследованиям ВОЗ влияние сферы здравоохранения на них составляет 10–15%, усилия здравоохранения могут в значительной степени нивелироваться негативным воздействием иных факторов (экономических, политических, социальных, бытовых и других);

показатель «смертность от всех причин среди сельского населения» составил 15,5 случая на 1000 человек населения при плановом значении 13,3;

показатель «материнская смертность» составил 9,7 случая на 100 тыс. родившихся живыми при плане 9 случаев. Показатель материнской смертности по Управлению здравоохранения Администрации города Екатеринбурга составил 17,3 случая на 100 тыс. родившихся живыми. Во всех случаях материнской смерти нарушение маршрутизации не выявлено;

показатель «смертность от новообразований (в том числе злокачественных)» – 221,9 случая на 100 тыс. человек населения при плане 208,0. В течение ряда лет показатель остается высоким: 2012 год – 222,1, 2013 год – 223,2, 2014 год – 227,4, 2015 год – 220,8. Основными факторами, влияющими на смертность населения от ЗН, являются экологическая ситуация, условия труда, наследственная предрасположенность, увеличение доли пожилых людей, увеличение продолжительности жизни;

«доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут» – 82,1% при плане 87,2. Показатель интегральный, в значительной степени зависит от внешних факторов (состояния и загруженности автомобильных дорог, погодных условий);

«обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям» не выполнен (план 0,253 койки на 10 тыс. человек детского населения). Причина: в 2014 году проведен капитальный ремонт помещения, предназначенного для отделения паллиативной помощи детям. В связи с некачественным выполнением подрядчиком работ заказчиком поданы документы в арбитражный суд;

«обеспеченность населения врачами (без учета федеральных учреждений здравоохранения)» – 29,0 на 10 тыс. человек населения при плане 30,1;

«обеспеченность населения средним медицинским персоналом» – 84,8 на 10 тыс. человек населения при плане 89,3;

«укомплектованность штатных врачебных должностей, должностей среднего и младшего медицинского персонала физическими лицами» – 77,2% при плане 92,2. Изменился порядок учета численности медицинского персонала, который используется для расчета

показателей. Министерством здравоохранения Российской Федерации рекомендовано осуществлять расчет показателей на основе данных формы статистического наблюдения № ЗП-здрав, утвержденной приказом Росстата от 07.10.2016 № 581 «Об утверждении статистического инструментария для проведения федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597;

«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 средней заработной платы в Свердловской области» – 198,3% при плане 198,9%;

«соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Свердловской области» – 100,3% при плане 100,6%;

«соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Свердловской области» – 63,3% при плане 70,5%.

Превышены плановые значения следующих показателей:

«снижение общей заболеваемости алкоголизмом» – 598,5 случая на 100 тыс. человек населения при плане 755,5;

«потребление алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь)» – 7,2 литра на душу населения в год при плане 11,3 литра на душу населения. Влияние сферы здравоохранения на показатель опосредованно;

«снижение общей заболеваемости наркоманией» – 181,1 случая на 100 тыс. человек населения при плане 239,9;

«доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных» – 83,9% при плане 75%;

«доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, в общем количестве лиц, состоящих на диспансерном наблюдении» фактически составил 49,1% при плане 33,5%. Причины перевыполнения: протоколом заседания Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан от 23.10.2015 № 4 субъектам Российской Федерации рекомендовано расширить охват ВИЧ-инфицированных лиц АРВТ до 60%. За счет федерального бюджета Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2016 году был увеличен трансферт для закупки лекарственных препаратов АРВТ. Федеральные средства в сумме 2 052,3 млн. рублей, а также средства областного бюджета в сумме 7,6 млн. рублей были направлены в 2016 году на закуп лекарственных препаратов и обеспечение этими препаратами ВИЧ-инфицированных лиц, что составило 49,1% в общем количестве лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;

«смертность от дорожно-транспортных происшествий» – 8,5 случая на 100 тыс. человек населения при плане 12;

«смертность от болезней системы кровообращения» – 678,3 случая на 100 тыс. человек населения при плане 702;

«смертность от туберкулеза» – 12,7 случая на 100 тыс. человек населения при плане 13,8;

«младенческая смертность» – 5,8 случая на 1000 родившихся живыми при плане 6,2;

«обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым» составил 0,59 койки на 10 тыс. человек взрослого населения при плане 0,17. Причина этого заключается в том, что помимо вновь созданных коек были также перепрофилированы уже имеющиеся койки других профилей (инфекционного, психиатрического) на паллиативные;

«охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез» – 86,1% при плане 75,32%;

«охват профилактическими осмотрами детей» – 96,3% при плане 90%;

«индекс здоровья детей» – 32,4% при плане 22,2%;

«распространенность потребления табака среди взрослого населения» – 38% (данные получены расчетным путем исходя из объемов продаж табачных изделий) при плане на 2016 год 33,5%. На фактическое значение показателя влияют внешние факторы: уровень образования, социальный уровень и иные факторы;

«уровень использования лекарственных препаратов отечественного производства для обеспечения граждан, имеющих право на меры социальной поддержки по лекарственному обеспечению» составил 79% при плане 60%. В связи с приоритетным направлением государственной политики по импортозамещению увеличен закуп лекарственных препаратов отечественного производства;

«доля проверенных подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области получателей бюджетных средств, бюджетных и автономных учреждений по вопросам внутреннего финансового контроля и внутреннего финансового аудита» на 2016 год – 36% при плане 19%. Перевыполнение плана связано с изменением (уменьшением) количества учреждений здравоохранения в связи с оптимизационными мероприятиями, проведением внеплановых контрольных мероприятий, а также тематических проверок одновременно по одной теме.

Министерство здравоохранения Свердловской области является заказчиком-координатором комплексной программы «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» (далее – Программа). Кроме Министерства здравоохранения Свердловской области Программу реализовывали Министерство социальной политики Свердловской области, Министерство физической культуры и спорта Свердловской области, Министерство общего и профессионального образования Свердловской области, Министерство строительства и развития инфраструктуры Свердловской области. Программа включает три подпрограммы:

«Реализация комплекса мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

«Урологическое здоровье мужчин»;

«Репродуктивное будущее Свердловской области: от детства к материнству».

Финансирование мероприятий Программы в 2016 году осуществлялось в рамках государственных программ Свердловской области исполнительных органов государственной власти Свердловской области – заказчиков Программы в пределах средств, предусмотренных Законом Свердловской области от 3 декабря 2015 года № 138-ОЗ «Об областном бюджете на 2016 год», а также за счет средств федерального бюджета, местных бюджетов, за счет средств, предусмотренных Территориальной программой. Всего при реализации Программы за 2016 год освоено 5 229 963,6 тыс. рублей, что составило 97,6% от годового плана (5 360 754,2 тыс. рублей).

Для решения задач подпрограммы «Реализация комплекса мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями» Программы реализован ряд мероприятий, в том числе:

на теле-и радиоканалах выходили передачи «Все о сердце», проводилась ротация ролика «Пять шагов к здоровому сердцу», на 32 билбордах в муниципальных образованиях размещена информация с социальной рекламой «5 правил здоровой жизни». В социальных сетях «Одноклассники» и «ВКонтакте» реализован проект «Останови инсульт», 16 подготовленных публикаций показаны 1 127 700 пользователям социальных сетей;

под методическим руководством ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики» организованы и проведены 53 Школы здоровья и долголетия, всего обучено 4148 человек;

для нужд 31 учреждения здравоохранения закуплены 34 аппарата ЭКГ для ранней диагностики острого коронарного синдрома с использованием телекоммуникационных технологий;

подготовлен и представлен на промышленной выставке «Иннопром» макет инвестиционного проекта «Город сердца», который предполагает строительство научно-исследовательского диагностического центра, реабилитационного центра и клиники-отеля, и рабочая модель портативного дефибриллятора, предназначенного для оснащения общественных мест и мест большого скопления людей. Серийное производство планируется начать на базе концерна «Швабе» в 2017 году;

проведено медико-социологическое исследование «Оценка знаний врачей первичного звена в отношении профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний». Разработано и тиражировано пособие для врачей по организации диспансеризации и диспансерного наблюдения взрослого населения. Пособия распространены на областной конференции службы медицинской профилактики в ноябре 2016 года.

В результате проведенных мероприятий исполнение целевых показателей за 2016 год составило:

«Снижение смертности от болезней системы кровообращения» – 678,3 случая на 100 тыс. человек населения при годовом плане 702,0 (исполнение 103,8%);

«Снижение летальности от острого инфаркта миокарда в общем числе больных, пролеченных в круглосуточном стационаре с диагнозом «Острый инфаркт миокарда» – 10,1% при годовом плане 12,5% (исполнение 123,8%);

«Снижение летальности от острого нарушения мозгового кровообращения в общем числе больных, пролеченных в круглосуточном стационаре с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения» – 11,4% при годовом плане 12,2% (исполнение 107%);

«Доля лиц, обученных основам здорового образа жизни» – 37% от взрослого населения при годовом плане 33% от взрослого населения (исполнение 112,1%);

«Количество посещений взрослого населения с профилактической целью в течение календарного года (в том числе диспансеризация, центры здоровья)» – 30% от взрослого населения при годовом плане 30% (исполнение 100%);

«Охват диспансеризацией взрослого населения» – 20% от взрослого населения при плане 23% от взрослого населения (87%). Причина неисполнения: диспансеризация определенных групп взрослого населения (по определенным годам рождения) проводится в Свердловской области с 2013 года, за период 2013–2015 годов охвачено практически все население Свердловской области, подлежащее диспансеризации. В 2016 году подлежали диспансеризации лица, которые уже проходили впервые диспансеризацию в 2013 году. Часть населения из этой категории не приняла участие в повторной диспансеризации.

Для решения задач подпрограммы «Урологическое здоровье мужчин» Программы в 2016 году реализован ряд мероприятий, в том числе:

аудит работы экспресс-диагностических урологических кабинетов, дооснащение их необходимым оборудованием;

организация выступлений врачей на местных телеканалах, радио, на предприятиях городов и районов Свердловской области, публикации печатных материалов в местных СМИ по привлечению мужского населения на обследование в экспресс-диагностические урологические кабинеты и анкетирование;

внедрение алгоритма обследования мужского населения при выявлении уроандрологических заболеваний, включающего привлечение кардиологов, эндокринологов. Внедрение упрощенной анкеты-опросника по выявлению риска эректильной дисфункции. В 2016 году в кабинетах обследованы и опрошены 8908 пациентов. Кроме того, проведено анкетирование свыше 538,6 тыс. мужчин, что составляет 57% от мужского населения Свердловской области, подлежащего анкетированию;

в рамках мероприятия «Разработка инвестиционного проекта по строительству операционного блока ГБУЗ СО «СОКБ № 1» подготовлены медико-техническое задание на строительство операционного корпуса, перечень оборудования для его оснащения по номенклатуре и по количеству с обоснованием стоимости, сводная ведомость медицинского оборудования и пояснительная записка. Материалы по утверждению схемы расположения



части земельного участка для строительства операционного корпуса направлены в Министерство по управлению государственным имуществом Свердловской области. Ведется поиск инвестора.

Достижение целевых показателей подпрограммы составило:

«Увеличение числа вновь выявленных больных с диагностированным раком предстательной железы на ранних стадиях (на основании онкологического регистра) в общем числе больных с диагностированным раком предстательной железы» – 51% при годовом плане 60% (исполнение 85%). Причина неисполнения: трудности диагностики урологических онкологических заболеваний на ранних стадиях, «маскировка» симптомов под признаки других заболеваний, которые не вызывают тревоги у пациента;

«Снижение одногодичной летальности больных с онкоурологическими заболеваниями в общем числе выявленных онкоурологических больных» – 6,8% при плане 9,5% (исполнение 139,7%);

«Повышение удовлетворенности в высокотехнологичной медицинской помощи пациентов с урологическими заболеваниями» – 100% от числа больных, находящихся в листе ожидания, при годовом плане 92% (исполнение 108,7%);

«Доля молодых граждан в возрасте от 14 до 30 лет – участников проектов и мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику социально опасных заболеваний» – 19% при плане 19% (исполнение 100%);

«Доля граждан допризывного возраста (15–18 лет), проходящих подготовку в оборонно-спортивных лагерях» – 25% при плане 25% (исполнение 100%);

«Доля граждан Свердловской области, выполнивших нормативы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне», в общей численности населения, принявшего участие в сдаче нормативов комплекса» – 33% при плане 20% (исполнение 165%).

Для решения задач подпрограммы «Репродуктивное будущее Свердловской области: от детства к материнству» Программы в 2016 году реализован ряд мероприятий, направленных на:

совершенствование скрининговых технологий в службе охраны здоровья матери и ребенка (пренатальная диагностика, неонатальный скрининг, профилактические осмотры детей);

повышение доступности и качества медицинской помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка;

популяризацию и повышение престижа здорового образа жизни как фактора сохранения репродуктивного здоровья детей и молодежи;

совершенствование работы по формированию материнской доминанты в ситуациях репродуктивного выбора.

В результате проведенных мероприятий значения целевых показателей составили:

«Охват профилактическими осмотрами детей и подростков с целью своевременного выявления групп риска, отклонений в состоянии здоровья детей, в том числе с репродуктивными заболеваниями» – 96,3% при годовом плане 92% (исполнение 104,7%);

«Снижение младенческой смертности» – 5,8 случая на 1000 родившихся живыми при годовом плане 6,2 (исполнение 106,9%);

«Охват пренатальной диагностикой беременных женщин, подлежащих пренатальной диагностике» – 96,6% при плане 95,8% (исполнение 100,8%);

«Обеспечение объемов высокотехнологичной помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования» – 2775 процедур при годовом плане 2450 (исполнение 113,3%);

«Доля женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности» – 12,6% при годовом плане 12% (исполнение 105%);

«Доля аборт в возрастной группе 15–19 лет от общего количества абортов» – 4,1% при годовом плане 4,1% (исполнение 100%);

«Материнская смертность» – 9,7 случая на 100 тыс. родившихся живыми при плане 9,0 (исполнение 92,8%).

Всего из 19 целевых показателей Программы выполнены на 100 и более процентов 16 показателей (84,2%).

### **Раздел 11. Финансовое обеспечение здравоохранения Свердловской области в 2016 году и перспективы на 2017 год**

В 2016 году за счет средств федерального, областного, местных бюджетов и ТФОМС планировалось направить на здравоохранение Свердловской области 62 694,748,0 тыс. рублей. Фактически в 2016 году на здравоохранение Свердловской области направлено 63 360 116,8 тыс. рублей, или 101,1% от запланированного объема средств, что на 205 336,6 тыс. рублей больше, чем в 2015 году.

Расходы областного и федерального бюджетов на здравоохранение в целом (без платежей на ОМС неработающего населения) составили 19 952 403,3 тыс. рублей, или 99,8% к плану года. В 2016 году расходы средств федерального бюджета на здравоохранение Свердловской области составили 4 465 552,5 тыс. рублей, что на 3,5%, или на 163 692,3 тыс. рублей меньше, чем в 2015 году.

Расходы на здравоохранение за счет средств местных бюджетов в 2016 году исполнены в сумме 486 256,9 тыс. рублей, что составляет 100,2% к плану года.

В 2016 году на финансирование территориальной программы ОМС направлено 42 921 456,7 тыс. рублей, или 101,7% к плану года.

Фактические подушевые показатели финансирования здравоохранения в 2016 году составили:

расходы на здравоохранение в расчете на одного жителя, всего – 14 606,5 рубля, что на 0,1% больше, чем в 2015 году (14 593,9 рубля), в том числе:

расходы бюджетов на одного жителя – 4 711,7 рубля, что на 8,0% больше, чем в 2015 году (4360,4 рубля);

расходы ОМС на одного застрахованного – 9565,8 рубля, что на 2,7% меньше, чем в 2015 году (9832,9 рубля).

Сверх средств федерального, областного бюджетов и ТФОМС учреждениями здравоохранения получены дополнительные средства от оказания платных медицинских и немедицинских услуг, добровольного медицинского страхования и других видов хозяйственно-договорной деятельности.

В 2016 году поступления от приносящей доход деятельности государственных медицинских организаций составили 5 825 811 тыс. рублей, что на 4,8% больше, чем в 2015 году.

Таким образом, единый фонд финансовых средств, направленных на финансирование здравоохранения Свердловской области, составил в 2016 году 69 185 927,8 тыс. рублей, что на 474 039,6 тыс. рублей, или на 0,7% больше, чем в 2015 году (таблица 96).

Структура единого фонда финансовых средств, направленных в 2016 году на здравоохранение Свердловской области, следующая:

22,4% – средства областного бюджета;

0,7% – средства бюджета МО «город Екатеринбург»;

62,0% – средства ТФОМС;

6,5% – средства федерального бюджета;

8,4% – внебюджетные источники.

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, 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 2016 год составила:

врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, – 55 847,93 рубля (при плановом целевом показателе 55 359,2 рубля), или 192,9% к фактическому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности (28 959 рублей);

средний медицинский (фармацевтический) персонал – 28 260,50 рубля (при плановом целевом показателе 28 131,2 рубля), или 97,6% к фактическому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности (28 959 рублей);

младший медицинский персонал – 17 814,77 рубля (при плановом целевом показателе 17 170,89 рубля), или 61,5% к фактическому показателю среднемесячного дохода от трудовой деятельности (28 959 рублей).

Вместе с тем, поручением Правительства Российской Федерации от 15.06.2016 № ОГ-П12-3524 установлены следующие целевые показатели в целом по Российской Федерации, по соотношению заработной платы работников:

врачи: 2017 год – 180%, 2018 год – 200%;

средний медицинский персонал: 2017 год – 90%, 2018 год – 100%;

младший медицинский персонал: 2017 год – 80%, 2018 год – 100%.

Показатели 2017 года по врачам и среднему медицинскому персоналу достигнуты Свердловской областью в 2016 году.

Согласно рейтингу субъектов Российской Федерации уровень средней заработной платы врачей и среднего медицинского персонала Свердловской области за 2016 год выше, чем в среднем по Российской Федерации. Показатели средней заработной платы медицинских работников 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, Московская область, Мурманская область, город Санкт-Петербург. По уровню заработной платы врачей Свердловская область занимает 16 место среди субъектов Российской Федерации.

**Объем финансовых средств, направленных на здравоохранение Свердловской области и реализацию Территориальной программы,  
в разрезе источников финансирования**

Номер строки	Наименование источника финансирования	2014 год	2015 год	2016 год		2016 год к 2015 году (процентов)	2017 год	2017 год
		Исполнение (тыс. рублей)	Исполнение (тыс. рублей)	План (тыс. рублей)	Исполнение (тыс. рублей)		План (тыс. рублей)	к 2016 году (процентов)
1.	Областной и федеральный бюджеты без платежей на ОМС неработающего населения	18 848 227,9	18 283 912,4	19 996 951,7	19 952 403,2	109,1	18 350 741,2	92,0
2.	Местный бюджет	856 856,2	585 684,6	485 250,0	486 256,9	83,0	517 050,0	106,3
3.	Бюджет ТФОМС	42 137 186,7	44 285 183,2	42 212 546,4	42 921 456,9	96,9	43 266 703,5	100,8
4.	Предпринимательская и иная не запрещенная деятельность	4 856 145,0	5 557 108,0	6 203 549,8	5 825 811,0	104,8	6 117 000,0	105,0
5.	Единый фонд финансовых средств на здравоохранение Свердловской области, всего	66 698 415,8	68 711 888,2	68 898 297,9	69 185 927,8	100,7	68 251 494,7	98,6

Объем финансирования учреждений здравоохранения на выполнение государственного задания в 2017 году запланирован в сумме 10 527 459,3 тыс. рублей, что на 713 303,4 тыс. рублей, или 7,3%, больше, чем в 2016 году. В этой сумме учтено повышение заработной платы младшего медицинского персонала на 33% в течение года и прочего персонала на 4,9% с 1 октября 2017 года. Кредиторская задолженность по средствам областного и местного бюджетов отсутствует.

В 2017 году Министерством здравоохранения Российской Федерации рассчитан дефицит Территориальной программы в части финансирования за счет бюджета в сумме 638 660,0 тыс. рублей. Исключение дефицита Территориальной программы планируется до 30 октября 2017 года.

На финансирование медицинских организаций из средств ОМС в 2017 году будет направлено 43 728 018,9 тыс. рублей, что на 1 946 982,2 тыс. рублей, или 4,6%, больше, чем в 2016 году.

Очевидно, что в 2017 году размер субвенции ФФОМС не достаточен для обеспечения сложившегося уровня оказания медицинской помощи в Свердловской области с учетом инфляционных процессов и обеспечения повышения заработной платы медицинских работников согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597.

## **Раздел 12. Основные нормативные правовые акты Свердловской области, принятые в сфере охраны здоровья граждан в 2016 году**

### **1. Законы Свердловской области:**

1) от 4 марта 2016 года № 20-ОЗ «О внесении изменений в Закон Свердловской области «Об охране здоровья граждан в Свердловской области»;

2) от 28 марта 2016 года № 30-ОЗ «О внесении изменения в статью 4 Областного закона «О профилактике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании и токсикомании на территории Свердловской области»;

3) от 24 ноября 2016 года № 116-ОЗ «О внесении изменений в Закон Свердловской области «Об охране здоровья граждан в Свердловской области» и перечень социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в Свердловской области»;

4) от 19 декабря 2016 года № 149-ОЗ «О внесении изменений в Областной закон «О статусе лечебно-оздоровительных местностей и курортов Свердловской области»;

5) от 19 декабря 2016 года № 150-ОЗ «О внесении изменений в Закон Свердловской области «О контрольных полномочиях Законодательного Собрания Свердловской области» и статьи 4 и 13 Закона Свердловской области «Об охране здоровья граждан в Свердловской области».

### **2. Постановления Законодательного Собрания Свердловской области:**

1) от 19.04.2016 № 2869-ПЗС «Об информации Правительства Свердловской области об организации детской оздоровительной кампании на территории Свердловской области в 2016 году»;

2) от 15.06.2016 № 2981-ПЗС «Об обращении Законодательного Собрания Свердловской области к Председателю Правительства Российской Федерации Д.А. Медведеву о содействии деятельности Уральского клинического лечебно-реабилитационного центра»;

3) от 15.06.2016 № 2985-ПЗС «О докладе о реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2015 год.

### **3. Постановления Правительства Свердловской области:**

1) 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»;

2) от 03.03.2016 № 149-ПП «О мерах, направленных на поддержку негосударственных организаций, осуществляющих комплексную реабилитацию и ресоциализацию лиц,

потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача, на территории Свердловской области»;

3) от 25.03.2016 № 193-ПП «Об утверждении Порядка определения объема бюджетных ассигнований, предусмотренных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в 2016 году и Порядка финансового обеспечения оказания в 2016 году высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджета Свердловской области»;

4) от 31.03.2016 № 205-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 06.06.2012 № 614-ПП «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 № 1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»»;

5) от 20.04.2016 № 273-ПП «О реализации мер социальной поддержки отдельных категорий граждан, проживающих в Свердловской области, по бесплатному обеспечению протезами (кроме зубных, глазных протезов), протезно-ортопедическими изделиями и по компенсации расходов, связанных с приобретением протезов (кроме зубных, глазных протезов), протезно-ортопедических изделий»;

6) от 20.04.2016 № 281-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 25.12.2014 № 1217-ПП «Об оказании в 2014–2015 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»»;

7) от 20.04.2016 № 282-ПП «О внесении изменений в Перечень медицинских организаций, уполномоченных на выдачу на территории Свердловской области документов, подтверждающих отсутствие у иностранного гражданина заболевания наркоманией и выданных по результатам медицинского осмотра, включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, предусмотренных Перечнем инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.06.2015 № 384н, а также сертификата об отсутствии у данного иностранного гражданина заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), при получении и переоформлении патента на временное осуществление трудовой деятельности на территории Свердловской области, утвержденный постановлением Правительства Свердловской области от 15.09.2008 № 980-ПП»;

8) от 13.05.2016 № 313-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» государственным полномочием Свердловской области по организации оказания медицинской помощи»»;

9) от 13.05.2016 № 331-ПП «О внесении изменений в составы наблюдательных советов государственных автономных учреждений здравоохранения Свердловской области»;

10) от 13.05.2016 № 337-ПП «Об установлении размера начальной (максимальной) цены контракта при осуществлении закупок лекарственных препаратов, которые включены в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для нужд Свердловской области и муниципальных нужд муниципальных образований при превышении которой осуществляется отстранение участника закупки от участия в определении поставщика

(подрядчика, исполнителя) или отказ от заключения контракта с победителем определения поставщика (подрядчика, исполнителя)»;

11) от 31.05.2016 № 364-ПП «Об итогах выполнения Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области за 2015 год»;

12) от 31.05.2016 № 370-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 09.04.2015 № 245-ПП «О мерах по организации и обеспечению отдыха и оздоровления детей в Свердловской области в 2015–2017 годах»;

13) от 31.05.2016 № 391-ПП «О внесении изменения в постановление Правительства Свердловской области от 19.04.2011 № 431-ПП «Об утверждении Положения, структуры, предельного лимита штатной численности и фонда по должностным окладам в месяц Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области»;

14) от 07.06.2016 № 407-ПП «Об утверждении Положения о предоставлении в 2016 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»;

15) от 15.06.2016 № 430-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 21.05.2014 № 440-ПП «О порядке признания территорий Свердловской области лечебно-оздоровительными местностями, курортами областного или местного значения, установления границ и режима округов санитарной (горно-санитарной) охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов на территории Свердловской области»;

16) от 24.06.2016 № 448-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 Объем финансирования учреждений здравоохранения на выполнение государственного задания в 2017 году запланирован в сумме 10 527 459,3 тыс. рублей, что на 713 303,4 тыс. рублей, или 7,3%, больше, чем в 2016 году. В этой сумме учтено повышение заработной платы младшего медицинского персонала на 33% в течение года и прочего персонала на 4,9% с 1 октября 2017 года. Кредиторская задолженность по средствам областного и местного бюджетов отсутствует.

В 2017 году Министерством здравоохранения Российской Федерации рассчитан дефицит Территориальной программы в части финансирования за счет бюджета в сумме 638 660,0 тыс. рублей. Исключение дефицита Территориальной программы планируется до 30 октября 2017 года.

На финансирование медицинских организаций из средств ОМС в 2017 году будет направлено 43 728 018,9 тыс. рублей, что на 1 946 982,2 тыс. рублей, или 4,6%, больше, чем в 2016 году.

Очевидно, что в 2017 году размер субвенции ФФОМС не достаточен для обеспечения сложившегося уровня оказания медицинской помощи в Свердловской области с учетом инфляционных процессов и обеспечения повышения заработной платы медицинских работников согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597.

территорию Свердловской области в поисках убежища, отдельных мер социальной поддержки за счет средств областного бюджета»;

17) от 09.08.2016 № 550-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»;

18) от 30.08.2016 № 599-ПП «Об утверждении Порядка и условий предоставления и расходования межбюджетных трансфертов из областного бюджета бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на финансовое обеспечение оказания скорой медицинской помощи лицам, не застрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования»;

19) от 30.08.2016 № 600-ПП «О внесении изменений в отдельные правовые акты

Правительства Свердловской области в сфере охраны здоровья граждан»;

20) от 08.09.2016 № 631-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 месяце Министерства здравоохранения Свердловской области»;

21) от 20.09.2016 № 678-ПП «О внесении изменений в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2016 год, утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 24.12.2015 № 1195-ПП»;

22) от 12.10.2016 № 707-ПП «О докладе «О состоянии здоровья граждан, проживающих в Свердловской области, в 2015 году»;

23) от 12.10.2016 № 719-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 27.12.2013 № 1650-ПП «Об утверждении Порядка возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкроида, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участникам Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013–2020 годы и членам их семей»;

24) от 18.10.2016 № 743-ПП «Об утверждении распределения объема субвенций из областного бюджета местным бюджетам на осуществление государственного полномочия Свердловской области по организации проведения мероприятий по отлову и содержанию безнадзорных собак, не распределенных между местными бюджетами Законом Свердловской области от 3 декабря 2015 года № 138-ОЗ «Об областном бюджете на 2016 год»;

25) от 09.11.2016 № 796-ПП «О внесении изменений в государственную программу Свердловской области «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2020 года», утвержденную постановлением Правительства Свердловской области от 21.10.2013 № 1267-ПП»;

26) от 09.11.2016 № 797-ПП «О внесении изменений в уставы государственных автономных учреждений здравоохранения Свердловской области»;

27) 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»;

28) от 29.12.2016 № 956-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»;

29) от 29.12.2016 № 957-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 05.08.2015 № 704-ПП «Об утверждении Перечня медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации, и Перечня наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов, отпуск которых физическим лицам может осуществляться медицинскими организациями и обособленными подразделениями медицинских организаций, расположенными в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации»;

30) от 29.12.2016 № 959-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Свердловской области от 19.04.2011 № 431-ПП «Об утверждении Положения, структуры, предельного лимита штатной численности и фонда по должностным окладам в месяце Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области»;

31) от 29.12.2016 № 960-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».

**4. Распоряжения Правительства Свердловской области:**

1) от 20.05.2016 № 471-РП «О внесении изменений в состав межведомственной комиссии по реализации мер, направленных на снижение смертности населения на территории Свердловской области, утвержденный распоряжением Правительства Свердловской области от 31.07.2015 № 816-РП»;

2) 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».