

# СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ДИРЕКТОРА ДЕПАРТАМЕНТА  
МОНИТОРИНГА, АНАЛИЗА  
И СТРАТЕГИЧЕСКОГО  
РАЗВИТИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МИНЗДРАВА РОССИИ  
Дмитрий Владиславович  
Чугаев



В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» в субъектах Российской Федерации реализуются планы мероприятий (дорожные карты), направленные на совершенствование в сфере здравоохранения.

Министерством здравоохранения Российской Федерации проводится ежемесячный мониторинг показателей смертности, осуществляются выезды специалистов ведомства в регионы для проведения детального анализа реализации мероприятий по снижению смертности, с последующими рекомендациями субъектам Российской Федерации об их возможной корректировке. Проводятся регулярные видеоселекторные совещания с представителями исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Внедрение системы мониторинга для оценки реализации мероприятия государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» позволит обеспечить эффективное принятие управленческих решений по вопросам организации оказания медицинской помощи больным с теми или иными заболеваниями.

На основании анализа результатов мониторинга смертности и хода реализации мероприятий по совершенствованию оказания больным медицинской помощи при необходимости будет разработан комплекс дополнительных мер по снижению показателей смертности.

## СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ К 2018 ГОДУ

В целях достижения намеченного в указе целевого показателя смертности от болезней системы кровообращения (649,4 случая на 100 тыс. населения) Минздравом России подготовлена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 года №2511-р (далее – Государственная программа). Она включает в себя комплекс мероприятий, направленных на совершенствование системы профилактики и раннего выявления заболеваний, совершенствование оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями.

Мероприятия Государственной программы и региональных программ развития здравоохранения представляют собой логическое продолжение мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, реализация которых была завершена в 2012 году.

За период 2008–2012 годов в реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, приняли участие 76 субъектов Российской Федерации.

За данный период в субъектах Российской Федерации, принявших участие в реализации мероприятий, создано и оснащено оборудованием 83 региональных сосудистых центра и 193 первичных сосудистых отделений.

Одной из причин высокого уровня внегоспитальной смертности при болезнях системы кровообращения является нераспознанный острый коронарный синдром из-за поздней обращаемости пациентов и недостаточного качества вторичной профилактики болезней системы кровообращения. В связи с этим значительное внимание в программах развития здравоохранения субъектами Российской Федерации уделено мероприятиям по формированию здорового образа жизни у населения в целом

и у больных атеросклерозом в частности, повышению уровня информированности больных атеросклерозом и их близких о порядке действий при появлении симптомов инфаркта миокарда, коррекции факторов риска у лиц, перенесших острый коронарный синдром.

Также осуществляется поэтапное внедрение в субъектах Российской Федерации трехуровневой системы организации медицинской помощи и реорганизация маршрутизации пациентов в соответствии с утвержденным в 2012 году Минздравом России порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включающим в том числе стандарты оснащения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам при данной патологии.

На базе многопрофильных стационаров предусматривается создание новых специализированных отделений для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом (первичных сосудистых отделений), дальнейшее развитие инфраструктуры региональных сосудистых центров, на базе которых возможно проведение всех видов интервенционных методов лечения, системного тромболитизиса при острой сосудистой патологии, а также организация максимально быстрой доставки больных в специализированный стационар. При этом рассчитанная потребность в первичных сосудистых отделениях (ПСО) и региональных сосудистых центрах (РСЦ) составляет не менее 30 коек на 200 тыс. взрослого населения.

Открытие новых РСЦ и ПСО в субъектах Российской Федерации позволило увеличить количество госпитализаций и проведенных медицинских вмешательств.

Доля взрослого населения Российской Федерации, проживающего в зонах ответственности РСЦ и ПСО, по сравнению с аналогичным периодом 2012 года по состоянию на 1 августа 2013 года увеличилась на 14,1% и составила 67,1% от общей численности взрослого населения Российской Федерации.

На увеличение частоты применения современных методов диагностики и лечения, таких как тромболитическая терапия и рентгеноэндоваскулярные методы, направлено внедрение новых стандартов медицинской помощи по соответствующим нозологиям.

На снижение смертности от болезней системы кровообращения были также направлены мероприятия по повышению доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Объемы высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в 2013 году по сравнению с предыдущим годом увеличились на 10% и составили 147,6 тыс. пациентов (план), из них в медицинских организациях субъектов Российской Федерации – 57,8 тыс. пациентов (рост на 12,7%).

При этом количество госпитализированных больных с острым коронарным синдромом в регионах – участниках мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями за 7 месяцев 2013 года увеличилось на 9%, в специализированные РСЦ и ПСО – на 11,4%, при этом на 12,1% увеличилось число больных, доставленных бригадами

скорой медицинской помощи. Количество больных, госпитализированных с острым инфарктом миокарда, увеличилось на 7,1%, с острым нарушением мозгового кровообращения – на 6%, причем на 9% увеличилось число больных, доставленных бригадами скорой медицинской помощи. Число госпитализированных больных с вышеуказанной патологией в специализированные РСЦ и ПСО увеличилось на 14,5%.

Всего за 7 месяцев 2013 года в РСЦ было выполнено 41,8 тыс. коронарографий (на 11,3% больше по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года), 13,9 тыс. транслюминальных баллонных ангиопластик коронарных артерий со стентированием (на 25,3% больше, чем в аналогичном периоде предыдущего года). Количество выполненных церебральных ангиографий увеличилось на 38%, тромболитических терапий – на 25%. По сравнению с аналогичным периодом 2012 года увеличилось на 5,4% число выполненных компьютерных томографий головного мозга во время стационарного лечения, на 0,6% – число выполненных транскраниальных дуплексных сканирований.

Расширение охвата населения мероприятиями по совершенствованию медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями, безусловно, оказало положительное влияние на показатель смертности населения от болезней системы кровообращения. При этом необходимо отметить, что имеется определенный кумулятивный эффект, проявляющийся в том, что увеличение количества выполненных медицинских вмешательств будет оказывать влияние на снижение смертности от болезней системы кровообращения в последующие годы.

По оперативным данным Росстата, за 7 месяцев 2013 года по сравнению с аналогичным периодом 2012 года зарегистрировано снижение смертности от болезней системы кровообращения в Российской Федерации на 2,4% – с 747,1 до 729,0 на 100 тыс. населения.

Сокращение смертности от болезней системы кровообращения отмечается в 59 субъектах Российской Федерации, при этом наиболее заметно оно в Тамбовской области (на 39,3%), Липецкой области (на 19,2%), Ивановской области (на 13,6%), Тульской области (на 12,4%), Курской области (на 11,8%) и Магаданской области (на 10,7%).

Рост смертности населения от болезней системы кровообращения отмечается в 11 субъектах Российской Федерации. Наиболее значительный рост – в Республике Башкортостан (на 12,8%), Вологодской области (на 6,6%), Калининградской области (на 6,5%), Республике Мордовия (на 4,7%), Ульяновской области (на 4,7%), Ярославской области (на 4,4%), Кировской области (на 3,9%) и Астраханской области (на 3,6%).

По-прежнему ведущей причиной смертности от болезней системы кровообращения являются: ишемическая болезнь сердца – 385,8 (за 7 месяцев 2013 года по сравнению с аналогичным периодом 2012 года показатель снизился на 2,6%), цереброваскулярные болезни – 224,4 (снижение на 2,1%), гипертоническая болезнь – 16,0 (снижение на 9,6%), другие болезни сердца – 103,8 на 100 тыс. населения (снижение на 0,9%).



Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения составила 55,7 на 100 тыс. населения, по сравнению с аналогичным периодом 2012 года этот показатель уменьшился на 4,3%. Самое большое снижение числа умерших от острого нарушения мозгового кровообращения отмечается в Камчатском крае, Ставропольском крае, Иркутской области, Республике Коми и Костромской области. В зонах ответственности РСЦ и ПСО смертность уменьшилась на 19% по сравнению с аналогичным периодом 2012 года.

Смертность от острого инфаркта миокарда за 7 месяцев 2013 года увеличилась на 2% по сравнению с аналогичным периодом 2012 года и составила 13,9 на 100 тыс. населения. Самый высокий рост числа умерших от инфаркта миокарда отмечается в Магаданской области, Владимирской области, Тульской области, Ленинградской области и Республике Мордовия. В то же время в зонах ответственности РСЦ и ПСО смертность от острого инфаркта миокарда за этот период уменьшилась на 14% по сравнению с аналогичным периодом 2012 года.

Одной из важных причин недостаточного снижения показателя смертности населения от болезней системы кровообращения стал рост смертности за счет гриппа, ОРВИ и пневмонии, одним из осложнений которых является острая сердечная недостаточность.

Таким образом, за 7 месяцев 2013 года по сравнению с аналогичным периодом 2012 года в ходе реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, увеличился охват взрослого населения зонами ответственности РСЦ и ПСО и, соответственно, увеличилось число зарегистрированных больных с острым инфарктом миокарда и острыми нарушениями мозгового кровообращения, выросло число диагностических исследований и проведенных тромблизисов. Снизилась смертность от острого нарушения мозгового кровообращения, смертность же от острого инфаркта миокарда незначительно повысилась.

По информации субъектов Российской Федерации, негативное влияние на достижение намеченных показателей смертности от болезней системы кровообращения оказывают:

- образ жизни населения и высокая распространенность среди населения поведенческих факторов риска развития заболеваний (вредные привычки, несбалансированное, «нездоровое» питание и др.);
- старение населения;
- уровень экономического и социального благополучия населения;
- несвоевременность обращения больных за медицинской помощью, низкий уровень образованности населения в вопросах самосохранения и своевременного обращения за медпомощью;
- недостаточная активность первичного звена в вопросах формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний;
- недостаточное использование тромболитической терапии по причине высокой стоимости применяемых лекарственных средств.

Серьезное влияние на показатель смертности населения от болезней системы кровообращения также оказывает состояние первичной медико-санитарной помощи в регионе, в первую очередь доступность этого вида помощи и обеспеченность медицинскими специалистами, которые в ряде регионов остаются низкими. Одновременно следует отметить большое влияние обеспеченности населения скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощью, а также санитарной авиацией, необходимыми для своевременной доставки пациентов для оказания специализированной медицинской помощи.

При участии главных внештатных специалистов Минздрава России и специалистов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» разрабатывается система углубленного мониторинга оказания медицинской помощи больным болезнями системы кровообращения и показателей деятельности медицинских организаций, в том числе РСЦ и ПСО.

#### СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ НОВООБРАЗОВАНИЙ (В ТОМ ЧИСЛЕ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ) К 2018 ГОДУ

В целях достижения к 2018 году целевого показателя смертности от новообразований (192,8 случая на 100 тыс. населения) в Государственную программу включен комплекс мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями.

Государственной программой на 2013 год установлен планируемый показатель смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, – 201,2 случая на 100 тыс. населения.

В соответствии с Правилами предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2011 года №1164, распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2012 года №2540-р утверждено распределение субсидий, предоставляемых в 2013 году из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, 15 субъектам Российской Федерации.

- В рамках данного мероприятия запланировано:
- предоставление в 2013 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, свя-



занных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями;

- доведение Минздравом России ассигнований федерального бюджета федеральному государственному учреждению «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий».

В рамках реализации указанных мероприятий в 2013 году подготовлен проект постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2011 года №1164», согласован и направлен в Правительство Российской Федерации в установленном порядке письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 августа 2013 года №17-7/10/1-3671. В 2013 году планируется заключить 15 соглашений с субъектами Российской Федерации на условиях софинансирования из федерального бюджета на сумму 6 438 150,0 тыс. рублей.

Кроме того, в 2013 году на софинансирование мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, из федерального бюджета в бюджеты 28 субъектов Российской Федерации перечислены остатки средств неизрасходованных субсидий, предусмотренные в 2011 и 2012 годах (6 субъектам – участникам мероприятий в 2011 году в размере 490 855,9 тыс. рублей, 13 субъектам – участникам мероприятий в 2012 году в размере 2 807 490,9 тыс. рублей). Таким образом, в 2013 году из общей суммы остатков средств за 2011 и 2012 годы в субъекты Российской Федерации было возвращено 3 298 346,9 тыс. рублей.

В рамках мероприятий «онкологической» программы в субъектах Российской Федерации формируется система оказания онкологической помощи населению, ориентированная на раннее выявление онкологических заболеваний и проведение специализированного комбинированного противоопухолевого лечения. Систематизируется учет и мониторинг онкологической заболеваемости и смертности.

В регионах создается трехуровневая система медицинской помощи. Пересматривается маршрутизация пациентов со злокачественными новообразованиями в соответствии с утвержденным порядком оказания медицинской помощи.

Медицинские организации третьего уровня, представленные онкологическими диспансерами и специализированными отделениями республиканских, краевых и областных клинических больниц, должны стать основным ядром, в котором будут сконцентрированы современные диагностические и лечебные технологии, квалифицированные медицинские кадры, позволяющим оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Для этого предусмотрено укрепление материально-технической базы таких учреждений, включая приобретение медицинского оборудования, такого как аппараты для дистанционного облучения, однофотонные эмиссионные и компьютерные томографы, роботизированные систе-

мы иммуногистохимической диагностики, видеоэндоскопические комплексы.

Одновременно проводится оптимизация коечного фонда таких организаций с созданием паллиативных онкологических коек и коек для реабилитации онкологических больных после перенесенного оперативного лечения.

На снижение смертности от злокачественных новообразований и увеличение продолжительности жизни пациентов направлены мероприятия по повышению выявляемости больных злокачественными новообразованиями на ранних стадиях заболевания. С этой целью в субъектах Российской Федерации осуществляется развитие сети смотровых кабинетов. Проводятся занятия, конференции для врачей первичного звена с целью повышения их онкологической настороженности. С участием специалистов-онкологов проводятся лекции, индивидуальные беседы и консультации. В районных медицинских организациях субъектов Российской Федерации открываются первичные онкологические кабинеты. Осуществляется подготовка кадров для онкологической службы.

В целях раннего выявления новообразований и выявления групп высокого риска в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 года №1006н, предусмотрено проведение диспансеризации отдельных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров. Организовано проведение маммологического скрининга женщин старше 40 лет.

На достижение намеченных показателей смертности от новообразований, в том числе злокачественных, оказывают влияние также высокая распространенность среди населения факторов риска развития новообразований, образ жизни населения, его старение, уровень экономического и социального благополучия страны.

Основным фактором, определяющим высокий уровень смертности населения от злокачественных новообразований, является выявление заболеваний на поздних стадиях, основной причиной которого является несвоевременное обращение больных за медицинской помощью. Рядом регионов одной из причин недостаточной эффективности реализации мероприятий по снижению смертности от новообразований также называется отсутствие достаточного количества лекарственных препаратов для медикаментозного лечения пациентов.

Следует отметить и тесную взаимосвязь между уровнем выявляемости пациентов с новообразованиями на ранних стадиях и активностью первичного звена здравоохранения, направленной на работу с группами риска и профилактику онкологических заболеваний.

Об эффективности выявления злокачественных новообразований свидетельствуют индикаторы качества выявления злокачественных новообразований.

Так, показатель доли впервые выявленных больных, вставших на учет и выявленных активно и при профилактических осмотрах, с 2006 по 2012 год вырос с 11,8 до 15,6%.



Таблица 1

## ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, 2012–2013 ГОДЫ

Субъект РФ	7 месяцев 2013	7 месяцев 2012	2013 в % к 2012
Тамбовская область	203,8	232,1	87,8
Новосибирская область	191,8	210,3	91,2
Республика Марий Эл	175,0	186,3	93,9
Вологодская область	212,7	225,8	94,2
Карачаево-Черкесская Республика	136,3	142,1	95,9
Республика Ингушетия	45,7	38,5	118,7
Магаданская область	218,1	195,8	111,4
Республика Хакасия	208,9	191,0	109,4
Смоленская область	217,7	200,3	108,7
Камчатский край	185,2	171,7	107,9
Курганская область	275,7	261,1	105,6
Тулльская область	274,6	264,8	103,7
Орловская область	262,7	252,7	104,0
Ярославская область	258,4	255,6	101,1
Псковская область	254,9	245,7	103,7
Республика Тыва	113,2	120,0	94,3
Чукотский АО	111,8	141,5	79,0
Ханты-Мансийский АО	110,5	116,9	94,5
Ямало-Ненецкий АО	77,0	85,9	89,6
Чеченская Республика	73,7	76,7	96,1

Доля впервые выявленных больных, вставших на учет в I–II стадиях, возросла с 44,7 до 50,5%, среди больных, выявленных активно, – с 57,5 до 73,1%.

Доля впервые выявленных больных, вставших на учет, диагноз которым установлен морфологически, возросла с 81,8 до 86,7%.

Качество работы как первичного звена здравоохранения, так и онкологической службы отражает показатель одногодичной летальности больных от злокачественных новообразований. Этот показатель снизился с 31,0 до 26,2%.

Представленные индикаторы свидетельствуют об улучшении качества проведения профилактических осмотров и диагностики на уровне первичного звена здравоохранения и онкологической службы. Тем не менее не-

обходимо отметить: индикаторы, характеризующие раннее выявление злокачественных новообразований, не достигли удовлетворительных значений, например такие, как увеличение доли больных с визуальными локализациями опухоли, выявленными на I и II стадиях заболевания; снижение доли больных, умерших от злокачественных новообразований в течение года с момента установления диагноза.

Показатели лечения впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями свидетельствуют, что часть больных не госпитализируется, а лечится только амбулаторно (2006 год – 18,1%; 2012 год – 13,9%). Методы лечения злокачественных новообразований существенно не меняются, так как существенно не меняются локализации процесса, нет выраженного роста выявления процессов в I–II стадиях.



Среди вставших на учет в учреждения здравоохранения пятилетняя выживаемость сохраняется практически на одном уровне (50,4–51,1%). Этот показатель отражает качество работы учреждений онкологической службы. Заболеваемость растет, смертность несколько сокращается. В результате распространенность злокачественными новообразованиями на конец 2012 года растет большими темпами (с 2006 по 2012 год показатель вырос на 20,5%).

За 7 месяцев 2013 года, по оперативным данным Росстата, в целом по Российской Федерации зарегистрирован рост показателя смертности от новообразований по сравнению с аналогичным периодом 2012 года на 0,1% – с 202,3 на 100 тыс. населения до 202,6.

Снижение смертности от новообразований отмечается в 35 субъектах Российской Федерации, наиболее высокий процент снижения показателя смертности отмечается в Чукотском автономном округе – на 21,0%, Тамбовской области – на 12,2%, Ямало-Ненецком автономном округе – на 10,4%, Новосибирской области – на 8,8% и Республике Марий Эл – на 6,1%.

Отдельные субъекты Российской Федерации с самыми лучшими и самыми худшими показателями динамики смертности от онкологических заболеваний за 7 месяцев 2013 года по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года приведены в таблице 1.

В настоящее время также разрабатывается система расширенного мониторинга оказания медицинской помощи больным с новообразованиями при участии главных внештатных специалистов Минздрава России и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения».

С целью улучшения динамики снижения смертности населения от новообразований субъектами Российской Федерации на основании углубленного анализа заболеваемости и смертности должен быть проработан вопрос о целесообразности корректировки плана реализации мероприятий по снижению смертности, включая вопросы организации оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, изменения маршрутизации пациентов при оказании первичной медико-санитарной помощи и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, вопросы обеспечения эффективного использования медицинского оборудования, приобретение которого осуществлялось в рамках мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональных программ модернизации здравоохранения.

При этом особое внимание должно быть уделено реализации мероприятий по профилактике и раннему выявлению злокачественных новообразований, включая проведение диспансеризации отдельных групп населения.

Не менее важным представляется вопрос возможной корректировки тарифов ОМС на оказание медицинской помощи пациентам с новообразованиями, с учетом высокой стоимости лекарственных средств для проведения химиотерапевтического лечения.

## СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ К 2018 ГОДУ

В целях достижения намеченного в указе целевого показателя смертности от дорожно-транспортных происшествий (10,6 случая на 100 тыс. населения) и в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» с 2008 года в субъектах Российской Федерации реализуются мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). За 2008–2012 годы вдоль 14 федеральных трасс общей протяженностью 14 261 км сформирована трехуровневая система травмоцентров. В реализации мероприятий приняли участие 69 субъектов Российской Федерации. Для оказания медицинской помощи специализированными бригадами скорой медицинской помощи было закуплено 511 реанимационных автомобилей, создано и оснащено медицинским оборудованием 470 травмоцентров, в том числе 85 травмоцентров I уровня, 171 травмоцентр II уровня и 214 травмоцентров III уровня.

В 2013 году в реализации указанных мероприятий принимают участие 24 субъекта Российской Федерации, в 2014 году примут участие 25 субъектов Российской Федерации.

Благодаря реализации мероприятий создана система этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в зависимости от степени тяжести полученных травм. Система позволяет обеспечить оказание срочной медицинской помощи пострадавшим в ДТП квалифицированными специалистами на месте ДТП, во время доставки и в медицинских организациях.

По данным Росстата за январь – июль 2013 года, в Российской Федерации коэффициент смертности от ДТП увеличился по сравнению с аналогичным периодом 2012 года на 3% и составил 11,1 на 100 тыс. населения.

За январь – июль 2013 года по сравнению с аналогичным периодом 2012 года снижение смертности от ДТП отмечается в 42 субъектах Российской Федерации, наиболее высокий процент снижения показателя смертности отмечается в Магаданской области – на 58,9%, Еврейской автономной области – на 51,9%, Республике Алтай – на 43,0%, Республике Ингушетия – на 42,6%, Республике Карелия – на 42,1%. В Чукотском автономном округе в этот период случаев смерти от ДТП не зарегистрировано.

Самые высокие показатели смертности от дорожно-транспортных происшествий в январе – июне 2013 года зарегистрированы в Республике Тыва – 30,4 на 100 тыс. населения (за аналогичный период 2012 года – 21,6), Карачаево-Черкесской Республике – 26,6 (за аналогичный период 2012 года – 23,5), Ленинградской области – 23,9 (за аналогичный период 2012 года – 27,0), Республике Калмыкия – 23,6 (за аналогичный период 2012 года – 23,9).

Основными причинами роста смертности по причине ДТП можно назвать быстрый темп роста парка транспортных средств, имеющих большой срок эксплуатации, резкое увеличение количества автотранспорта, снижение



объемов и темпов строительства, реконструкции и сервисного обслуживания автодорог, отсутствие системы аварийного вызова и специальных средств связи и недостаточное материально-техническое обеспечение отдельных медицинских учреждений субъектов Российской Федерации.

Для эффективного снижения смертности пострадавших от ДТП лиц необходимо активизировать мероприятия, направленные прежде всего на повышение безопасности движения, включая улучшение качества автодорог и другие вопросы немедицинского характера. В свою очередь, дальнейшая реализация мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим при ДТП в рамках Государственной программы с их расширением, предусматривающим распространение мероприятий не только на федеральные автотрассы, но и на региональные, позволит снизить смертность пострадавших лиц до минимально возможных значений.

Планируемые объемы финансирования мероприятий на 2013 год – 5,93 млрд рублей, на 2014 год – 5,93 млрд рублей. В 2013–2014 годах планируется создание 12 травмоцентров I уровня, 98 травмоцентров II уровня и 265 травмоцентров III уровня, что позволит охватить все важнейшие федеральные и региональные трассы в Российской Федерации и прилегающие к ним территории.

Предполагается, что реализация программы позволит к 2015 году снизить смертность от ДТП до 10,8 случая на 100 тыс. населения. Больничная летальность пострадавших в результате ДТП составит к 2015 году не более 4%.

В 2013 году реализация мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье» по данному направлению продолжается. В мероприятия включены все ранее не участвовавшие субъекты Российской Федерации. Кроме того, в регионах – участниках прошлых лет продолжается мониторинг эффективности реализации мероприятий и оценка деятельности органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации по организации оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

Рациональная организация медицинской помощи на всех этапах ее оказания является одним из приоритетных факторов, позволяющих смягчить последствия полученных при ДТП травм.

Принцип этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП лег в основу Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 декабря 2009 года №991н.

Субъектами Российской Федерации осуществляется работа по принятию нормативных правовых актов, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП, включая определение зон ответственности медицинских организаций по автомобильным дорогам, установку информационных стенов с указанием схем доезда, режима работы и телефонов ближайших медицинских организаций.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июня 1995 года №647 утверждены Правила учета дорожно-транспортных происшествий,

определяющие параметры учета ДТП, погибших и раненных в них людей.

Учет ДТП возложен на подразделения органов внутренних дел и регламентирован приказом МВД России от 18 июня 1996 года №328.

Медицинскими организациями, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 января 2009 года №18 «Об утверждении статистического инструментария по учету пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях», в органы внутренних дел направляются учетные формы №58-ДТП-1/у «Извещение о раненом, скончавшемся в течение 30 суток после дорожно-транспортного происшествия» и №58-ДТП-2/у «Извещение о раненом в дорожно-транспортном происшествии, обратившемся или доставленном в медицинскую организацию».

В субъектах Российской Федерации учет числа умерших (погибших) в результате ДТП осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами территориальными подразделениями двух ведомств – Госавтоинспекции МВД России (далее – Госавтоинспекция) и территориальным органом Росстата.

Расхождения в числе погибших (умерших), зарегистрированных в МВД России и в Росстате (на основании сведений Минздрава России), связаны с рядом причин, главной из которых является разная система учета погибших.

Территориальные органы внутренних дел осуществляют учет ДТП и погибших в них людей по месту совершения ДТП, учитывая все причины смерти.

Территориальные органы Росстата учитывают только те случаи смерти, определенные органами здравоохранения, внешней причиной которых является ДТП в соответствии с МКБ-10, по территориальному принципу, то есть лиц, зарегистрированных на данной территории.

Согласно Федеральному закону от 15 ноября 1997 года №143 «Об актах гражданского состояния» (статья 65 «Место государственной регистрации смерти», пункт 1): «Государственная регистрация смерти производится органом записи актов гражданского состояния по последнему месту жительства умершего, месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего или по месту нахождения организации, выдавшей документ о смерти». Это обстоятельство послужило причиной наличия различий между сведениями.

Минздравом России, МВД России и Росстатом создана межведомственная рабочая группа по подготовке предложений о внесении изменений в нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие систему учета ДТП и лиц, погибших непосредственно от ДТП. Только за счет правильного кодирования дорожных и не дорожных несчастных случаев можно ожидать снижения смертности от ДТП не менее чем на 55%.

Увеличение числа сохраненных жизней пострадавшим в ДТП может быть осуществлено в рамках развития оказания первой помощи.

В рамках Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» (далее – ФЦП) в период 2012 года Минздравом России



проведены работы по оценке эффективности функционирования всех звеньев системы первой помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП. В результате данной работы разработаны проекты первичных форм документации, заполняемых при ДТП, в том числе с целью учета и анализа случаев оказания пострадавшим первой помощи.

За годы реализации ФЦП Россия вошла в число стран – лидеров по темпам сокращения смертности на дорогах, существенно опередив по этому показателю практически все европейские и азиатские страны, Соединенные Штаты Америки и Австралию, что свидетельствует об эффективности использования программно-целевого подхода при решении проблем обеспечения безопасности дорожного движения. Однако стоит отметить, что смертность от ДТП зачастую обусловлена тяжестью полученных травм и напрямую не зависит от мероприятий, направленных на улучшение оказания медицинской помощи пострадавшему.

С целью совершенствования оказания первой помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации изданы соответствующие нормативные правовые акты, регламентирующие перечень мероприятий по оказанию первой помощи, требования к комплектации изделиями медицинского назначения аптечек для оказания первой помощи и укладок для оказания первой помощи пострадавшим в ДТП сотрудников экстренных оперативных служб (приказы Минздравсоцразвития России от 10 августа 2011 года №905н и от 11 августа 2011 года №907н и Минздрава России от 10 октября 2012 года №408н).

Вместе с тем, согласно данным органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, первая помощь при ДТП сотрудниками полиции оказывалась только в 47,8% от всех случаев, требующих оказания первой помощи.

О недостаточном уровне подготовки сотрудников экстренных оперативных служб в части оказания первой помощи свидетельствуют также результаты тактико-специальных учений, проведенных Минздравсоцразвития России и Минздравом России в 2011–2012 годах в Сочи и Казани в рамках подготовки к XXII Олимпийским зимним играм и XI Паралимпийским зимним играм 2014 года в Сочи и XXVII Всемирной летней универсиады 2013 года в Казани.

По мнению Минздрава России, причина указанных явлений – в недостаточном уровне подготовки сотрудников экстренных оперативных служб в части оказания первой помощи. Решение вопроса заключается в совершенствовании системы обучения приемам оказания первой помощи.

Для решения указанного вопроса приказом Минздрава России от 28 января 2013 года №30 «О межведомственной рабочей группе по совершенствованию оказания первой помощи в Российской Федерации» создана межведомственная рабочая группа, в которую в том числе вошли представители МВД России, МЧС России, Минобороны России и ФМБА России.

Одновременно сообщаем, что во исполнение подпунктов «и», «к» пункта 1 Перечня поручений Президента Российской Федерации от 28 августа 2009 года №Пр-2288 по итогам совещания по вопросам повышения безопасности дорожного движения 6 августа 2009 года разработан и внесен в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации письмом от 23 августа 2012 года №4310п-П12 проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О безопасности дорожного движения» и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях по вопросам медицинского обеспечения безопасности дорожного движения». Законопроект одобрен в первом чтении.