

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД

**О состоянии здоровья населения
Республики Коми в 2016 году**

**г. Сыктывкар
2017**

Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Республики Коми в 2016 году» - Сыктывкар: Министерство здравоохранения РК, 2017. - 251.

Доклад является официальным документом и издается в целях обеспечения государственных органов управления, населения республики, общественных объединений и организаций объективной систематизированной, аналитической информацией о состоянии здоровья населения РК в 2016 году.

Доклад подготовлен Министерством здравоохранения РК и ГБУЗ РК «Республиканское бюро медицинской статистики».

Под общей редакцией Д.Б. Березина

Редакционная коллегия: Н.Г. Иваненко, И.А. Кондратьева, Е.Г. Котова (к.м.н.), В.В. Крешик, Э.Р. Мамедова, М.А. Совершаева.

Составители: И.Д. Бабушкина, В.В. Бакланов, Т.В. Безуглая, А.В. Братинков, Е.Л. Борчанинова (к.м.н.), А.В. Винницкий, С.А. Водопьянов, С.В. Габова, А.П. Галин, О.А. Гольчевская, М.Ю. Гоян, В.В. Дудайте, А.Р. Емельянова, И.А. Ипатко, Н.П. Илларионова, О.В. Исакова, В.В. Катков, Л.В. Князева, С.Ю. Князева, М.С. Комягин, О.Н. Лебедева, Е.А. Логунова, В.Е. Ломов (к.м.н.), В.В. Лукина (к.м.н.), О.А. Майорова, Т.В. Марунич, В.А. Метелев, Р.С. Мухаметшина, Н.А. Овчинникова, Ю.Г. Пасынкова (к.м.н.), Е.Е. Петрова, С.С. Поган, Е.Н. Помаскина, М.Ю. Помысова, И.В. Потапова, В.И. Салий, А.В. Северинов, С.В. Стариков, М.В. Сурин, Е.А. Сухорукова, В.Н. Тимин, Л.Р. Торопова, Е.В. Ткаченко, Н.Н. Хозяинова, М.С. Черепянский, Е.В. Широкова, Н.Г. Шулепова

Благодарность

за предоставление статистических и аналитических материалов
для работы над докладом:

М.Ю. Кудиновой - руководителю территориального органа федеральной службы государственной статистики по РК, за предоставление к докладу статистических и аналитических материалов.

Л.И. Глушковой - руководителю Территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в РК.

Т.А. Абрамовой - руководителю ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по РК».

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	7
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	19
ГЛАВА 3. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	97
ГЛАВА 4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА	115
ГЛАВА 5. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	127
ГЛАВА 6. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ	139
ГЛАВА 7. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ	224
ГЛАВА 8. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	230
ГЛАВА 9. РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	240
ГЛАВА 10. РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КОМИ	242
ГЛАВА 11. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	249
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	251

СОКРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ДОКЛАДЕ

1.	АГ	артериальная гипертензия
2.	АД	артериальное давление
3.	БОД	болезни органов дыхания
4.	БОП	болезни органов пищеварения
5.	БСК	болезни системы кровообращения
6.	Бюро МСЭ по РК	ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по РК»
7.	ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
8.	ВМП	высокотехнологическая медицинская помощь
9.	ВОП	врачи общей практики
10.	ВПИ	впервые признанные инвалидами
11.	ВПр	врожденные пороки развития
12.	г., гг.	год (годы)
13.	г. название, гг. название	город (города)
14.	ГИ	геморрагический инсульт
15.	ГУ, ГБУЗ, ГАУЗ	государственное учреждение, государственное бюджетное учреждение здравоохранения, государственное автономное учреждение здравоохранения
16.	ГБОУ ВПО	государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
17.	ГУФСИН по РК	Главное управление Федеральная служба исполнения наказаний по Республике Коми
18.	ДТП	дорожно-транспортное происшествие
19.	ЗНО	злокачественное новообразование
20.	ЗОЖ	здоровый образ жизни
21.	ИБС	ишемическая болезнь сердца
22.	ИИ	ишемический инсульт
23.	ИМ, ОИМ	инфаркт миокарда, острый инфаркт миокарда
24.	ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
25.	ИПР	индивидуальная программа реабилитации
26.	КВУ	кожно-венерологическое учреждение
27.	КИЛИ	комиссия по изучению летальных исходов
28.	КПУ	показатель интенсивности кариеса (количество Кариозных, Пломбированных, Удаленных зубов)
29.	ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
30.	ЛФК	лечебная физкультура
31.	МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Коми
32.	МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
33.	Минздравсоцразв ития РФ	Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
34.	МБТ	микобактерия туберкулёза
35.	млн.	миллион
36.	МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
37.	МОГО	муниципальное образование городского округа
38.	МОМР	муниципальное образование муниципального района
39.	МСЭ	медико-социальная экспертиза
40.	ОКИ	острая кишечная инфекция
41.	ОКС	острый коронарный синдром
42.	ОЛС	общая лечебная сеть
43.	программа ОНЛП	программа обеспечения населения необходимыми

		лекарственными средствами
44.	ОНМК	острое нарушение мозгового кровообращения
45.	ОМС	обязательное медицинское страхование
46.	ОРВИ	острое респираторное заболевание
47.	ПАВ	психоактивные вещества
48.	ПГГ	программа государственных гарантий
49.	ПСО	первичное сосудистое отделение
50.	ПИ	первичная инвалидность
51.	ПРП	программа реабилитации пострадавшего
52.	ПР	преждевременные роды
53.	рис.	рисунок
54.	РК	Республика Коми
55.	РСЦ	региональный сосудистый центр
56.	руб.	рубль, рублей
57.	РФ	Российская Федерация
58.	РЭГ	реоэнцефалография
59.	СД	сахарный диабет
60.	СЗФО	Северо-Западный федеральный округ
61.	СМП	скорая медицинская помощь
62.	СМЭ	судебно-медицинская экспертиза
63.	СНГ	Союз независимых государств
64.	СПИД	синдром приобретенного иммунного дефицита
65.	СПЭК	санитарно-противоэпидемическая комиссия
66.	табл.	таблица
67.	тыс.	тысяча
68.	УЕТ	условная единица трудоемкости
69.	УЗДГ	ультразвуковая доплерография
70.	Управление Роспотребнадзор а	Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Коми
71.	УПТ	утрата профессиональной трудоспособности
72.	ТИА	транзиторная ишемическая атака
73.	ТСР	технические средства реабилитации
74.	ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
75.	ФБУЗ	федеральное бюджетное учреждение здравоохранения
76.	ФБОУ ВПО	федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
77.	ФКУ	федеральное казенное учреждение
78.	ХНИЗ	хронические неинфекционные заболевания
79.	ХОБЛ	хронические обструктивные болезни легких
80.	ЦВЗ	цереброваскулярные заболевания
81.	ЦРБ, ЦГБ	центральная районная больница, центральная городская больница
82.	чел.	человек
83.	ЧС	чрезвычайная ситуация
84.	ШЛУ	широкая лекарственная устойчивость
85.	ЭКГ	электрокардиограмма
86.	ЭКО	экстракорпоральное оплодотворение
87.	ЭЭГ	электроэнцефалограмма
88.	ЭХОКГ	эхокардиография
89.	ЭХОЭГ	эхоэнцефалография

ВВЕДЕНИЕ

Проблема охраны и укрепления здоровья населения является важнейшей задачей обеспечения социально-экономического благополучия РК, поскольку здоровье населения является ключевым ресурсом развития региона. Основной целью развития отрасли здравоохранения РК является сохранение здоровья населения путем создания системы здравоохранения, максимально ориентированной на повышение качества и доступности медицинской помощи населению. Главным результатом усилий и действий Правительства РК в лице Министерства здравоохранения РК и государственных медицинских организаций, расположенных на территории РК, является сохранение здоровья населения РК и исполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья граждан и развитие системы здравоохранения.

Особое внимание в последние годы уделяется реализации ключевых задач, поставленных перед российским здравоохранением Президентом Российской Федерации в «майских» указах 2012 г. (Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. №606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»).

В соответствии с «майскими» указами и данными в их развитие поручениями Правительства Российской Федерации в 2012-2016 гг. МЗ РК проводилась последовательная работа по внедрению порядков и стандартов на всех этапах оказания медицинской помощи, развитию медицинских организаций ОЛС, совершенствованию кадровой политики в сфере охраны здоровья, модернизации лекарственного обеспечения, в том числе льготных категорий граждан, развитию медицинской науки, формированию ЗОЖ и другим основополагающим направлениям.

И хотя ситуация в области состояния здоровья населения продолжает оставаться сложной, в последние годы четко прослеживается тенденция к улучшению ряда медико-демографических показателей, что отражает общие положительные тенденции в социально-экономическом развитии РК и страны в целом, а также происходящие в последние годы структурно-функциональные преобразования в здравоохранении.

В подготовке Государственного доклада о состоянии здоровья населения в 2016 году, как и в предыдущие годы, участвовали главные внештатные специалисты МЗ РК, сотрудники МЗ РК и ведущих медицинских организаций региона. Такое сотрудничество позволило наиболее полно проанализировать данные государственной и отраслевой статистик и других документов. Особое внимание уделено медико-демографической ситуации в регионе, заболеваемости населения по материалам обращаемости в медицинские учреждения, эпидемической безопасности, здоровью матери и ребенка, а также обеспечению доступности и качества медицинской помощи.

Материалы Государственного доклада предназначены для обоснования и оценки широкого спектра решений в области политики, экономики и социального развития, а также для интеграции усилий всех ведомств, способных содействовать преодолению негативных аспектов динамики общественного здоровья.

ГЛАВА 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

1.1. Численность и возрастно-половой состав населения республики. По оценке численность населения на начало 2017 г. составила 850,6 тыс. чел. За 2016 г. численность жителей республики уменьшилась на 6,2 тыс. чел., или на 0,7% (табл. 1). В большей степени сокращение численности населения наблюдалось в сельской местности, где количество жителей уменьшилось на 1,4%, горожан стало меньше на 0,6%. Основной причиной такой ситуации являлся миграционный отток населения. Численные потери населения частично компенсировал естественный прирост, который наблюдался с 2011 г. В городской местности превышение числа родившихся над числом умерших отмечалось с 2008 г. В сельской местности наблюдавшийся с 2013 г. естественный прирост в 2016 г. сменился естественной убылью населения. В течение последних пяти лет в РК отмечается увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, которая по итогам 2015 г. составила 69,4 года.

Свыше трех четвертей (78%) жителей республики проживает в городской местности. Из общего количества горожан почти половина (39%) живет в столице, треть (30%) - в Ухте и Воркуте, пятая часть (20%) в городах с населением от 20 до 50 тыс. чел., 14,9% - в поселках городского типа. Больше половины населения (52%), проживающего в городских поселках, сконцентрирована в наиболее крупных из них: Воргашоре, Нижнем Одесе, Краснозатонском, Северном, Яреге и Жешарте.

Таблица 1

Оценка численности постоянного населения РК (по состоянию на 1 января 2016-2017 гг.)

Год / Показатель	Всего			в % к общей численности населения	
	Все население	Городское	Сельское	Городское	Сельское
2016	856,8	667,1	189,7	77,9	22,1
2017	850,6	663,4	187,1	78,0	22,0
2017 в % к 2016	99,3	99,4	98,6	X	X

Сокращение численности населения отмечено во всех городских округах и муниципальных районах республики, кроме МОГО «Сыктывкар» и МОМР «Сыктывдинский». В указанных муниципальных образованиях численность населения увеличилась за счет естественного и миграционного приростов.

В муниципальных образованиях городских округов «Воркута» и «Усинск» и муниципальных районах «Ижемский» и «Усть-Цилемский» естественный прирост частично компенсировал миграционные потери населения.

На остальных административных территориях общая убыль обусловлена обоими факторами уменьшения численности населения.

Наибольшее сокращение численности населения за 2016 г. наблюдалось в МОГО «Воркута», МОГО «Инта», МОГО «Ухта», МОМР «Княжпогостский», «Печорский» «Прилузский», «Усть-Вымский», «Сосногорский», «Усть-Куломский», «Удорский».

Численные потери населения этих территорий обусловлены интенсивным миграционным оттоком населения. Миграционная убыль (в расчете на 1 тыс. населения) в регионе в 2016 году составила 8,1‰.

1.2. Общая характеристика воспроизводства населения. В последние годы в республике наметилась тенденция к улучшению демографической ситуации, обусловленная ростом числа родившихся детей и сокращением численности умерших, что привело к естественному приросту населения, начиная с 2011 г. В 2016 г. естественный прирост сохранился, однако уменьшился по сравнению с 2014 и 2015 гг. (табл. 2, 3). В городской местности превышение числа родившихся над числом умерших отмечалось с 2008 г. и ежегодно увеличивалось (с 34 чел. в 2008 г. до 1006 чел. в 2016 г.). Для сельской местности характерна естественная убыль населения, составившая в 2016 г. - 351 чел.

Таблица 2

**Общие итоги естественного движения населения
РК в 2012-2016 гг.**

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016	2016 в % к 2015
Человек						
Все население						
Родившихся	12418	12436	12291	11789	11220	95,2
Умерших	10830	10484	10621	10644	10565	99,3
в том числе до 1 года	73	74	63	55	61	110,9
Естественный прирост, убыль (-)	1588	1952	1670	1145	655	57,2
Браков, единиц	7822	8043	7578	7001	5444	77,8
Разводов, единиц	4707	4924	4841	4112	4083	99,3
Городское население						
Родившихся	8752	8900	8850	8853	8432	95,2
Умерших	7492	7346	7374	7511	7426	98,9
в том числе до 1 года	52	50	41	41	42	102,4
Естественный прирост	1260	1554	1476	1342	1006	75,0
Сельское население						
Родившихся	3666	3536	3441	2936	2788	95,0
Умерших	3338	3138	3247	3133	3139	100,2
в том числе до 1 года	21	24	22	14	19	135,7
Естественный прирост, убыль (-)	328	398	194	-197	-351	178,2

Естественный прирост населения в 2016 г. отмечен в 7 из 20 территориях (в 2015 г. - в 8 территориях). Самый высокий коэффициент снижения естественной убыли (45,5‰) в 2016 г. зафиксирован в Сосногорском районе. Из 12 территорий республики, где наблюдалось превышение числа умерших над числом родившихся, наибольшие естественные потери населения были зафиксированы в муниципальных образованиях Инта (-5,6‰), Троицко-Печорский (-4,4‰), Княжпогостский (-4,2‰), Усть-Вымский (-3,7‰), Печорский (-3,6‰), Койгородский (-3,5‰), Корткеросский (-2,2‰), Вуктыльский (-2,0‰).

Таблица 3

Показатели рождаемости

Показатель / Год	Число родившихся на 1 тыс. населения		
	2014	2015	2016
РФ	13,3	13,3	12,9
СЗФО	12,3	12,5	12,5
РК	14,2	13,7	13,1

В 2016 г. по сравнению с 2015 г. (табл. 4) показателя общей смертности населения не изменился (2015 г. - 12,4 на 1 тыс. населения, 2016 г. - 12,4 на 1 тыс. населения) и снижение показателя рождаемости (2015 г. - 13,7 на 1 тыс. населения, 2016 г. - 13,1 на 1 тыс. населения, снижение на 0,6%).

Таблица 4

Показатели смертности

Показатель / Год	Число умерших на 1 тыс. населения			
	2014	2015	2016 план	2016 факт
РФ	13,1	13	12,9	12,9
СЗФО	13,3	13,4	н/д	13,2
РК	12,2	12,4	11,9	12,4

В течение 2016 г. в регионе умерло 10 565 чел. Число умерших от всех причин уменьшилось по сравнению с 2015 г. на 79 чел. (на 0,7%).

В течение 2016 г. в республике родилось 11 220 детей, что на 569 ребенка меньше, чем в 2015 г.

За период 2012-2016 гг. отмечена тенденция к росту численности детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Численность данной возрастной группы составила в 2016 г. 187 098 чел. или 21,8% от всей численности населения республики.

Структура причин общей смертности в регионе аналогична структуре, характерной для РФ в целом: на 1 месте находятся БСК, на 2 месте - новообразования, на 3 месте - внешние причины, на 4 месте - болезни органов пищеварения, на 5 месте - болезни органов дыхания. На долю указанных причин смерти в 2016 г. пришлось 86,1% от всех смертельных исходов.

По итогам 2016 г. в сравнении с 2015 г. отмечается снижение количества случаев смерти от психических расстройств (в 1,7 раза), от инфекционных и паразитарных болезней (на 15,2%), от БСК (на 5,0%), от болезней органов дыхания (на 2,3%), от внешних причин (на 1,7%), от новообразований, в том числе злокачественных (на 1,4%).

Регистрируется рост количества случаев смерти от болезней органов пищеварения (на 9,5%), от болезней нервной системы (на 12,6%), от болезней мочеполовой системы (на 20,7%) и от симптомов, неточно обозначенных состояний (на 23,4%).

1.3. Общая характеристика миграционной ситуации в республике. Республика Коми характеризуется как регион с интенсивным оттоком населения. На протяжении последних лет среди субъектов РФ она была одним из лидеров в миграционных потерях населения. В целом по РФ наблюдался миграционный прирост населения.

За десять лет численность населения РК сократилась на 94,3 тыс. чел., миграционные потери составили 100,1 тыс. чел. С 2011 г. естественный прирост населения частично компенсировал миграционную убыль населения.

В 2016 г. в республику прибыло 15,8 тыс. чел., а выбыло за ее пределы - 22,8 тыс. чел. В результате миграционных передвижений республика потеряла 6,9 тыс. чел.

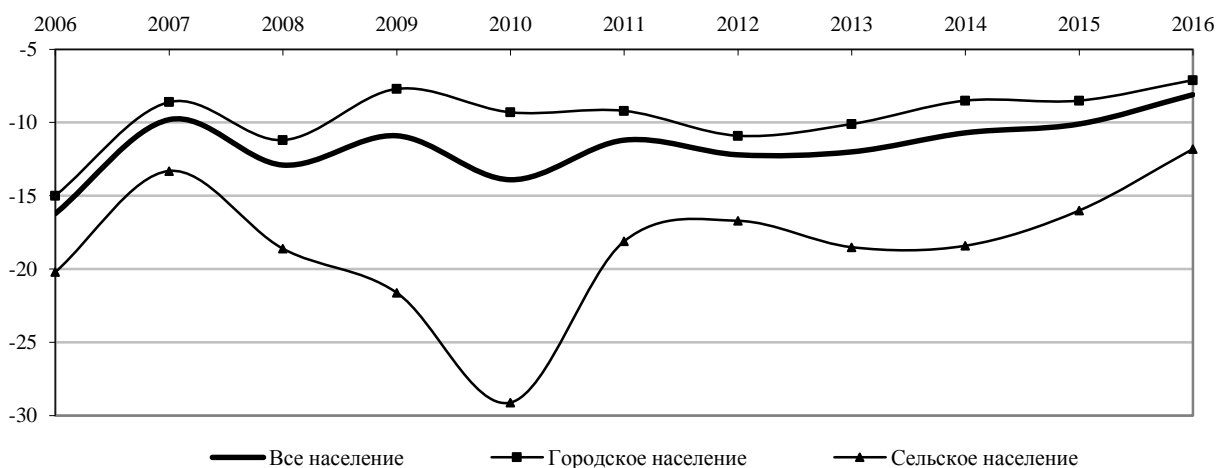


Рис. 1. Динамика миграционной убыли населения в РК (на 1 тыс. населения)

По сравнению с 2015 г. миграционная убыль населения уменьшилась на 20,7%, в том числе в городской местности - на 16,8%, в сельской - на 27,8%.

В 2016 г. более высокую активность в смене места жительства проявляли жители МОГО «Усинск» и «Воркута» и МОМР «Корткеросский» и «Койгородский». Низкая миграционная подвижность отмечалась в МОГО «Сыктывкар», МОМР «Княжпогостский» и «Усть-Вымский».

В 2016 г. отрицательное сальдо миграции имело место во всех муниципальных образованиях республики, кроме МОГО «Сыктывкар» и МОМР «Сыктывдинский».

Наиболее существенные миграционные потери (в расчете на 1 тыс. населения) понесли МОГО «Вуктыл» (23,1%), «Инта» (20,1%), Воркута (18,0%), МОМР «Княжпогостский» (19,8%).

Внутрирегиональная миграция охватывает ежегодно около половины объема миграционных потоков. В 2016 г. в целом по республике на нее приходилось 50,0% оборота мигрирующего населения, для городского населения - 40%, сельского - 81%.

По сравнению с 2015 г. наблюдалось снижение отрицательного сальдо миграционных связей республики с регионами РФ (на 19,7%).

В составе **международной миграции** основную долю составляет обмен со странами СНГ. В 2016 г. положительное сальдо миграционного обмена республики со странами СНГ составило 780 чел. (в 2015 г. - 373).

В структуре миграционных потоков республики со странами СНГ лидером по числу прибывших и выбывших являлась Украина - 55% от общего числа прибывших из стран СНГ и 33% от общего числа выбывших в страны СНГ.

Миграционный отток населения из республики определяет не только численные потери, но и, что очень важно, оказывает влияние на качественный состав населения. Республику покидает в основном квалифицированная часть трудового потенциала. За 2016 г. среди указавших уровень образования мигрантов в возрасте 14 лет и более 39% покинувших республику имели высшее или незаконченное высшее образование. На 100 прибывших специалистов с высшим, неполным высшим, средним и начальным профессиональным образованием приходилось 154 выбывших с аналогичным уровнем подготовки. За 2016 г. республика потеряла 4,6 тысячи квалифицированных кадров.

1.4. Анализ смертности от БСК. БСК занимают первое место в структуре общей смертности населения. В 2016 г. указанный показатель несколько снизился по сравнению с 2015 г. (на 4,2%) и составил 551,0 случай на 100 тыс. населения (табл. 5).

Таблица 5

Число умерших от БСК на 100 тыс. населения

Показатель / Год	2014	2015	2016 план	2016 факт
РФ	659,3	635,3	614,1	н/д
СЗФО	729,0	725,2	н/д	н/д
РК	536,8	575,4	504,1	551,0

В сравнении с 2015 г. (табл. 6) отмечается снижение:

- показателя смертности от ЦВЗ - на 12,9% (2015 г. - 242,6 на 100 тыс. населения, 2016 г. - 211,4 на 100 тыс. населения);

- показателя смертности от ОНМК - на 2,5% (2015 г. - 85,5 на 100 тыс. населения, 2016 г. - 83,4 на 100 тыс. населения);

- больничной летальности при ИМ - на 0,8% (2015 г. - 13,1%, 2016 г. - 12,3%);

- больничной летальности при ИБС - на 0,4% (2015 г. - 7,8%, 2016 г. - 7,4%).

В сравнении с 2015 г. отмечается рост:

- показателя смертности от ИБС - на 2,1% (2015 г. - 246,8 на 100 тыс. населения, 2016 г. - 252,0 на 100 тыс. населения);

- показателя смертности от ИМ - на 5,4% (2015 г. - 31,5 на 100 тыс. населения, 2016 г. - 33,2 на 100 тыс. населения);

- больничной летальности при ЦВЗ - на 0,6% (2015 г. - 8,2%, 2016 г. - 8,8%).

Больничная летальность при ОНМК в 2016 г. осталась на уровне 2015 г. и составила 21,8%.

Таблица 6

Динамика показателя смертности (на 100 тыс. населения) от БСК в 2012-2016 гг.

Нозология / Год	2012	2013	2014	2015	2016	РФ 2015	Отклонение к 2015 г. (в %)
БСК	559,5	538,5	536,8	575,4	551,0	635,3	-4,2
ИБС	256,4	239,4	231,2	246,8	252,0	337,9	2,1
АГ	12,2	16,2	17,9	17,1	16,8	13,1	-1,8
ИМ	34,1	30,4	32,2	31,5	33,2	45,5	5,4
ЦВЗ	229,3	220,2	226,1	242,6	211,4	198,3	-12,9
ОНМК	80,4	79,3	77,7	85,5	83,4	102,4	-2,5

В 2016 г. от БСК умерло 4 704 чел. (2015 г. - 4 952 чел.). Значительное превышение среднереспубликанского уровня смертности от БСК отмечается в Вуктыльском, Корткеросском, Койгородском, Сосногорском и Усть-Куломском районах (рис. 2).

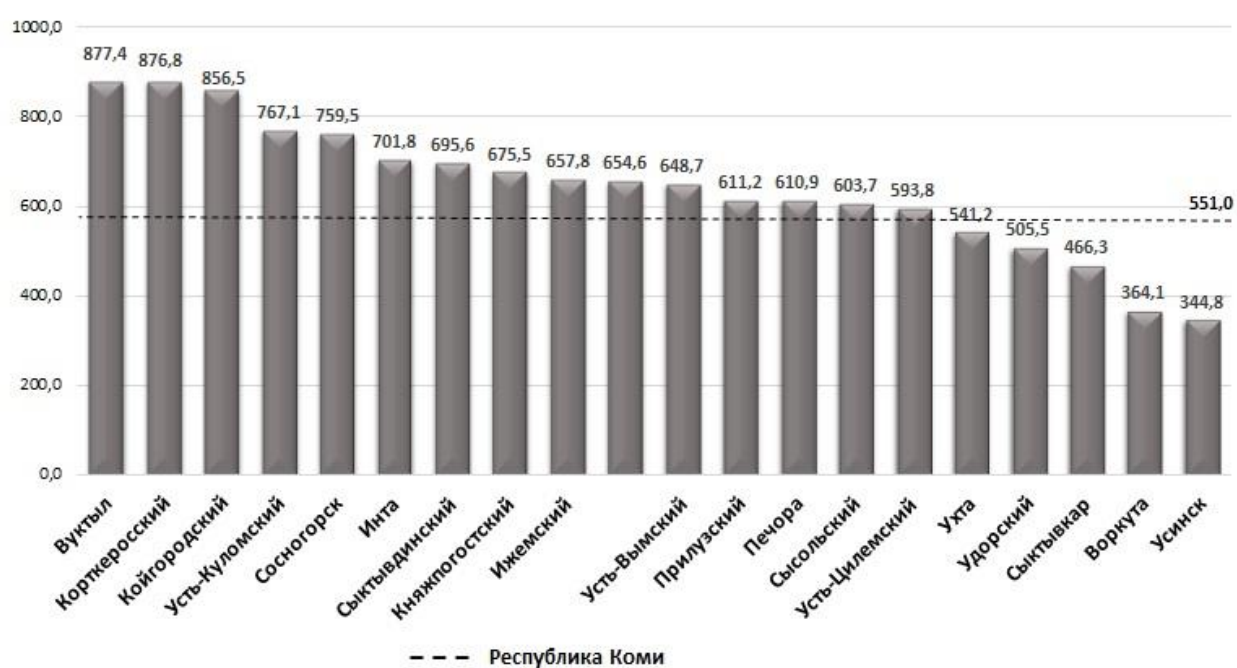


Рис. 2. Смертность от БСК в разрезе территорий РК в 2016 г. (на 100 тыс. населения)

Смертность от БСК в трудоспособном возрасте снизилась на 5,7% и составила в 2016 г. 194,7 (2015 г. - 208,9).

В трудоспособном возрасте в 2016 г. умерло 984 чел. или 20,9% от числа всех умерших от БСК. Наиболее высокие показатели смертности лиц трудоспособного возраста от БСК отмечались в Усть-Куломском, Усть-Цилемском, Корткеросском, Ижемском районах и г. Инта (рис. 3).

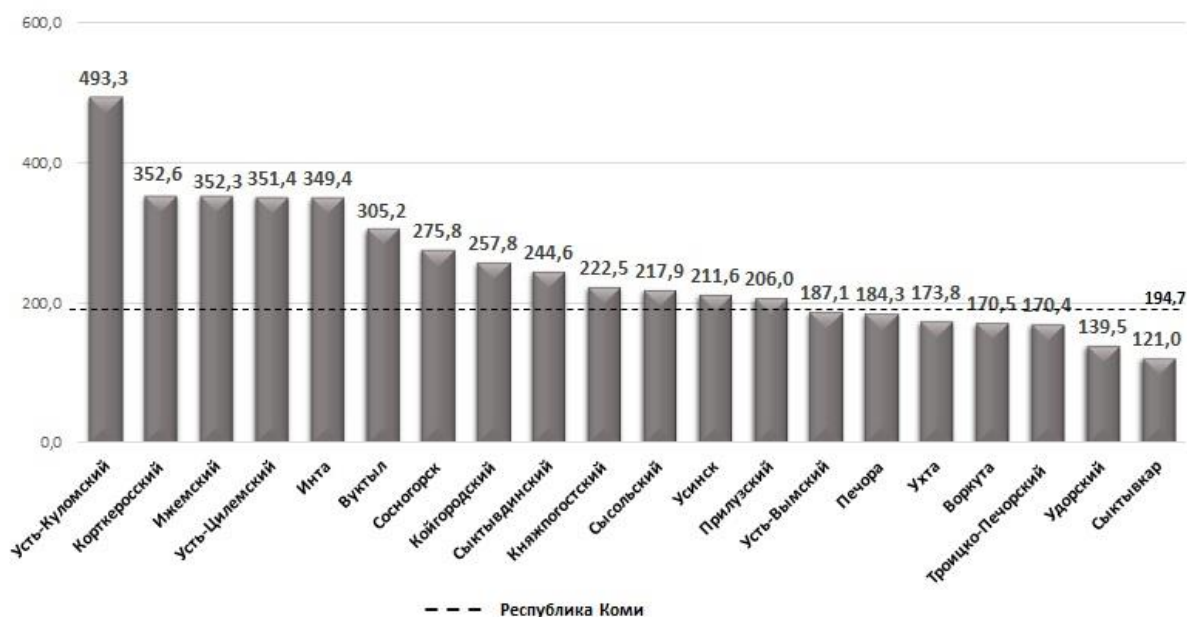


Рис. 3. Смертность в трудоспособном возрасте от БСК в разрезе территорий РК на 100 тыс. населения в 2016 г.

В 2016 г. от ИМ умерло 283 чел. (2015 г.- 271 чел.), в т.ч. в стационарах 191 чел. (2015 г. - 184 чел.); на дому - 59 чел. (2015 г. - 51 чел.), в другом месте - 33 чел. (2015 г. - 36 чел.). Смертность от ИМ составила 33,2 на 100 тыс. населения (2015 г. - 31,5, по РФ 2015 г. – 43,5); летальность составила 12,3% (2015 г. - 13,1%), досуточная летальность составила 7,3% (2015 г. - 7,9%).

Умерло от ИМ в трудоспособном возрасте 58 чел. (2015 г. - 60 чел.), в т.ч. в стационарах 26 чел. (2015 г. - 24 чел.), на дому - 19 чел. (2015 г. - 15 чел.), в другом месте - 14 чел. (2015 г. - 14 чел.).

Коэффициент смертности населения от БСК в разрезе сосудистых центров (рис. 4): увеличился в зоне обслуживания РСЦ с 522,5 на 100 тыс. прикрепленного населения в 2015 г. до 681,2 - в 2016 г., в зоне обслуживания ПСО1 с 414,4 - в 2015г. до 517,0 - в 2016 г.; в зоне обслуживания ПСО2 с 556,7 - в 2015 г. до 664,1 - в 2016 г.; в зоне обслуживания ПСО3 с 561,8 - в 2015 г. до 602,9 - в 2016 г.; снизился в зоне обслуживания ПСО4 с 364,4 в 2015 г. до 339,3 в 2016 г.

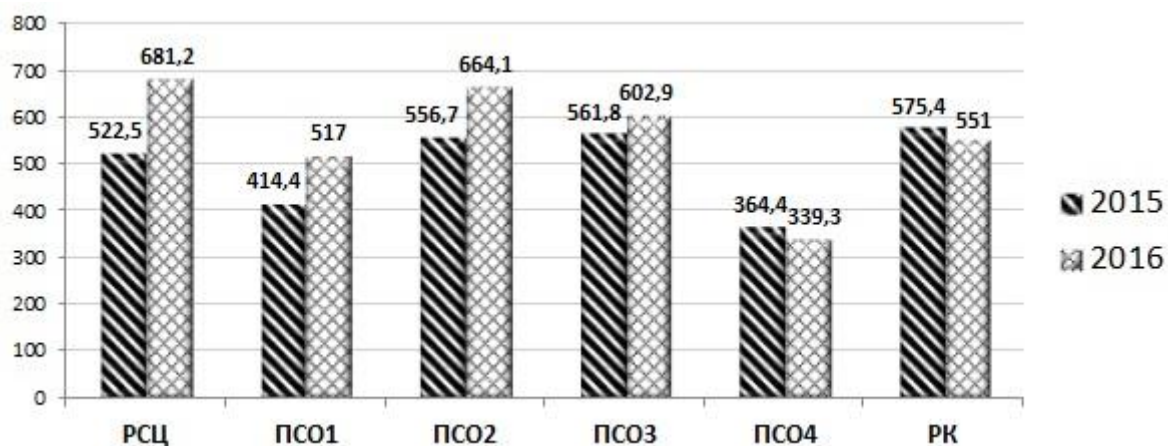


Рис. 4. Коэффициенты общей смертности населения РК по классу БСК в разрезе сосудистых центров в 2015-2016 гг. (на 100 тыс. прикрепленного населения)

Причины роста смертности от БСК (в т.ч. в трудоспособном возрасте) в территориях:

- недостаточная обеспеченность медицинскими кадрами (кардиологами, терапевтами, реаниматологами, врачами функциональной диагностики);
- недостаточный уровень квалификации врачей по вопросам оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, несоблюдение стандартов и порядков медицинской помощи;
- несвоевременная диагностика и выявляемость заболеваний сердечно-сосудистой системы в связи с отсутствием врачей функциональной диагностики (нет физических лиц врачей функциональной диагностики в Ижемском, Койгородском, Сысольском, Усть-Вымском, Усть-Цилемском районах), отсутствием аппаратов для проведения нагрузочных тестов (нет в большинстве районов), недостаточным количеством холтеровских систем для мониторинга АД и ЭКГ (единичные во всех территориях), отсутствием организации работы по количественному определению кардиоспецифических ферментов (в большинстве районов);
- неэффективная диспансеризация пациентов с БСК (не выявляются и не мониторируются основные факторы риска, нет приверженности к лечению);
- низкий процент охвата диспансерным наблюдением больных с основными нозологическими формами);
- недостаточная информированность и позднее обращение населения за медицинской помощью;
- отсутствие реабилитационной базы для больных кардиологического профиля.

С учетом проведенного анализа, в 2017 г. МЗ РК будет продолжена реализация комплекса мер:

- по пропаганде ЗОЖ;
- по раннему выявлению БСК при проведении профилактических осмотров, диспансеризации населения;
- по обеспечению полноты охвата диспансерным наблюдением за лицами с сердечнососудистыми заболеваниями, обеспечению стационарного этапа реабилитации лиц, получивших высокотехнологичные операции на сердце и сосудах;
- по обеспечению деятельности кардиологического реанимационного консультативного центра для решения вопросов экстренной эвакуации больных с ОКС в сосудистые центры;
- по наращиванию объемов консультативной помощи в системе дистанционного ЭКГ-консультирования;
- по увеличению объемов догоспитального тромболизиса при ИМ, вопросов мотивации к своевременному обращению за медицинской помощью.

Кроме того, продолжится внедрение современных методов диагностики и лечения (в том числе увеличение числа процедур первичных чрескожных вмешательств при ОКС с подъемом сегмента ST) и медицинской реабилитации; обучение кадров первичного звена здравоохранения, создание условий для привлечения в регион специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

1.5. Анализ смертности от новообразований. Абсолютное количество умерших от ЗНО в 2016 г. составило 1 725 чел., что на 23 чел. меньше, чем в 2015 г. (1 748 чел.). Доля лиц старших возрастных групп составила 73,3% в общей структуре умерших от данной нозологии.

Показатель смертности от новообразований, в том числе злокачественных, по итогам 2016 г. несколько снизился по сравнению с 2015 г. (на 0,5%) и достиг уровня 204,8 на 100 тыс. населения (табл. 7). Целевое значение указанного показателя, предусмотренное «дорожной картой», по итогам 2016 г. не достигнуто.

По итогам 2015 г. республиканский показатель смертности от новообразований находится практически на среднероссийском уровне, но значительно более низком по сравнению с показателем, характерным для СЗФО (меньше на 12,9%).

Таблица 7**Динамика смертности от новообразований, в том числе злокачественных (на 100 тыс. населения)**

Показатель / Год	2014	2015	2016 план	2016 факт
РФ	202,2	205,1	196,1	н/д
СЗФО	234,6	235,5	н/д	н/д
РК	213,3	205,9	188,8	204,8

За весь период наблюдения смертность от новообразований, в том числе злокачественных, среди сельских жителей выше, чем среди городских жителей. В 2016 г. указанная смертность на селе на 1% выше, чем у жителей городов.

Показатель смертности от новообразований среди лиц трудоспособного возраста за последние 5 лет практически не менялся и в 2016 г. составил 91,8 на 100 тыс. населения (табл. 8). Доля лиц трудоспособного возраста в структуре умерших от новообразований, в том числе злокачественных, варьирует и в среднем за последние 5 лет составляет 45,4% в структуре общей смертности.

Таблица 8**Смертность от новообразований, в том числе среди лиц трудоспособного возраста на 100 тыс. населения**

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Общая смертность от новообразований	192,9	198,0	213,3	205,9	204,8
в том числе трудоспособного населения	90,8	92,3	92,6	93,5	91,8
Доля трудоспособной смертности в структуре общей смертности (%)	47,1	46,6	43,4	45,4	44,8

Анализ гендерных особенностей изменения показателей смертности от новообразований выявил следующее. За 2016 г. смертность мужчин по причине новообразований, в том числе злокачественных, снизилась по сравнению с 2015 г. на 1,9% (табл. 9), однако в динамике за 5 лет отмечается прирост показателя на 5,4%. Показатель смертности мужчин в трудоспособном возрасте имеет тенденцию к снижению и за пятилетний период наблюдения (на 3,1%) и за последний год (на 8,1%).

Таблица 9**Смертность от новообразований мужчин, в том числе трудоспособного возраста (на 100 тыс. соответствующего населения)**

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Общая смертность от новообразований	221,7	227,2	254,5	238,3	233,7
в том числе лиц трудоспособного возраста	118,1	120,4	121,4	124,5	114,4

Преобладающее количество умерших от рака мужчин, также как и в 2015 г., приходится на возрастную группу 60 лет и старше (2016 г. - 67,2%, 2015 г. - 64,4%).

Смертность женского населения по причине новообразований, в том числе злокачественных, за последние 5 лет неуклонно имеет тенденцию к росту (рост за 5 лет на 8,9%). За последний год указанный показатель увеличился на 1,3% и составил в 2016 г. 177,5 на 100 тыс. женского населения (табл. 10). Показатель смертности женщин в трудоспособном возрасте также имеет тенденцию к росту: за последние 5 лет вырос на 17,6%, а за последний год - на 20,2%.

Вместе с тем, для женского населения характерны более низкие показатели смертности, что связано с более ранним выявлением ЗНО за счет отлаженной системы онкологических профилактических осмотров на уровне женских консультаций,

преобладанием в структуре заболеваемости и смертности новообразований с визуальными формами локализаций, а также более ответственным отношением женщин к своему здоровью.

Таблица 10

Смертность от новообразований женщин, в том числе трудоспособного возраста (на 100 тыс. соответствующего населения)

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Общая смертность от новообразований	162,9	166,1	172,8	175,2	177,5
в том числе лиц трудоспособного возраста	56,1	55,3	55,6	54,9	66,0

В последние годы структура умерших по нозологиям существенно не меняется. В 2016 г. первые три ранговые места в структуре умерших от ЗНО распределились следующим образом: первое место занимают новообразования системы пищеварения (39,2%) (РФ - 37,0%), второе - органов дыхания (19,2%) (РФ - 19,3%), третье - мочеполовых органов (17,5%) (РФ - 17,2%).

В структуре смертности у мужчин (рис. 5) наибольший удельный вес приходится на заболевания легких, желудка, предстательной железы, ободочной кишки и пищевода. На протяжении последних пяти лет структура остается относительно стабильной. В сравнении с РФ в РК в доле умерших от ЗНО больше случаев смерти от рака по всем локализациям пищеварительной системы (38,8%, РФ - 36,2%).

Среди мужчин самой высокой остается смертность от рака легкого (60,8 на 100 тысяч мужского населения). Этот показатель ниже аналогичного показателя 2015 г. (79,1 на 100 тысяч мужского населения) на 23,1%. Второе ранговое место занимает рак желудка (27,4 на 100 тысяч мужского населения) с ростом на 1,9% по сравнению с 2015 г. Третье ранговое место занимает колоректальный рак (27,2 на 100 тысяч мужского населения) с ростом на 5,8% по сравнению с 2015 г. Последующие места по показателю смертности от ЗНО среди мужского населения соответственно занимают рак предстательной железы, пищевода и поджелудочной железы с показателями 14,5 на 100 тысяч мужского населения, 14,1 на 100 тысяч мужского населения и 13,1 на 100 тысяч мужского населения соответственно. По сравнению с 2015 г. произошел значительный рост показателей смертности при таких локализациях опухолевого процесса как предстательная и поджелудочная железа (рост в 1,6 раза и 1,5 раза соответственно). Смертность от рака пищевода осталась на уровне 2015 г. (2015 г. 14,2 на 100 тыс. мужского населения).

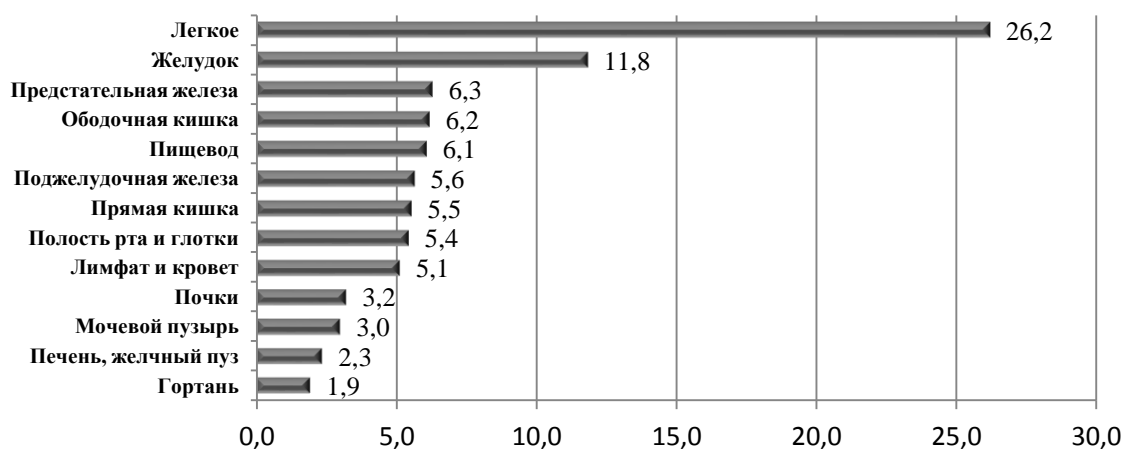


Рис. 5. Структура смертности мужчин от ЗНО по локализации опухоли за 2016 г. (%)

В структуре смертности женского населения (рис. 6) наибольший удельный вес приходится на заболевания молочной железы, ободочной кишки, желудка, прямой кишки и яичников. Также, как и в РФ, в РК наиболее часто причиной смерти женщин являются ЗНО органов пищеварения: в доле умерших от ЗНО случаи смерти от рака всех локализаций пищеварительной системы составляют 39,7% (РФ 2015 г. - 37,9%).

Среди женщин самой высокой является смертность от колоректального рака (30,9 на 100 тысяч женского населения). Этот показатель выше аналогичного показателя 2015 г. (27,4 на 100 тысяч женского населения) на 12,8%. Второе ранговое место занимает рак молочной железы (24,8 на 100 тысяч женского населения) с ростом на 6,9% по сравнению с 2015 г. Третье ранговое место занимает рак матки (шейки и иных локализаций) (17,5 на 100 тысяч женского населения) с ростом на 10,8% по сравнению с 2015 г. Последующие места по показателю смертности от ЗНО среди женского населения соответственно занимают рак желудка, рак яичников и рак легких с показателями 15,0, 12,2 и 12,2 на 100 тысяч женского населения соответственно.

По сравнению с 2015 г. среди женщин произошло снижение показателей смертности при таких локализациях опухолевого процесса как желудок и легкие (снижение на 17,6% и 9,0% соответственно) и рост показателя смертности от рака яичников (на 27,1%).

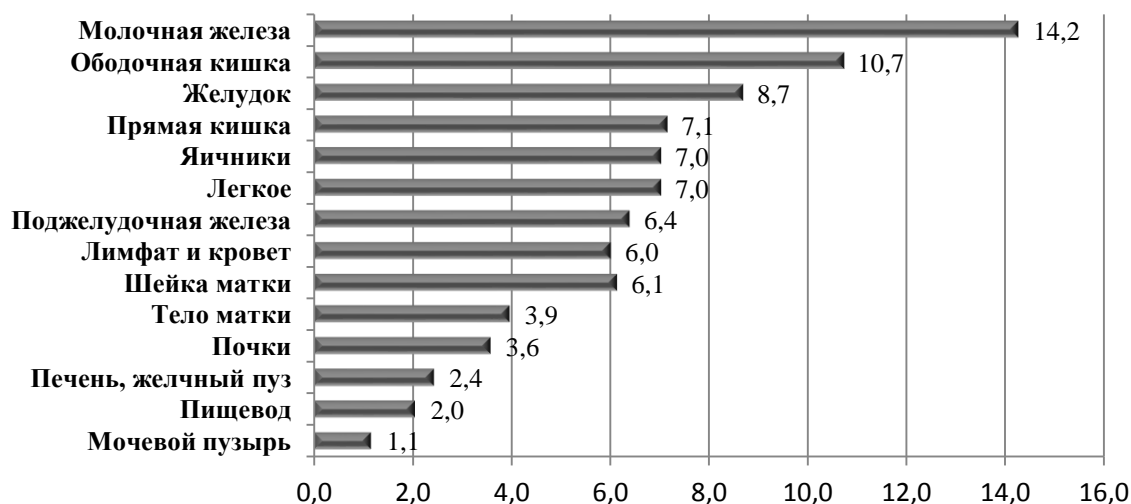


Рис.6. Структура смертности женщин от ЗНО по локализации опухоли за 2016 г. (%)

1.6. Анализ смертности населения от внешних причин. По итогам 2016 г. показатель смертности от внешних причин снизился на 0,9% по сравнению с 2015 г. и составил 159,9 случая на 100 тыс. населения (2015 г. - 161,3 случая на 100 тыс. населения) (табл. 11).

В структуре смертности от внешних причин отмечается снижение числа случаев смерти от ДТП (2015 г. - 130 случаев, 2016 г. - 100 случаев) и от самоубийств (2015 г. - 287 случаев, 2016 г. - 269 случаев). Количество случаев смерти от случайных отравлений алкоголем осталось на уровне 2015 г. и составило 217 случаев.

Таблица 11

Динамика смертности населения РК от ДТП (на 100 тыс. населения)

Показатель / Год	2014	2015	2016 план	2016 факт
РФ	14,1	12,2	12,1	н/д
СЗФО	14,6	12,5	н/д	н/д
РК	17,0	15,1	11,8	11,7

По итогам 2016 г. смертность от ДТП составила 11,7 случая на 100 тыс. населения, что на 22,5% ниже уровня 2015 г. Целевое значение показателя, установленное на 2016 г., достигнуто.

Проведенный анализ причин гибели пострадавших в ДТП показал, что в 2016 г. в 72% случаев смерть наступала на догоспитальном этапе (2015 г. - 82,4%). Подавляющее большинство пострадавших скончались до приезда СМП по причине сочетанных, крайне тяжелых, не совместимых с жизнью травм. Основными причинами ДТП, повлекших гибель пострадавших, традиционно являются превышение скоростного режима, выезд на встречную полосу движения, съезд с опрокидыванием в кювет. Основные пики ДТП фиксируются в периоды сезонной смены погоды.

Предпринимаемые меры по организации работы СМП, взаимодействие с подразделениями ГИБДД Министерства внутренних дел РФ, подразделениями Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий позволяют осуществлять своевременное реагирование и оказание помощи. Однако существующая штатная структура и численность СМП, низкая плотность учреждений здравоохранения в республике, недостаточная работа по реконструкции существующей дорожной инфраструктуры не позволяет существенно снизить показатели гибели на догоспитальном этапе.

За 2016 г. смертность от случайных отравлений алкоголем составила 25,4 на 100 тыс. населения, что на 0,8% выше уровня 2015 г. По-прежнему, наибольшее число отравлений алкоголем регистрируется в сельских районах, среди мужчин трудоспособного возраста.

Смертность от самоубийств в 2016 г. составила 31,5 на 100 тыс. населения, что ниже уровня 2015 г. на 5,4% (33,3 на 100 тыс. населения). Наибольшее число суицидов регистрируется в сельских районах, тогда как в городах, где проживает более 78% населения РК смертность существенно ниже (в 2,2 раза). Из общего числа самоубийств более 50% составляют случаи суицидов среди мужчин трудоспособного возраста.

1.7. Анализ смертности от туберкулеза. Показатель смертности от активного туберкулеза постоянного населения республики (рис. 7) в 2016 г. снизился на 24,5% по сравнению с 2015 г.: с 11,0 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 8,3 - в 2016 г. За период с 2012 по 2016 гг. указанный показатель снизился в 1,7 раза: с 14,1 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 8,3 - в 2016 г.

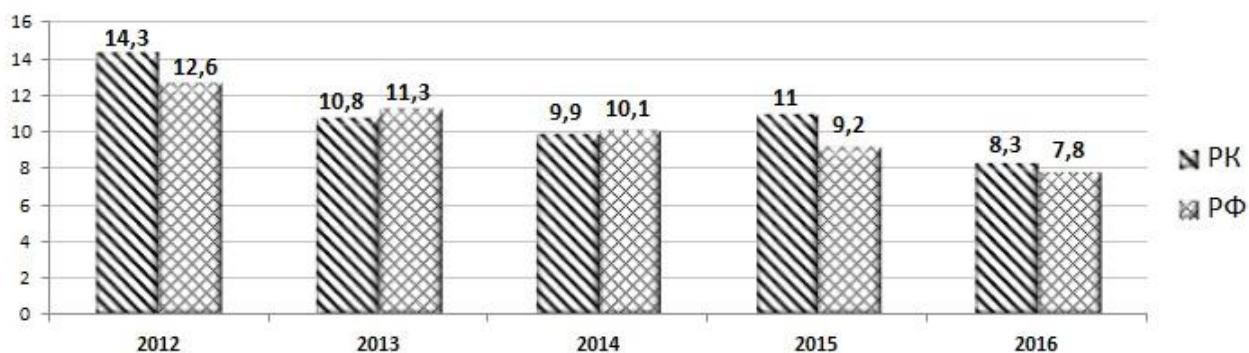


Рис. 7. Динамика территориального показателя смертности от активного туберкулеза и его последствий по РК в период 2012-2016 гг. в сравнении с аналогичными показателями по РФ (на 100 тыс. населения)

Наиболее высокие показатели смертности от активного туберкулеза и его последствий в расчете на 100 тыс. населения по итогам 2016 г. зарегистрированы в Сыктывдинском (24,9), Княжпогостском (20,1), Сосногорском (18,1), Троицко-Печорском (17,1), Вуктыльском (16,3) и Усть-Куломском (16,1) районах.

В силу неэффективно организованной работы ОЛС по раннему выявлению туберкулеза в 2016 г. в 22 случаях смерти от туберкулеза диагноз был установлен посмертно (31% от всех случаев смерти от туберкулеза). В 2015 г. посмертная

диагностика туберкулеза была зафиксирована в 23 случаях (24,2% от всех случаев смерти от туберкулеза).

В 50% случаев посмертной диагностики туберкулеза больные не проходили флюорографическое обследование более 5-ти лет (7 случаев), от 3 до 5 лет - в 14,3% случаев (2 случая). Случаи посмертной диагностики туберкулеза, явившегося причиной смерти зарегистрированы г. Сыктывкар - 4, Усть-Куломский район - 2, Княжпогостский район - 2, Сосногорский район - 2, Вуктыльский район - 1, Ижемский район - 1, Усть-Вымский район - 1, Усинский район - 1.

В 2016 г. умершие до года наблюдения составили 17,1% от общего количества умерших от туберкулеза (12 чел.), в 2015 г. - 31,5% (29 чел.). Умершие до года наблюдения выявляются в запущенных, некурабельных стадиях заболевания.

Посмертная диагностика туберкулеза, смертность до 1 месяца и до года наблюдения - резервы для снижения смертности от активного туберкулеза.

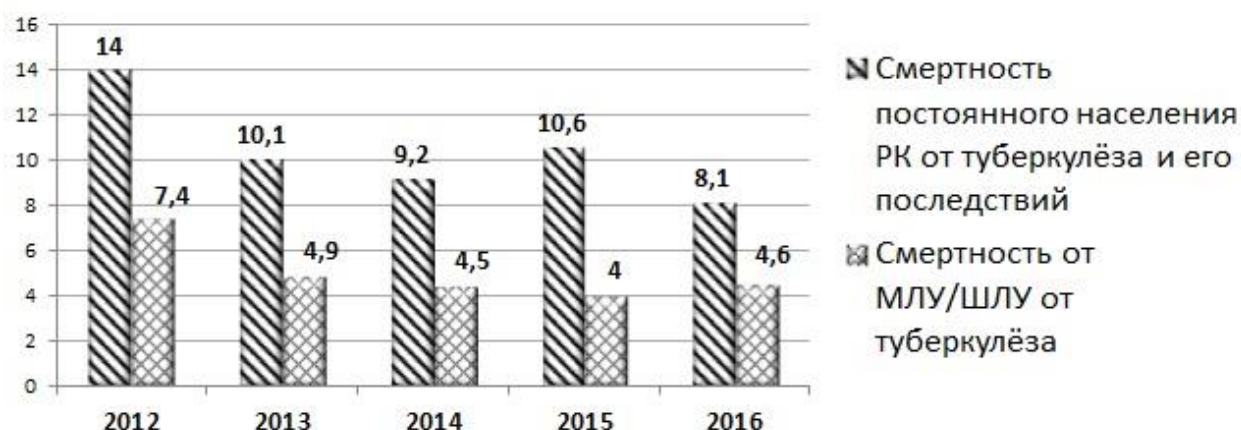


Рис. 8. Динамика показателя смертности от МЛУ/ШЛУ-туберкулеза в РК за период 2012-2016 гг. (на 100 тыс. населения)

В 55,7% случаев смерти от активного туберкулеза установлена множественная и широкая лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза, являющаяся одной из причин неэффективности лечения, в 2015 г. - 38% (рис. 8). ШЛУ-туберкулез стал причиной смерти в 37,1% случаев (26 чел.), что выше показателя 2015 г. - 26,1% или 24 чел.

В 2016 г. от сочетанной патологии ВИЧ+Туберкулез (причина смерти туберкулез) умер 1 чел. (1,4% от общего числа умерших), в 2015 г. - 3 чел. (3,3%).

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

2.1. Анализ заболеваемости, болезненности и патологической пораженности населения.

Показатель общей (исчерпанной) заболеваемости всего населения в РК в 2016 г. составил 2 305,1 на 1 тыс. населения (табл. 12). В динамике с 2015 г. имеет место рост показателя на 1,1%. Рост заболеваемости зарегистрирован во всех возрастных группах.

2016 г. дал самую высокую заболеваемость за последние 5 лет. Показатель общей заболеваемости превышает аналогичный показатель РФ более чем в 1,4 раза (2015 г.). Прирост общей заболеваемости к уровню 2012 г. у взрослого населения составил 11,7%.

Таблица 12

Показатели общей (исчерпанной) заболеваемости населения в 2012-2016 гг. (на 1 тыс. населения)

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016	Отклонение от 2012 г., %	Отклонение от 2015 г., %
РК	2 063,5	2 110,3	2 191,4	2 280,1	2 305,1	+11,7	+1,1%
РФ	1 604,1	1 612,4	1 606,7	1 602,1	н/д		

В структуре заболеваемости (табл. 13) первые три ранговые места последовательно занимают болезни органов дыхания (26,1%), БСК (11,8%), болезни костно-мышечной системы (10,8%). Структура общей заболеваемости в РК соответствует общероссийской.

В 2016 г. по сравнению с 2015 г. отмечается рост указанного показателя при новообразованиях (на 5,5%), болезнях органов дыхания (включая грипп, ОРВИ) (на 5,8%) и болезнях эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ (на 4,7%).

Снижение общей заболеваемости по сравнению с 2015 г. отмечается при психических расстройствах и расстройствах поведения (на 7,8%) и болезнях уха и сосцевидного отростка (на 7,6%). Наибольшее снижение заболеваемости произошло в группе нозологий, составляющих класс «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях».

Прирост общей заболеваемости к уровню 2012 г. у взрослого населения в динамике за 5 лет составил 11,7%, у детей - 0,3%, у подростков - 1,5%.

Таблица 13

Показатель общей заболеваемости населения по классам заболеваний (на 1 тыс. населения)

Классы болезней МКБ-10 / Год	2015	2016	темп прироста/убыли (%)
Всего	2280,1	2305,1	+1,1
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	66,4	67,1	+1,1
Новообразования	63,5	67,0	+5,5
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	20,8	20,3	-2,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	110,0	115,2	+4,7
Психические расстройства и расстройства поведения	48,8	45,0	-7,8
Болезни нервной системы	83,6	84,3	+0,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	155,8	156,9	+0,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	51,0	47,1	-7,6
Болезни системы кровообращения	270,9	271,1	+0,1
Болезни органов дыхания	568,0	600,7	+5,8
Болезни органов пищеварения	139,2	139,1	-0,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	96,9	98,4	+1,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	255,4	249,2	-2,4
Болезни мочеполовой системы	182,5	179,2	-1,8
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	12,9	12,9	0,0
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	3,3	2,1	-36,4
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	107,7	107,8	+0,1

Ранговое распределение заболеваемости отличается в разных возрастных группах (табл. 14). У взрослой части населения преобладает хроническая патология (в первую очередь - БСК). У детей преобладают болезни органов дыхания. Обращает на себя внимание, что среди первых пяти ранговых групп показателей общей заболеваемости во всех возрастных группах присутствуют два класса: болезни органов дыхания и болезни глаза и его придаточного аппарата.

Таблица 14

Распределение общей заболеваемости населения РК в 2016 г. по основным классам болезней, %

Место в структуре	Дети (от 0 до 14 лет)		Подростки (15-17 лет)		Взрослые (18 лет и старше)	
	Классы заболеваний	%	Классы заболеваний	%	Классы заболеваний	%
I	Болезни органов дыхания	57,5	Болезни органов дыхания	35,1	Болезни системы кровообращения	16,6
II	Болезни глаза и его придаточного аппарата	5,7	Болезни глаза и его придаточного аппарата	11,4	Болезни костно-мышечной системы	13,5
III	Болезни кожи и подкожной клетчатки	5,1	Болезни костно-мышечной системы	9,2	Болезни органов дыхания	13,4
IV	Болезни органов пищеварения	4,6	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	7,6	Болезни мочеполовой системы	9,9
V	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	4,4	Болезни кожи и подкожной клетчатки	6,3	Болезни глаза и его придаточного аппарата	7,0

Первичная заболеваемость (впервые в жизни зарегистрированная (инцидентная) заболеваемость) в анализируемый пятилетний период также имеет тенденцию к росту (табл. 15). За последние 5 лет показатель увеличился на 6,6% с 1 048,1 на 1 тыс.

населения в 2012 г. до 1 117,1 - в 2016 г. При этом наиболее существенный прирост показателя произошел в 2016 г.: рост на 4,8% с 1 066,0 на 1 тыс. населения в 2015 г.

Таблица 15

Показатели первичной заболеваемости населения в 2012-2016 гг. (на 1 тыс. населения)

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016	Отклонение от 2012 г., %	Отклонение от 2015 г., %
РК	1 048,1	1 042,3	1 050,2	1 067,3	1 117,1	+6,6	+4,7
РФ	793,9	800,3	786,2	778,9	н/д		

Наибольшую долю в структуре впервые выявленной заболеваемости (рис. 9) занимают болезни органов дыхания (47,7%). Этот показатель обусловлен высоким уровнем ежегодной регистрации ОРВИ в осенне-весенний период. На долю этих заболеваний приходится около 30,0% всех зарегистрированных заболеваний. Второе место занимают травмы и отравления (9,6%). Травмы и отравления, также как и ОРВИ, дают ежегодный прирост впервые зарегистрированной патологии (острые состояния). Третье место (6,5%) занимают болезни кожи и подкожной клетчатки, которые в большинстве случаев регистрируются в виде острых состояний (воспалительные заболевания).

Таким образом, анализируя распределение основных классов болезней в структуре первичной заболеваемости, можно сделать вывод, что основную долю этого показателя занимают острые заболевания, регистрируемые ежегодно.

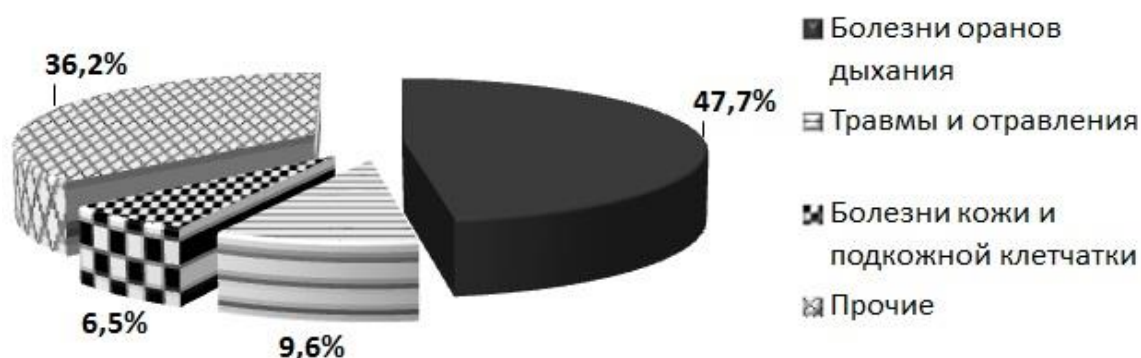


Рис. 9. Структура первичной заболеваемости населения РК в 2016 г., %

Динамика показателя первичной заболеваемости в отдельных возрастных группах (табл. 16) неоднозначна. Высокий уровень первичной заболеваемости складывается в основном за счет высоких показателей впервые зарегистрированной патологии у детей и подростков. Снижение первичной заболеваемости в динамике с 2012 г. наблюдается во всех возрастных группах.

Распределение ранговых мест первичной заболеваемости по классам в отдельных возрастных группах имеет существенные различия.

Таблица 16

Распределение первичной заболеваемости населения РК в 2016 г. по основным классам болезней, %

Место в структуре	Дети (от 0 до 14 лет)		Подростки (15-17 лет)		Взрослые (18 лет и старше)	
	Классы заболеваний	%	Классы заболеваний	%	Классы заболеваний	%
I	Болезни органов дыхания	67,5	Болезни органов дыхания	49,7	Болезни органов дыхания	29,4

II	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	5,4	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	11,8	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	13,3
III	Болезни кожи и подкожной клетчатки	4,9	Болезни кожи и подкожной клетчатки	7,4	Болезни мочеполовой системы	11,0
IV	Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	4,0	Болезни мочеполовой системы	6,3	Болезни кожи и подкожной клетчатки	7,9
V	Болезни органов пищеварения	3,9	Болезни костно-мышечной системы	4,8	Болезни костно-мышечной системы	6,6

Патологическая поражённость. В рамках исполнения приказа МЗ РФ от 3 февраля 2015 г. №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» с 2014 г. в РК начато проведение всеобщей диспансеризации.

В проведении диспансеризации в 2016 г. участвовали 34 МО РК, в том числе 5 негосударственных.

На 31 декабря 2016 г. диспансеризация завершена в отношении 128 150 чел., из них работающих граждан - 56,1% от общей численности осмотренных; неработающих граждан - 41,9%; обучающихся в образовательных организациях по очной форме - 1,9%, 2 чел. из числа коренных малочисленных народов Севера.

В возрастной структуре населения, прошедшего диспансеризацию, наибольший удельный вес приходится на лиц в возрасте 39-60 лет - 46,2%, на лиц в возрасте 21-36 лет приходится 32,8% и старше 60 лет - 20,9%. Таким образом, доля трудоспособного населения составляет 79,0%.

Из числа полностью завершивших диспансеризацию 40,3% мужчин и 59,6% женщин.

При проведении диспансеризации ряд медицинских организаций применял выездные формы работы специалистов. Всего было создано 11 мобильных бригад, которыми осмотрено 3 832 чел., что составило 2,9% от общего числа обследованных лиц.

Число отказов от диспансеризации в целом составляло 0,6%. Число отказов от отдельных видов исследований составляло 7,8% от общего числа обследованных. Частота направления на 2 этап в 2016 г. составляла 28,4%. Частота выполнения исследований в рамках 2 этапа диспансеризации от назначенных составляла по различным методам от 33,5% до 90,8%.

Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование в рамках второго этапа диспансеризации прошли 79,3%, групповое профилактическое консультирование 90,8%.

Установлено:

1 группа здоровья - 26 572 чел. (20,7% от общего числа осмотренных);

2 группа здоровья - 29 097 чел. (22,7% от общего числа осмотренных);

3а группа здоровья - 55 137 чел. (43,0% от общего числа осмотренных);

3б группа здоровья - 17 344 чел. (13,5% от общего числа осмотренных).

Поскольку диспансеризация направлена на выявление и профилактику заболеваний, определяющих основные причины смертности и инвалидности, анализ сведений о патологической поражённости (числа впервые выявленных заболеваний на 1 тыс. осмотренных) и ее структуры позволяет делать выводы об основных направлениях лечебной и оздоровительной работы с данным контингентом.

Структура выявленных заболеваний в ходе диспансеризации определенных групп взрослого населения (от общей численности осмотренных) представлена следующими классами заболеваний:

болезни эндокринной системы – 27,4%, в том числе впервые выявленное ожирение - 7,1%;

болезни органов пищеварения - 10,1%;

болезни системы кровообращения - 30,7%;

болезни мочеполовой системы - 10,3%;

болезни крови и кроветворной системы - 4,4%.

У граждан старше 60 лет в ходе диспансеризации впервые выявленная патология представлена болезнями эндокринной системы (22,8%), БСК (49,7%), мочеполовой системы (9,5%), болезнями органов пищеварения (6,3%), болезнями крови и кроветворной системы (2,3%).

Направлено на дополнительное диагностическое исследование, не входящее в объем диспансеризации 8 539 чел. (6,6%). Лечение назначено в 25,7% от прошедших диспансеризацию. Направлено для получения специализированной, в том числе ВМП, 194 чел. (0,15%). Направлены на санаторно-курортное лечение 11 223 чел. (8,7%).

В ходе диспансеризации определены также группы лиц с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, вносящих существенный вклад в структуру заболеваемости, инвалидности и смертности (табл. 17). С возрастом число лиц, имеющих факторы риска, существенно увеличивается, что определяет необходимость дальнейшей работы по пропаганде ЗОЖ и профилактике основных модифицируемых факторов риска

Таблица 17

Частота встречаемости модифицируемых факторов риска развития хронических заболеваний среди взрослого населения (в %)

Факторы риска	Встречаемость, %	
	Всего взрослого населения, прошедшего диспансеризацию	Взрослого населения старше трудоспособного возраста, прошедшего диспансеризацию
Повышенный уровень АД	14,5	33,9
Курение табака	13,2	6,6
Нерациональное питание	22,4	32,2
Низкая физическая активность	12,2	21,6
Избыточная масса тела (ожирение)	18,0	26,3
Высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск	11,1	18,6

По-прежнему, проблемой диспансеризации взрослого населения является низкая активность населения, недостаточная заинтересованность работодателей в проведении диспансеризации взрослого населения из числа работающих граждан, дефицит кадров, а также, длительное отсутствие транспортного сообщения с удаленными населенными пунктами, что связано с климатогеографическими особенностями РК.

Для реализации мероприятий по профилактическим осмотрам и диспансеризации взрослого населения в 2017 г. в декабре 2016 г. сформирован план подлежащих диспансеризации, размещен на сайте МЗ РК. В настоящее время диспансеризация началась и проводится достаточными темпами.

Таким образом, в динамике с 2012 г. по 2016 г. в РК отмечен рост как общей, так и первичной заболеваемости. Республиканские показатели существенно превышают аналогичные показатели в РФ. Рост заболеваемости среди лиц старше 18 лет связан с высокой выявляемостью хронических заболеваний при обращении в лечебные учреждения, о чем свидетельствует структурное распределение показателей заболеваемости (общей и первичной) по основным классам болезней.

Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2016 г. выявило частую встречаемость болезней эндокринной системы, органов пищеварения и системы кровообращения, что определяет необходимость реализации мер по

профилактике их распространения и решения вопросов формирования у населения навыков ведения ЗОЖ. Распространенность модифицируемых факторов риска определяет вектор дальнейших усилий в вопросах формирования ответственного отношения граждан к своему здоровью.

2.2. Анализ заболеваемости БСК. В РК на протяжении последних лет отмечается неуклонная тенденция к росту заболеваемости БСК. За 2016 г. общая заболеваемость БСК всего населения незначительно увеличилась на 0,07% (с 270,9 на 1 тыс. населения в 2015 г. до 271,1 - в 2016 г.), в том числе:

- по взрослому населению на 0,6% (с 338,3 на 1 тыс. населения соответствующего возраста в 2015 г. до 340,2 - в 2016 г.).

- среди детей (от 0 до 14 лет) - на 8,3% (с 18,0 на 1 тыс. населения соответствующего возраста в 2015 г. до 19,5 - в 2016 г.).

Однако общая заболеваемость БСК среди подростков (15-17 лет) снизилась на 14,0% (с 59,9 на 1 тыс. населения соответствующего возраста в 2015 г. до 51,5 - в 2016 г.).

Общая заболеваемость БСК всего населения по итогам 2015 г. превышает уровень, характерный для РФ, на 16,5% (РФ 2015 г. - 232,5 на 1 тыс. населения), в том числе среди взрослого населения на 19,8% (РФ 2015 г. - 282,5 на 1 тыс. населения).

Рост общей заболеваемости БСК среди взрослого населения имеет место практически во всех районах РК. Превышение среднереспубликанского показателя (340,2 на 1 тыс. взрослого населения) отмечается в Койгородском (564,3), Прилузском (477,8), г. Инте (453,0), г. Сыктывкаре (432,8), Усть-Куломском (427,5), Вуктыльском (416,1), Усть-Цилемском (393,2), Ижемском (375,8), Корткеросском (359,2) и Княжпогостском (346,9) районах.

Рост общей заболеваемости БСК среди взрослого населения связан, прежде всего, с улучшением выявляемости заболеваний в ходе диспансеризации и профилактических осмотров населения.

Общая заболеваемость АГ среди взрослого населения увеличилась по сравнению с 2015 г. на 1,5% и составила в 2016 г. 138,2 на 1 тыс. населения соответствующего возраста (2015 г. - 136,2 на 1 тыс. населения соответствующего возраста). Указанный показатель по итогам 2015 г. выше аналогичного среднероссийского показателя на 15,4% (РФ 118,0 на 1 тыс. населения соответствующего возраста).

Наиболее высокая заболеваемость АГ среди взрослого населения по итогам 2016 г. (рис. 10) отмечалась в Койгородском, Прилузском, Усть-Куломском, Вуктыльском районах.

Более выраженный прирост в 2016 г. отмечается при первичной заболеваемости АГ среди взрослого населения: на 14,9% с 5,4 на 1 тыс. населения соответствующего возраста в 2015 г. до 6,3 - в 2016 г. Более 60% случаев впервые выявленных заболеваний АГ в 2016 г. были выявлены при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических осмотрах (в 2015 г. - 18,4%).

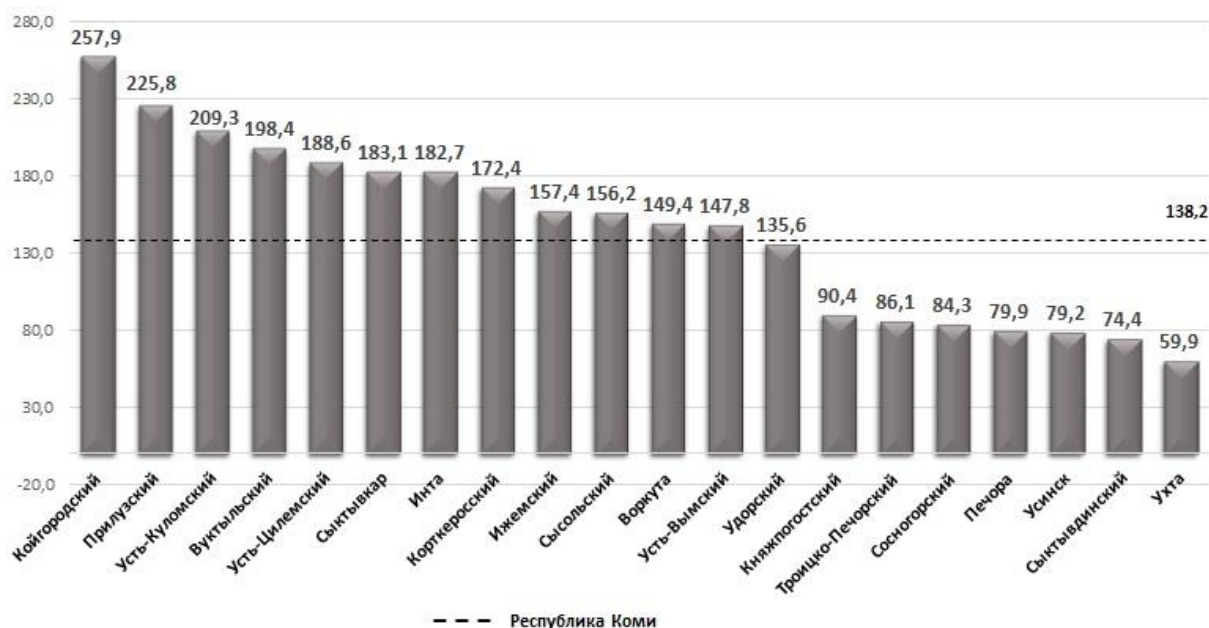


Рис. 10. Заболеваемость АГ в разрезе территорий РК в 2016 г. (на 1 тыс. взрослого населения)

Уровень общей заболеваемости взрослого населения ИБС в 2016 г. снизился на 1,7% по сравнению с 2015 г. (2015 г. - 50,3 на 1 тыс. населения соответствующего возраста, 2016 г. - 49,4 на 1 тыс. населения соответствующего возраста). Данный показатель остается ниже среднероссийского уровня (в 2015 г. 64,3 на 1 тыс. населения соответствующего возраста), что может косвенно свидетельствовать о недостатках в диспансерном наблюдении указанного контингента пациентов.

Уровень первичной заболеваемости ИБС в 2016 г. вырос на 3,8% (2015 г. - 5,8 на 1 тыс. населения, 2016 г. - 6,0 на 1 тыс. населения соответствующего возраста), но остается ниже уровня показателя РФ (в 2015 г. 9,1 на 1 тыс. населения соответствующего возраста).

Относительно высокий уровень общей заболеваемости ИБС отмечается в Койгородском, Усть-Цилемском, Прилузском, Вуктыльском районах и г. Инта. На уровне ниже среднереспубликанской общей заболеваемости ИБС отмечается в Усинском (17,9 на 1 тыс. взрослого населения), Усть-Вымском (29,9) районах и г. Ухта (35,1). Низкая заболеваемость ИБС косвенно может свидетельствовать о дефектах в организации выявления ИБС.

Рост первичной заболеваемости, обусловленный ростом случаев стабильной стенокардии, связан, как правило, с развитием застойной сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза и сопутствующей патологии у пожилых пациентов. Рост случаев нестабильной стенокардии и повторных ИМ обусловлен недостатками в ведении пациентов с БСК на амбулаторном этапе, невыполнением рекомендаций после выписки из стационарных учреждений и низкой приверженностью пациентов к лечению. Это требует усиления контроля за реализацией мер вторичной профилактики на этапе оказания медицинской помощи в ОЛС и дальнейшего развития ВМП (хирургической реваскуляризации).

Уровень общей заболеваемости взрослого населения ЦВЗ в 2016 г. вырос на 0,6% по сравнению с 2015 г. (2015 г. - 98,6 на 1 тыс. населения соответствующего возраста, 2016 г. - 99,2 на 1 тыс. населения соответствующего возраста). Данный показатель выше среднероссийского уровня в 2015 г. в 1,6 раза (60,3 на 1 тыс. населения соответствующего возраста). Уровень первичной заболеваемости ЦВЗ в 2016 г. снизился на 1,2% (2015 г. - 8,2 на 1 тыс. населения, 2016 г. - 8,1 на 1 тыс. населения соответствующего возраста). По

итогах 2015 г. выше среднероссийского уровня 8,9% (9,0 на 1 тыс. населения соответствующего возраста).

Рост общей заболеваемости ЦВЗ связан с улучшением выявляемости и увеличением охвата диспансеризацией пациентов, а также с ростом заболеваемости АГ, являющейся главным фактором риска развития инсультов.

Значительное превышение общереспубликанского показателя общей заболеваемости ЦВЗ отмечается в Княжпогостском (165,3 на 1 тыс. взрослого населения), Троицко-Печорском (140,4), Усть-Куломском (132,4), Прилузском (129,0), Койгородском (155,2), Ижемском (135,2) районах и в гг. Сыктывкар (125,3) и Инта (148,9). Относительно низкая заболеваемость ЦВЗ отмечается в г. Воркута (36,6 на 1 тыс. взрослого населения), в Усть-Цилемском (63,7), Сыктывдинском (66,1), Сысольском (50,1), Усть-Вымском (62,5) и Усинском (46,1) районах.

2.3. Анализ онкологической заболеваемости. На протяжении последних лет отмечается неуклонный рост заболеваемости населения РК онкологическими заболеваниями. Такой рост за последние 5 лет составил 13,8% (табл. 18, рис. 11). Указанный показатель по итогам 2015 г. ниже среднероссийского уровня на 1,9% (РФ - 402,6 на 100 тыс. населения).

За последний год рост показателя заболеваемости составил 0,6% и достиг уровня 397,0 на 100 тыс. населения.

Заболеваемость детского населения (0-14 лет) ЗНО за последние 5 лет выросла в 2,4 раза и составила в 2016 г. 22,3 на 100 тыс. детского населения. Указанный показатель значительно превышает среднероссийский уровень.

Таблица 18

Динамика основных медико-демографических показателей, курируемых онкологической службой

Показатель / Год	Год	Заболеваемость (на 100 тыс. населения)		Контингенты больных (на 100 тыс. населения)	Смертность	Соотношение «Заболеваемость / Смертность»	Одногодичная летальность (%)	5-летняя выживаемость (%)
		Всего	Дети 0-14 лет					
РФ	2012	367,3	12,2	2 089,7	201,0	1,83	26,1	51,1
	2013	373,4	12,5	2 157,0	201,1	1,86	25,3	51,7
	2014	387,6	12,8	2 250,0	199,8	1,94	24,8	52,4
	2015	402,6	12,9	2 323,0	202,5	1,99	23,6	52,9
	2016	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
РК	2012	348,9	9,2	1 805,8	192,9	1,80	26,6	55,7
	2013	364,1	20,1	1 911,3	198,0	1,84	27,2	55,8
	2014	390,7	19,2	2 026,6	213,3	1,83	26,4	55,2
	2015	394,8	10,1	2 190,7	205,9	1,92	26,8	54,3
	2016	397,0	22,3	2348,4	204,8	1,94	23,1	54,4

В период 2012-2016 гг. отмечается значительный рост заболеваемости ЗНО среди жителей сельской местности (прирост показателя составил 27,8%). Аналогичная динамика показателя у жителей городов составила 9,3% (рис. 11).

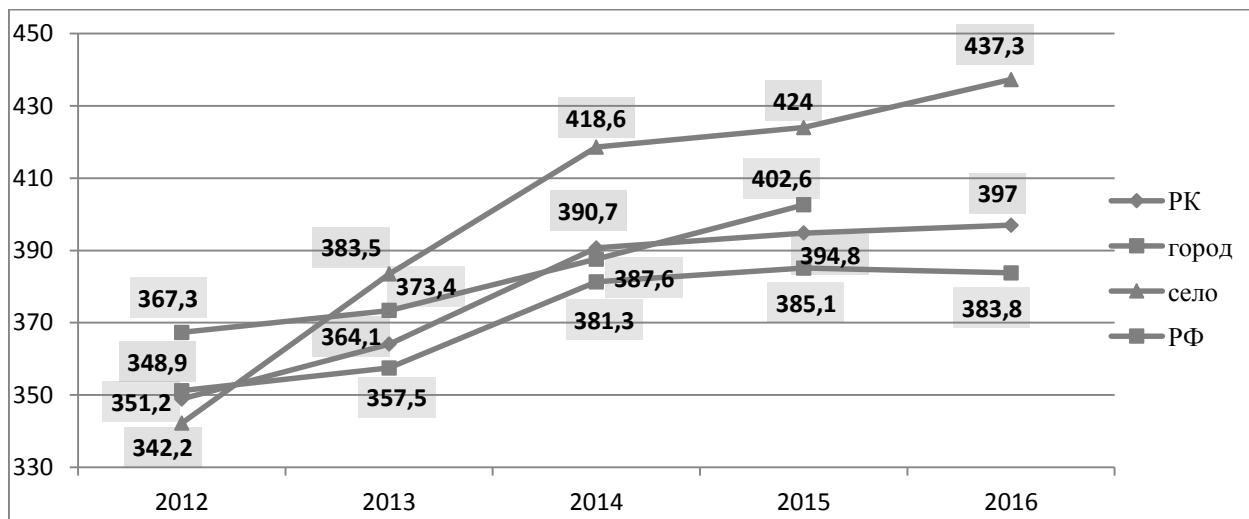


Рис. 11. Заболеваемость ЗНО в РК и РФ в 2012-2016 гг. (на 100 тыс. населения)

Темпы ежегодного прироста заболеваемости ЗНО за последние пять лет составляют в среднем 2,8%. Причины роста указанного показателя, как и прежде, обусловлены улучшением диагностики и повышением доступности медицинской помощи, а также ростом числа первично-множественных форм рака в доле первично выявленных ЗНО и снижением численности населения, постоянно проживающего на территории РК и постарением населения.

Показатель «соотношение «заболеваемость / смертность» может говорить как о качестве проведения профилактических осмотров, так и о качестве лечения пациентов. На протяжении всего анализируемого периода отмечается рост указанного показателя. Указанный показатель по итогам 2016 г. составил 1,94. Рост показателя преимущественно обусловлен увеличением показателя заболеваемости ЗНО. Показатель увеличивается недостаточными темпами, ниже среднероссийского уровня (по итогам 2015 г. на 2,5%).

Наиболее высокие уровни заболеваемости ЗНО (превышение среднереспубликанского уровня более 15%) отмечается в Троицко-Печорском, Койгородском, Усть-Вымском и Печорском районах (рис. 12). Наиболее высокие темпы роста заболеваемости ЗНО в период 2012-2016 гг. отмечены в Троицко-Печорском (рост в 1,7 раза), Ижемском (рост на 44,8%), Корткеросском (рост на 43,3%) районах и в г. Усинск (рост на 31,6%).

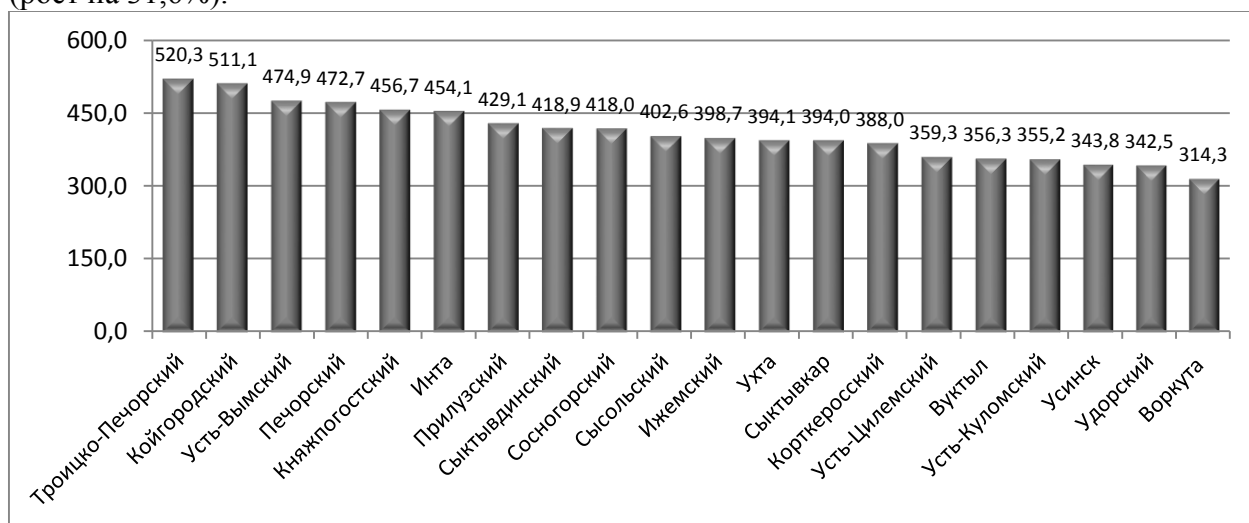


Рис. 12. Заболеваемость ЗНО в разрезе территорий РК в 2016 г. (на 100 тыс. населения)

Болезненность ЗНО (на 100 тыс. населения) за последние 5 лет выросла на 30% и составила в 2016 г. 2 348,4 на 100 тыс. населения (табл. 18). Прирост показателя по сравнению с 2015 г. составил 7,2%. Указанный показатель по итогам 2015 г. ниже среднероссийского уровня на 6% (РФ - 2 329,8 на 100 тыс. населения). Более высокими темпами увеличивается болезненность ЗНО среди сельских жителей (прирост показателя за 5 лет составил 1,9 раза). По итогам 2016 г. указанный показатель среди сельских жителей превышает аналогичный показатель среди жителей городов в 1,6 раза.

Показатель заболеваемости ЗНО среди мужского населения за последние 5 лет вырос на 17,7% и в 2016 г. составил 389,2 на 100 тыс. мужского населения. Темп ежегодного прироста показателя составляет в среднем 3,5%. Рост показателя по сравнению с 2015 г. составил 0,5%.

Показатель заболеваемости ЗНО среди женского населения за последние 5 лет вырос на 10,6% и в 2016 г. составил 404,0 на 100 тыс. женского населения. Темп ежегодного прироста показателя составляет в среднем 2,1%. Рост показателя по сравнению с 2015 г. составил 1,5%. Основными причинами более высокой заболеваемости ЗНО у женщин, чем у мужчин, являются следующие: более высокая доля женщин в структуре пожилого возраста; лучшая выявляемость ЗНО у женщин за счет организованной системы обязательных осмотров женского населения и дисциплинированностью пациенток.

Анализ повозрастной заболеваемости ЗНО среди мужчин показал, что в 2016 г. продолжает увеличиваться заболеваемость ЗНО в молодых возрастных группах. Уровень зарегистрированных случаев рака у мужчин в возрасте до 29 лет самый высокий за последние 30 лет. В целом заболеваемость у мужчин с 2000 г. увеличилась в 1,6 раза.

Основные нозологические формы рака у мужчин - это ЗНО легких, желудка, предстательной железы, которые, как правило, развиваются многие годы, а манифестация заболевания происходит в возрасте 50 лет и старше, поэтому пик заболеваемости приходится на возраст старше 50 лет. Рост заболеваемости у мужчин обусловлен половозрастными особенностями распространения рака, массовым курением среди мужчин, злоупотреблением алкоголя и др. причинами.

В 2016 г. у женщин отмечается рост заболеваемости ЗНО практически во всех возрастных группах. В целом по итогам 2016 г. заболеваемость ЗНО у женщин выросла на 1,5% в сравнении с 2015 г. С 2000 г. заболеваемость у женщин выросла в 1,8 раза. За 15 лет более значимый рост заболеваемости наблюдается в возрастных группах до 29 лет и 40-49 лет. До 50 лет случаи рака у женщин встречаются чаще, чем у мужчин за счет заболеваний шейки матки и молочной железы.

Имеется разница уровней первичной заболеваемости у мужчин и женщин в зависимости от возраста (рис. 13). Во всех возрастных группах (кроме группы до 29 лет) у женщин заболеваемость выше, чем у мужчин, Уменьшение заболеваемости у мужчин в возрастной группе старше 50 лет идет вразрез с общей тенденцией онкологической заболеваемости по половозрастному признаку и свидетельствует о низком уровне диагностики ЗНО, в том числе, уровня активного выявления в возрастной группе 50 лет и старше.

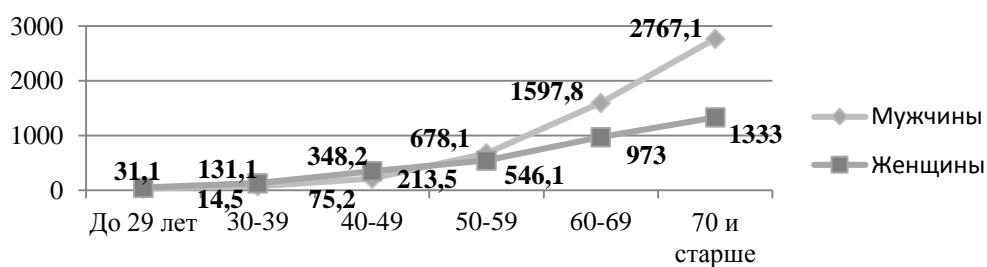


Рис. 13. Повозрастная заболеваемость ЗНО населения РК в 2016 г. (на 100 тыс. населения)

В структуре заболеваемости ЗНО лидирующие позиции занимают злокачественные опухоли толстой и прямой кишки (колоректальный рак) - 12,4% (РФ - 11,5%), легких -

10,9% (РФ - 10,2%), молочной железы - 10,8% (РФ - 11,4%). Далее места распределились следующим образом: желудка - 7,3% (РФ - 6,4%), кожи - 6,9% (РФ - 12,5%), почек - 5,3% (РФ - 3,9%), гемобластозы - 5,2% (РФ - 4,7%).

Лидирующее место в структуре заболеваемости ЗНО у мужчин (рис. 14) занимает рак легкого (18,8%), на втором месте - колоректальный рак (12,0%), на третьем месте - рак желудка (9,9%), на четвертом - ЗНО предстательной железы (9,6%). Далее по рангу расположились ЗНО почек (6,9%), щитовидной железы (6,6%), гемобластозы (5,5%). У мужчин существенную группу злокачественных образований формируют ЗНО органов пищеварения и дыхания (30,5% и 18,8% соответственно).

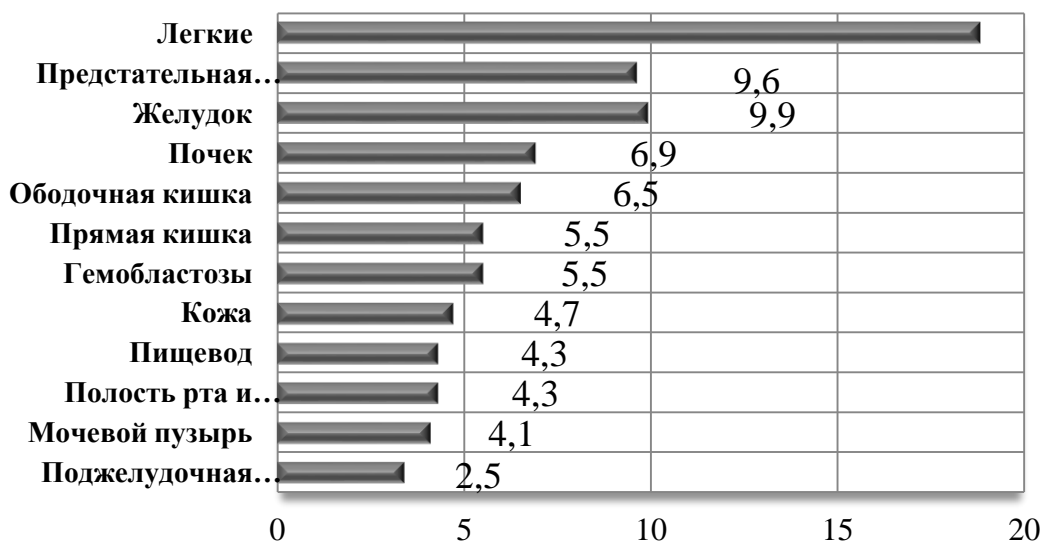


Рис. 14. Структура заболеваемости ЗНО мужского населения РК (в %) за 2016 г.

У женщин в структуре заболеваемости ЗНО (рис. 15) наибольший удельный вес приходится на ЗНО молочной железы (19,9%), на втором месте - колоректальный рак (12,6%), на третьем - ЗНО кожи (8,8%), далее - ЗНО шейки матки (5,9%), яичников (5,5%), тела матки (5,4%) и щитовидной железы (5,1%).

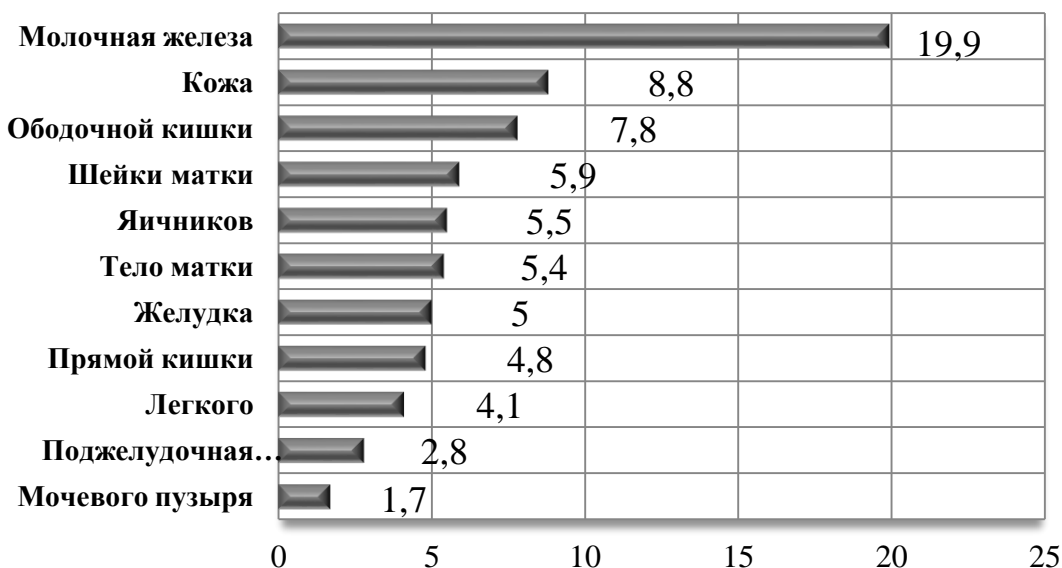


Рис. 15. Структура заболеваемости ЗНО женского населения РК (в %) за 2016 г.

Значительный удельный вес в структуре ЗНО женщин имеет поражение органов репродуктивной и половой сферы, а также молочной железы. На долю раков указанных

локализаций приходится 36,7%. Заболеваемость ЗНО половых органов у женщин продолжает увеличиваться (рост на 0,3% по сравнению с 2015 г.). На заболеваемость ЗНО органов пищеварения у женщин в общей структуре ЗНО приходится 20,1%, что на 3,7% меньше, чем за 2015 г.

Уровень заболеваемости и смертности населения от ЗНО во многом определяется качеством диагностики заболеваний (табл. 19).

Таблица 19

Динамика показателей диагностики ЗНО в РК в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	РФ 2015 г.
Выявление онкологических заболеваний при профосмотрах (в %)	11,7	12,5	13,2	13,5	16,9	21,0
Удельный вес больных ЗНО с I-II стадиями в общем числе ЗНО с впервые в жизни установленным диагнозом (в %)	47,7	46,7	45,4	47,0	49,3	53,7
Запущенность онкологических заболеваний (в %)	21,8	21,5	23,2	20,4	23,1	20,4

Удельный вес больных с запущенными стадиями заболевания в 2016 г. увеличился с 20,4% в 2015 г. до 23,1% в 2016 г. (РФ в 2015 г. - 20,4%). Наряду с этим отмечается дальнейший рост показателя ранней диагностики ЗНО, который за последний год увеличился с 47,0% в 2015 г. до 49,3% - в 2016 г. Несмотря на рост, показатель является более низким, чем среднероссийский показатель (РФ в 2015 г. - 53,7%).

Рост показателя ранней диагностики новообразований является, прежде всего, результатом более эффективной диспансеризации населения и профилактических осмотров. Однако уровень выявляемости онкологической патологии в ходе профилактических осмотров, несмотря на рост в 2016 г., остается низким: 2016 г. - 16,9% (РФ в 2015 г. - 21,0%).

Стабильно высокий уровень онкологической запущенности, в первую очередь, связан с поздним активным обращением пациентов и дефектами в наблюдении за диспансерными группами больных с предопухоловой патологией. Основной причиной запущенности по ведущим локализациям опухолей, как в структуре заболеваемости, так и в структуре смертности населения (рак легкого, колоректальный рак, рак молочной железы) - это несвоевременное обращение и скрытое течение заболевания.

Показатель одногодичной летальности среди онкологических больных РК (табл. 18) является более высоким, чем аналогичный среднероссийский показатель и имеет недостаточные темпы к снижению на протяжении последних 5 лет. Показатель 5-летней выживаемости больных с ЗНО, в отличие от среднероссийского показателя, на протяжении последних 5 лет имеет тенденцию к снижению: с 55,7% в 2012 г. до 54,4% - в 2016 г. (показатель РФ за указанный период вырос на 1,8%).

Организация медицинской помощи онкологическим больным и реализация мероприятий по снижению смертности от новообразований, в том числе злокачественных. В РК создана система выявления онкологических заболеваний: разработаны маршруты для пациентов при подозрении и установлении диагноза онкологического заболевания, алгоритм первичного обследования пациента с подозрением на онкологическую патологию, внедрены стандарты оказания медицинской помощи при новообразованиях различных локализаций. В учреждениях здравоохранения организован скрининг рака шейки матки по алгоритму, утвержденному приказом МЗ РК от 17.02.1999 г. №2/29.

Учреждения здравоохранения оснащены всем необходимым оборудованием для организации ранней диагностики новообразований: рентгенологическим, включая передвижные и стационарные маммографы и флюорографы, лабораторным, эндоскопическим оборудованием, оборудованием для ультразвуковой диагностики и др.

2.4. Анализ заболеваемости болезнями органов пищеварения. За последние пять лет отмечается рост заболеваемости болезнями органов пищеварения (табл. 20): общей - на 16,7% со 119,2 на 1 тыс. населения в 2012 г. до 139,1 - в 2016 г., первичной - на 15,6% с 35,3 на 1 тыс. населения в 2012 г. до 40,8 - в 2016 г.

Общая заболеваемость болезнями органов пищеварения всего населения по данным за 2015 г. превышает аналогичный среднероссийский показатель на 18,9% (РФ - 117,1 на 1 тыс. населения).

Аналогичная динамика общей и первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения отмечается и среди взрослого населения. В структуре болезней органов пищеварения в указанный пятилетний период отмечается снижение общей и первичной заболеваемости язвой желудка и 12-перстной кишки (общей заболеваемости на 2,1% с 15,7 на 1 тыс. взрослого населения в 2012 г. до 15,4 - в 2016 г., первичной заболеваемости на 22,5% с 1,35 на 1 тыс. взрослого населения в 2012 г. до 1,05 - в 2016 г.) и рост общей и первичной заболеваемости болезнями печени (общей заболеваемости на 11,0% с 5,5 на 1 тыс. взрослого населения в 2012 г. до 6,1 - в 2016 г., первичной заболеваемости на 24,5% с 0,74 на 1 тыс. взрослого населения в 2012 г. до 0,92 - в 2016 г.).

Динамика заболеваемости болезнями поджелудочной железы взрослого населения разнонаправлена: общая заболеваемость за 5 лет незначительно снизилась (на 0,9% с 10,4 на 1 тыс. взрослого населения в 2012 г. до 10,3 - в 2016 г.), а первичная заболеваемость выросла (на 22,2% с 1,2 на 1 тыс. взрослого населения в 2012 г. до 1,47 - в 2016 г.).

Таблица 20

Заболеваемость болезнями органов пищеварения (на 1 тыс. населения соответствующего возраста)

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Отклонение к 2012 г. (в %)
Общая заболеваемость БОП (все население)	119,2	124,1	133,8	139,2	139,1	+16,7
Первичная заболеваемость БОП (все население)	35,3	36,2	37,9	39,2	40,8	+15,6
Общая заболеваемость БОП (взрослое население)	109,4	115,7	126,6	135,3	135,7	+24,1
Первичная заболеваемость БОП (взрослое население)	16,7	17,3	18,7	22,9	24,5	+46,6
Общая заболеваемость язвой желудка и 12-перстной кишки (взрослое население)	15,7	15,7	15,4	15,3	15,4	-2,1
Первичная заболеваемость язвой желудка и 12-перстной кишки (взрослое население)	1,35	1,11	1,08	1,08	1,05	-22,5
Общая заболеваемость болезнями печени (взрослое население)	5,5	5,9	6,6	6,2	6,1	+11,0
Первичная заболеваемость болезнями печени (взрослое население)	0,74	0,84	0,92	1,23	0,92	+24,5
Общая заболеваемость болезнями поджелудочной железы (взрослое население)	10,4	10,7	11,2	12,0	10,3	-0,9
Первичная заболеваемость болезнями поджелудочной железы (взрослое население)	1,20	1,08	1,21	1,60	1,47	+22,2

2.5. Анализ заболеваемости болезнями органов дыхания. За последние пять лет отмечается рост заболеваемости болезнями органов дыхания (табл. 21): общей - на 12,3% с 535,0 на 1 тыс. населения в 2012 г. до 600,7 - в 2016 г., первичной - на 12,3% с 474,1 на 1 тыс. населения в 2012 г. до 532,5 - в 2016 г.

Общая заболеваемость болезнями органов дыхания всего населения по данным за 2015 г. превышает аналогичный среднероссийский показатель в 1,5 раза (РФ - 386,5 на 1 тыс. населения).

За указанный пятилетний период также отмечается рост общей и первичной заболеваемости пневмониями (на 7,2% с 3,4 на 1 тыс. населения в 2012 г. до 3,6 - в 2016 г.), бронхиальной астмой (общей заболеваемости на 18,4% с 10,1 на 1 тыс. населения в 2012 г. до 11,9 - в 2016 г., первичной заболеваемости на 23,6% с 0,61 на 1 тыс. населения в 2012 г. до 0,73 - в 2016 г.) и хроническими обструктивными болезнями легких (общей заболеваемости взрослого населения на 0,4% с 22,6 на 1 тыс. взрослого населения в 2012 г. до 22,7 - в 2016 г., первичной заболеваемости взрослого населения на 7,7% с 2,6 на 1 тыс. взрослого населения в 2012 г. до 2,8 - в 2016 г.).

Таблица 21

Заболеваемость болезнями органов дыхания (на 1 тыс. населения соответствующего возраста)

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Отклонение к 2012 г. (в %)
Общая заболеваемость БОД (все население)	535,0	544,4	548,2	568,0	600,7	+12,3
Первичная заболеваемость БОД (все население)	474,1	482,1	482,5	493,4	532,5	+12,3
Общая заболеваемость БОД (взрослое население)	238,3	234,9	223,9	254,5	273,6	+14,8
Первичная заболеваемость БОД (взрослое население)	180,9	176,2	162,3	187,9	208,6	+15,3
Заболеваемость пневмониями (все население)	3,4	3,6	3,3	3,1	3,6	+7,2
Общая заболеваемость бронхиальной астмой (все население)	10,1	10,1	10,7	10,7	11,9	+18,4
Первичная заболеваемость бронхиальной астмой (все население)	0,61	0,65	0,69	0,73	0,76	+23,6
Общая заболеваемость хроническими обструктивными болезнями легких (взрослое население)	22,6	23,4	22,3	24,8	22,7	+0,4
Первичная заболеваемость хроническими обструктивными болезнями легких (взрослое население)	2,6	2,9	2,0	3,2	2,8	+7,7

2.6. Анализ заболеваемости населения наркологическими расстройствами. В последние годы в РК отмечается устойчивая тенденция к сокращению числа зарегистрированных случаев наркологических расстройств среди населения. Так, с 2012 г. число наркологических расстройств сократилось на 28,5% с 19 026 случаев в 2012 г. до 13 598 - в 2016 г. (табл. 22). Показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения) уменьшился за указанный период на 26,2% с 2 149,3 в 2012 г. до 1 587,0 - в 2016 г.

Аналогичная динамика показателя заболеваемости отмечается практически по всем составляющим класс наркологических расстройств нозологическим формам. Так, заболеваемость алкогольными психозами и алкоголизмом за 5 лет снизилась на 11%, злоупотребление алкоголем - в 6,7 раза, токсикомания - на 37,1%, злоупотребление наркотиками - на 42,2%, злоупотребление ненаркотическими ПАВ - в 4,9 раза. Отмечается лишь незначительный рост распространенности наркомании (на 0,6% по сравнению с 2012 г.).

По большинству нозологических форм показатели, характерные для РК превышают аналогичные показатели РФ и СЗФО. Так, республиканский показатель заболеваемости наркологическими расстройствами по итогам 2015 г. превысил среднероссийский уровень на 7,6%, а уровень СЗФО - на 35,5%. Заболеваемость алкогольными психозами и алкоголизмом в РК выше среднероссийской на 14%, а заболеваемости, характерной для СЗФО, - на 40,6%. Уровень злоупотребления алкоголем в РК превышает показатель РФ в 1,4 раза, а СЗФО - в 1,7 раза.

Более низкой по сравнению с РФ и СЗФО является распространенность наркомании (ниже на 40,6% и 25,6% соответственно) и токсикомании (ниже на 46,3% и 47,1% соответственно).

Таблица 22

Динамика общей заболеваемости населения РК наркологическими расстройствами в 2012-2016 гг. в сравнении с данными РФ и СЗФО

Показатель / Год		2012		2013		2014		2015		2016	
		абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
Всего	РК	19 026	2 149,3	17 097	1 941,4	16 523	1 911,4	16 854	1 949,7	13 598	1 587,0
	СЗФО		1 659,9		1 558,4		1 487,5		1 439,2		
	РФ		2 039,1		1 966,6		1 891,1		1 812,8		
Алкогольные психозы и алкоголизм	РК	13 618	1 538,3	12 433	1 418,7	11 829	1 368,4	11 584	1 340,1	11 737	1 369,8
	СЗФО		1 127,2		1 053,1		1 002,1		953,4		
	РФ		1 342,7		1 290,9		1 237,4		1 175,4		
из них: алкогольные психозы	РК	722	81,6	590	67,3	683	79,0	535	61,9	659	76,9
	СЗФО		64,4		53,8		54,5		48,6		
	РФ		60,7		52,8		49,3		45,5		
Наркомания	РК	1065	120,3	1 036	118,2	984	113,8	1095	126,7	1037	121,0
	СЗФО		181,8		178,5		171,8		170,3		
	РФ		232,3		226,9		220,0		213,2		
Токсикомания	РК	55	6,2	42	4,8	34	3,9	31	3,6	33	3,9
	СЗФО		7,9		7,5		6,9		6,8		
	РФ		8,1		7,7		7,2		6,7		
Злоупотребление алкоголем	РК	3797	428,9	3 009	343,4	2889	334,2	2992	346,1	545	63,6
	СЗФО		264,1		235,3		217,4		209,2		
	РФ		304,2		284,8		260,1		246,9		
Злоупотребление наркотиками	РК	409	46,2	494	56,4	695	80,4	1077	124,6	229	26,7
	СЗФО		69,4		75,2		81,1		91,8		
	РФ		140,2		144,4		154,1		159,1		
Злоупотребление ненаркотическими психоактивными веществами	РК	82	9,3	83	9,5	92	10,6	75	8,7	17	1,9
	СЗФО		9,6		8,7		8,1		7,6		
	РФ		11,5		11,8		12,2		11,5		

Первичная заболеваемость (табл. 23) также имеет тенденцию к снижению за период 2012-2016 гг. Указанный показатель снизился с 2012 г. на 21,6% с 246,2 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 192,9 в 2016 г.

По большинству нозологических форм, составляющих класс наркологических расстройств, также отмечается снижение первичной заболеваемости в указанный период. Заболеваемость алкогольными психозами и алкоголизмом за 5 лет снизилась на 6,2%, злоупотребление алкоголем - в 1,5 раза, наркомания - на 22,5%, токсикомания - в 1,6 раза, злоупотребление ненаркотическими ПАВ - в 1,6 раза. Отмечается лишь рост выявления злоупотребления наркотиками, составивший за 5 лет 34,7%.

По большинству нозологических форм первичная заболеваемость, характерная для РК, является более высокой по сравнению с аналогичными показателями РФ и СЗФО. Так, республиканский показатель первичной заболеваемости наркологическими расстройствами по итогам 2015 г. превысил среднероссийский уровень на 16,3%, а уровень СЗФО - в 1,6 раза. Первичная заболеваемость алкогольными психозами и алкоголизмом в РК выше среднероссийской на 31,5%, а заболеваемости, характерной для СЗФО, - в 1,5 раза. Однако первичная заболеваемость алкогольными психозами ниже

среднероссийской на 18,5%, а СЗФО - на 18,9%. Первичная выявляемость наркомании в РК в 2015 г. превысила аналогичный показатель РФ на 20,6%, а СЗФО - в 1,8 раза, токсикомании - на 25% и уровень РФ и уровень СЗФО.

Более низкой по сравнению с РФ и СЗФО в 2015 г. являлась первичная выявляемость злоупотребления ненаркотическими ПАВ (ниже в 1,8 раза и в 1,5 раза соответственно).

Таблица 23

Динамика первичной заболеваемости населения РК наркологическими расстройствами в 2012-2016 гг. в сравнении с данными РФ и СЗФО

Показатель / Год		2012		2013		2014		2015		2016	
		абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
Всего	РК	2179	246,2	1768	200,1	1917	221,8	1903	220,1	1653	192,9
	СЗФО		156,7		142,2		135,7		137,1		
	РФ		214,8		204,5		196,7		189,3		
Алкогольные психозы и алкоголизм	РК	998	112,7	913	104,2	928	107,4	806	93,2	906	105,7
	СЗФО		74,7		64,9		62,5		59,2		
	РФ		85,8		78,2		74,6		70,9		
из них: алкогольные психозы	РК	243	27,5	188	21,5	214	24,8	144	16,7	208	24,3
	СЗФО		29,2		24,3		23,7		20,6		
	РФ		26,2		23,3		21,9		20,5		
Наркомания	РК	126	14,2	62	7,1	95	11,0	147	17,0	94	11,0
	СЗФО		12,4		9,9		8,8		9,5		
	РФ		13,9		12,6		14,5		14,1		
Токсикомания	РК	4	0,5	3	0,3	4	0,5	4	0,5	2	0,2
	СЗФО		0,5		0,5		0,4		0,4		
	РФ		0,4		0,5		0,5		0,4		
Злоупотребление алкоголем	РК	869	98,2	585	66,8	592	68,5	502	58,1	437	51,0
	СЗФО		47,7		40,5		37,6		37,9		
	РФ		79,6		73,6		64,4		60,4		
Злоупотребление наркотиками	РК	156	17,6	182	20,8	265	30,7	438	50,7	203	23,7
	СЗФО		19,3		24,3		24,3		28,6		
	РФ		32,4		35,9		39,3		40,6		
Злоупотребление ненаркотическими психоактивными веществами	РК	26	2,9	23	2,6	33	3,8	6	0,7	11	1,3
	СЗФО		2,2		1,7		2,1		1,4		
	РФ		2,8		3,4		3,5		2,8		

По итогам 2016 г. превышение показателя первичной заболеваемости наркологическими расстройствами было отмечено в 11 муниципальных образования РК (рис. 16). Наиболее высокий уровень указанного показателя отмечен в Усть-Куломском (722,5 на 100 тыс. населения), Ижемском (592,4), Сысольском (539,3), Койгородском (524,2) районах и г. Инта (390,2). В ряде территорий (Усть-Вымский, Троицко-Печорский, Вуктыльский районы и г. Сыктывкар) указанный показатель находился на значительно более низком уровне, чем среднереспубликанский уровень.

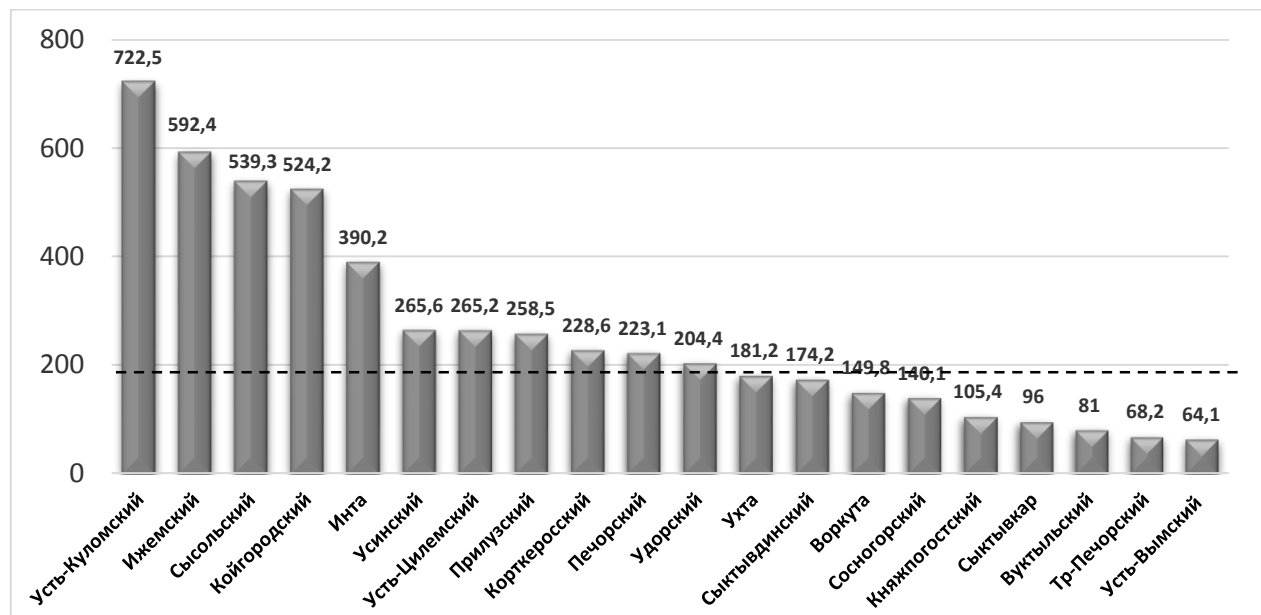


Рис. 16. Первичная заболеваемость наркологическими расстройствами (на 100 тыс. населения) в разрезе территорий РК в 2016 г.

В 2016 г. улучшилась ситуация, связанная с первичной заболеваемостью наркологическими расстройствами, в 12 муниципальных образованиях РК (табл. 24). Наиболее значимое снижение первичной заболеваемости произошло в Вуктыльском (в 1,4 раза), Княжпогостском (в 2,4 раза), Сысольском (в 2,2 раза) и Усть-Вымском (в 5,2 раза) районах. Рост первичной заболеваемости отмечен в 8 муниципальных образованиях, наиболее значимый в Троицко-Печорском (в 8,2 раза), Удорском (в 1,8 раза), Усть-Куломском (в 1,7 раза), Усть-Цилемском (в 1,6 раза) районах.

Таблица 24

Динамика первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в разрезе территорий РК в 2015-2016 гг.

Территории РК / Год	2015 г.	2016 г.	%
Вуктыльский	141,4	81,0	-42,7
Ижемский	504,7	592,4	17,4
Княжпогостский	247,9	105,4	-57,5
Койгородский	734,0	524,2	-28,6
Корткеросский	269,1	228,6	-15,1
Печорский	190,7	223,1	17,0
Прилузский	240,9	258,5	7,3
Сосногорский	210,2	140,1	-33,3
Сыктывдинский	171,3	174,2	1,7
Сысольский	1186,5	539,3	-54,5
Тр-Печорский	8,3	68,2	721,7
Удорский	113,2	204,4	80,6
Усинский	309,6	265,6	-14,2
Усть-Вымский	333,1	64,1	-80,8
Усть-Куломский	436,1	722,5	65,7
Усть-Цилемский	168,1	265,2	57,8
Воркута	190,5	149,8	-21,4
Инта	439,2	390,2	-11,2
Ухта	238,1	181,2	-23,9
Сыктывкар	91,2	96,0	5,3
РК	220,1	192,9	-12,4

На основании анализа статистической отчетности за 2012-2016 гг. динамику наркологической ситуации в РК можно охарактеризовать как относительно устойчивую и достаточно благоприятную:

1) отмечается снижение общей заболеваемости наркологическими расстройствами (в сравнении с 2012 г. - на 26,2%);

2) отмечается снижение общей заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами (в сравнении с 2012 г. - на 11%);

3) показатель общей заболеваемости наркоманиями остается относительно стабильным, а в сравнении с 2015 г. имеет тенденцию к снижению (на 4,5%);

4) первичная заболеваемость наркологическими расстройствами на протяжении 2012-2016 гг. имеет тенденцию к снижению; в общей структуре наркологических заболеваний отмечается снижение первичной заболеваемостью алкоголизмом и алкогольными психозами, наркоманией, токсикоманией пагубным употреблением алкоголя и наркотических веществ;

5) показатель первичной заболеваемости синдромом зависимости от токсических веществ на протяжении 4-5 лет остается на низком уровне и достаточно стабилен, как и контингенты больных синдромом зависимости от токсических веществ;

6) отмечается низкая заболеваемость несовершеннолетних наркологическими расстройствами, состоящих под наблюдением с зависимостью от ПАВ (состоит 13 чел.), регистрация синдромов зависимости от наркотиков и алкоголя у детей и подростков носит характер единичных случаев.

Эффективность деятельности наркологической службы оценивается по работе с контингентами пациентов, направленной на профилактику рецидивов заболеваний. За период с 2012 по 2016 гг. имеет место следующая динамика удельного веса больных с алкоголизмом и наркоманией, состоящих на диспансерном учете и находящихся в ремиссии (табл. 25):

- удельный вес больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, после снижения, отмечаемого в 2013-2016 гг., с 2015 г. стал нарастать и в 2016 г. составил 14,2% (указанный показатель по итогам 2015 г. выше среднероссийского на 0,3% и показателя СЗФО - на 1,3%);

- удельный вес больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии свыше 2 лет, также имеет тенденцию к росту, начиная с 2015 г., и в 2016 г. составил 12,4% (указанный показатель по итогам 2015 г. выше среднероссийского на 1,5% и показателя СЗФО - на 1,2%);

- удельный вес больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, поступательно увеличивается с 2013 г. и в 2016 г. составил 17,9% (указанный показатель по итогам 2015 г. выше среднероссийского на 5,1% и показателя СЗФО - на 7,0%);

- удельный вес больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше 2 лет, значительно увеличивается в последние 2 года (2015-2016 гг.), в 2016 г. показатель составил 37,0% (указанный показатель по итогам 2015 г. выше среднероссийского на 11,3% и показателя СЗФО - на 10,5%).

Таблица 25

Динамика удельного веса больных с алкоголизмом и наркоманией, состоящих на диспансерном учете и находящихся в ремиссии (на 100 больных среднегодового контингента), в 2012-2016 гг.

Показатель / Год		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
		Ремиссия		Ремиссия		Ремиссия		Ремиссия		Ремиссия	
		от 1 до 2 лет	свыше 2 лет	от 1 до 2 лет	свыше 2 лет	от 1 до 2 лет	свыше 2 лет	от 1 до 2 лет	свыше 2 лет	от 1 до 2 лет	свыше 2 лет
Удельный вес больных	РК	16,0	9,7	9,7	7,7	9,6	6,7	13,1	11,6	14,2	12,4
	СЗФО	9,8	7,8	9,4	7,4	10,3	8,6	11,8	10,4	-	-

алкоголизмом	РФ	11,1	8,4	11,1	8,6	11,7	9,1	12,8	10,1	-	-
Удельный вес больных наркоманией	РК	16,1	16,8	11,5	17,0	14,0	14,8	15,7	22,5	17,9	37,0
	СЗФО	6,1	9,9	7,1	9,9	7,4	10,9	8,7	12,0	-	-
	РФ	8,4	8,8	9,0	9,2	9,3	9,7	10,6	11,2	-	-

Данные, представленные в табл. 25, демонстрируют наличие положительной динамики представленных показателей. Указанная динамика стала возможной благодаря расширению реабилитационной базы для лиц, страдающих наркологическими расстройствами, в том числе внедрение новых реабилитационных технологий.

Медико-социальная реабилитация наркологических больных.

Реабилитационная помощь лицам, страдающим наркологическими расстройствами, в настоящее время организована на базе Воркутинской психоневрологической больницы. В указанном учреждении развернуто реабилитационное отделение на 10 коек. Всего за время работы указанного отделения прошли реабилитацию 550 пациентов, в том числе в 2016 г. - 50 пациентов, из них 4 наркозависимых и 46 с алкоголизмом.

В 2014 г. приказом МЗ РК от 25.08.2014 г. №8/311 «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «наркология» на территории РК» дополнительно открыто 10 коек реабилитации на базе наркологического отделения ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер». В 2016 г. пролечено на реабилитационных койках в ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер» 124 чел. (в 2015 г. - 52 чел.), из них 1 - с наркоманией, 1 - с токсикоманией, 122 - с алкоголизмом. Заявленная продолжительность программы реабилитации составляет 30 дней. В 2016 г. средняя длительность лечения составила 20,5 дней.

Таким образом, в РК создана и успешно функционирует реабилитационная база для лечения наркозависимых пациентов. В 2016 г. отмечается значительный рост указанного вида медицинской помощи пациентам (табл. 26).

Таблица 26

Динамика числа пациентов, прошедших стационарные реабилитационные программы в РК в 2013-2016 гг.

Год / Показатель	Всего	Больные алкоголизмом	Больные наркоманией
2013	54	42	12
2014	50	38	12
2015	41	29	12
2016	174	169	5

С 2015 г. на базе наркологического диспансера ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница» организован нестационарный вид реабилитации лиц, страдающих наркологическими расстройствами. Это позволило значительно нарастить объемы этого вида амбулаторной медицинской помощи (табл. 27).

Таблица 27

Число пациентов, прошедших амбулаторные реабилитационные программы в РК в 2013-2016 гг.

Год / Показатель	Всего	Больные алкоголизмом	Больные наркоманией
2013	3	0	3
2014	0	0	0
2015	15	13	2
2016	143	139	4

2.7. Анализ заболеваемости туберкулезом.

В последние годы отмечается улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу в РК (табл. 28).

Таблица 28

Основные медико-демографические показатели деятельности фтизиатрической службы

	Год	Заболеваемость (первичная)					Рецидивы	Распространенность	Инвалидность	Смертность
		Всего	Постоянное население		Дети 0-14 лет	Дети 15-17 лет				
			Всего	Встали на учет						
РФ	2013	63,0	53,4	51,1	14,3	31,8	10,3	147,5	39,2	11,3
	2014	59,5	50,7	48,5	13,2	27,8	10,0	137,3	37,0	10,0
	2015	57,7	49,3	47	12,4	27	9,8	129,1	н/д	9,2
	2016	53,3	н/д	45,6	11,5	23,9	9,5	121,3	н/д	7,8
СЗФО	2013	47,4	37,4	35,3	12,1	18,7	6,7	93,5	27,0	7,8
	2014	45,8	34,7	32,7	9,9	14,5	7,0	85,0	24,2	7,1
	2015	40,7	н/д	30,9	10,5	15,1	6,9	78,4	н/д	6,1
	2016	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
РК	2013	68,7	52,9	51,1	11,0	18,4	5,7	117,4	35,1	11,2
	2014	59,4	48,1	46,1	10,2	14,9	6,8	103,4	31,5	9,6
	2015	55,5	48,8	46,3	9,4	11,5	6,5	104,1	н/д	10,8
	2016	51,4	46,1	43,5	9,3	3,9	6,3	94,3	н/д	8,3

По данным ф. 8 отраслевого статистического наблюдения (рис. 17), включающей всех впервые выявленных больных туберкулезом независимо от ведомственного подчинения, в том числе лиц, пребывающих в учреждениях ГУФСИН России по РК, лиц без определенного места жительства, лиц, у которых диагноз установлен посмертно и др., снижение территориального показателя первичной заболеваемости за последний год составило 9% с 56,5 случая на 100 тыс. населения в 2015 г. до 51,4 случая на 100 тыс. населения в 2016 г.



Рис. 17. Динамика территориального показателя заболеваемости туберкулезом в РК в 2012-2016 гг. в сравнении с РФ (на 100 тыс. населения (ф. №8))

В 2016 г. среди постоянного населения РК выявлено 373 случая заболевания туберкулезом, среди контингентов, пребывающих в ГУФСИН России по РК - 42 случая, среди иностранных граждан - 3 случая, кроме этого у 22 чел. диагноз туберкулеза был установлен посмертно.

Пенитенциарный сектор вносит существенный вклад в общее количество новых случаев туберкулеза и в формирование показателей заболеваемости по РК. Однако, начиная с 2015 г. число лиц, выявленных в системе ГУФСИН России по РК, за счет сокращения сети учреждений снижается (рис. 18).

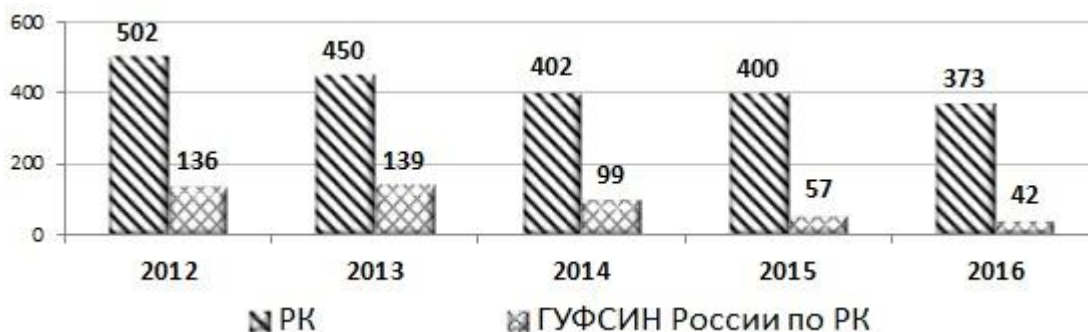


Рис. 18. Динамика количества новых случаев туберкулеза в гражданском и пенитенциарном секторах в 2012-2016 гг. в РК (в абс. числах)

По итогам 2016 г. доля лиц, выявленных в системе ГУФСИН РФ по РК в общем количестве новых случаев заболевания туберкулезом по республике составила 9,5%, что приближается к показателям по РФ (рис. 19).

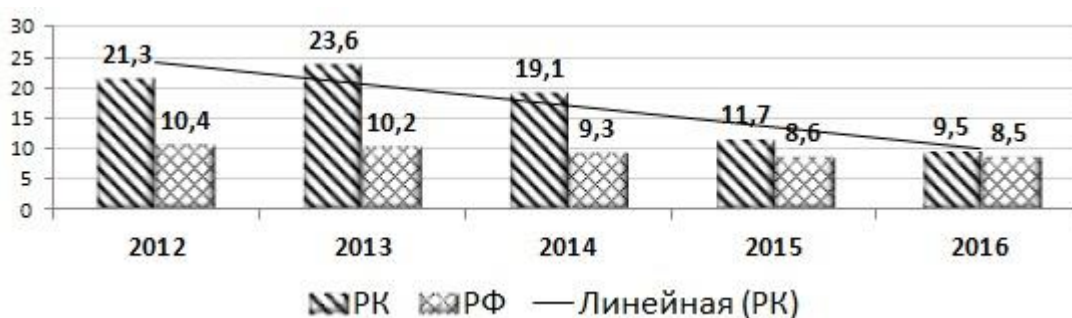


Рис. 19. Динамика удельного веса пенитенциарного сектора в общем количестве новых случаев заболевания туберкулезом в РК в 2012-2016 гг. в сравнении с РФ (%)

По итогам работы фтизиатрической службы в 2012-2016 гг. в РК показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения (ф. 33) снизился на 22,8% с 56,4 на 100 тыс. постоянного населения республики в 2012 г. до 43,5 на 100 тыс. населения в 2016 г. (рис. 20).



Рис. 20. Динамика показателя заболеваемости туберкулезом постоянного населения РК в 2012-2016 гг. в сравнении с РФ (на 100 тыс. населения (ф. 33))

В 2016 г. наиболее высокие показатели заболеваемости туберкулезом со значительным превышением среднереспубликанских значений зарегистрированы в Сыктывдинском (103,7 на 100 тыс. населения), Троицко-Печорском (94,0 на 100 тыс. населения) и Ижемском (85,2 на 100 тыс. населения) районах.

Среди заболевших туберкулезом в 2016 г. 240 больных (64,3%) являлись лицами мужского пола. Максимальное число заболевших отмечено среди лиц трудоспособного возраста (18-59 лет) - 315 чел. Показатель заболеваемости трудоспособного населения составил 62,3 на 100 тыс. соответствующего населения. Показатель заболеваемости туберкулезом мужчин в трудоспособном возрасте в 2016 г. составил 76,9 на 100 тыс. соответствующего населения, показатель заболеваемости женщин в трудоспособном возрасте составил 45,7 на 100 тыс. соответствующего населения. Таким образом, заболеваемость мужчин в трудоспособном возрасте в 1,7 раза превышает заболеваемость женщин.

Стабильно высокий показатель заболеваемости туберкулезом отмечается среди сельских жителей. Соответствующий показатель заболеваемости превышает заболеваемость городских жителей в 2,1 раза (рис. 21).

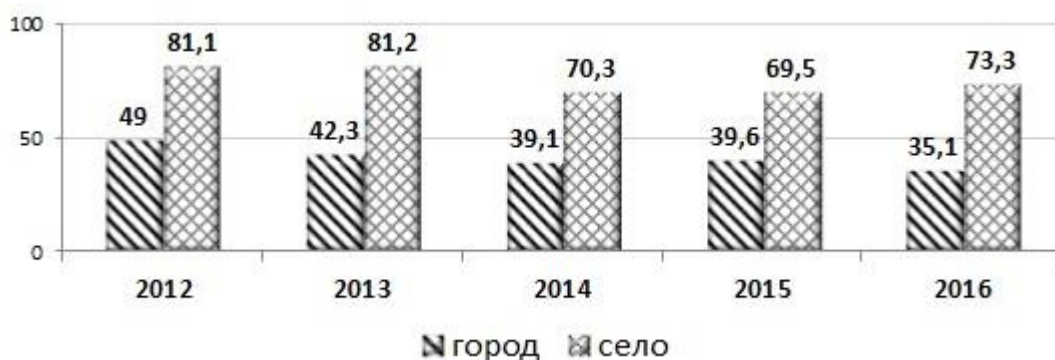


Рис. 21. Динамика показателя заболеваемости туберкулезом жителей города и села в РК в 2012-2016 гг.

Социальными группами риска по заболеванию туберкулезом в РК, по-прежнему, являются неработающие лица трудоспособного возраста, инвалиды, безработные, пенсионеры. В сумме по итогам 2016 г. их численность в общей численности заболевших туберкулезом составила 63,1% (табл. 29).

Таблица 29

Анализ структуры впервые выявленных больных по профессиональной принадлежности и социальному составу

Профессиональная принадлежность / Год	2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	абс. количество	процент	абс. количество	процент	абс. количество	процент
рабочие	79	19,7	83	20,75	80	21,4
служащие	24	6,0	28	7,0	35	9,4
учащиеся школ	8	2,0	9	2,25	5	1,3
учащиеся средних учебных заведений	1	0,2	2	0,5	2	0,5
учащиеся высших учебных заведений	3	0,7	0	0	5	1,3
дошкольники организованные	8	2,0	5	1,25	9	2,4
дошкольники неорганизованные	3	0,7	3	0,75	2	0,5
пенсионеры	60	14,9	59	14,75	44	11,8
инвалиды	35	8,7	27	6,75	29	7,8
неработающие трудоспособного возраста	171	42,5	178	44,5	155	41,6
безработные	10	2,5	6	1,5	7	1,9
Всего:	402	100,0	400	100,0	373	100

Ежегодно среди ВИЧ-инфицированных регистрируются новые случаи туберкулеза. В 2016 г. в 26 случаях (7% от впервые зарегистрированных больных) туберкулез

сочетался с ВИЧ-инфекцией (в 2013 г. - 14 случаев (3,1% от впервые зарегистрированных больных), в 2014 г. - 28 случаев (7% от впервые зарегистрированных больных), в 2015 г. - 23 случая (5,75% от впервые зарегистрированных больных) (рис. 22).



Рис. 22. Динамика показателя заболеваемости туберкулезом ВИЧ-инфицированных лиц (на 100 тыс. населения) в РК в 2012-2016 гг. в сравнении с РФ

В РК показатель заболеваемости туберкулезом детей (рис. 23) за последние пять лет снизился на 17% с 11,2 на 100 тыс. детского населения в 2012 г. до 9,3 в 2016 г. В целом показатели заболеваемости туберкулезом детей в РК ниже показателей РФ, что обусловлено высоким уровнем организации работы по раннему выявлению и профилактике туберкулеза.

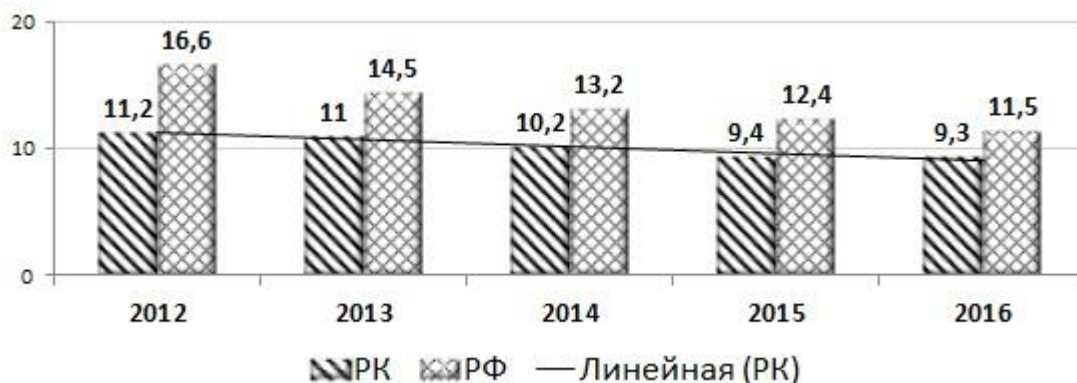


Рис. 23. Динамика показателя заболеваемости туберкулезом детей 0-14 лет в РК в 2012-2016 гг. в сравнении с РФ (на 100 тыс. детского населения)

Случаи заболевания туберкулезом детей 0-14 лет выявлены в гг. Сыктывкар (7 случаев), Воркута (2 случая), Сыктывдинском (3 случая), Сысольском (1 случай), Усть-Вымском (1 случай) и Усинском (1 случай) районах.

Туберкулез у детей в большинстве случаев выявляется профилактически (методом туберкулинодиагностики). В 2016 г. профилактически выявлено 86,7% случаев заболевания туберкулезом у детей. В структуре заболеваемости преобладают малые формы первичного туберкулеза, которые в большинстве случаев представлены туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов.

Показатель заболеваемости туберкулезом подростков в возрасте 15-17 лет в 2012-2016 гг. снизился в 4,5 раза с 17,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2012 г. до 3,9 - в 2016 г. Данный показатель ниже, чем в целом по РФ более чем в 6 раз (рис. 24).

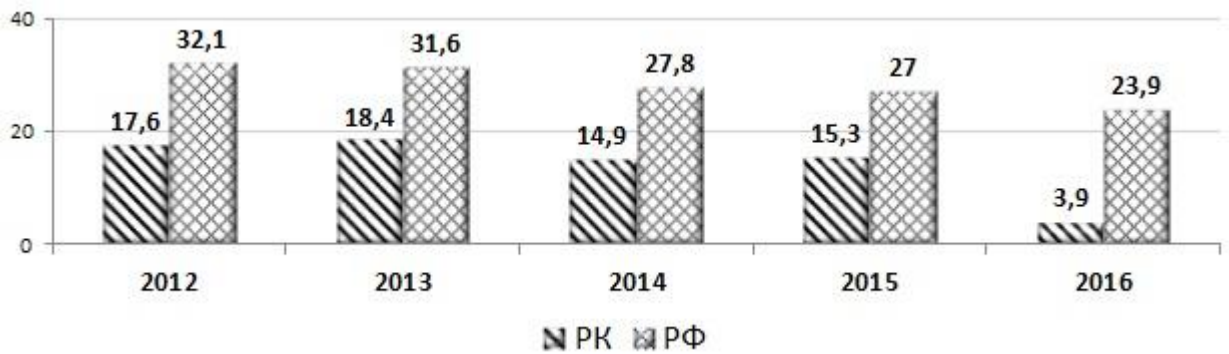


Рис. 24. Динамика показателя заболеваемости активным туберкулезом подростков 15-17 лет в РК и РФ в 2012-2016 гг. (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Систематизированная работа фтизиатрической службы, скоординированность в работе ОЛС и противотуберкулезных учреждений, налаженное межведомственное взаимодействие позволили добиться существенного снижения показателя распространенности туберкулеза среди жителей РК. За последние 5 лет указанный показатель сократился на 29,7% со 134,2 на 100 тыс. постоянного населения в 2012 г. до 94,3 - в 2016 г. (рис. 25). Показатель распространенности туберкулеза в РК на протяжении многих лет находится на уровне ниже среднероссийского.



Рис. 25. Динамика показателя распространенности туберкулеза в РК и РФ в 2012-2016 гг. (на 100 тыс. населения)

Показатель распространенности бациллярного туберкулеза за период с 2012 г. по 2016 г. снизился на 43,9%. Однако, в 2016 г. снижения показателя в сравнении с 2015 г. не произошло (рис. 26).



Рис. 26. Динамика показателя распространенности бациллярного туберкулеза в РК и РФ в 2012-2016 гг. (на 100 тыс. населения)

Существенно выше среднереспубликанского показателя распространенность бациллярного туберкулеза в Троицко-Печорском (76,9 на 100 тыс. населения), Вуктыльском (73,2 на 100 тыс. населения) и Усть-Вымском (71,6 на 100 тыс. населения) районах.

За последние 5 лет произошло значительное снижение показателя распространенности бациллярного туберкулеза с МЛУ/ШЛУ МБТ. В целом за указанный период показатель снизился на 30,8% с 34,1 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 23,6 в 2016 г. (рис. 27). В 2016 г. указанный показатель впервые за последние годы стал ниже, чем аналогичный среднероссийский показатель.

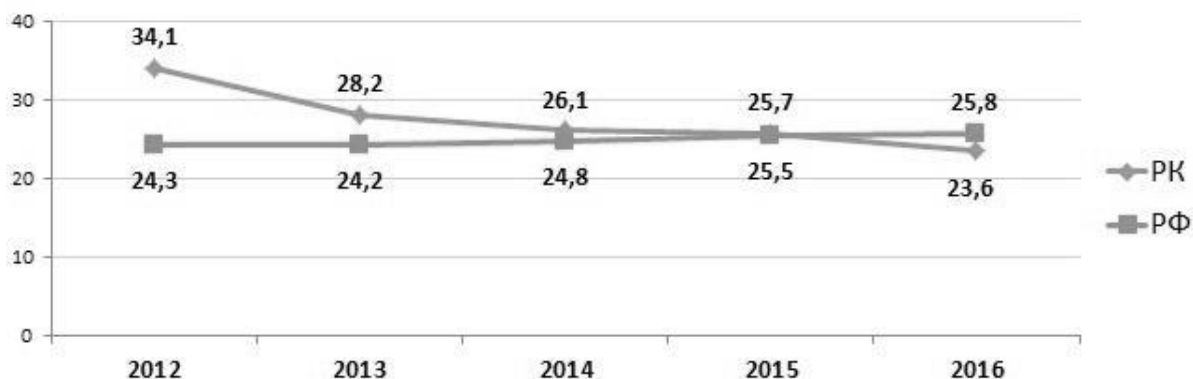


Рис. 27. Динамика показателя распространенности туберкулеза с МЛУ/ШЛУ МБТ в РК и РФ в 2012-2016 гг. (на 100 тыс. населения)

По итогам 2016 г. на учете с МЛУ-туберкулезом состоит всего 202 бактериовыделителя, в том числе с ШЛУ-туберкулезом - 82 чел. Таким образом, распространенность туберкулеза с ШЛУ МБТ за 2016 г. составила 9,6 на 100 тыс. населения. При стабилизации показателя распространенности бациллярного туберкулеза с МЛУ/ШЛУ МБТ отмечается стабилизация и некоторое снижение показателя распространенности туберкулеза с ШЛУ МБТ (рис. 28).

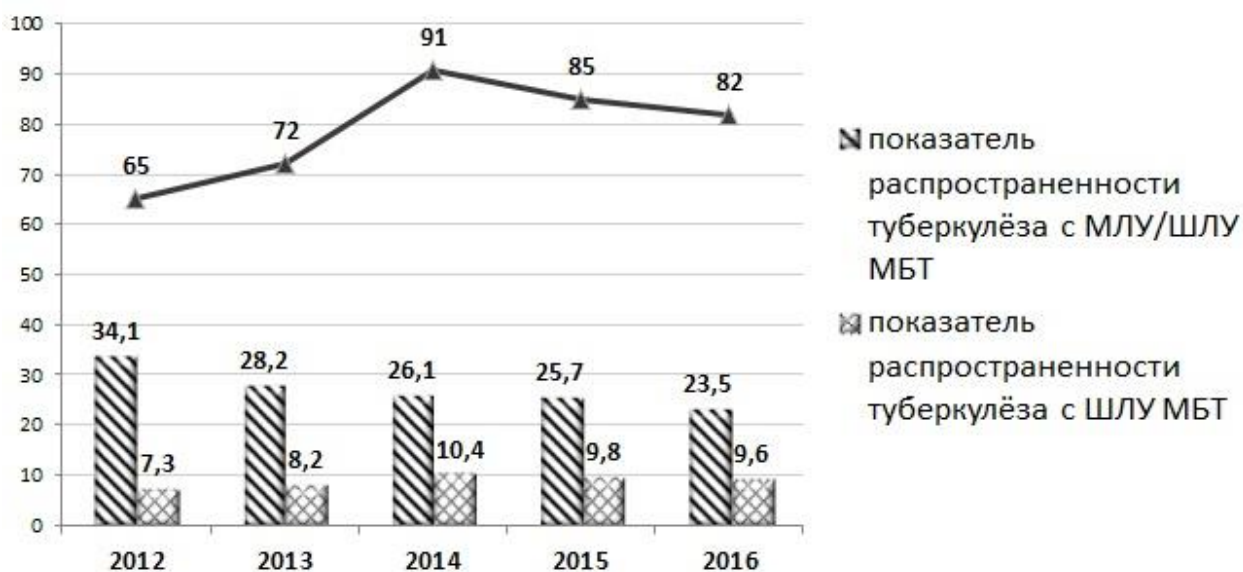


Рис. 28. Динамика показателя распространенности туберкулеза с ШЛУ МБТ в РК в сравнении с показателем распространенности туберкулеза с МЛУ/ШЛУ МБТ в 2012-2016 гг. (на 100 тыс. населения)

Структура противотуберкулезной службы РК является оптимальной для климатогеографических условий нашего региона и сложившейся плотности населения.

Стационарная помощь больным туберкулезом оказывается на базе трех противотуберкулезных диспансеров (ГБУЗ РК "Республиканский противотуберкулезный диспансер" ГБУЗ РК "Печорский противотуберкулезный диспансер", ГБУЗ РК "Воркутинский противотуберкулезный диспансер"). На базе ГБУЗ РК "Республиканский противотуберкулезный диспансер" сконцентрировано лечение больных внелегочными формами туберкулеза. В указанном учреждении осуществляется специализированный прием и стационарное лечение по специальностям «урология», «гинекология», «офтальмология», «остеология». Существенный вклад в комплексное лечение туберкулеза вносит хирургическое лечение. На базе Республиканского противотуберкулезного диспансера развернуто торакальное хирургическое отделение на 15 коек, круглосуточно функционирует палата интенсивной терапии на 3 койки.

Госпитализация в противотуберкулезные учреждения республики осуществляется на основании приказа МЗ РК от 31.12.2009 г. №12/396 (ред. от 09.09.2011 г.) «О показаниях к госпитализации больных туберкулезом в государственные противотуберкулезные учреждения РК».

По состоянию на 1 января 2017 г. в РК функционируют 403 противотуберкулезных койки для круглосуточного пребывания пациентов (348 - для взрослого населения, 55 - для детей), 25 коек дневного стационара, 73 койки стационара на дому. Кроме того, с учетом роста числа больных с МЛУ-туберкулезом и необходимости соблюдения требований инфекционного контроля в противотуберкулезных диспансерах выделено 142 койки для лечения больных с МЛУ-туберкулезом (в республиканском противотуберкулезном диспансере в г. Сыктывкар - 83 койки, в филиале, расположенном в г. Ухта, - 14 коек, в Печорском противотуберкулезном диспансере - 30 коек).

Амбулаторное обслуживание больных туберкулезом осуществляется на базе поликлинических отделений диспансеров, в городской поликлинике г. Ухты, а также в туберкулезных кабинетах, расположенных в составе поликлиник ЦГБ, ЦРБ (всего 22 кабинета).

Медицинская помощь в противотуберкулезных учреждениях РК оказывается в соответствии с нормативными актами МЗ РФ:

- приказ МЗ РФ от 21.03.2003 г. № 09 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ»;
- приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. №932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»;
- федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя;
- федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания;
- приказ МЗ РФ от 29.12.2014 г. №951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания».

Санаторная база представлена двумя детскими противотуберкулезными санаториями и детским санаторным отделением ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер».

Приоритетное внимание в работе службы уделяется развитию стационарозамещающих технологий. К преимуществам организации стационаров на дому относятся: своевременное и качественное оказание медицинской помощи пациенту, отсутствие риска внутрибольничного перекрестного инфицирования, снижение числа случаев отрывов от лечения, социальная адаптация пациентов.

Реабилитация больных туберкулезом - важная медико-социальная проблема. В условиях противотуберкулезных стационаров республики осуществляется медицинская

реабилитация больных туберкулезом, которая включает в себя назначение адекватного режима химиотерапии, назначения физиолечения, массажа, ЛФК, с целью восстановления функциональных нарушений у больных в послеоперационном периоде, больным с костно-суставным туберкулезом. С целью социально-психологической реабилитации больных туберкулезом детей на базе детского стационарного и санаторного отделений работает детский психотерапевт, введены в штатное расписание должность психотерапевта во взрослом стационаре ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер».

Организовано бесперебойное обеспечение противотуберкулезных учреждений РК противотуберкулезными препаратами и дезинфицирующими средствами.

В целях предупреждения распространения туберкулеза и соблюдения санитарно-эпидемиологических требований при движении больных к месту лечения и обратно МЗ РК разработаны приказы, регламентирующие порядок госпитализации больных туберкулезом муниципальных образований республики в противотуберкулезные стационары, которыми предусмотрена логистика госпитализации больных заразными формами туберкулеза с учетом транспортной доступности для перевозки санитарным транспортом, маршрутизация больных с бактериовыделением.

С целью предотвращения уклонения больных туберкулезом от лечения за счет приближения места лечения больного к месту его фактического проживания в республике организована деятельность пунктов наблюдаемого лечения туберкулеза в каждом муниципальном образовании республики.

В бактериологических лабораториях противотуберкулезных диспансеров республики внедрена методика культивирования микобактерий туберкулеза на жидких средах (ВАСТЕС), которая позволила существенно сократить сроки идентификации возбудителя и определения лекарственной устойчивости (в среднем на 60 дней), что чрезвычайно важно для диагностики и адекватного лечения больных МЛУ-туберкулезом. Это дало значительный клинический и экономический эффект.

Комплекс мер, направленных на совершенствование деятельности службы, способствовал повышению эффективности лечения больных туберкулезом. Показатель абациллирования контингентов больных туберкулезом, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях, за последние 5 лет вырос на 19,1% с 40,1% в 2012 г. до 59,2% - в 2016 г. (рис. 29). Указанный показатель выше среднероссийского показателя в 2016 г. более, чем на 10%.



Рис. 29. Динамика показателя абациллирования контингентов по РК и РФ в 2012-2016 гг. (в %)

В 2016 г. отмечается уменьшение процента закрытия полостей распада до 53,9%, что ниже уровня 2015 г. на 9,5% (63,4%). Показатель клинического излечения больных туберкулезом в РК за последние 5 лет вырос с 39,7% в 2012 г. до 46,2% в 2016 г. (рис. 30).

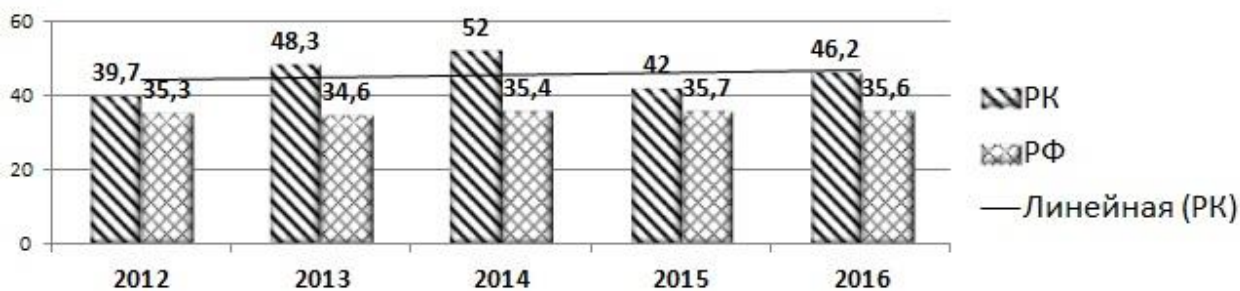


Рис. 30. Динамика показателя клинического излечения больных туберкулезом в РК и РФ в 2012-2016 гг. (в %)

В соответствии с планом работы МЗ РК ежегодно проводятся заседания комиссии по борьбе с туберкулезом, на которых рассматриваются актуальные вопросы организации противотуберкулезной помощи населению муниципальных образований. В 2016 г. в ходе работы комиссии были рассмотрены вопросы организации противотуберкулезной помощи в МОГО «Ухта».

В ходе выездов проверяется организация противотуберкулезной помощи взрослому и детскому населению территорий, организация флюорографического обследования населения. За 2016 г. специалистами противотуберкулезных диспансеров осуществлено 17 выездов в 15 территорий РК из 20. По результатам выездов были оформлены справки с замечаниями по организации противотуберкулезной помощи населению районов и рекомендациями по совершенствованию данного вида помощи.

В 2016 г. специалисты ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер» участвовали и выступали с докладами на заседаниях республиканской СПЭК, межведомственных комиссиях МОГО «Сыктывкар».

На протяжении последних лет реализуется комплекс мер, направленных на снижение смертности от туберкулеза и его последствий:

1) профилактические мероприятия:

- освещение вопросов профилактики и раннего выявления туберкулеза в электронных и печатных средствах массовой информации;
- организация месячника, посвященного Всемирному дню борьбы с туберкулезом в соответствии с утвержденным планом работы;
- проведение лекций и тематических конференций для медицинских работников ОЛС по проблемам профилактики туберкулеза и методике работы с населением;
- организация вакцинации детей против туберкулеза с 95-процентным охватом детского населения;

2) ранняя диагностика туберкулеза:

- организация флюорографического обследования населения старше 15 лет с плановым 75-процентным охватом;
- организация своевременного бактериологического обследования населения с диагностической целью;
- организация ежегодной туберкулинодиагностики среди детского населения с обеспечением максимального охвата;

3) соблюдение мер инфекционного контроля и повышение эффективности лечения больных туберкулезом:

- соблюдение маршрута движения больных туберкулезом с целью консультации и госпитализации с учетом территориальной и транспортной доступности противотуберкулезных учреждений и с учетом требований инфекционного контроля;
- выполнение стандартов химиотерапии больных туберкулезом, коллегиальное назначение режима противотуберкулезного лечения;
- обеспечение на территории республики отбора больных туберкулезом на хирургическое лечение;

- обеспечение направления лиц, подлежащих оздоровлению в федеральных санаторно-курортных учреждениях и своевременной подачи заявок на реализацию путевок;

- обеспечение оздоровления детей из групп риска по туберкулезу в санаторных учреждениях республиканского подчинения со стопроцентной реализацией путевок;

- обеспечение своевременной изоляции детей из бациллярных очагов в санаторные учреждения во всех случаях;

- организация контролируемого лечения больных туберкулезом в ОЛС в соответствии с приказом МЗ РФ от 21.03.2003 г. №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»;

- ежеквартальный анализ эффективности лечения больных туберкулезом;

- анализ состояния обеспечения противотуберкулезными препаратами I и II ряда, осуществление мер по улучшению лекарственного обеспечения;

4) организация оформления материалов в суд в соответствии с действующим законодательством во всех случаях отрыва от лечения больных бациллярными формами туберкулеза для привлечения к принудительной госпитализации;

5) организационно-методическая помощь государственных противотуберкулезных учреждений медицинским организациям ОЛС:

- организация выездов специалистов - кураторов противотуберкулезных диспансеров в закрепленные территории для оказания организационно-методической помощи;

- разбор всех случаев несвоевременного выявления больных туберкулезом в учреждениях ОЛС;

- ежеквартальный анализ работы по профилактическому флюорографическому обследованию женщин фертильного возраста и членов семьи беременной;

- проведение служебного расследования по всем случаям выявления туберкулеза у беременных и родильниц;

- составление протокола разбора на каждый случай смерти от туберкулеза с рассмотрением его на КИЛИ ЛПУ и принятием необходимых организационных мер;

6) межведомственное взаимодействие в вопросах профилактики диагностики и лечения туберкулеза;

7) подготовка кадров.

В целях увеличения эффективности мероприятий, направленных на снижение смертности от туберкулеза и его последствий в республике реализуется комплексный план взаимодействия государственных учреждений здравоохранения РК и учреждений ГУФСИН России по РК при реализации противотуберкулезных мероприятий на 2015-2017 гг.

В настоящее время диагноз активного туберкулеза устанавливается и снимается только через центральные врачебно-контрольные комиссии диспансеров. На каждого вновь выявленного больного оформляется экстренное извещение по форме 089/у-туб в трех экземплярах с информированием органов Роспотребнадзора. Впервые выявленные больные туберкулезом с бактериовыделением госпитализируются в обязательном порядке в базовые туберкулезные стационары, лечение проводится до прекращения бактериовыделения.

Существенный вклад в комплексное лечение туберкулеза вносит хирургическое лечение. За 2016 г. на базе хирургического отделения республиканского противотуберкулезного диспансера произведено 68 резекций легких различного объема. За 2016 г. 4 больных активным туберкулезом прооперировано на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии. На ВМП в указанный научно-исследовательский институт в 2016 г. направлено 5 пациентов с легочным туберкулезом, 4 - с внелегочным туберкулезом.

Специалисты противотуберкулезной службы республики систематически проводят конференции в учреждениях ОЛС по вопросам раннего выявления туберкулеза,

организуют разборы причин позднего выявления всех запущенных случаев туберкулеза и случаев посмертной диагностики туберкулеза.

В рамках Всемирного дня борьбы с туберкулезом проведены пресс-конференции на уровне субъекта РФ и на муниципальном уровне, организовано 4 «круглых» столов, 14 конференций на уровне муниципальных образований, на муниципальном уровне проведены 3 совещания, 14 семинаров, для медицинских работников ОЛС прочитано 30 лекций. Для населения республики опубликовано 14 статей в печатных изданиях, организованы две тематические радиотрансляции, размещена информация на 16 официальных сайтах медицинских организаций. Распространено 4 059 памяток о предупреждении распространения туберкулеза. Оформлено 65 уголков здоровья в медицинских организациях, в организованных коллективах проведено 234 беседы. В 8 медицинских организациях проведены Дни открытых дверей. Проведено анкетирование пациентов противотуберкулёзных диспансеров.

По данным мониторинга мероприятий по снижению смертности от туберкулеза в соответствии с приказом МЗ РК от 01.04.2015 г. №653-р «О мониторинге Плана мероприятий по снижению смертности от основных причин в 2015 г.» по итогам 2015 г. впервые выявленным больным туберкулезом в республике во всех случаях проведено тестирование на лекарственную устойчивость на жидких средах системы ВАСТЕС.

Доля больных, прошедших тестирование на лекарственную устойчивость возбудителя до начала лечения молекулярно-генетическими методами, по итогам 2016 г. составила 95,1% (индикатор на 2016 г. - 95%).

Кроме этого, мероприятия Плана предусматривают назначение химиопрофилактики туберкулеза пациентам с ВИЧ-инфекцией. По итогам 2016 г. доля лиц, охваченных химиопрофилактикой туберкулеза, достигла индикаторного значения (100%) и составила 100%.

Комплекс мероприятий по организации лечебно-диагностического процесса способствовал достижению высоких показателей эффективности лечения больных туберкулезом. Так, среди когорты впервые выявленных больных туберкулезом, зарегистрированных к лечению в 2014 г., эффективно закончили лечение 75,5% больных. Доля больных МЛУ/ШЛУ туберкулезом, эффективно закончивших лечение по IV режиму химиотерапии (из когорты 2014 г.) составила 55,3% (индикатор на 2016 г. - 55%).

2.8. Анализ заболеваемости психическими расстройствами. В динамике за 5 лет заболеваемость психическими расстройствами выросла на 1,5% с 2 869,1 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 2 913,1 - в 2016 г. (табл. 30). Указанный показатель по итогам 2015 г. выше среднероссийского уровня на 6,1%.

Таблица 30

Показатели «зарегистрированных всего заболеваний» в РК за 2012-2016 гг. (форма 10)

Группа психических расстройств, регион / Год		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
		абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
Психозы и состояния слабоумия	РК	6126	688,4	5969	681,1	6105	700,0	6297	728,5	6095	711,3
	РФ	1091574	762,3	1088677	758,6	1110364	759,1	1107605	757,2	н/д	н/д
-в т.ч. шизофрении	РК	3225	362,4	3110	354,9	3097	355,1	3159	365,4	3065	357,7
	РФ	562021	392,5	559420	389,8	566153	387,1	562852	384,8	н/д	н/д
Непсихотические формы	РК	12627	1419	13287	1516,2	13301	1525,2	12882	1490,2	12466	1454,9
	РФ	2090683	1460	2114526	1473,5	2086525	1426,5	2048609	1400,6	н/д	н/д
Умственная отсталость	РК	6777	761,6	6754	770,7	6546	750,6	6190	716,1	6399	746,8
	РФ	907182	633,5	894722	623,5	897105	613,3	887996	607,1	н/д	н/д
ВСЕГО	РК	25530	2869,1	26010	2968,0	25952	2976,0	25369	2934,8	24960	2913,1

	РФ	4089439	2855,7	4097925	2855,6	4093994	2799,0	4044210	2764,9	н/д	н/д
--	----	---------	--------	---------	--------	---------	--------	---------	--------	-----	-----



Рис. 31. Распространённость психических расстройств и расстройств поведения на 100 тыс. населения за 2012-2016 гг. по РК в сравнении с данными по РФ

За период с 2012 г. по 2016 г. отмечаются следующие тенденции изменения заболеваемости в разрезе отдельных нозологических подгрупп, составляющих группу психических расстройств. Имеет место рост заболеваемости в подгруппах «психозы и состояния слабоумия» (за 5 лет на 3,3% с 688,4 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 711,3 - в 2016 г.) и «непсихотические формы» (на 2,5% с 1419,0 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 1454,9 - в 2016 г.) и снижение заболеваемости в подгруппе «умственная отсталость» (на 1,9% с 761,6 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 746,8 - в 2016 г.). При этом заболеваемость шизофренией, входящей в подгруппу «психозы и состояния слабоумия» за 5 лет снизилась на 1,3% с 362,4 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 357,7 - в 2016 г.

По сравнению с 2015 г. в 2016 г. среди всего населения РК отмечается рост заболеваемости в подгруппе «умственная отсталость» (на 4,3% с 716,1 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 746,8 - в 2016 г.) и снижение заболеваемости в подгруппах «психозы и состояния слабоумия» (на 2,4% с 728,5 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 711,3 - в 2016 г.), включая шизофрению (на 2,1% с 365,4 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 357,7 - в 2016 г.), и «непсихотические формы» (на 2,4% с 1490,2 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 1454,9 - в 2016 г.).

Динамика заболеваемости психическими расстройствами среди детского населения (0-14 лет) за период с 2015 г. по 2016 г. характеризуется следующими тенденциями:

- уменьшением числа зарегистрированных заболеваний - на 4,5% с 4 576 случаев в 2015 г. до 4 369 случаев - в 2016 г.;

- снижением заболеваемости психическими расстройствами - на 5,5% с 2 470,0 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 2 335,1 - в 2016 г.; в подгруппе «психозы и состояния слабоумия» - на 19,5% с 77,7 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 62,5 - в 2016 г.; в подгруппе «шизофрения» - на 40,6% с 5,4 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 3,2 - в 2016 г.; в подгруппе «непсихотические формы» - на 7,1% с 1 791,5 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 1 664,4 - в 2016 г.;

- ростом заболеваемости в подгруппе «умственная отсталость» - на 1,2% с 600,8 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 608,2 - в 2016 г.

Динамика заболеваемости психическими расстройствами среди подростков (15-17 лет) за период с 2015 г. по 2016 г. характеризуется следующими тенденциями:

- уменьшением числа зарегистрированных заболеваний - на 11,9% с 1 684 случаев в 2015 г. до 1 484 случаев - в 2016 г.;

- снижением заболеваемости психическими расстройствами - на 11,2% с 6 445,9 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 5 726,2 - в 2016 г.; в подгруппе «непсихотические формы» - на 4,2% с 3 594,3 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 3 441,9 - в 2016 г.; в подгруппе «умственная отсталость» - на 22,8% с 2 645,0 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 2 041,2 - в 2016 г.;

- ростом заболеваемости в подгруппе «психозы и состояния слабоумия» - на 17,6% с 206,7 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 243,1 - в 2016 г.; в подгруппе «шизофрения» - на 31,0% с 76,6 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 100,3 - в 2016 г.

Нозологическая структура зарегистрированных заболеваний в 2016 г. распределена следующим образом: наибольшую часть занимают «непсихотические расстройства» (доля в структуре заболеваемости - 49,9%), на втором месте - «умственная отсталость» (25,6%), на третьем месте - «психотические расстройства и слабоумие» (24,4%). По сравнению с 2015 г. незначительно уменьшилась доля «непсихотических расстройств» (в 2015 г. доля в структуре заболеваемости составляла 50,8%) и незначительно увеличилась доля «умственной отсталости» (в 2015 г. - 24,4%). Доля «психотических расстройств и слабоумия» осталась прежней (в 2015 г. - 24,8%).

В нозологической структуре заболеваемости детского населения (0-14 лет) первое место занимают «непсихотические расстройства» (доля в структуре заболеваемости - 71,3%), второе место - «умственная отсталость» (26,0%), третье место - «психозы и состояния слабоумия» (2,7%).

В структуре заболеваемости подростков (15-17 лет) первое место занимают «непсихотического расстройства» (доля в структуре заболеваемости - 60,1%), второе место - «умственная отсталость» (35,6%), третье место - «психозы и состояния слабоумия» (4,2%).

В динамике за последние пять лет (с 2012 г. по 2016 г.) отмечается (табл. 31):

- уменьшение заболеваемости психическими расстройствами в 7 районах (Вуктыльском (на 13,0%), Койгородском (на 24,3%), Сыктывдинском (в 2,2 раза), Троицко-Печорском (на 13,5%), Усть-Цилемском (на 17,7%), Усинском (на 4,8%) и Печорском (на 10,5%);

- рост заболеваемости психическими расстройствами в 13 районах (наибольшая динамика к росту имеется в Сысольском (на 34,2%), Корткеросском (на 32,8%), Прилузском (на 20,7%), Удорском (на 18,2%), Княжпогостском (на 13,2%) и Усть-Вымском (на 12,5%) районах и г. Инта (на 22,5%).

Таблица 31

Динамика показателей общей заболеваемости психическими расстройствами (на 100 тыс. населения) в разрезе территорий РК за период 2012-2016 гг. (ФСН №10)

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Вуктыльский	2821,4	2824,2	2842,9	2608,4	2453,8
Ижемский	7672,8	7849,8	7913,8	7973,2	8395,5
Княжпогостский	2486,5	2605,3	2663,5	2911,7	2815,6
Койгородский	3408,5	3516,8	4917,2	4700,0	2581,9
Корткеросский	3013,6	3184,8	3448,3	3461,0	4002,3
Прилузский	2669,7	2530,8	3325,1	3747,9	3223,5
Сосногорский	1807,3	1886,5	1821,8	1932,0	1884,5
Сыктывдинский	3771,5	3742,9	3546,2	1650,2	1721,2
Сысольский	3745,9	4280,4	4713,8	5121,7	5028,5
Троицко-Печорский	5138,6	5295,5	4809,0	4600,6	4443,9
Удорский	3536,2	3721,0	3825,2	3951,7	4181,4
Усть-Вымский	2749,8	2896,0	2893,2	2269,0	3094,6
Усть-Куломский	4358,8	4368,0	4431,8	4238,2	4419,8
Усть-Цилемский	2631,2	2606,4	2235,6	2168,4	2164,4
Воркуга	2329,3	2558,8	2802,6	2635,2	2509,8
Инта	2155,6	2292,6	2364,08	2572,8	2640,3
Усинск	1739,4	1694,1	1835,9	1525,8	1656,3
Печора	3288,3	3324,9	3109,3	3144,9	2942,3
Ухта	1477,4	1588,1	1582,0	1531,8	1519,7

Сыктывкар	3381,3	3454,5	3315,0	3461,0	3385,0
РК	2869,1	2968,0	2976,0	2934,8	2913,1
РФ	2855,7	2855,6	2799,0	2764,9	-

Контингенты пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь. Контингент больных, находящихся на диспансерном наблюдении, уменьшился за последний год на 3,8% с 7 331 чел. в 2015 г. до 7 052 чел. - в 2016 г., в расчете на 100 тыс. населения - на 3% с 848,1 в 2015 г. до 823,0 - в 2016 г.

В структуре заболеваемости диспансерной группы пациентов ведущее место занимают психозы и состояния слабоумия (их распространенность составляет 382,0 на 100 тыс. населения), из них распространенность шизофрении и шизофреноподобных расстройств составляют 276,3 на 100 тыс. населения. Второе место в структуре заболеваемости занимает умственная отсталость с показателем распространенности 318,0 на 100 тыс. населения, на третьем месте - психические расстройства непсихотического характера с показателем распространенности 123,0 на 100 тыс. населения.

За последние 5 лет контингент больных диспансерной группы уменьшился на 9,2% с 906,0 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 823,0 - в 2016 г. (табл. 32). При этом уменьшение контингента произошло по всем составляющим группу психических расстройств подгруппам:

- в подгруппе «психозы и состояния слабоумия» - уменьшение на 2,8% с 393,0 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 382,0 - в 2016 г.;

- в подгруппе «шизофрения и шизофреноподобные расстройства» - уменьшение на 2,8% с 284,2 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 276,3 - в 2016 г.;

- в подгруппе «непсихотические расстройства» - уменьшение на 20,4% с 154,5 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 123,0 - в 2016 г.;

- в подгруппе «умственная отсталость» - уменьшение на 11,3% с 358,5 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 318,0 - в 2016 г.

Однако, число пациентов, получивших консультативно-лечебную помощь, за последние 5 лет выросло на 5,6% с 1 649,7 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 1742,8 - в 2016 г.

Таблица 32

Контингенты больных психическими расстройствами и расстройствами поведения на 100 тыс. населения наблюдаемых психиатрической службой с 2012 по 2016 гг. (форма 36)

Показатель / Регион / Год		2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всего контингентов больных, находящихся на диспансерном наблюдении	РК	906,0	892,6	877,8	848,1	823,0
	РФ	1103,2	1084,7	1076,6	н/д	н/д
Психозы и состояния слабоумия	РК	393,0	394,6	396,6	388,9	382,0
	РФ	502,9	496,9	492,7	н/д	н/д
в том числе шизофрения, и шизофреноподобные расстройства	РК	284,2	282,2	281,2	279,1	276,3
	РФ	327,1	323,4	319,3	н/д	н/д
Непсихотические расстройства	РК	154,5	149,9	144,5	131,2	123,0
	РФ	239,4	234,3	230,9	н/д	н/д
Умственная отсталость	РК	358,5	348,2	336,7	328,0	318,0
	РФ	360,8	353,4	346,9	н/д	н/д
Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь:	РК	1649,7	1713,1	1794,8	1743,0	1742,8
	РФ	1510,9	1501,2	1466,9	н/д	н/д

Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь и находящиеся на диспансерном наблюдении	РК	2555,7	2605,7	2672,7	2591,1	2565,9
	РФ	2614,1	2585,9	2537,5	н/д	н/д

Из всего контингента пациентов, находящихся под наблюдением психиатрической службы РК 32,1% составляют больные, находящиеся под диспансерным наблюдением, и 67,9% - пациенты, получающие консультативно-лечебную помощь (табл. 33). Таким образом, соотношение консультативной группы и группы диспансерного наблюдения в целом по РК составляет 67,9 : 32,1 (по РФ - 57,8 : 42,2). В динамике отмечается снижение доли группы диспансерного наблюдения, что связано, в первую очередь, с более широким и активным внедрением социо-реабилитационных форм работы и стремлением психиатрических служб уменьшать стигматизацию психических расстройств, сокращая тем самым их социальные последствия для пациентов.

Таблица 33

Динамика соотношения диспансерной и консультативной группы пациентов в период 2012-2016 гг. (в %)

Показатель / Регион / Год		2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
РК	Диспансерное наблюдение	35,4	34,3	32,8	32,7	32,1
	Консультативная группа	64,6	65,7	67,2	67,3	67,9
РФ	Диспансерное наблюдение	42,2	н/д	н/д	н/д	н/д
	Консультативная группа	57,8	н/д	н/д	н/д	н/д

Выявляемость психических расстройств. Число впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в 2016 г. по сравнению с 2015 г. уменьшилось на 8,0% с 4 155 случаев в 2015 г. до 3 822 случаев - в 2016 г. Заболеваемость в указанный период сократилась на 7,2% с 480,7 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 446,1 - в 2016 г.

В динамике с 2012 г. сохраняется тенденция к росту числа впервые зарегистрированных заболеваний (рост на 12,8% с 395,4 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 446,1 - в 2016 г.) (табл. 34).

Таблица 34

Изменение численности контингентов с зарегистрированным впервые в жизни диагнозом психического расстройства в РК в 2012-2016 гг. (форма 10)

Группа психических расстройств / Регион / Год		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
		абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.	абс.	на 100 тыс.
Психозы и состояния слабоумия	РК	537	60,3	610	69,3	573	65,7	648	75	672	78,4
	РФ		61,3		61,5		60,7		61,6		н/д
-в т.ч. шизофрения	РК	87	9,8	94	10,7	74	8,5	64	7,4	77	9,0
	РФ		11,7		11,3		11,3		10,6		н/д
Непсихотические формы расстройств	РК	2 742	308,1	3 179	362,8	3 311	379,7	3 228	373,4	2 824	329,6
	РФ		243,9		236,2		225,1		216,9		н/д
Умственная отсталость	РК	239	26,9	296	33,8	247	28,3	279	32,3	326	38,0
	РФ		22,8		22,1		22,3		22,4		н/д
ВСЕГО	РК	3 518	395,4	4 085	466,1	4 131	473,7	4 155	480,7	3 822	446,1

	РФ		328		319,9		308,3		300,9		н/д
--	----	--	-----	--	-------	--	-------	--	-------	--	-----

За период с 2012 г. по 2016 г. отмечаются следующие тенденции изменения первичной заболеваемости в разрезе отдельных нозологических подгрупп, составляющих группу психических расстройств. Имеет место рост первичной заболеваемости во всех составляющих группу психических расстройств подгруппах: «психозы и состояния слабоумия» - за 5 лет на 30,1% с 60,3 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 78,4 - в 2016 г.; «непсихотические формы» - на 7,0% с 308,1 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 329,6 - в 2016 г.; «умственная отсталость» (на 41,4% с 26,9 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 38,0 - в 2016 г. Первичная заболеваемость шизофренией, входящей в подгруппу «психозы и состояния слабоумия», за 5 лет снизилась на 8,3% с 9,8 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 9,0 - в 2016 г.

По сравнению с 2015 г. в 2016 г. среди всего населения РК отмечается рост первичной заболеваемости в следующих подгруппах: «психозы и состояния слабоумия» - на 4,6% с 75,0 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 78,4 - в 2016 г., включая шизофрению (на 21,4% с 7,4 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 9,0 - в 2016 г.), «умственная отсталость» - на 17,8% с 32,3 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 38,0 - в 2016 г. Первичная заболеваемость в подгруппе «непсихотические формы», напротив, уменьшилась за указанный период на 11,7% с 373,4 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 329,6 - в 2016 г.

Динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами среди детского населения (0-14 лет) за период с 2015 г. по 2016 г. характеризуется следующими тенденциями:

- уменьшением числа впервые зарегистрированных заболеваний - на 12,6% с 1 271 случая в 2015 г. до 1 111 случаев - в 2016 г.;

- снижением первичной заболеваемости психическими расстройствами - на 13,4% с 686,0 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 593,8 - в 2016 г., в том числе в подгруппе «шизофрения» - на 34,0% с 1,6 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 1,1 - в 2016 г., в подгруппе «непсихотические формы» - на 17,2% с 603,5 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 499,7 - в 2016 г.;

- ростом первичной заболеваемости в подгруппах «психозы и состояния слабоумия» - на 3,7% с 11,3 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 11,8 - в 2016 г., «умственная отсталость» - на 15,5% с 71,2 на 100 тыс. детского населения в 2015 г. до 82,3 - в 2016 г.

Динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами среди подростков (15-17 лет) за период с 2015 г. по 2016 г. характеризуется следующими тенденциями:

- уменьшением числа впервые зарегистрированных заболеваний - на 5% с 240 случаев в 2015 г. до 228 случаев - в 2016 г.;

- снижением первичной заболеваемости психическими расстройствами - на 4,2% с 918,7 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 879,8 - в 2016 г. за счет подгруппы «непсихотические формы» - на 4,2% с 689,0 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 659,8 - в 2016 г. и в подгруппы «умственная отсталость» - на 17% со 195,2 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 162,1 - в 2016 г.;

- ростом первичной заболеваемости в подгруппе «психозы и состояния слабоумия» - в 1,7 раза с 34,4 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 57,9 - в 2016 г., включая подгруппу «шизофрения» - в 2,7 раза с 11,5 на 100 тыс. соответствующего населения в 2015 г. до 30,9 - в 2016 г.

В нозологической структуре впервые зарегистрированных больных в 2016 г. преобладают «непсихотические расстройства» (их доля в структуре первичной заболеваемости составляет 73,9%), на втором месте - «психотические расстройства и слабоумие» (17,6%), на третьем месте - «умственная отсталость» (8,5%). По сравнению с 2015 г. в структуре первичной заболеваемости отмечается рост доли подгрупп «психотические нарушения и слабоумия» (с 15,6% в 2015 г. до 17,6% - в 2016 г.) и

«умственная отсталость» (с 6,7% до 8,5%) и уменьшение доли подгруппы «непсихотические нарушения» (с 77,7% до 73,9%).

В динамике за последние пять лет (с 2012 г. по 2016 г.) отмечается (табл. 35):

- уменьшение первичной заболеваемости психическими расстройствами в 8 районах (Вуктыльском (в 2,5 раза), Прилузском (в 7,6 раза), Сыктывдинском (на 37,1%), Усть-Вымском (на 29,5%), Усть-Цилемском (в 5,5 раза), Усинском (на 3,2%), Печорском (на 32,2%), г. Воркута (на 3,2%);

- рост первичной заболеваемости психическими расстройствами в 11 районах (наибольшая динамика к росту имеется в Ижемском (в 1,5 раза), Княжпогостском (в 1,5 раза), Койгородском (в 3,1 раза), Усть-Куломском (в 5,4 раза), Корткеросском (на 39,8%), Сысольском (на 32,7%) районах и г. Инта (на 30,3%).

Таблица 35

Динамика первичной заболеваемости психическими расстройствами (на 100 тыс. населения) в разрезе территорий РК за период 2012-2016 гг. (по форме 10)

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Вуктыльский	182,5	130,5	158,4	70,7	48,6
Ижемский	374,6	451,8	237,1	362,9	546,8
Княжпогостский	464,3	485,0	603,4	695,1	702,6
Койгородский	145,6	221,6	1768,7	734,0	445,6
Корткеросский	692,2	677,0	850,3	812,5	967,4
Прилузский	335,0	483,3	598,8	337,3	187,0
Сосногорский	113,0	170,7	128,4	161,0	113,0
Сыктывдинский	725,0	993,8	804,0	864,8	456,2
Сысольский	635,3	920,7	844,2	1156,5	843,1
Троицко-Печорский	209,7	154,5	201,0	224,2	221,8
Удорский	211,3	174,5	183,6	102,4	254,1
Усть-Вымский	283,4	311,0	304,9	207,3	199,8
Усть-Куломский	72,4	61,9	117,6	392,5	391,5
Усть-Цилемский	308,2	56,7	132,0	134,5	136,9
Воркута	221,0	210,2	164,1	129,0	128,9
Инта	211,7	244,3	245,7	275,3	275,8
Усинск	269,9	208,3	212,0	232,2	261,2
Печора	448,9	297,2	326,0	353,4	304,4
Ухта	168,4	230,1	205,3	161,0	197,9
Сыктывкар	682,2	872,8	865,8	902,9	816,9
РК	395,4	466,9	473,7	480,7	446,1

2.9. Анализ дерматовенерологической заболеваемости.

Сифилис. В 2016 г. в РК отмечается значительное снижение заболеваемости сифилисом по сравнению с 2015 г. (на 31,1% с 10,4 на 100 тыс. населения (90 случаев) в 2015 г. до 7,2 (62 случая) - в 2016 г.) (рис. 32). Случаев врожденного сифилиса, а также сифилиса у детей и подростков не было.

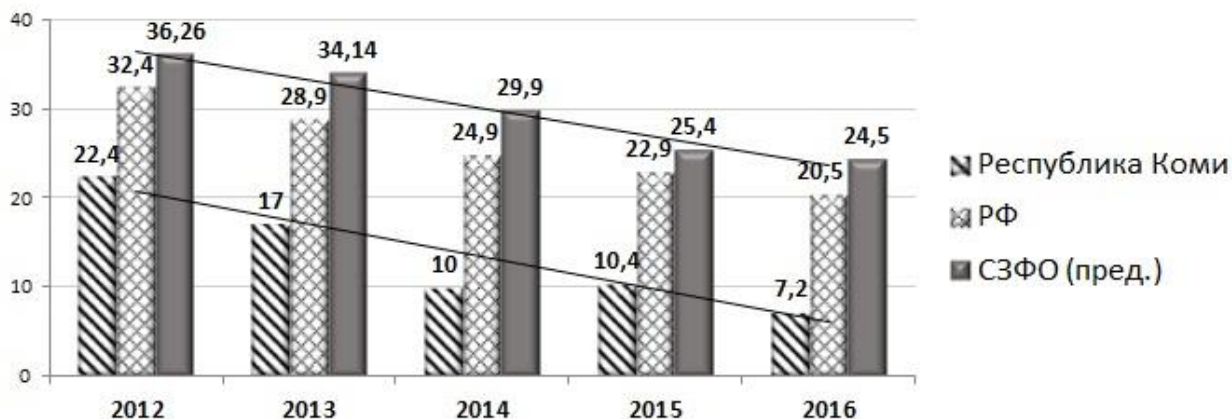


Рис. 32. Динамика заболеваемости сифилисом (на 100 тыс. населения) в РК, РФ и СЗФО в 2012-2016 гг.

Рост заболеваемости сифилисом (рис. 33) по итогам 2016 г. наблюдается в 5 территориях: г. Инта (с 0 до 3,4 на 100 тыс. населения), в Княжпогостском (на 0,4% с 4,8 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 5,0 - в 2016 г.), Прилузском (с 0 в 2015 г. до 22,0 на 100 тыс. населения - в 2016 г.), Ижемском (в 2,5 раза с 11,3 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 28,5 - в 2016 г.) и Удорском районах (на 2,8% с 10,7 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 11,0 - в 2016 г.).

Не регистрировались случаи сифилиса в Вуктыльском, Сысольском, Койгородском, Троицко-Печорском, Усть-Вымском и Усть-Цилемском районах.

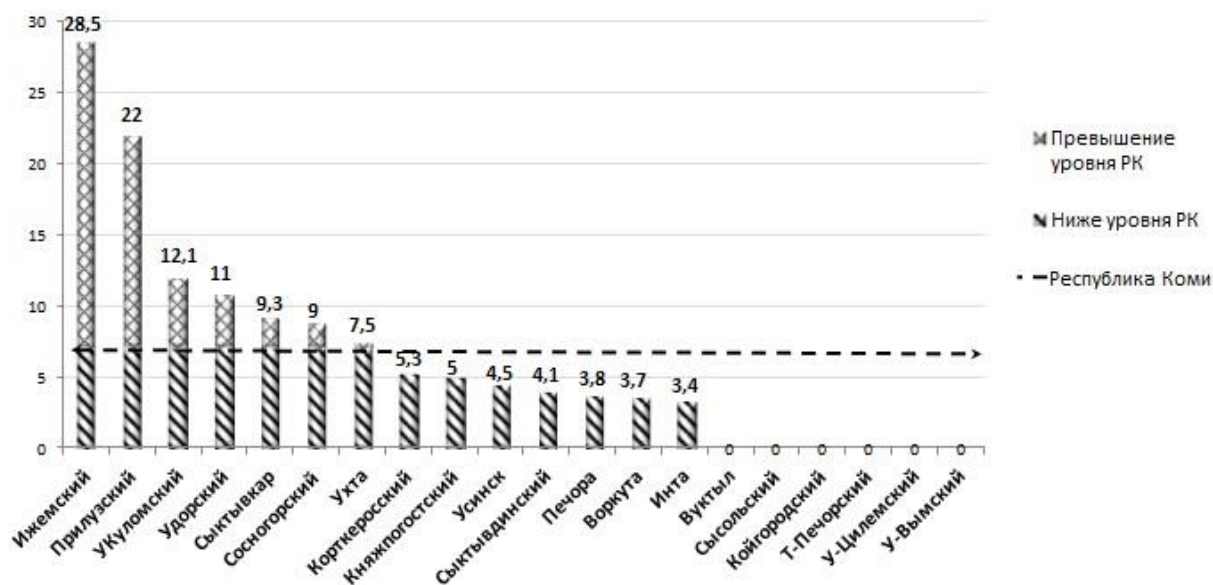


Рис. 33. Ранжирование территорий РК по уровню заболеваемости сифилисом в 2016 г.

Заболеваемость сифилисом среди сельского населения в два раза выше, чем уровень заболеваемости сифилисом городского населения, что объясняется, в первую очередь, особенностями регистрации случаев заболеваний (табл. 36).

Таблица 36

Динамика заболеваемости сифилисом в разрезе территорий РК в 2012-2016 гг.

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сыктывкар	18,3	19,5	10,9	11,2	9,3
Ухта	22,1	14,0	13,2	7,5	7,5
Воркута	65,1	37,5	5,9	7,2	3,7
Инта	0	3,1	0	0	3,4
Печора	24,5	16,3	9,2	7,5	3,4
Усинск	21,2	8,7	6,6	11,1	4,5
Вуктыльский	0	14,5	0	7,9	0
Усть-Куломский	11,2	15,5	3,9	19,8	12,1
Сыктывдинский	22,0	8,5	16,9	29,2	4,1
Корткеросский	20,5	46,9	5,2	68,6	5,3
Сысольский	14,4	7,4	14,9	15,0	0
Койгородский	0	12,3	0	0	0
Троицко-Печорский	21,7	0	16,1	0	0
Усть-Вымский	6,8	7,1	10,9	0	0
Княжпогостский	8,6	0	0	4,9	5,0
Прилузский	9,7	10,3	21,0	0	22,0
Ижемский	16,1	5,6	11,3	11,3	28,5

Усть-Цилемский	15,5	56,7	16,5	16,8	0
Удорский	0	0	10,5	10,8	11,0
Сосногорский	30,1	10,9	15,5	4,5	0
РК	22,6	17,0	10,0	10,4	7,2
РФ	32,37	28,9	24,8	22,9	20,48

В показателях на 100 тыс. самый высокий уровень заболеваемости сифилисом, как и в прошлые годы, отмечается в возрастной группе 20-29 лет, где уровень превышает в 1,4 раза заболеваемость сифилисом по республике в целом (табл. 37, рис. 34).

Таблица 37

Изменение возрастной структуры заболеваемости сифилисом в РК по возрастам за период 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всего по РК	201	150	87	90	62
0-14 лет	2 (1,0%)	1 (0,6%)	0	1 (1,1%)	0
15-17 лет	1 (0,5%)	1 (0,6%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	0
18-19 лет	7 (3,5%)	6 (4,0%)	4 (4,6%)	3 (3,3%)	1 (1,6%)
20-29 лет	75 (37,3%)	47 (31,3%)	31 (35,7%)	30 (33,2%)	14 (22,6%)
30-39 лет	54 (26,9%)	57 (38,2%)	30 (34,5%)	29 (32,2%)	20 (32,3%)
40 лет и старше	62 (30,8%)	38 (25,3%)	21 (24,1%)	26 (28,9%)	27 (43,5%)

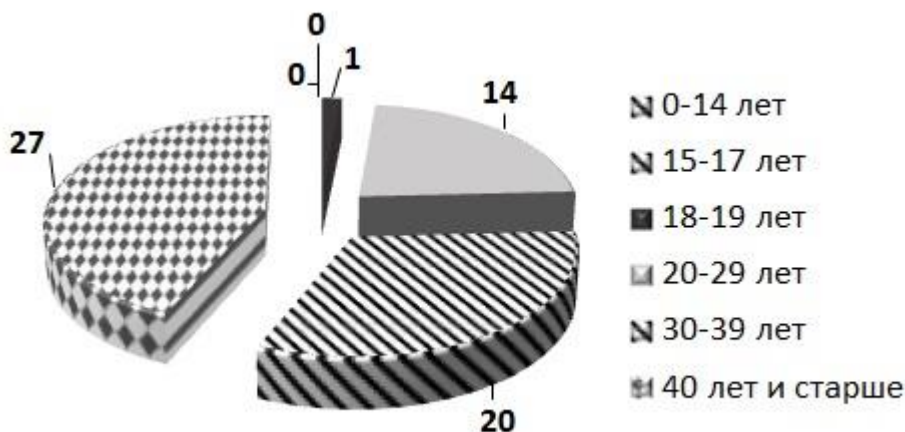


Рис. 34. Структура заболеваемости сифилисом по возрастным категориям в 2016 г. (чел.)

Уровень заболеваемости сифилисом среди мужчин и женщин (табл. 38) в 2016 г. составил 8,9 и 5,7 на 100 тыс. соответствующего населения (в 2015 г. - 12,5 и 8,6 на 100 тыс. соответствующего населения). Случаев заболевания сифилисом среди детей и подростков не было.

Таблица 38

Изменение гендерной структуры заболеваемости сифилисом в РК за период 2012-2016 гг.

Половая принадлежность / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Мужчины	58,7%	52,66%	58,6%	56,6%	58%
Женщины	41,3%	47,34%	41,4%	43,4%	42%

В 2016 г. случай сифилиса был выявлен у 1 беременной женщины (в 2015 г. - 2 случая, в 2014 г. - 4 случая, в 2013 г. - 10 случаев, в 2012 г. - 9 случаев, в 2011 г. - 20 случаев, в 2010 г. - 29 случаев).

Несмотря на рост заболеваемости нейросифилисом (табл. 39) в 2013-2016 гг., есть достаточно оснований считать, что его регистрация остается неполной, в том числе поздних манифестных форм. Их диагностика должна проводиться в неврологических, психиатрических, офтальмологических и стационарах других профилей, куда поступают больные при возникновении соответствующих симптомов. Полученные при скрининге в стационарах положительные серологические тесты должны служить сигналом для проведения диагностической спинномозговой пункции. В случае подтверждения диагноза «нейросифилис» больной должен оставаться в стационаре и получать наряду с симптоматической терапией полноценную специфическую антибиотикотерапию по назначению консультанта-дерматовенеролога.

Таблица 39

Изменение структуры выявленного сифилиса в РК по формам за период 2012-2016 гг.

Форма сифилиса / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Первичный	23 (11,4%)	18 (11,6%)	11 (13,3%)	21 (23,3%)	6 (9,7%)
Вторичный	68 (33,7%)	36 (23,4%)	22 (26,5%)	22 (24,4%)	8 (12,9%)
Ранний скрытый	94 (46,4%)	67 (45,7%)	29 (34,9%)	19(21,1%)	23 (37,2%)
Поздний скрытый	1 (0,5%)	-	1 (1,2%)	2 (2,2%)	2 (3,2%)
Другой неуточненный	5 (2,5%)	1 (0,7%)	-	2 (2,25)	4 (6,4%)
Нейросифилис симптомами	10 (5,0%)	28 (18,7%)	20 (24,1%)	23 (25,4%)	19 (30,6%)
Врожденный	1 (0,5%)	-	-	1 (1,1%)	-

Взаимодействие и сотрудничество врачей разных специальностей с дерматовенерологами в ведении таких больных диктуется эпидемиологической ситуацией.

Качественные показатели работы дерматовенерологической службы на протяжении последних лет практически идентичны и, в целом, соответствуют среднероссийским показателям (табл. 40).

Таблица 40

Изменение качественных показателей работы дерматовенерологической службы РК с больными сифилисом за период 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2015 РФ
Удельный вес активно выявленных больных от общего числа больных (в %)	79,9	86,7	79,3	76,7	87,1	70,1
Удельный вес выявленных больных сифилисом при обследовании членов семей и контактов заболевших (в %)	23,4	34,6	17,0	21,4	24,1	22,2
Количество обследованных контактов на 1 больного	1,9	2,1	1,7	1,3	3,01	1,4
Полнота обследования (% обследованных от общего числа подлежащих обследованию)	80,1	77,1	78,8	78,2	79,2	76,3
Оперативность обследования до 7 дней (% обследованных от общего числа подлежащих обследованию до 7 дней)	62,2	57,2	59,2	60,1	58,1	55
Выявлено источников заражения	36,1	36,0	36,2	35,9	35,1	29,9
Находится на диспансерном наблюдении (процент от общего числа подлежащих наблюдению)	99,3	99,3	99,6	99,1	99,0	98,4

Большая часть заболевших в 2015-2016 гг. входит в социальную группу «неработающие», что требует продолжение профилактической работы именно с указанным контингентом населения (табл. 41).

Таблица 41

Распределение больных сифилисом в РК по социальным группам в 2015-2016 гг.

Социальная группа / Год	2015 г.		2016 г.	
	абс.	уд. вес %	абс.	уд. вес %
ВСЕГО:	90	100	62	100
Работающие	37	41,1	24	38,7
Неработающие	39	43,3	35	56,5
Дошкольники	1	1,1	-	-
Учащиеся	1	1,1	-	-
Студенты	3	3,4	1	1,6
Пенсионеры	8	8,9	2	3,2
Военнослужащие	1	1,1	-	-

В сравнении с данными по РФ обращает на себя внимание значительное превышения показателя выявляемости в медицинских учреждениях кожно-венерологического профиля РК (табл. 42). В тоже время среднереспубликанский показатель выявляемости при медицинских осмотрах значительно ниже среднего по РФ.

Таблица 42

Изменение структуры выявления больных сифилисом специалистами разных учреждений РК в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК
Обратились самостоятельно	22,9	19,6	22,7	13,5	22,1	20,7	23,2	23,4	н/д	12,9
Медицинские организации КВ профиля	23,1	31,5	23,4	41,5	23,1	31,1	25,5	36,8	н/д	43,5
Другие медицинские организации	19,6	13,9	19,5	16,2	19,7	14,9	н/д	15,5	н/д	11,3
Стационары	16,8	21,1	17,8	16,7	16,8	26,4	н/д	18,8	н/д	24,2
Медицинские осмотры	17,7	13,9	16,6	12,1	16,0	5,7	14,0	5,5	н/д	8,1

Таблица 43

Изменение структуры активного выявления больных сифилисом специалистами разных профилей (в % от числа всех активно выявленных) в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
В КВУ при обследовании, в т.ч. обследовании контактов	38,7	48,0	38,2	47,8	50,0
Акушер-гинекологами (амбулаторно)	6,8	8,5	7,1	11,6	3,6
Акушер-гинекологами (стационарно)	3,7	1,5	4,1	1,4	-
Урологами	2,5	0,7	1,2	-	1,8
В стационарах различных профилей, кроме акушер-гинекологов	22,2	17,7	27,0	23,2	26,3
В амбулаторно-поликлинических учреждениях, кроме акушерско-гинекологических	10,4	10,0	17,1	8,7	9,1
При обследовании доноров	1,2	0	0	1,4	-
Периодические проф. осмотры	6,2	10,8	4,1	1,4	-
При прочих проф. осмотрах	2,5	1,4	0	2,8	-
При поступлении на работу	7,4	1,4	1,2	1,4	9,1

Из приведенных в табл. 43 данных следует, что значительно в последние три года выросла активная выявляемость сифилиса при обследованиях в учреждениях кожно-венерологического профиля, но снижается результативность проводимых медицинских осмотров.

Рассматривая ситуацию по уровню заболеваемости сифилисом, необходимо обратить внимание на то обстоятельство, что совместным приказом МЗ РК и ФБУЗ

«Центр гигиены и эпидемиологии в РК» от 28.10.2013 г. №10/500280 отменен совместный приказ МЗ РК и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РК» от 22.05.2003 г. №5/330/57 «Об утверждении перечня контингентов, подлежащих обязательному обследованию на венерические заболевания».

Указанный приказ 2003 г. устанавливал обязательность обследования на венерические заболевания контингентов, наиболее подверженных риску заражения данными болезнями: неработающие граждане, лица, поступившие и содержащиеся в ИВС, приемниках-распределителях, медицинских вытрезвителях, лица, впервые обратившиеся за медицинской помощью, пациенты психиатрических и наркологических ЛПУ и др. Во многом благодаря действию данного приказа, в течение 13 лет с 2003 по 2016 гг., действительно удалось снизить заболеваемость сифилисом в 11,3 раза (с 81,1 до 7,2 на 100 тыс. населения) и гонореей в 5,8 раза (с 125,5 до 21,5 на 100 тыс.). Показатели заболеваемости сифилисом значительно ниже аналогичных показателей, характерных для РФ и СЗФО. Значительное количество венерических заболеваний среди населения за истекшие десять лет было выявлено именно среди контингентов, установленных упомянутым приказом 2003 г. Поскольку «группа риска» находилась под постоянным мониторинговым контролем, помимо общего снижения заболеваемости, удалось избежать серьезной всплывшей заболеваемости, заболеваемости среди учащихся средних специальных учебных заведений, пациентов стационарных отделений ЛПУ и оперативно выявлять и прерывать эпидемиологическую цепь заболеваний. Таким образом, приказ 2003 г. оказал существенное позитивное влияние, как на уровень заболеваемости венерическими болезнями, так и на социальную ситуацию в республике.

С отменой упомянутого приказа система мониторинга, показавшая свою эффективность, практически уничтожена и реальна вероятность нового, возможно скачкообразного, роста венерической заболеваемости в РК.

Гонорея. В 2016 г. отмечено значительное снижение заболеваемости гонореей среди населения РК по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. - на 20,4% (за 2016 г. 21,5 на 100 тыс. населения, за 2015 г. - 27,0 на 100 тыс. населения) (рис. 35). Среди подростков заболеваемость гонореей за последний год снизилась на 29,5% с 38,3 на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2015 г. до 27,0 - в 2016 г. (рис. 36).

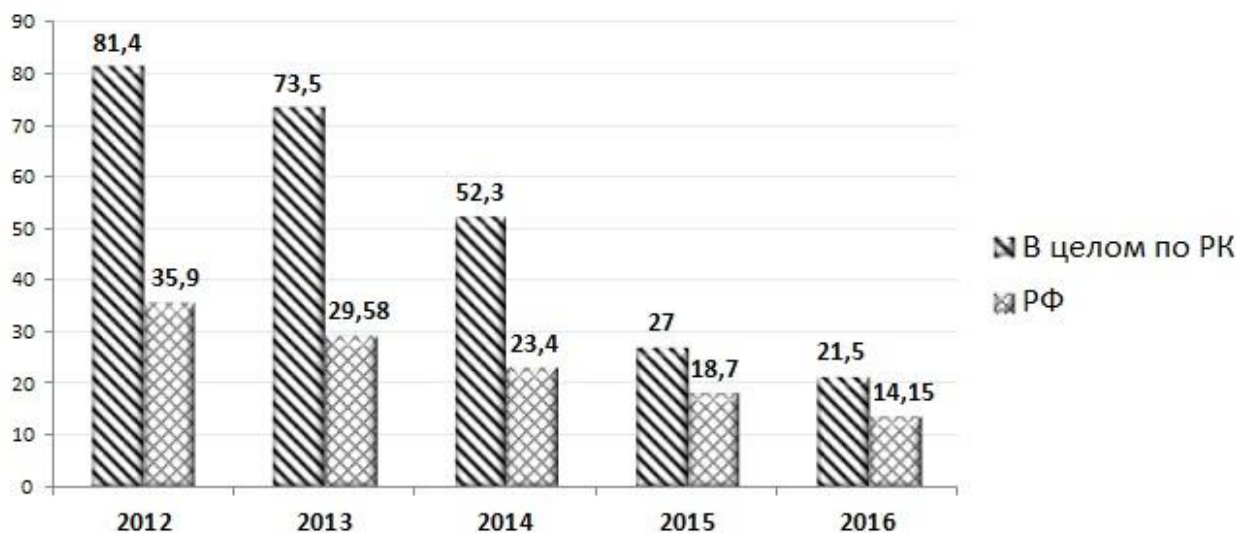


Рис. 35. Заболеваемость гонореей населения РК в 2012-2016 гг. (на 100 тыс. населения) в сравнении с РФ

В разрезе территорий РК (табл. 44) заболеваемость гонореей повысилась по сравнению с 2015 г. в Княжпогостском (4 случая в 2016 г. против 2 - в 2015 г.), Удорском (8 случаев в 2016 г., 4 - в 2015 г.), Сосногорском (4 случая в 2016 г. при отсутствии в 2015 г.), Усть-Вымском (6 случаев в 2016 г., 1 - в 2015 г.) районах. Во всех городах РК (кроме г.

Воркута), Сысольском, Койгородском, Княжпогостском, Удорском районах отмечается превышение (от 1,1 раза до 2 раз) среднереспубликанского показателя. В 2016 г. не зарегистрированы случаи гонореи в Троицко-Печорском районе (при регистрации в 2015 г. 1 случая заболевания).

Случаи заболеваний гонореей у детей не регистрировались (в 2015 г. - 1 случай, механизм передачи контактно-бытовой).

Таблица 44

Динамика заболеваемости гонореей (на 100 тыс. населения) в разрезе территорий РК в 2012-2016 гг.

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Отклонение к 2012 г. (в %)	Отклонение к 2015 г. (в %)
Вуктыльский	14,0		15,1		16,2	+15,7	-
Ижемский	44,1		22,6	5,6	5,7	-87,1	+1,8
Княжпогостский	44,6	32,0	4,7	9,7	20,1	-54,9	+107,2
Койгородский	12,1	24,6	75,3	12,8	39,3	+224,8	+207,0
Корткеросский	99,0	130,2	62,6	26,3	15,9	-83,9	-39,5
Печорский	165,7	143,1	95,8	18,7	22,7	-86,3	+21,4
Прилузский	110,0	72,0	57,8	26,7	11,0	-90,0	-58,8
Сосногорский	19,6	21,9	22,1		9,0	-54,1	-
Сыктывдинский	90,6	59,7	67,7	25,0	20,7	-77,2	-17,2
Сысольский	36,5	66,3	29,9	7,5	22,8	-37,5	+204,0
Троицко-Печорский	45,0	46,3	16,1	8,3		-100,0	-100,0
Удорский	30,2	35,9	15,7	21,5	44,2	+46,4	+105,6
Усинск	111,4	69,4	37,2	26,5	26,8	-75,9	+1,1
Усть-Вымский	38,5	21,4	25,4	3,7	22,6	-41,3	+510,8
Усть-Куломский	45,7	73,5	54,9	27,8	12,1	-73,5	-56,5
Усть-Цилемский	7,9	16,2	8,2	16,8	8,6	+8,9	-48,8
Воркута	61,3	57,9	50,8	32,5	12,3	-79,9	-62,2
Инта	184,9	120,6	89,3	36,0	30,3	-83,6	-15,8
Ухта	91,2	47,0	41,4	18,2	22,5	-75,3	+23,6
Сыктывкар	85,3	102,7	67,1	38,2	26,6	-68,8	-30,4
РК	81,4	73,5	52,3	26,9	21,5	-73,6	-20,1
РФ	36,4	29,8	23,5	18,5	н/д		

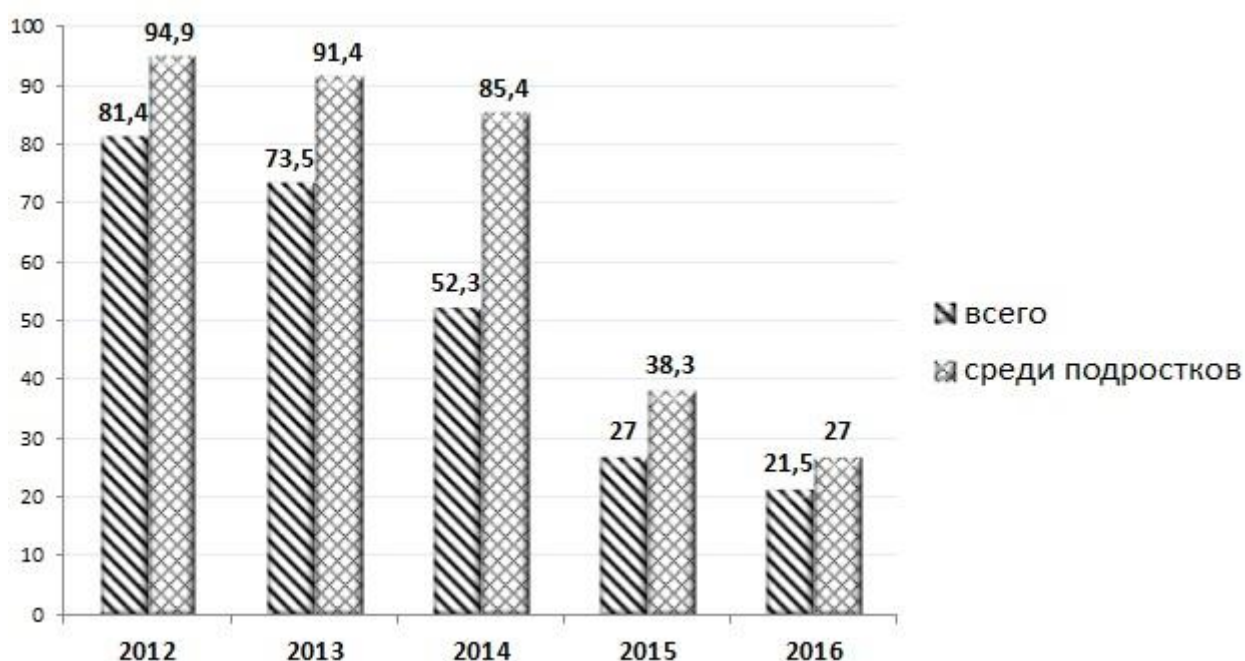


Рис. 36. Динамика заболеваемости гонореей среди подростков в сравнении с заболеваемостью всего населения РК в 2012-2016 гг.

Таблица 45
Возрастная структура заболеваемости гонореей населения РК в 2012-2016 гг.

Возраст / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всего по РК	724	647	456	233	184
0-14 лет	1 (0,1%)	1 (0,1%)	2 (0,2%)	1 (0,4%)	-
15-17 лет	27 (3,7%)	26 (4,0%)	22 (4,8%)	10 (4,3%)	8 (4,3%)
18-19 лет	36 (5,0%)	29 (4,4%)	47 (10,3%)	21 (9,0%)	13 (7,1%)
20-29 лет	490 (67,7%)	431 (66,7%)	259 (56,8%)	129 (55,4%)	101 (54,9%)
30-39 лет	117 (16,2%)	120 (18,6%)	90 (19,7%)	52 (22,3%)	42 (22,8%)
40 лет и старше	53 (7,3%)	40 (6,2%)	36 (7,9%)	20 (8,6%)	20 (10,9%)

Заболеваемость гонореей среди городского населения РК в 2016 г. было выше в 2,55 раза, чем среди сельского населения, что объясняется большей доступностью дерматовенерологической помощи и возможностью квалифицированной лабораторной диагностики в городских условиях.

Таблица 46
Распределение больных гонореей по полу в 2012-2016 гг. (в %)

Половая принадлежность / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Мужчины	75,3	74,1	75,2	72,9	71,7
Женщины	24,7	25,9	24,8	27,1	28,3

Структура заболеваемости за 2016 г. практически не изменилась в сравнении с 2015 г. В структуре заболеваемости гонореей, по-прежнему, значительное количество случаев приходится на группы «неработающих» (40,8%) и «работающих» (44,5%).

Таблица 47
Распределение больных гонореей в РК по социальным группам за 2015-2016 гг.

Социальная группа / Год	2015 г.		2016 г.	
	абс.	уд. вес %	абс.	уд. вес %
ВСЕГО:	233	100	184	100
Работающие	113	48,6	82	44,5
Неработающие	86	36,9	75	40,8
Дошкольники	-	-	-	-
Учащиеся	5	2,1	2	1,1
Студенты	28	12,0	23	12,5
Пенсионеры	1	0,4	2	1,1
Военнослужащие	-	-	-	-

Качественные показатели по выявлению больных и по работе в очагах остаются, в основном, на среднем многолетнем уровне (табл. 48), за исключением показателя «Удельный вес выявленных больных гонореей при обследовании членов семей и контактов заболевших». Отмечается незначительное (на 11,7%) снижение показателя выявленных источников заражения от общего числа заболевших.

Таблица 48
Изменение качественных показателей работы дерматовенерологической службы РК с больными гонореей за период 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
------------------	---------	---------	---------	---------	---------

Удельный вес активно выявленных больных от общего числа больных (в %)	38,1	33,1	30,9	36,9	47,2
Удельный вес выявленных больных гонореей при обследовании членов семей и контактов заболевших (в %)	24,8	28,3	16,5	31,3	9,2
Количество обследованных контактов на 1 больного	0,9	0,7	0,89	1,06	1,07
Полнота обследования (% обследованных от общего числа подлежащих обследованию)	66,3	69,1	68,6	68,1	67,9
Оперативность обследования до 7 дней (% обследованных от общего числа подлежащих обследованию до 7 дней)	70,8	69,9	69,7	69,1	67,8
Выявлено источников заражения	24,9	27,7	26,8	25,5	22,5

В 2016 г. при видимом повышении активности выявления больных гонореей в учреждениях кожно-венерологического профиля (рис. 37) понизилась выявляемость гонореей в амбулаторно-поликлинических учреждениях: с 11,6% в 2015 г. до 8,0% - в 2016 г.). В 2016 г. отсутствовала выявляемость гонореей при медицинских осмотрах.

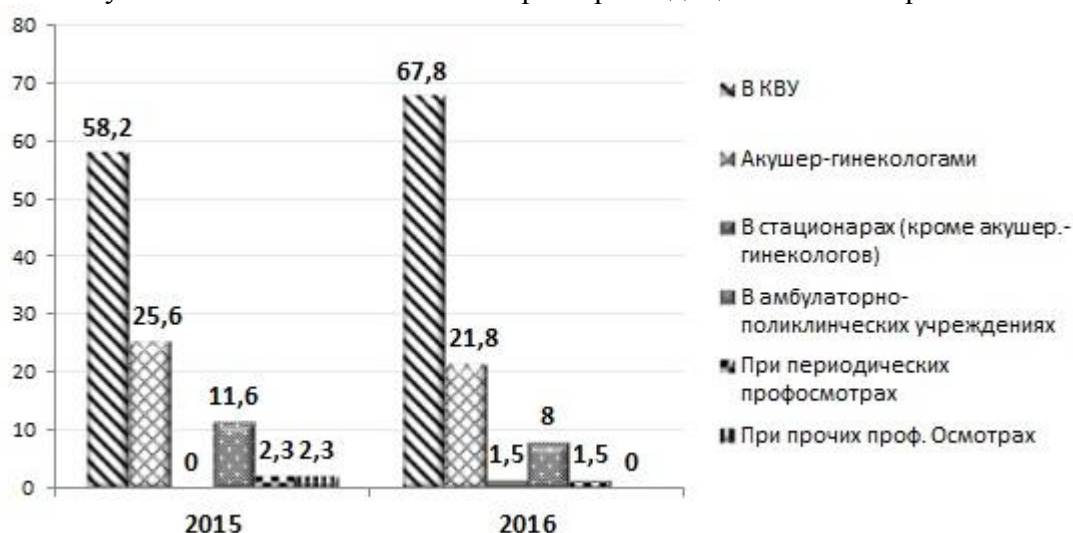


Рис. 37. Активность выявления больных гонореей специалистами разных профилей (в % от общего числа активно выявленных)

Инфекции, передаваемые половым путем. По заболеваемости хламидиозом, трихомониазом и кондиломатозом в течение последних 5 лет отмечается стабильный тренд к снижению (табл. 49, рис. 38). Однако заболеваемость урогенитальным герпесом за этот период имеет тенденцию к росту (на 7,6% по отношению к 2012 г.). По сравнению с 2015 г. отмечается прирост заболеваемости хламидиозом и урогенитальным герпесом.

Таблица 49

Динамика заболеваемости ИППП (на 100 тыс. населения) в РК за период 2012-2016 гг.

Нозология / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2015 РФ	Отклонение к 2012 г. (в %)	Отклонение к 2015 г. (в %)
Хламидиоз	68,9	72,9	56,8	47,8	51,5	41,3	-25,3	+7,7
Кондиломатоз	37,9	36,9	32,3	30,1	27,4	21,1	-27,7	-9,0
Трихомониаз	97,2	81,3	74,1	79,8	60,3	62,8	-38,0	-24,4
Урогенитальный герпес	21,0	21,7	26,9	21,2	22,6	13,5	+7,6	+6,6

Хламидиоз. Наиболее высокие показатели заболеваемости хламидиозом, превышающие среднереспубликанский уровень, наблюдались в 2016 г. среди населения

г. Сыктывкара (превышение среднереспубликанского уровня на 34,2%), Сыктывдинского (в 1,6 раза), Троицко-Печорского (в 8 раз) и Корткеросского (на 22,5%) районов. Однако статистические данные по хламидиозу в целом по республике не являются полностью корректными из-за отсутствия достаточной для качественной диагностики лабораторной базы в большинстве территорий (за исключением гг. Сыктывкар, Воркута, Печора и Ухта). В связи с этим в таких территориях как Ижемский, Койгородский, Сусольский, Вуктыльский районы, г. Инта и Печора, в 2016 г. зарегистрированы единичные случаи заболеваемости хламидиозом.

Трихомоноз. Наиболее высокие показатели заболеваемости трихомонозом, превышающие среднереспубликанский уровень, наблюдались в 2016 г. среди населения г. Воркута (превышение среднереспубликанского уровня на 44,9%), г. Инта (в 1,8 раза), Вуктыльском (на 42,9%), Удорском, Ижемском, Койгородском, Троицко-Печорском, Усть-Цилемском и Прилузском районах (превышение в 2 и более раза от республиканского уровня).

Необходимо отметить, что приведенные статистические данные нельзя считать полностью достоверными, т.к. исследования на ИППП «нового поколения» не проводятся в некоторых территориях РК по причине отсутствия необходимого оборудования и условий для проведения исследований. Обследования на упомянутые инфекции являются, в основном, платными, за исключением детей и подростков до 18 лет и беременных. Именно по этой причине не все категории населения могут пройти обследование на данные инфекции.

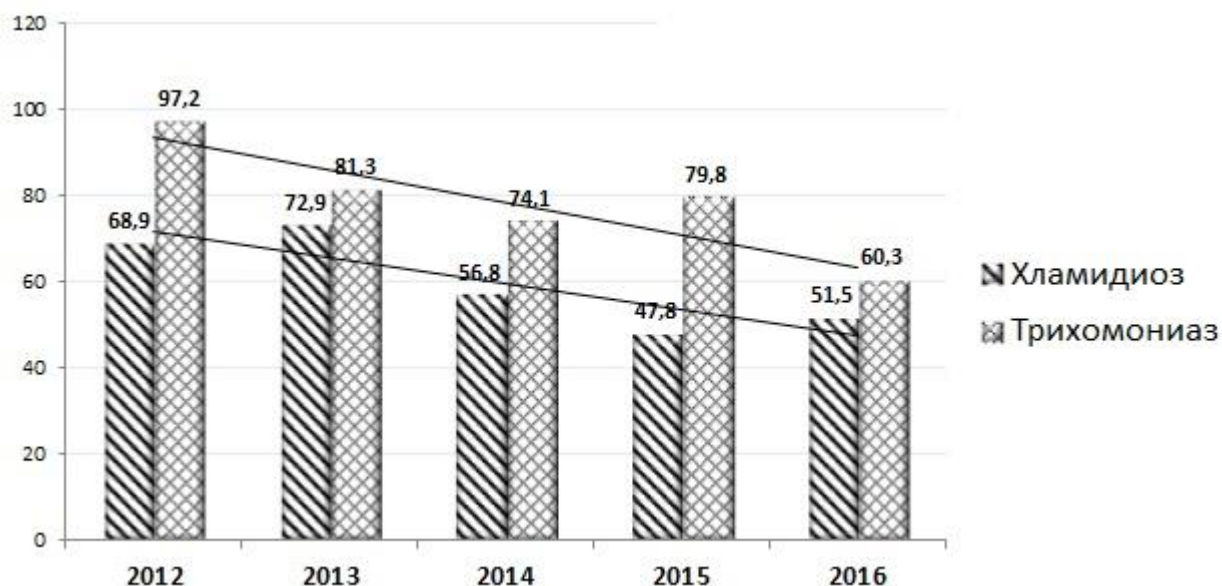


Рис. 38. Динамика заболеваемости хламидиозом и трихомониазом по РК

Заболеваемость заразными кожными заболеваниями.

Чесотка. Заболеваемость чесоткой на территории РК в 2016 г. существенно снизилась в сравнении с 2015 г. (на 37,5% с 28,3 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 17,7 - в 2016 г.). Однако в ряде территорий РК (табл. 50) указанный показатель превышает среднереспубликанский уровень (г. Сыктывкар, Сыктывдинский, Сусольский, Койгородский, Ижемский, Прилузский районы). За последние 5 лет пораженность населения РК чесоткой снизилось в 3,8 раза с 67,5 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 17,7 - в 2016 г.

Таблица 50

Динамика заболеваемости чесоткой за 5 лет в разрезе территорий РК (на 100 тыс. населения)

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сыктывкар	87,8	63,3	45,4	51,8	30,5
Ухта	39,3	11,5	5,8	2,5	0
Инта	48,7	21,6	3,2	16,4	13,5
Воркута	28,4	38,6	11,8	12,1	7,4
Печора	73,5	43,5	9,2	5,6	15,1
Усинск	36,1	19,5	4,4	2,2	2,2
Вуктыл	6,8	0	0	0	0
Сыктывдинский	79,3	42,7	38,1	41,8	20,7
Корткеросский	87,0	26,0	47,0	42,2	21,3
Сысольский	180,1	103,1	52,2	112,6	38,0
Койгородский	35,7	36,9	25,1	77,3	52,4
Усть-Куломский	112,4	61,9	94,0	31,7	64,4
Усть-Цилемский	108,2	64,8	24,7	33,6	0
Троицко-Печорский	79,6	61,8	56,3	8,3	8,5
Усть-Вымский	34,2	17,9	18,2	3,7	0
Княжпогостский	25,8	13,7	9,4	4,9	0
Прилузский	116,6	174,8	115,6	80,3	44,0
Ижемский	166,3	223,1	67,7	62,4	28,5
Удорский	152,7	77,0	36,7	32,3	27,6
Сосногорский	30,1	17,7	13,3	6,7	2,3
РК	67,5	47,6	29,5	28,3	17,7
РФ	38,2	36,1	19,5	18,7	
СЗФО	43,9	40,2	22,9	22,5	

Таблица 51

**Динамика удельного веса активно выявленных больных чесоткой
(в % от общего числа больных чесоткой) в 2012-2016 гг.**

2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
46,0%	51,6%	49,1%	67,3%	64,5%

Таблица 52

**Динамика структуры активного выявления больных чесоткой (в % от общего числа
активно выявленных) в 2012-2016 гг.**

Показатели / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
в КВУ	70,8	75,0	76,1	78,8	77,6
в стационарах различных профилей	2,9	3,8	7,1	7,9	9,2
при периодических профилактических осмотрах	7,7	3,3	2,4	1,2	1,0
при прочих профилактических осмотрах	8,8	9,9	10,2	8,5	11,2
в амбулаторно-поликлинических учреждениях (прочими специалистами)	8,8	8,0	4,2	3,6	1,0

Таблица 53

**Динамика количества обследованных контактов на одного больного чесоткой (в %
от общего числа больных чесоткой) в 2012-2016 гг.**

2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016
13,2	11,5	13,9	19,3	21,5

Микроспория. Заболеваемость микроспорией за последние 5 лет снизилась на 14,4% с 32,7 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 28,0 - в 2016 г. (рис. 39). Пик выявляемости, как и в прошлые годы, был зарегистрирован в осенний период, что объясняется большим количеством завозных случаев микроспории.

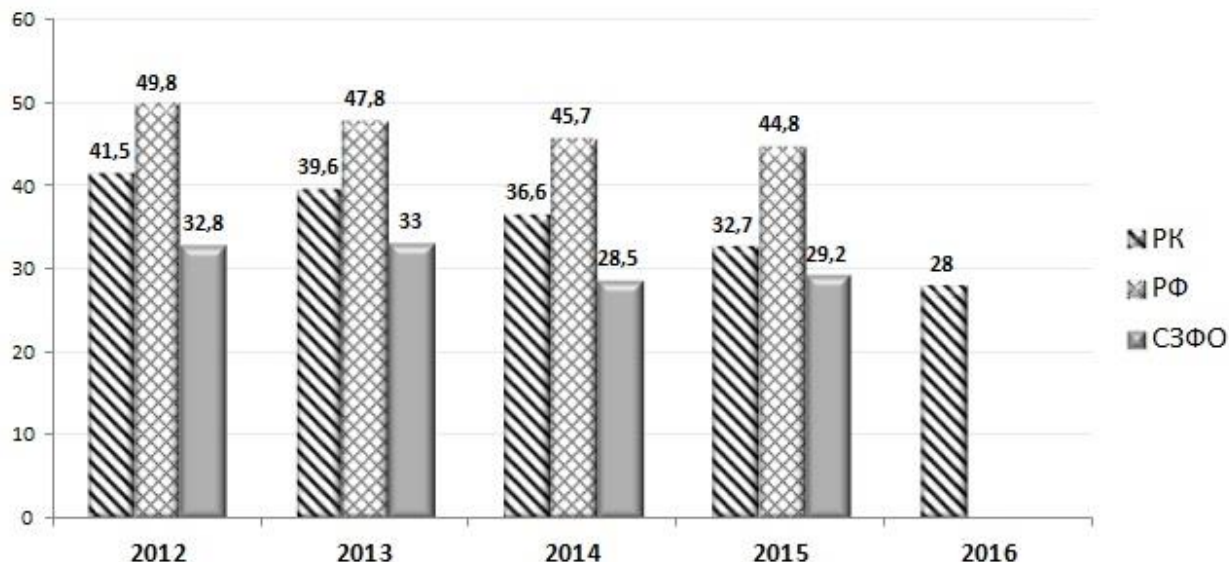


Рис. 39. Динамика заболеваемости микроспорией в РК за 2012-2016 гг. в сравнении с РФ и СЗФО

Указанный показатель в ряде территорий РК находится на уровне выше среднереспубликанского (табл. 54, рис. 40): в гг. Сыктывкар (45,1), Воркута (56,5), Сыктывдинском (45,6), Койгородском (52,4), Корткеросском (53,2), Троицко-Печорском (42,6) районах. Высокий уровень заболеваемости микроспорией, отмеченный в 2014 г. в Койгородском районе, в результате проведения эффективных противоэпидемических и профилактических мероприятий был снижен в 2015 г. до среднереспубликанского (по сельским районам) уровня, но в 2016 г. показатель вновь значительно вырос и составил 62,4 на 100 тыс. населения.

Таблица 54
Динамика заболеваемости микроспорией (на 100 тыс. населения) в разрезе территорий РК в 2012-2016 гг.

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сыктывкар	63,7	51,5	60,9	60,7	45,1
Ухта	5,8	4,1	6,6	11,6	2,5
Инта	17,9	3,1	3,2	9,8	-
Воркута	98,5	79,5	64,9	49,4	56,5
Печора	1,8	23,6	27,6	11,2	17,0
Усинск	53,6	88,9	21,9	26,5	31,1
Вуктыл	-	-	-	15,7	-
Сыктывдинский	51,8	29,9	63,5	50,1	45,6
Корткеросский	72,9	67,7	31,3	47,5	53,2
Сысольский	14,6	51,6	29,9	22,5	7,6
Койгородский	72,8	73,9	138,0	38,6	62,4
Усть-Куломский	-	-	-	-	-
Усть-Цилемский	15,2	30,9	43,1	31,7	36,5
Троицко-Печорский	21,0	14,3	3,6	14,8	15,1
Усть-Вымский	37,5	46,3	56,3	8,3	42,6
Княжпогостский	100,0	138,8	52,5	32,1	16,5
Прилузский	-	-	-	-	-

Ижемский	-	-	-	-	10,9
Удорский	10,1	10,3	5,2	5,4	11,0
Сосногорский	15,2	15,3	15,5	2,2	-
РК	41,5	39,6	36,6	32,7	28,0
РФ	49,8	47,8	45,7	44,8	
Сыктывкар	32,8	33,0	28,5	29,2	

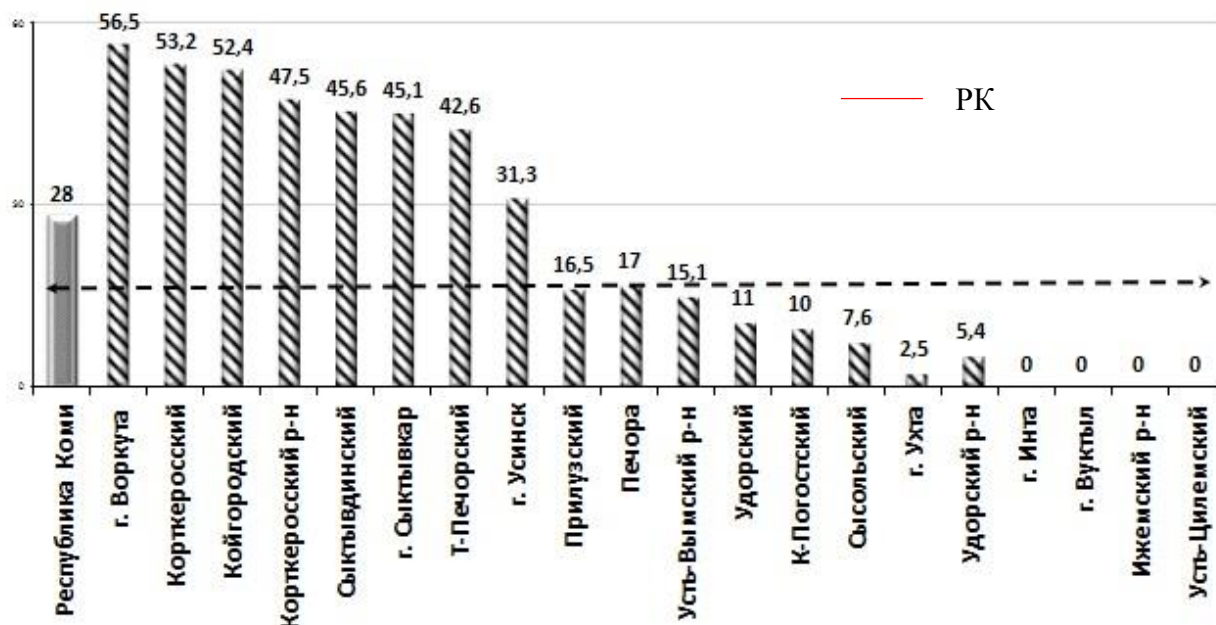


Рис. 40. Ранжирование территорий РК по заболеваемости микроспорией в 2016 г.

Таблица 55
Динамика удельного веса активно выявленных больных заразными заболеваниями (в %) в РК в 2012-2016 гг.

Нозологии / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Трихофития	-	-	-	-	-
Микроспория	31,4	47,0	42,1	38,5	40,8

2.10. Анализ заболеваемости сахарным диабетом. В РК ежегодно увеличивается количество пациентов с СД (рис. 41).

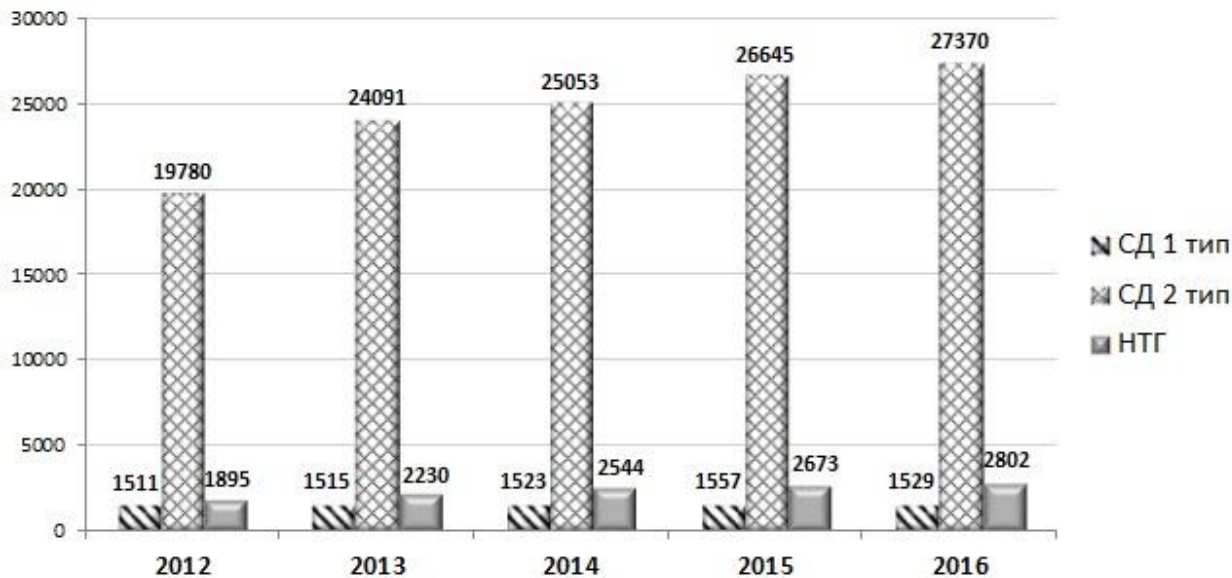


Рис. 41. Динамика числа больных СД в РК в 2012-2016 гг.

В 2016 г. в РК в Государственном регистре «Сахарный диабет» зарегистрировано 32 354 пациента с различными нарушениями углеводного обмена, что составляет более 3,7% от общей численности населения республики. Практически каждый 26-й житель РК болен СД или страдает нарушенной толерантностью к глюкозе, гестационным диабетом, нарушенной гликемией натощак.

Общая распространенность СД в РК по данным государственного регистра на 31 декабря 2016 г. составляет 4 137,11 на 100 тыс. населения (с учетом ГСД и других типов СД). В разрезе типов СД распространенность на 100 тыс. населения представлена на рис. 42. Распространенность СД с учетом возраста на 100 тыс. населения представлена на рис. 43.

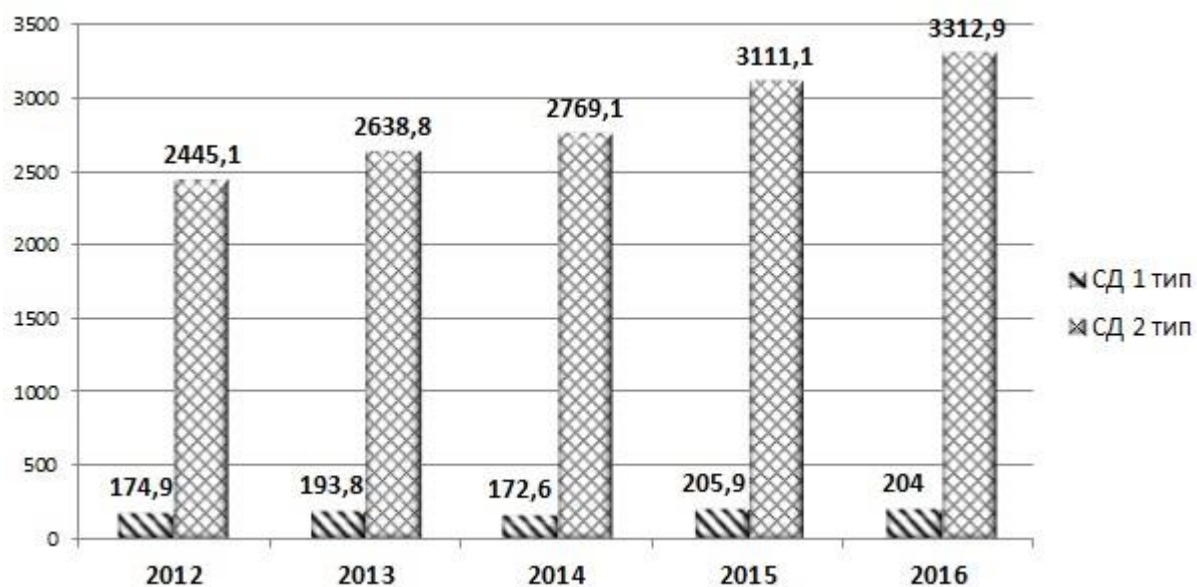


Рис. 42. Распространенность СД (на 100 тыс. населения) в разрезе типов в РК в 2012-2016 гг.

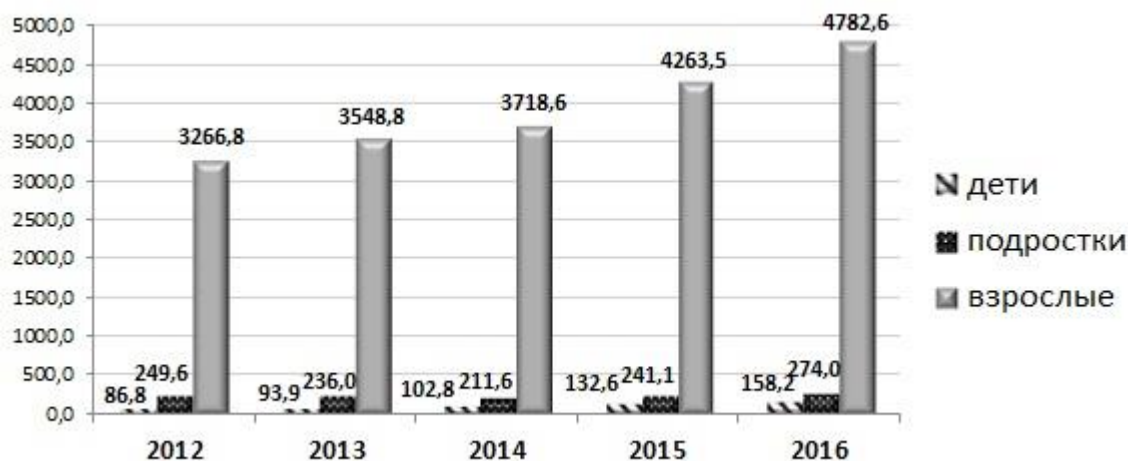


Рис. 43. Распространенность СД (на 100 тыс. населения) в разрезе возрастов в РК в 2012-2016 гг.

Распространенность СД в РК увеличивается у взрослого населения. Количество впервые выявленных случаев СД в РК в 2016 г. составило 2 664 чел. Рост числа больных, страдающих СД и другими нарушениями углеводного обмена, связан, в основном, с широкой распространенностью в популяции ожирения, генетической предрасположенностью к нарушениям углеводного обмена, а также обусловлен

процессами старения населения, изменением модели питания (пищевых приоритетов) и нарастающей урбанизацией. Проводимые эпидемиологические исследования показывают, что наибольшее количество больных СД приходится на возрастную группу 40-49 лет, а также на наиболее трудоспособную часть населения, т.е. возрастную группу 30-50 лет, при этом реальная распространенность СД 2 типа, как правило, в 3-4 раза превышает официально зарегистрированную.

Кроме того, отмечается рост выявленных пациентов с гестационным СД. Если в 2014 г. в регистре было зарегистрировано 302 пациентки, то уже в 2016 г. их стало 462.

Первичная заболеваемость в разрезе типов СД на 100 тыс. населения представлена на рис. 44.

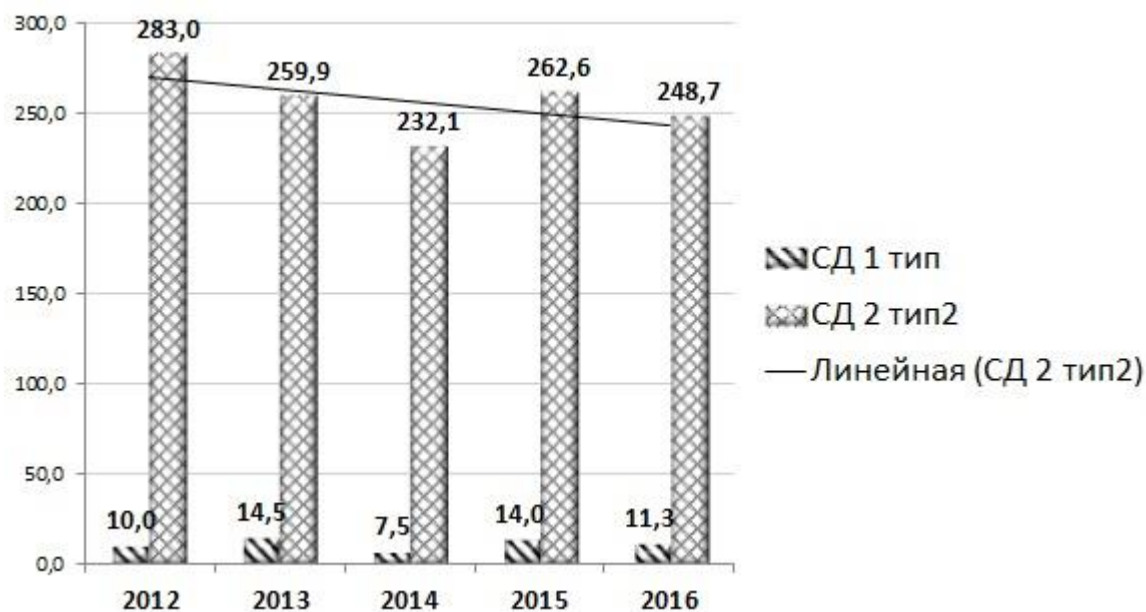


Рис. 44. Динамика заболеваемости СД на 100 тыс. населения в РК в 2012-2016 гг.

СД является одной из главных причин инвалидности. По данным государственной статистической отчетности, отражающим динамику инвалидизации по группам с учетом возрастного состава инвалидов, ежегодно в РФ признаются инвалидами вследствие заболевания СД порядка 110-120 тыс. чел., в том числе около 25 тыс. чел. впервые. По данным МЗ РФ, инвалидизация наступает в 2,1 случая на 100 тыс. населения. Поэтому инвалидность вследствие СД является одной из наиболее актуальных проблем.

СД отличается от всех других эндокринных заболеваний не только значительной распространенностью, но и частотой развития и тяжести течения осложнений. СД приводит в 70-80% случаев к развитию патологии зрения. У больных СД 2 типа в 2 раза чаще, чем в общей популяции, регистрируется ИБС, в 2 раза выше риск развития нефатального ИМ, в 2-3 раза увеличивается риск развития сердечной недостаточности, в 2-3 раза выше риск коронарной смерти, в 2-4 раза выше риск инсульта, в 2-6 раз выше риск транзиторной ишемической атаки и в 2-3 раза чаще развивается недостаточность кровообращения, а гангрены и ампутаций нижних конечностей в 15-40 раз чаще. Кроме того, пациенты с СД 2 типа имеют худший прогноз при ЦВЗ и поражении периферических артерий. СД 2 типа является одной из главных причин возникновения новых случаев терминальной почечной недостаточности. Случаи слепоты среди трудоспособного населения также в основном обусловлены СД 2 типа, при этом диабетическая ретинопатия развивается приблизительно у 55% больных в течение 15 лет от постановки диагноза.

Ранняя смертность, вызванная СД 2 типа и связанная более чем в 75% случаев с сердечнососудистыми причинами, приводит к потере 12-14 лет жизни. Такие поздние осложнения диабета, как ретинопатия, нефропатия, синдром диабетической стопы,

полинейропатия являются главными причинами инвалидизации больных СД. Высокий ущерб здоровью населения и значительные экономические затраты на дорогостоящее лечение осложнений, реабилитацию больных и инвалидов, определяют СД во многих странах, в том числе и в РФ, в качестве национальных приоритетов среди наиболее важных проблем здравоохранения и социальной защиты.

По данным государственного регистра «Сахарный диабет» отмечается рост осложнений СД. В первую очередь это связано с поздней выявляемостью СД 2 типа и несвоевременно выставленными осложнениями.

Половина больных с СД 2 типа выявляется через 7-10 лет от начала заболевания. У 20-30% этих больных уже имеются такие осложнения СД, как ретинопатия, нефропатия, нейропатия, ангиопатия различной локализации.

Типичные для СД осложнения отличаются не только высокой частотой встречаемости, но и появлением в дебюте заболевания, а также неуклонным быстро прогрессирующим течением и высокой затратностью. К таким состояниям относятся: макрососудистые поражения (ИБС, инсульт, заболевания периферических артерий), микрососудистые (нефро-, нейро-, ретинопатия), хроническая сердечная недостаточность, которые в целом «ответственны» за снижение ожидаемой продолжительности жизни. Распространенность осложнений СД по данным государственного регистра «Сахарный диабет» в РК в отчетных годах приведена в табл. 56.

Таблица 56

Динамика распространенности осложнений СД по данным государственного регистра в РК в 2012-2016 гг. (в % от числа больных)

Осложнения СД / Год	Стадия процесса	2012	2013	2014	2015	2016
Кома		0	0	0	0,01	0,01
Диабетическая катаракта		0,21	0,49	0,03	0,03	0,48
Диабетическая ретинопатия	НПДР	0,25	0,35	0,34	0,41	0,14
	ППДР	0,06	0,10	0,10	0,10	0,10
	ПДР	0,07	0,05	0,11	0,10	0,09
Диабетическая нефропатия	С1	0,32	0,30	0,05	0,16	0,24
	С2	н/д	н/д	0,07	0,26	1,02
	С3а	н/д	н/д	0,02	0,12	0,55
	С3б	н/д	н/д	0,02	0,03	0,18
	С4	0,02	0,03	0,01	0,01	0,04
	С5	0,01	0	0,03	0,04	0,01
Диабетическая нейропатия	Дистальная	1,3	1,11	1,34	0,04	1,31
	Автономная	0,02	0,06	0,03	1,78	0,02
Диабетическая стопа	Нейропатическая	0,02	0,05	0,03	0,03	0
	Нейропатическая (трофическая язва)	0,01	0,01	0,01	0,03	0,06
	Нейропатическая (остеоартропатия)	н/д	н/д	н/д	0,02	0,02
	Ишемическая	0	0,02	0,03	0,07	0,02
	Нейроишемическая	0,01	0,01	0,03	0,07	0,06
Ампутация	В пределах стопы	0	0	0,02	0,03	0,01
	На уровне голени и выше	0,01	0,03	0,01	0,05	0,05
	Высокая ампутация	-	-	-	-	0,04
Стенокардия	Напряжения	0,05	0,12	0,24	0,21	-
	Напряжения впервые	-	-	-	-	0,03
	Напряжения	-	-	-	-	0,15

	стабильная					
	Напряжения прогрессирующая	-	-	-	-	0,00
	Покоя	0	0,01	0,01	0	0
Инфаркт миокарда	Первичный	0,05	0,05	0,09	0,13	0,14
	Вторичный	0	0,04	0,03	0,02	0,02
Нарушение мозгового кровообращения	Транзиторное	0,08	0,11	0,11	0,09	0,02
	Ишемический	-	-	-	-	0,16
	Геморрагический	-	-	-	-	0,01
	С нарушением двигательных функций	0,04	0,02	0,05	0	-

2.11. Анализ медицинской помощи ВИЧ-инфицированным. В 2016 г. в РК было выявлено 483 новых случая ВИЧ-инфекции. Это составляет 96,4% к показателю 2015 г. и в 2,3 раза больше, чем в 2012 г.

Из числа новых случаев ВИЧ-инфекции 443 случая ВИЧ-инфекции выявлено у жителей республики (на 0,7% больше, чем в 2015 г. и в 2,8 раза больше показателя 2012 г.), 31 случай - у жителей других субъектов РФ (на 39,2% больше, чем в 2015 г. и на 29,5% меньше показателя 2012 г.), 9 случаев - у иностранных граждан (на 10% меньше, чем в 2015 г. и на уровне 2012 г.).

Новые случаи ВИЧ-инфекции в 2016 г. зарегистрированы во всех муниципальных образованиях. В 10 муниципальных образованиях зарегистрировано увеличение абсолютного числа новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2015 г., в 8 муниципальных образованиях - снижение, в 2 - число новых случаев заболевания не изменилось.

По абсолютному числу новых случаев ВИЧ-инфекции в 2016 г. РК занимает 4 рейтинговое место среди субъектов СЗФО.

В 7 муниципальных образованиях (гг. Сыктывкар, Ухта, Воркута, Сосногорский, Усинский, Сыктывдинский, Печорский районы) суммарно выявлено 392 новых случая ВИЧ-инфекции (88,5% от общего числа новых случаев)

Наибольшее абсолютное число новых случаев, определяющее заболеваемость в РК в 2016 г., было выявлено в г. Сыктывкаре (158 случаев, с уменьшением на 25,8% показателя 2015 г.) и в г. Ухта (126 случаев, с ростом показателя в 2,2 раза по сравнению с 2015 г.).

Интенсивный показатель заболеваемости (рис. 45):

- по совокупному числу новых случаев ВИЧ-инфекции в 2016 г. (483 случаев) составляет 56,4 на 100 тыс. населения, что на 2,6% ниже уровня 2015 г. (57,9 на 100 тыс. населения), но в 2,2 раза выше уровня 2012 г. (22,8 на 100 тыс. населения):

- без учета новых случаев ВИЧ-инфекции у жителей других субъектов РФ и иностранных граждан в 2016 г. составляет 51,7 на 100 тыс. населения, что на 1,6% выше уровня 2015 г. (50,9 на 100 тыс. населения) и в 2,9 раза выше уровня 2012 г. (18,0 на 100 тыс. населения).

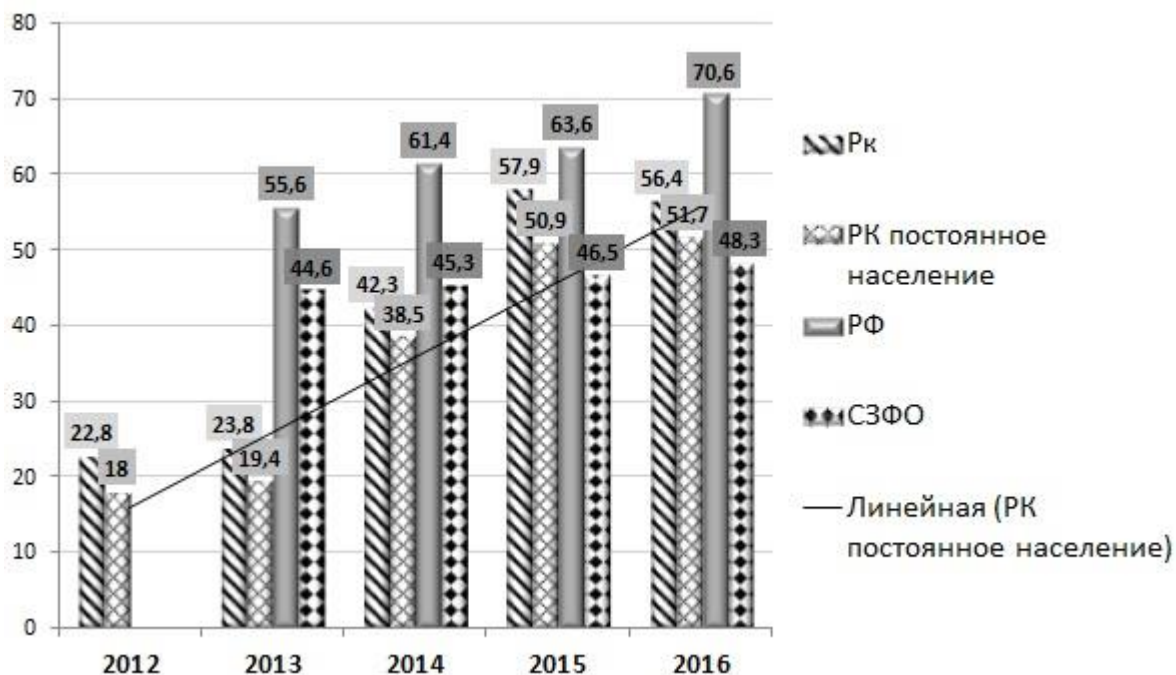


Рис. 45. Динамика интенсивного показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией (на 100 тыс. населения) в РК, РФ и СЗФО в 2012-2016 гг.

Кумулятивно за весь период наблюдения (с 1990 г.) в РК было выявлено 3 523 новых случаев ВИЧ-инфекции (на конец 2015 г. - 3040), включая 22 случая у детей (на 2015 г. - 19).

Общее число случаев ВИЧ-инфекции среди жителей РК на 31.12.2016 г., включая детей с установленным диагнозом, составляет 3 011 (кумулятивно на 31.12.2015 г. - 2568, 2014 г. - 2 133, 2013 г. - 1 797, 2012 г. - 1 627 случаев).

За весь период наблюдения в ГБУЗ РК "Центр СПИД" было сообщено о 516 случаях смерти среди больных ВИЧ-инфекцией лиц (на 2015 г. - 439, 2014 г. - 363). Выбыло за пределы республики 6 ВИЧ-инфицированных детей.

На 2016 г. в РК сохранился высокий уровень пораженности ВИЧ-инфекцией (рис. 46). Показатель 2016 г. составил 258,5 ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения без учета ВИЧ-инфицированных с других субъектов РФ, что выше уровня 2015 г. на 13,6% (223,4 на 100 тыс. населения) и в 1,9 раза выше уровня 2012 г. (133,3 на 100 тыс. населения).

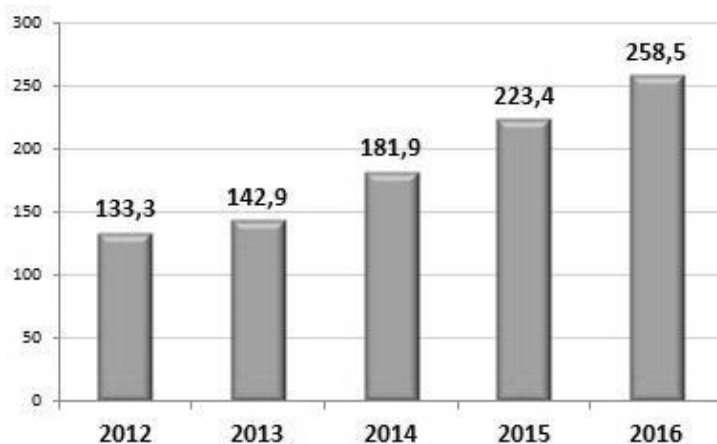


Рис. 46. Динамика показателя пораженности ВИЧ-инфекцией (на 100 тыс. населения) в РК в 2012-2016 гг.

Основные факторы риска передачи и заражения ВИЧ. За весь период наблюдения (с 1990 г.) в РК не выявлены случаи заражения ВИЧ-инфекцией при переливании донорской крови, в связи с оказанием медицинской помощи (нозокомиально), медицинского персонала, работающего с больными ВИЧ-инфекцией или материалами, содержащими ВИЧ.

В 2016 г. новые случаи ВИЧ-инфекции с установленными факторами риска обусловлены следующими путями передачи:

- 1) половым путем в результате рискованных половых контактов;
- 2) парентеральным путем в результате потребления инъекционных наркотиков с использованием общих (нестерильных) инъекционных принадлежностей (наркоинъекционных контактов);
- 3) заражением ВИЧ детей от ВИЧ-инфицированных матерей путем «контакт мать-ребенок».

В 2016 г. в 202 новых случаях ВИЧ-инфекции заражение произошло половым путем. Это на 16 случаев (на 8,6%) больше, чем в 2015 г. В подавляющем числе случаев половой путь заражения связан рискованными гетеросексуальными контактами.

В 195 новых случаях заражения ВИЧ-инфекцией произошло парентеральным путем в результате наркоинъекционных контактов. Это на 51 случай (на 20,7%) меньше, чем в 2015 г.

Абсолютные количества и доли полового и парентерального путей передачи и заражения ВИЧ-инфекцией в структуре новых случаев практически равны, что свидетельствует об их одинаковой эпидемической значимости в распространении ВИЧ-инфекции в РК в 2016 г.

В 2016 г. установлено 2 новых случая ВИЧ-инфекции у детей, связанных с заражением вертикальным путем «контакт мать-ребенок» (в 2015 г. - 2 случая, 2014 г. - 3 случая, в 2013 г. - 3 случая).

Структура случаев ВИЧ-инфекции по полу. В структуре выявленных новых случаях ВИЧ-инфекции по полу преобладают мужчины и лица молодого возраста (табл. 57).

Таблица 57

Кумулятивное число и структура новых случаев ВИЧ-инфекции по полу у взрослых в РК в 2012-2016 гг.

Год / Показатель	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2016 г.	2 330	65,4	1 234	34,6	3 564	100,0
2015 г.	2 003	66,3	1 018	33,7	3 021	100,0
2014 г.	1 682	66,6	844	33,4	2 526	100,0
2013 г.	1 428	66,2	728	33,8	2 156	100,0
2012 г.	1 304	66,9	645	33,1	1 949	100,0

В 2016 г. в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции в РК (табл. 58):

- сохранилось преобладание заболеваемости лиц молодого возраста (77,7% новых случаев выявлено среди лиц в возрасте от 21 до 40 лет (2015 г. - 82,2%, 2014 г. - 85,7%);
- уменьшилась доля возрастной группы 15-20 лет в 1,6 раза по сравнению с 2015 г.;
- увеличилась доля новых случаев в возрастной группе 41-45 лет в 1,4 раза по сравнению с 2015 г.;
- увеличилась доля новых случаев в возрастной группе 46 лет и старше в 1,5 раза по сравнению с 2015 г.

Таблица 58

Изменение структуры новых случаев ВИЧ-инфекции в РК по возрасту на момент выявления в 2012-2016 гг.

Возрастная группа / Год	Удельный вес в структуре выявленных случаев ВИЧ-инфекции у жителей РК, %				
	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Дети	0,9	1,4	0,9	0,5	0,6
15-20 лет	2,8	2,9	2,4	3,7	2,3
21-30 лет	48,6	38,6	43,7	40,3	32,2
31-40 лет	33,5	40,0	39,6	41,9	45,5
41-45 лет	5,7	7,1	6,5	6,8	9,3
46 лет и старше	8,5	10,0	6,6	6,8	10,1
Нет сведений	–	–	0,3	–	–
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Рост доли новых случаев ВИЧ-инфекции среди лиц в возрасте от 31 года и более свидетельствует о продолжающейся эскалации рискованного поведения среди основного населения РК, в том числе репродуктивного возраста. Это диктует необходимость активизации информирующих и обучающих мероприятий среди всех групп населения в РК.

Пропорция новых случаев ВИЧ-инфекции у мужчин и женщин в РК в 2016 г. свидетельствует о сохранении неблагоприятного прогноза распространения ВИЧ в республике в связи с ростом вовлечения в эпидемический процесс женщин.

Рекомендации в целях улучшения профилактики, диагностики ВИЧ-инфекции, наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией на 2017 г.

На основании Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 20.10.2016 г. №2203-р, Плана первоочередных мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в 2016-2017 гг. в РК, а также в целях улучшения качества медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, повышения доступности антиретровирусной терапии, внедрения клинических рекомендаций (протоколов лечения) по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в 2017 г. планируется:

организация ведения федерального регистра лиц, инфицированных ВИЧ (в соответствии с приказом МЗ РК от 21.12.2016 г. №2665-р «Об организации ведения на территории РК региональных сегментов Федерального регистра лиц, инфицированных ВИЧ, и Федерального регистра больных туберкулезом» и письма МЗ РК от 04.05.2017 г. №8171/01-18);

организация до конца 2017 г. обследования населения на ВИЧ-инфекцию в объеме, обеспечивающем достижение показателя охвата медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию на уровне не менее 21%, на территориях Княжпогостского, Усинского, Сыктывдинского, Печорского, Корткеросского, Удорского, Усть-Вымского, Ижемского, Сосногорского, Сысольского и Усть-Цилемского районов и в г. Ухта;

организация и осуществление постоянной информационно-обучающей работы по формированию у населения мотивации к регулярному прохождению медицинского наблюдения на ВИЧ-инфекцию;

повышение уровня охвата медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию среди женщин детородного возраста;

обеспечение учета, наблюдения и обследования на ВИЧ-инфекцию в установленные сроки всех беременных женщин;

проведение медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию в целях профилактики половых партнеров беременных женщин;

обеспечение максимального охвата медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию пациентов, в отношении которых планируется осуществление диагностических мероприятий или лечения с применением инвазивных манипуляций или хирургических вмешательств, сопровождающихся высоким риском передачи ВИЧ-инфекции через кровь;

повышение готовности медицинских организаций к поступлению больных в поздних (госпитальных) стадиях ВИЧ-инфекции;

обеспечение медицинских организаций лекарственными препаратами для лечения больных ВИЧ-инфекцией от вторичных заболеваний;

обеспечение достижения до конца 2017 г. целевых индикаторов и ориентиров, определенных Планом первоочередных мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в 2016-2017 гг. в РК и письмом МЗ РК от 10.05.2017 г. №8358/01-18;

продолжение постоянных обучающих мероприятий в медицинских организациях по вопросам ВИЧ-инфекции.

2.12. Анализ инфекционной заболеваемости. В 2016 г. эпидемиологическую ситуацию, складывающуюся в РК, можно охарактеризовать как напряженную. По данным государственного статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» зарегистрировано 416 392 случая инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 20,2% больше, чем в 2015 г. (346 484 случая). Из 42 учитываемых нозологических форм инфекционных заболеваний снижение уровня заболеваемости за 2016 г. отмечается по 17 нозологиям (в 2015 г. - по 27), стабилизация эпидемического процесса - по 17 нозологическим формам, рост - по 8 (в 2015 г. - по 6) нозологическим формам (ОКИ вирусной этиологии - на 22,5%, в том числе ротавирусной - на 12,4%, норовирусной - в 2,7 раза, ОКИ неустановленной этиологии - на 27,9%, коклюшем - на 12,5%, гемофильной инфекцией - на 23,4%, инфекционным мононуклеозом - на 21,1%, внебольничными пневмониями - на 39,6%).

Как и в предыдущие годы, в общей структуре инфекционных болезней (рис. 47) доминирующее значение имеют грипп и острые инфекции верхних дыхательных путей, на долю которых приходится 93,5% (в 2015 г. - 92,8%), занимающих 1 ранговое место среди инфекционной патологии. Среди инфекционных заболеваний (без учета гриппа и ОРВИ) (рис. 48) удельный вес группы инфекций с воздушно-капельным механизмом передачи возбудителей составляет 32% (в 2015 г. - 35,1%) (ранг 2), паразитарных - 24% (в 2015 г. - 20,6%) (ранг 3), острых кишечных инфекций - 21,6% (в 2015 г. - 18,8%) (ранг 4), прочие учитываемые неинфекционные состояния (укусы клещами и животными) - 15,8% (в 2015 г. - 16,7%) (ранг 5), социально-обусловленных - 4,4% (в 2015 г. - 5,3%) (ранг 6), парентеральных вирусных гепатитов - 3% (в 2015 г. - 2,3%) (ранг 7), зоонозных и природно-очаговых - 0,1% (в 2015 г. - 1,2%) (ранг 8).

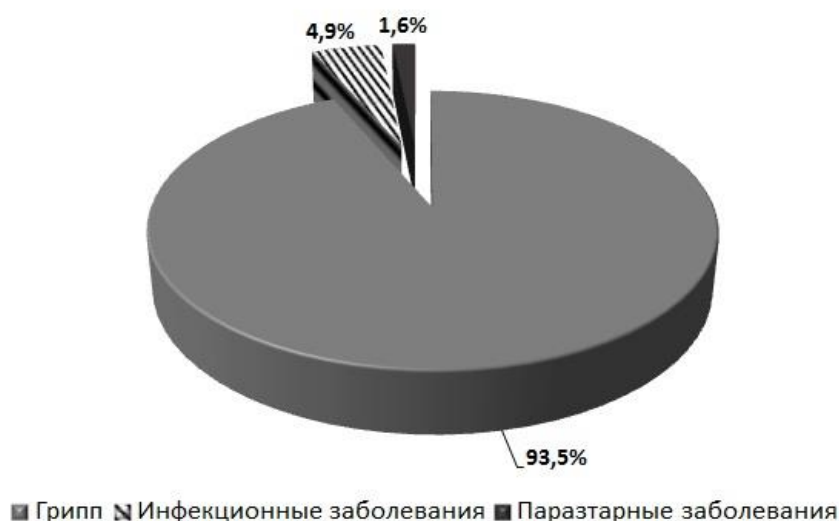


Рис. 47. Структура инфекционной заболеваемости по РК за 2016 г.

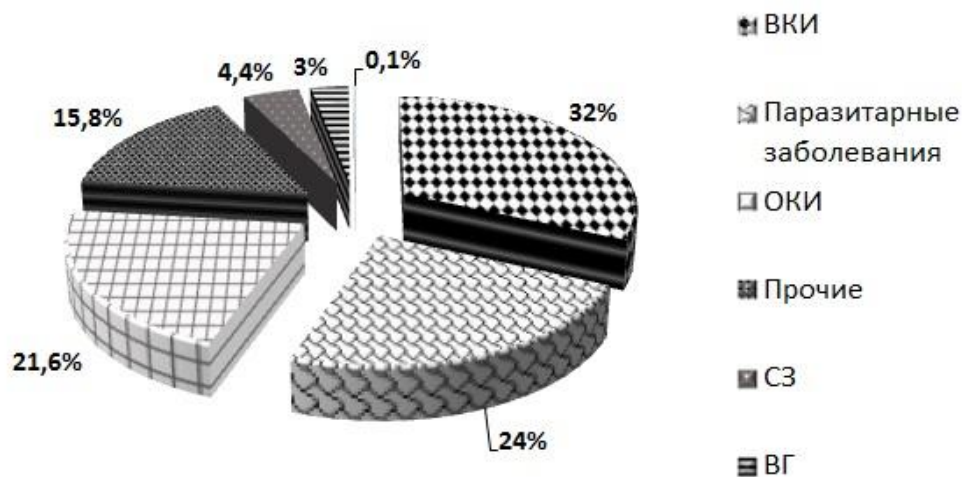


Рис. 48. Структура инфекционной заболеваемости (без учета гриппа и ОРВИ) по РК за 2016 г.

Количество летальных исходов от инфекционных заболеваний по сравнению с 2015 г. увеличилось на 12,1% и составило 163 случая (2015 - 166, 2014 - 70 случаев), в том числе: от внебольничных пневмоний - 131 (2015 г. - 123), от туберкулеза - 31 (2015 г. - 29), ВИЧ-инфекции - 19 (2015 г. - 13). Зарегистрирован летальный случай от бешенства.

В соответствии с формой отраслевого статистического наблюдения (№23-09) в 2016 г. зарегистрировано 17 вспышек (табл. 59), с числом пострадавших 124 чел., в том числе детей до 17 лет - 115 (92,7% от общего числа пострадавших), из них в дошкольных образовательных учреждениях - 70,5%, в образовательных учреждениях - 11,8%, в специализированных учреждениях специального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов с круглосуточным пребыванием детей - 5,9%, в ЛПУ - 5,9%, среди населения - 5,9%.

Таблица 59

Групповые эпидемические очаги инфекционных и паразитарных болезней по данным отчетной формы №23-09 в 2014-2016 гг. в РК

Вспышки, связанные с:	2014 г. кол-во вспышек / пострадало	2015 г. кол-во вспышек / пострадало	2016 г. кол-во вспышек / пострадало
производством и оборотом пищевых продуктов	-	-	
с образовательными учреждениями	2 / 14	8 / 66	14 / 101
с ЛПУ	5 / 43	0 / 0	1 / 5
с учреждениями круглосуточного пребывания детей	1 / 5	1 / 7	1 / 9
среди населения	2 / 138	4 / 47	1 / 9
Итого:	10 / 200	13 / 120	17 / 124

В этиологической структуре всех зарегистрированных очагов в 2016 г. преобладают кишечные инфекции с реализацией контактно-бытового пути передачи (из 17 очагов в 11-ти), в 3-х очагах - пищевой путь передачи, отсутствовали очаги с реализацией водного механизма передачи.

Основная причина регистрации вспышечно-групповой заболеваемости вирусными кишечными инфекциями (ротавирусные, норовирусные) в дошкольных образовательных учреждениях обусловлена реализацией контактно-бытового пути передачи, причинами явились: поздняя изоляция заболевших, нарушения дезинфекционного и санитарно-противоэпидемического режима, проведение неполного комплекса

противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очаге, направленных на предупреждение возникновения случаев инфекционных заболеваний.

Кишечные инфекции. В 2016 г. в РК зарегистрировано 5 813 случаев заболеваний острыми кишечными инфекциями, что на 24% больше, чем в 2015 г. (4 695 случаев) и на 5% больше, чем в 2012 г. (5 545 случаев).

Среди острых кишечных инфекций в 2016 г. на долю дизентерии приходилось 0,6%, сальмонеллёза - 4,8%, ОКИ установленной этиологии - 35,8%, ОКИ неустановленной этиологии - 58,4%, вирусных гепатитов А - 0,7% (рис. 49).

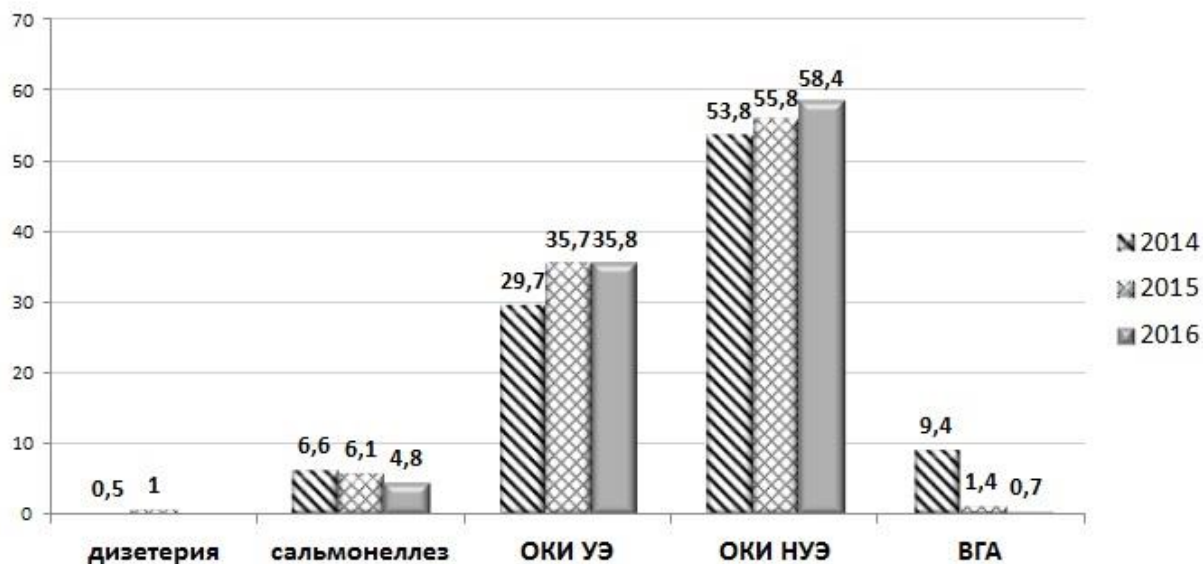


Рис. 49. Динамика структуры заболеваемости кишечными инфекциями по РК за 2014-2016 гг.

В 2016 г. зарегистрировано снижение заболеваемости вирусным гепатитом А (в 1,8 раза), рост ОКИ установленной этиологии (на 22,5%) и неустановленной этиологии (на 27,9%) по сравнению с 2015 г.

На протяжении последних лет отмечается активизация эпидемического процесса кишечных инфекций вирусной этиологии. Высокая контагиозность вирусов обуславливает ведущую роль в возникновении групповой заболеваемости в организованных коллективах.

В структуре ОКИ установленной этиологии удельный вес кишечных инфекций вирусной этиологии составил 64,3% (из них вызванных ротавирусом - 90,5%, вирусом Норволк - 9,5%), бактериальной - 35,7%. Заболеваемость в РК превышает аналогичный показатель РФ на 41,1% и ниже показателя СЗФО на 5,7%.

Заболеваемость ОКИ, вызванными неустановленными возбудителями, в 2016 г. возросла на 27,9%. Отмечается рост заболеваемости данной нозоформой на всех административных территориях республики, за исключением Удорского, Ижемского и Прилузского районов. Уровень заболеваемости в республике соответствует федеральному показателю и 9,5% ниже показателя СЗФО.

Уровень заболеваемости бактериальной дизентерией в последние годы достиг наиболее низких значений за весь период наблюдения. Указанный показатель снизился с 201,5 на 100 тыс. населения в 1995 г. до 3,6 - в 2016 г. Показатель по РФ в 2016 г. составил 6,6 на 100 тыс. населения.

В структуре кишечных инфекций сальмонеллёз составляет 4,8% (2015 г. - 6,1%, 2014 г. - 6,6%, 2013 г. - 11,6%, 2012 г. - 8,6%,).

В 2016 г. зарегистрировано 36 случаев острого вирусного гепатита А. Показатель заболеваемости составил 4,2 на 100 тыс. населения, что в 45% меньше, чем в 2015 г. (2015 г. - 7,52; 2014 г. - 62,5; 2013 г. - 4,1; 2012 г. - 1,7). Случаи, в основном, регистрировались

среди детей до 17 лет (55,5% случаев). В 2014 г. наиболее крупные вспышки были зарегистрированы среди населения гг. Ухта и Сыктывкар, где вирусным гепатитом А заболело 44 и 94 чел. соответственно. На территории обоих муниципальных образований заболевание начинало регистрироваться среди безработных, как правило, имеющих в анамнезе употребление психотропных веществ парентеральным способом, с дальнейшим распространением на другие слои населения.

Вирусный гепатит. В результате реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в РК в 2016 г. полностью завершена иммунизация против вирусного гепатита В контингентов взрослых, подлежащих прививкам в 2015 г. и не завершивших курс иммунизации. По данным ФСН №5 «Сведения о профилактических прививках» вакцинировано против вирусного гепатита В 18 148 чел., в том числе детей - 10 932. По состоянию на 31.12.2016 г. в возрасте 18-35 лет имеют иммунизацию 95,6% населения соответствующего возраста, 36-59 лет - 75,7%.

В 2016 г. заболеваемость вирусным гепатитом В регистрировалась на спорадическом уровне и уменьшилась по сравнению с 2015 г. на 3 случая. Показатель заболеваемости составил 0,93 на 100 тыс. населения, что ниже уровня 2015 г. на 32,6% (2015 г. - 1,38), но выше уровня 2012 г. на 22,4% (2012 г. - 0,76 на 100 тыс. населения). По итогам 2015 г. республиканский показатель выше среднероссийского в 1,5 раза (РФ - 0,94), а показателя СЗФО в 2,3 раза (СЗФО - 0,6 на 100 тыс. населения).

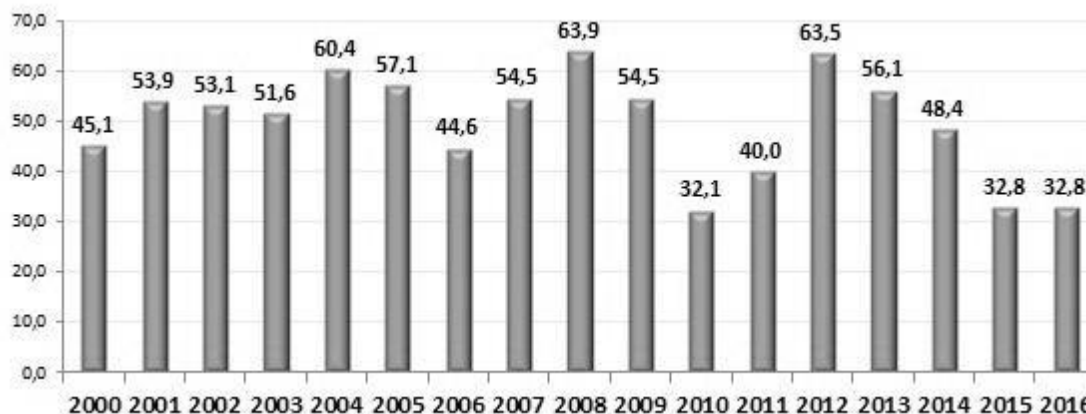


Рис. 50. Динамика заболеваемости хроническими вирусными гепатитами по РК в 2000-2016 гг.

Отмечается волнообразная регистрация заболеваемости хронических вирусных гепатитов (рис. 50), когда годы подъема сменяют годы снижения уровня заболеваемости. В общей структуре хронических гепатитов основной удельный вес занимает хронический гепатит С (85,9%) и хронический гепатит В (14,1%).

Таблица 60

Территории РК, наиболее неблагополучные по хроническим вирусным гепатитам В и С в 2015-2016 гг.

Территории РК / Нозология / Год	Хронический вирусный гепатит В					Хронический вирусный гепатит С				
	2015		2016		снижение / рост	2015		2016		снижение / рост
	кол-во заболевших	показатель (на 100 тыс. населения)	кол-во заболевших	показатель (на 100 тыс. населения)		кол-во заболевших	показатель (на 100 тыс. населения)	кол-во заболевших	показатель (на 100 тыс. населения)	
РК	39	4,5	40	4,6	+2,6%	246	28,3	243	28,2	-1,2%
Воркута	15	18,1	12	14,7	- 3 случая	78	94,0	93	114,2	+ 15 случаев
Усинск	13	28,8	11	24,6	- 2 случая	74	163,6	48	107,1	- 26

										случаев
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------

Инфекции, управляемые средствами иммунопрофилактики. В течение всего анализируемого периода (с 2012 г.) в РК не регистрировались случаи заболевания населения полиомиелитом, дифтерией, эпидемическим паротитом и краснухой.

В последние годы в РК отмечается рост заболеваемости **коклюшем**. В 2016 г. зарегистрировано 54 случая коклюша. Показатель заболеваемости составил 6,27 на 100 тыс. населения, что на 12,5% больше, чем в 2015 г. (5,53 на 100 тыс. населения) и 3,6 раза больше, чем в 2012 г. (1,63 на 100 тыс. населения). В РФ показатель заболеваемости коклюшем в 2016 г. составил 5,63 на 100 тыс. населения, в СЗФО - 7,71.

Случаи коклюша зарегистрированы на территориях следующих муниципальных образований (табл. 61):

Таблица 61

Территории РК, на которых зарегистрированы случаи коклюша в 2015-2016 гг.

Территории РК / Год	КОКЛЮШ				снижение / рост
	2015		2016		
	кол-во заболевших	показатель (на 100 тыс. населения)	кол-во заболевших	показатель (на 100 тыс. населения)	
РК	48	5,5	54	6,3	+12,5%
Сыктывкар	18	7,0	29	11,2	+ 11 случаев
Воркута	1	1,2	6	7,4	+ 5 случаев
Ухта	8	6,6	4	3,3	- 4 случаев
Печора	5	9,35	9	17,0	+ 4 случаев
Усть-Куломский	2	7,9	2	7,9	±
Прилузский	6	32,1	1	5,5	- 5 случаев

В 2016 г. 51 случай из 54 зарегистрирован у детей до 14 лет (94,4% от общего числа заболевших коклюшем). 50 случаев заболевания протекали в легкой и среднетяжёлой форме (92,6%).

В 2016 г. **корь** не регистрировалась. Однако, за пятилетний период в РК зарегистрировано 6 случаев кори. В январе 2012 г. на территории г. Ухта было зарегистрировано 2 случая кори у взрослых лиц, в том числе 1 - завозной из Чеченской республики. Оба заболевших не имели сведений о прививках против кори, заболевшая по контакту отказалась от проведения иммунизации по эпидемическим показаниям. В сентябре-октябре 2013 г. было зарегистрировано 3 случая кори в г. Усинске, 2 из них – завозные из Республики Дагестан, 1 - связанный с завозными (врач-терапевт, которая имела контакт с заболевшими в приёмном покое). Все заболевшие были привиты против кори (имели ревакцинацию) за пределами РК. Благодаря проведённым противоэпидемическим мероприятиям, в том числе проведению иммунизации населения г. Усинск, дальнейшего распространения случаев кори не было. В июне 2013 г. проводились противоэпидемические мероприятия в г. Воркута в связи с регистрацией случая кори у жительницы Республики Марий Эл, находившейся на «вахте» в Ямало-Ненецком округе, проживавшей в гостинице г. Воркута и заболевшей по пути следования в поезде. В 2014 г. был зарегистрирован 1 случай кори в г. Сыктывкар, завозной из г. Санкт-Петербург. Показатель составил 0,11 на 100 тыс. населения (РФ - 3,3). Благодаря проведённым противоэпидемическим мероприятиям дальнейшего распространения случаев кори не было.

В рамках проведения активного надзора за корью в региональный центр по надзору за корью и краснухой было отправлено 20 сывороток крови от больных экзантемными заболеваниями. Результаты исследования на корь и краснуху были отрицательными.

Случаи **краснухи** не регистрируются с 2012 г. (в 2011 г. был зарегистрирован 1 случай). В 2016 г. в региональный центр по надзору за корью и краснухой направлен материал от 2 больных с подозрением на краснуху. Антитела IgM краснухи не обнаружены.

Случаи **эпидемического паротита** не регистрируются с 2009 г.

В силу климатических условий и географического местоположения уровень заболеваемости населения РК **ОРВИ** (45 241,1 на 100 тыс. населения) традиционно выше показателей по РФ (2016 г. - 21 703,4 на 100 тыс. населения). В 2016 г. первый эпидемический подъем ОРВИ и гриппа в РК был зарегистрирован с 25 января по 14 февраля (3 недели) с общим количеством заболевших ОРВИ и гриппом 66 390 чел., что составило 7,7% от совокупного населения, из них дети до 17 лет составили 44 848 чел. или 28,2% от численности соответствующего населения. Превышение недельного эпидемического порога по совокупному населению регистрировалось на 17 административных территориях. Эпидемическая заболеваемость характеризовалась средней степенью интенсивности, преимущественным поражением детского населения. В этиологии подъема заболеваемости участвовали вирусы гриппа А(H1N1/09) и А (H3N2).

Второй эпидемический подъем ОРВИ и гриппа в РК был зарегистрирован с 50-той недели и переходом на 2017 г. (общее количество заболевших 58 309 чел.). Эпидемическая заболеваемость характеризовалась средней степенью интенсивности, поражением детского и взрослого населения. В этиологии подъема заболеваемости участвовали вирусы гриппа А (H3N2).

Внебольничные пневмонии в РК начали регистрировать с 2011 г. В 2016 г. заболеваемость населения внебольничными пневмониями составила 304,6 на 100 тыс. населения, что на 41% больше, чем в 2015 г. (216,3 на 100 тыс. населения) и на 60% больше, чем в 2012 г. (190,1 на 100 тыс. населения). В РФ показатель заболеваемости внебольничными пневмониями в 2016 г. составил 418,3 на 100 тыс. населения, СЗФО - 387,1. Следует отметить, что данная нозологическая форма на протяжении последних лет является наиболее частой причиной летальных исходов среди всех инфекционных заболеваний. В 2016 г. отмечается увеличение числа летальных случаев до 131 по сравнению с 2015 г. (123 случая).

В 2016 г. было зарегистрировано 1 случай бактерионосительства токсигенных коринебактерий **дифтерии** *mitis*, выявленный у обследованного с профилактической целью при поступлении в ГБУЗ РК «Коми республиканская психиатрическая больница». В учреждении были проведены противоэпидемические мероприятия.

Полиомиелит, острые вялые параличи и энтеровирусные инфекции. Случаи полиомиелита на территории РК не регистрируются длительное время. В 2016 г. зарегистрировано 3 случая острого вялого паралича и 75 случаев энтеровирусной инфекции. Показатель заболеваемости энтеровирусной инфекцией составил 8,7 на 100 тыс. населения, что в 4 раза больше, чем в 2015 г. и 13,3 раз больше, чем 2012 г. (РФ - 9,8, СЗФО - 6,2). Из общего количества случаев энтеровирусной инфекции менингиты составили в 2016 г. 20 случаев, в 2015 г. - 6 случаев, в 2014 г. - 2 случая, в 2013 г. - 26 случаев, в 2012 г. - 2 случая.

В 2016 г. зарегистрировано 2 эпизода групповых заболеваний энтеровирусной инфекцией (в общеобразовательном и дошкольном образовательном учреждениях с числом пострадавших 10 чел., контактно-бытовой путь передачи, с клиникой кишечной инфекции). Была налажена регистрация случаев заболевания по первоначальным диагнозам, все заболевшие были обследованы, наличие энтеровируса подтверждено молекулярно-генетическим методом.

В 2016 г. вирусологическим методом обследовано 17 лиц (проведено 20 исследований), выявлено 2 чел. с вирусами СохакіВ3 и ЕСНО14. Методом ПЦР обследовано 265 лиц (400 исследований), выявлена рибонуклеиновая кислота энтеровирусов у 88 чел. По результатам генотипирования в региональном центре ФБУН

Нижегородский НИИЭМ им. академика И.Н. Блохиной: ЕСНО16 - 1, ЕСНО 6 - 5, Сохаки А6 - 3, Сохаки А4 - 2, энтеровирусы 71 типа - 1, энтеровирусы В - 2.

Природно-очаговые инфекции. В 2016 г. на территории РК регистрировались клещевой энцефалит - 10 случаев (в 2015 г. - 9, в 2014 г. - 15, в 2013 г. - 12, в 2012 г. - 22), болезнь Лайма - 10 случаев (в 2015 г. - 6, в 2014 г. - 10, в 2013 г. - 10, в 2012 - 10), геморрагическая лихорадка с почечным синдромом - 12 случаев (в 2015 г. - 0, в 2013-2014 гг. - по 3 случая, в 2012 - 10).

Активность природных и антропоургических очагов клещевого энцефалита и прилегающих к ним территориям оценивается как высокая. В эпидемический сезон 2016 г. в медицинские организации республики обратилось 1 800 чел., пострадавших от укусов клещами (рис. 51), что на 20,2% больше, чем в 2015 г. (1 497 чел.) и на 1% больше, чем в 2012 г. (1 784 чел.). Наибольшее количество случаев присасывания клещей отмечалось в Прилузском, Сысольском, Койгородском, Сыктывдинском, Усть-Вымском, Усть-Куломском, Корткеросском районах и в г. Сыктывкар.

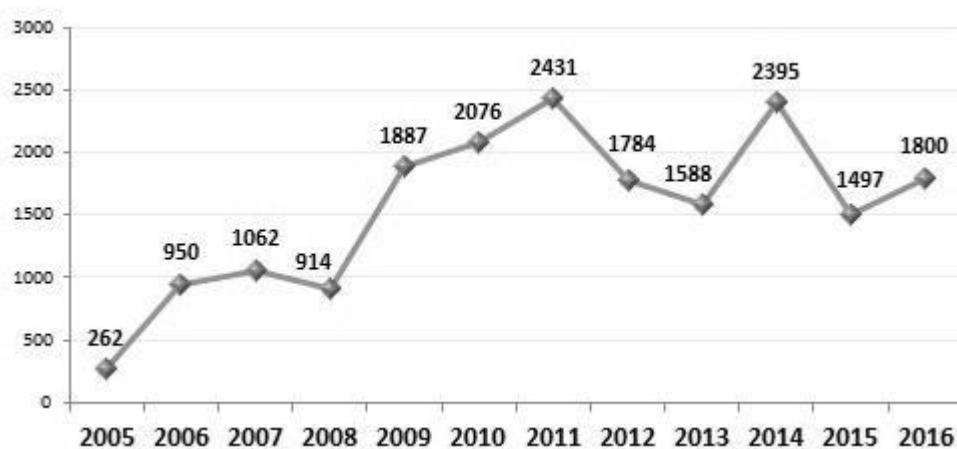


Рис. 51. Динамика обратившихся за медицинской помощью по поводу укусов клещами по РК за 2005-2016 гг.

503 чел., обратившихся по поводу присасывания клещей, были привиты против клещевого энцефалита, им постэкспозиционная профилактика противоклещевым иммуноглобулином не требовалась (табл. 62). В 109 случаях клещи были невирусоформными.

Подлежали постэкспозиционной профилактике противоклещевым иммуноглобулином 1 297 чел., из них получили 566 чел. или 43,6% от общего числа подлежащих. 545 чел. получили неспецифическую химиопрофилактику. Не охвачены средствами экстренной профилактики 77 чел., основная причина - это отказы (44 чел.) и позднее обращение за медицинской помощью в медицинское учреждение (33 чел.).

Таблица 62

Динамика охвата постэкспозиционной серопротективной профилактикой в период 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Число подлежащих, чел.	1509	1311	1638	1113	1297
% от числа обратившихся	84,6	82,6	68	74	72
Получили серопротективную, %	53,2	65,8	64	60	43,8
Отказались, %	3,3	2,8	3,9	3,7	3,3
Позднее обращение, %	3,2	2,3	2,3	3,1	2,5
Отрицательная вирусоформность клеща, %	-	5,5	16,9	16,5	8,4

Неспецифическая химиопрофилактика %	-	25,9	28,5	15,6	42,0
Отсутствие иммуноглобулина, %	40,2	0,4	0,24	0	0

В 2016 г. на территории РК зарегистрировано 10 случаев клещевого вирусного энцефалита или 1,2 на 100 тыс. населения, в том числе 3 случая среди детей до 14 лет. Показатель заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом ниже среднероссийского (1,4 на 100 тыс. населения) и СЗФО (1,8). Случаи клещевого вирусного энцефалита зарегистрированы в г. Сыктывкар (1 случай), Сысольском (2), Прилузском (4), Усть-Куломском (1), Корткеросском (1) и Троицко-Печорском (1) районах.

В 2016 г. зарегистрировано 10 случаев **клещевого боррелиоза** (1,17 на 100 тыс. населения) (РФ - 4,2, СЗФО - 5,6). Случаи клещевого боррелиоза зарегистрированы в г. Сыктывкар (3 случая), г. Ухта (11), в Сыктывдинском (2), Корткеросском (2), Усть-Куломском (1) и Койгородском (1) районах.

Вирусологической лабораторией ЦЛМИ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Коми» организовано проведение дифференциальной экспресс-диагностики клещей на вирусофорность. В 2016 г. было исследовано 1 868 клещей (в 2015 г. - 1 052). Вирусофорность клещей в эпидсезоне 2016 г., исследованных от людей, подвергшихся укусам клеща, составила 9,3% (в 2015 г. - 10,0%). При проведении исследований на клещевой боррелиоз в 4,9% случаях обнаружен возбудитель болезни Лайма.

В 2016 г. в РК зарегистрирован случай **бешенства** у жителя г. Воркута, покусанного песком на территории Ненецкого автономного округа. Пострадавший обратился за медицинской помощью только в терминальной стадии через 2 месяца после инцидента.

Число лиц, получивших различные повреждения от животных и обратившихся в ЛПУ, в 2016 г. составило 2 460 чел. (в 2015 г. - 2 665 чел.). Показатель заболеваемости составил 285,4 на 100 тыс. населения (РФ - 260,6; СЗФО - 206,5).

Оказание антирабической помощи населению по республике проводится неудовлетворительно на всех административных территориях. В 2016 г. из общего числа обратившихся курс антирабических прививок получили 635 чел. (30,6% от числа подлежащих, которым был назначен курс антирабических прививок) (табл. 63, 64).

Таблица 63

Данные о количестве лиц, пострадавших от укусов животными и получивших назначение на проведение курса специфического антирабического лечения

Количество лиц, пострадавших от укусов животными	Количество лиц, которым был назначен курс антирабических прививок	Количество лиц, отказавшихся от проведения курса	Количество лиц, прошедших назначенный курс
2460	2079	499	635

Таблица 64

Данные о количестве лиц с незаконченным курсом антирабических прививок

Количество лиц с незаконченным курсом прививок	Из них прекратили курс антирабических прививок по следующим причинам:				
	Самовольно прекратили	Животное здорово после 10-дневного наблюдения	Отсутствие вакцины в ЛПУ	Перемена места жительства	Другие причины (указать)
945	696	162	20	29	38

В 2016 г., также как и в 2015 г., случаи туляремии на территории РК не зарегистрированы (в 2014-2013 гг. - по 1 случаю, в 2012 г. - 0).

2.13. Инвалидизация населения. По данным Бюро МСЭ по РК (далее - Учреждение) за 2016 г. проведено 15 034 освидетельствований с целью определения инвалидности, что на 27,3% ниже уровня 2012 г. (рис. 52). Доля первичных

освидетельствований в общем количестве освидетельствований в 2016 г. составила 35,5% (2014 г. - 33,1%, 2015 г. - 36,4%).

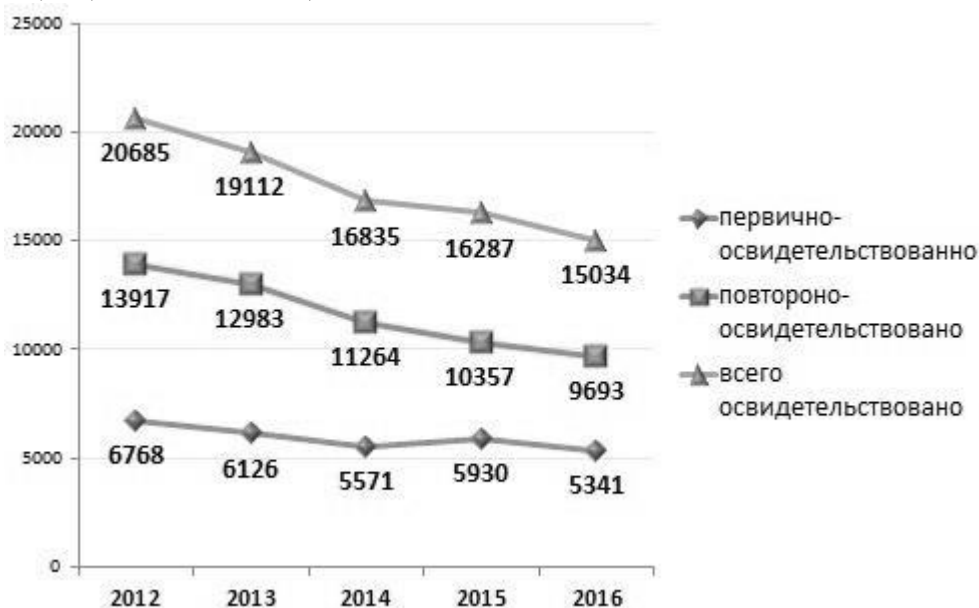


Рис. 52. Динамика обращений на освидетельствование с целью определения инвалидности за 2014-2016 гг.

Впервые признано инвалидами 4 365 граждан (2014 г. - 4 338, 2015 г. - 4 365). При повторном освидетельствовании признано инвалидами 9 622 чел. (2014 г. - 10 632, 2015 г. - 9 622). Всего признано инвалидами 13 987 чел., что на 6,6% меньше показателя 2015 г. (13 987) и на 19,6% ниже показателя 2013 г. (17 396).

Таблица 65

Результаты освидетельствований с целью определения инвалидности за 2015-2016 гг.

Население	Первично				Повторно			
	Освидетельствовано		Признано инвалидами		Освидетельствовано		Признано инвалидами	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Взрослое	5 345	4 855	3 929 (73,5%)	3 546 (73,0%)	8 992	8 320	8 421 (93,6%)	7 844 (94,3%)
Детское (0-17 л.)	585	486	436 (74,5%)	356 (73,3%)	1 365	1 373	1 251 (91,6%)	1 295 (94,3%)
Всего	5 930	5 341	4 365 (73,6%)	3 902 (73,1%)	10 357	9 693	9 672 (93,4%)	9 139 (94,3%)

В 2016 г. отмечается снижение количества пациентов, освидетельствованных с целью первичного определения инвалидности по отношению к 2015 г. в целом на 9,9% (табл. 65). Это уменьшение произошло преимущественно за счет детского населения (на 16,9%), взрослых освидетельствовано меньше на 9,2%.

В 2016 г. снижение показателя обращаемости с целью определения инвалидности при повторных освидетельствованиях отмечается на фоне высокой доли инвалидности без срока переосвидетельствований («бессрочно») (рис. 53).

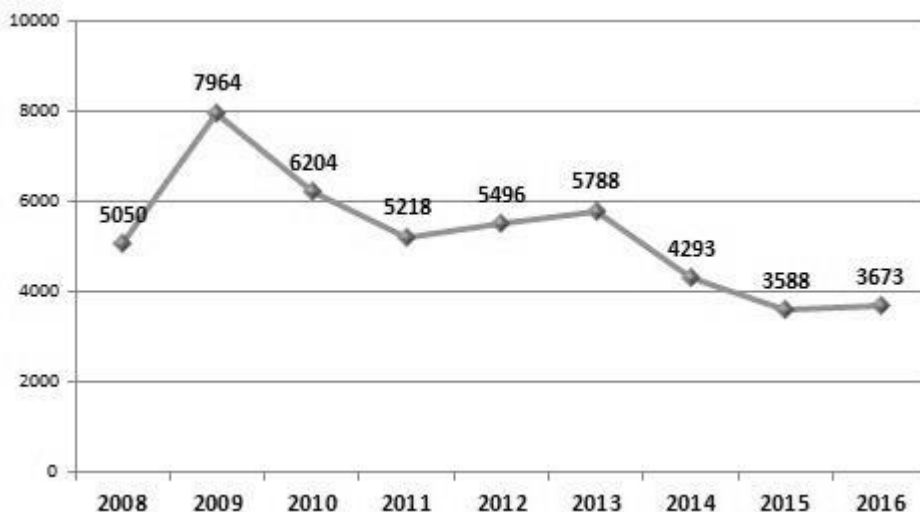


Рис. 53. Динамика установления инвалидности «бессрочно» за 2008-2016 гг.

Пик «бессрочной» инвалидности приходится на 2009-2010 гг. (7 964 и 6 204 случаев соответственно). В дальнейшем отмечается снижение числа случаев «бессрочной» инвалидности, что связано с выходом нормативного акта и усилением контроля за деятельностью Бюро МСЭ по РК по данному вопросу. В 2011-2013 гг. количество освидетельствований с установлением «бессрочной» инвалидности остается выше уровня 2007-2008 гг. В 2014 г. произошло значительное снижение указанного показателя (по отношению к 2013 г. - на 25,8%), в 2015 г. это снижение продолжилось и к 2014 г. составило 16,4%.

Количество ВПИ за последний год уменьшилось на 10,6% с 4 365 в 2015 г. до 3 902 чел. в 2016 г. Сокращение ВПИ произошло как за счет лиц старше 18 лет (уменьшение на 6,6%), так и за счет детского населения (уменьшение на 7,1%).

Анализ показателей инвалидности взрослого населения. По данным Отделения Пенсионного фонда РФ по РК на 31.12.2016 г. количество инвалидов старше 18 лет составило 64 278 чел., что меньше, чем в 2012 г. на 6 552 чел. (2012 г. - 70 830, 2013 г. - 69 731, 2014 г. - 67 395, 2015 г. - 66 230). Показатель распространенности инвалидности среди лиц данной возрастной категории в 2016 г. составил 959,8 на 10 тыс. взрослого населения, что ниже уровня 2012 г. на 3,9% (2012 г. - 998,4, 2013 г. - 997,5, 2014 г. - 978,8, 2015 г. - 975,2).

Наиболее высокие показатели распространенности инвалидности среди взрослого населения зафиксированы в следующих районах: Прилузском - 1 538,6; Сысольском - 1 360,2; Корткеросском - 1 271,8; Троицко-Печорском - 1 238,2 и Сосногорском - 1 220,7. Наиболее низкие показатели: в гг. Усинск - 372,7; Ухта - 626,7 и Инта - 847,2.

Показатели первичной инвалидности. Впервые с целью определения инвалидности в 2016 г. в Бюро МСЭ по РК и его филиалы было направлено 4 855 (2015 г. - 5 345) чел., инвалидами не признано - 1 309 (2015 г. - 1 416), показатель необоснованности направления на МСЭ составил 27,0% (2015 г. - 26,5%, 2014 г. - 21,8%).

Наиболее объективным статистическим показателем, отражающим динамику состояния инвалидности на отдельно взятой территории, является интенсивный показатель ПИ, то есть отношение количества ВПИ к численности соответствующего населения, проживающего на данной территории.

В 2016 г. количество ВПИ старше 18 лет снизилось и составило 3 546 чел. Интенсивный показатель составил 52,9 на 10 тыс. взрослого населения, в том числе: в трудоспособном возрасте - 32,8; в пенсионном возрасте - 107,1.

В целом по РК уровень ПИ среди взрослого населения снизился по сравнению с 2015 г. на 8,6% (табл. 66).

Таблица 66

Показатели ПИ по РК за 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Число ВПИ всего	5 379	4 594	3 946	3 929	3 546
ИП на 10 тыс. взрослого населения	75,8	65,7	57,3	57,9	52,9
Число ВПИ среди лиц трудоспособного возраста	2 525	2 219	1 877	1 867	1 602
ИП на 10 тыс. трудоспособного населения	46,2	41,8	36,3	37,2	32,8
Число ВПИ среди лиц пенсионного возраста	2 854	2 375	2 069	2 062	1 944
ИП на 10 тыс. лиц пенсионного возраста	174,8	141,6	120,3	116,7	107,1

Доля лиц женского пола, из числа ВПИ, в возрасте старше трудоспособного значительно превышает данный показатель среди мужчин, что связано с большей продолжительностью жизни женского населения. В трудоспособном возрасте наоборот - доля лиц мужского пола значительно превышает процент женщин в числе ВПИ (табл. 67).

Таблица 67

Удельный вес женского населения из общего числа ВПИ за 2012-2016 гг. (в %)

Годы	всего	в трудоспособном возрасте	в пенсионном возрасте
2012	46,8	31,2	60,5
2013	47,6	33,0	61,3
2014	44,6	29,8	58,0
2015	47,6	32,6	61,3
2016	46,2	30,1	59,5

Соотношение городского и сельского населения в республике сохранилось на прежнем уровне (3,5:1). Доля сельских жителей из числа ВПИ несколько снизилась и составила 24,7%. В то же время показатели ПИ среди сельского населения седьмой год подряд стабильно превышают показатели инвалидности городского населения.

В то же время показатели ПИ среди сельского населения стабильно превышают показатели инвалидности городского населения (рис. 54). Это превышение наблюдается с 2010 г. В 2016 г. показатели ПИ снизились как среди лиц городского, так и сельского населения.

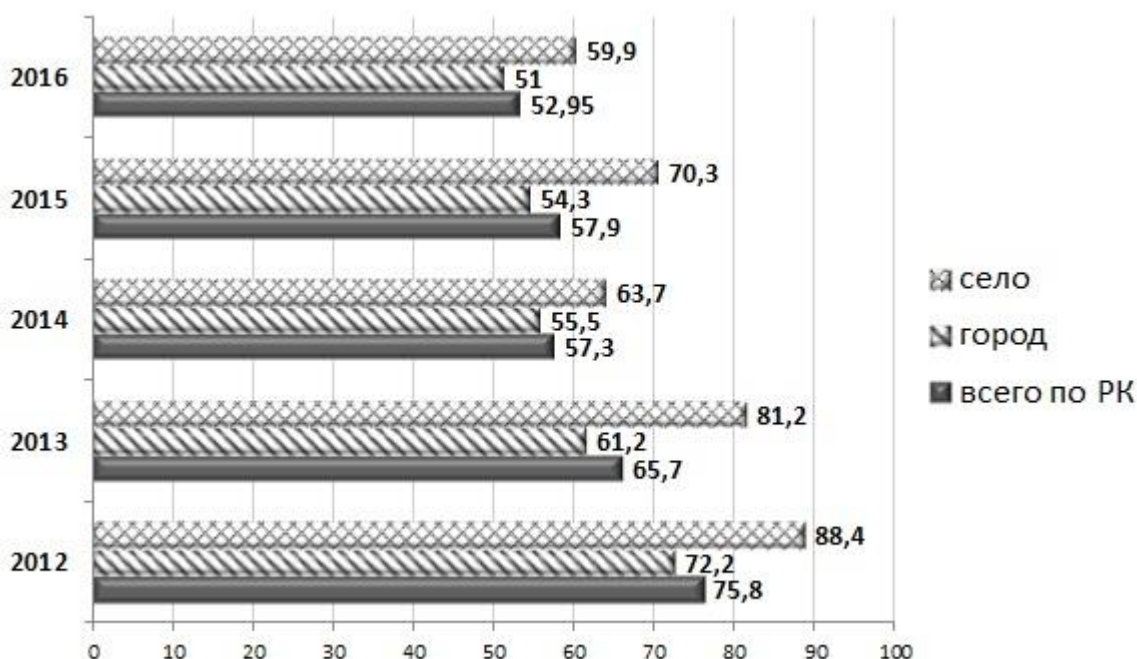


Рис. 54. Динамика показателя ПИ среди жителей городов и сельских населенных пунктов РК в 2012-2016 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

Причем, показатели ПИ в сельской местности в 2016 г. превышают показатели ПИ городского населения за счет инвалидизации лиц трудоспособного возраста (рис. 55).



Рис. 55. Динамика показателя ПИ лиц трудоспособного и старше трудоспособного возрастов среди жителей городов и сельских населенных пунктов РК в 2014-2016 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения)

В структуре инвалидности по причинам в течение многих лет сохраняется относительная стабильность. Инвалиды по причине общего заболевания составляют основную долю среди ВПИ - 97,6% (2015 г. - 97,8%). Второе рейтинговое место занимают инвалиды из числа бывших военнослужащих - 1,0% (2015 г. - 0,7%). Третье-четвертое места:

- инвалиды вследствие трудового увечья и профессионального заболевания - 0,7% (2015 г. - 0,8%);
- инвалиды с детства - 0,7% (2015 г. - 0,7%).

Возрастная структура ПИ в 2016 г. следующая (рис. 56):

- I возрастная категория (18-44 года) - 17,2% (2014 г. - 18,9%, 2015 г. - 19,2%);
- II возрастная категория (45-54 года женщины, 45-59 лет мужчины) - 28,0% (2014 г. - 28,7%, 2015 г. - 28,4%);
- III возрастная категория (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) - 54,8% (2014 г. - 52,4%, 2015 г. - 52,4%).

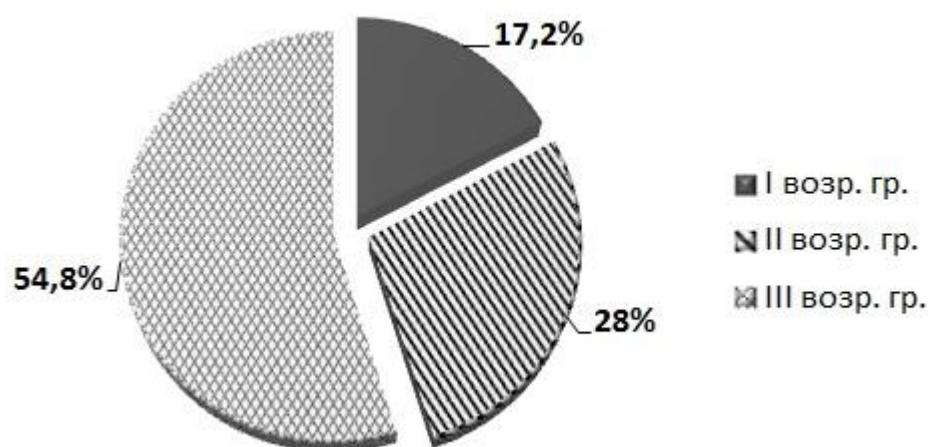


Рис. 56. Структура ПИ по возрастным группам за 2016 г.

Доля лиц пенсионного возраста в структуре ПИ в 2006 г. превышала долю лиц трудоспособного возраста на 24%, в 2007 г. разница данных показателей уменьшилась и составляла менее 10%, с 2008 г. данные показатели практически сравнялись.

А в 2012г.-2016 гг. доля ВПИ среди лиц старше трудоспособного возраста превысила данный показатель среди лиц моложе пенсионного возраста.

Одним из важных показателей, характеризующих контингент инвалидов, является распределение их по тяжести инвалидности. Распределение показателей ПИ по группам в 2016 г. такое же, как и в предыдущие годы. Наибольший удельный вес представлен инвалидами III группы, наименьший - I группы (рис. 57).

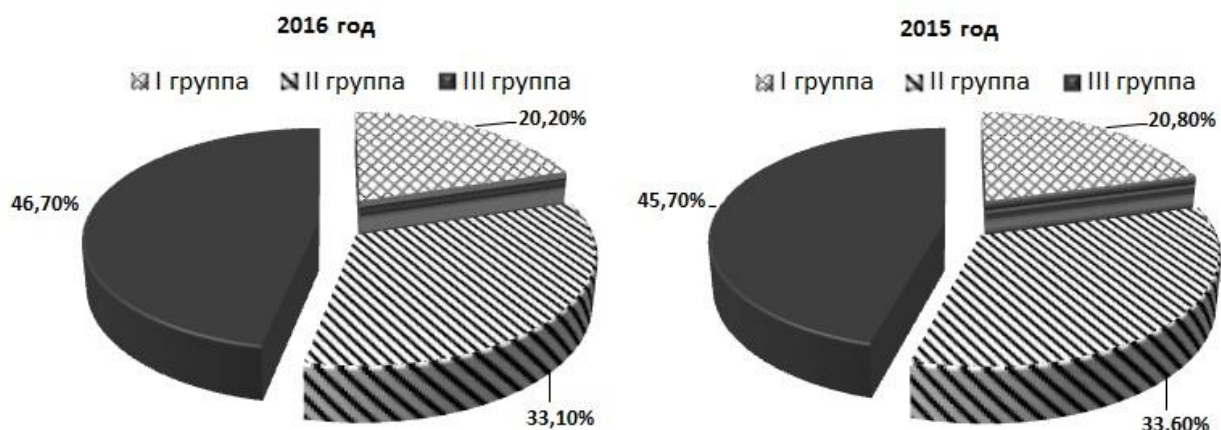


Рис. 57. Структура ПИ по группам за 2016 и 2015 гг.

Среди лиц молодого возраста (18-44 года) нозологическая структура III группы инвалидности (к общему числу инвалидов с данной нозологической формой) представляет следующее:

- болезни уха и сосцевидного отростка - 100,0%;
- болезни органов дыхания - 100,0%;
- последствия производственных травм - 87,5%;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 79,5%;
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ - 72,7%;
- психические расстройства и расстройства поведения - 72,4%;
- болезни нервной системы - 71,2%;
- болезни глаза - 69,2%;
- последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин - 64,0%;
- болезни системы кровообращения - 55,1%.

Среди лиц средней возрастной группы (женщины 45-54 года, мужчины 45-59 лет) наибольший процент инвалидов с третьей группой инвалидности по следующим нозологиям:

- болезни уха и сосцевидного отростка - 100%;
- болезни органов дыхания - 91,6%;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 84,1%;
- последствия производственных травм - 63,6%;
- болезни системы кровообращения - 61,7%.

Наибольший удельный вес инвалидов с третьей группой инвалидности в пенсионном возрасте по следующим нозологиям:

- болезни уха - 100,0%;
- болезни органов дыхания - 83,0%;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 82,1%;

- болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ - 68,9%.

Инвалиды второй группы в структуре ПИ по тяжести заболевания во всех возрастных группах занимают 33-34,4%. В первой возрастной группе наибольшая доля инвалидов II группы (к общему числу инвалидов с данной нозологической формой) приходится на туберкулез (76,2%), во второй возрастной группе - на туберкулез (77,8%) и ЗНО (77,3%), в пенсионном возрасте - на туберкулез (100%) и болезни мочеполовой системы (50,0%).

Самый большой процент инвалидов с первой группой инвалидности в пенсионном возрасте (26,9%), наименьший - в первой возрастной группе (11,0%). В возрасте 18-44 года наибольшая доля инвалидов с первой группой инвалидности в структуре по тяжести (к общему числу инвалидов с данной нозологической формой) приходится на ЗНО (27,4%), в возрастной группе женщины от 45 до 54 лет и мужчины от 45 до 59 лет - на ЗНО (28,7%), в пенсионном возрасте - психические расстройства и расстройства поведения (63,0%), болезни глаза и его придаточного аппарата (37,3%), ЗНО (27,4%).

Структура ПИ по нозологическим формам (рис. 58).

I место - БСК (их доля составила 29,4% от общего числа ВПИ (2012 г. - 36%, 2013 г. - 34,4%, 2014 г. - 33,1%, 2015 г. - 28,5%); в структуре данной нозологии наибольшая доля приходится на ЦВЗ (50,8%) и ИБС (29,4%).

II место - ЗНО (доля 28,1%, в 2012 г. - 17,8%, 2013 г. - 20,4%, 2014 г. - 21,7, 2015 г. - 27,0%).

III место - психические расстройства и расстройства поведения (доля 7,9%, в 2012 г. - 4,1%, 2013 г. - 4,7%, 2014 г. - 5,4%, 2015 г. - 6,8%).

IV место заняли - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (доля 5,7%, в 2012 г. - 11,5%, 2013 г. - 11,2%, 2014 г. - 11,2%, 2015 г. - 8,8%).

V место - болезни нервной системы (доля 5,2%, в 2012 г. - 4,7%, 2013 г. - 5,0%, 2014 г. - 4,6%, 2015 г. - 5,0%).

VI место - болезни глаза и его придаточного аппарата (доля 4,5%, в 2012 г. - 2,3%, 2013 г. - 2,7%, 2014 г. - 2,6%, 2015 г. - 3,3%).

VII место - прочие болезни (доля 3,5%, в 2012-2013 гг. - около 1,0%, 2014 г. - 2,7%, 2015 г. - 4,6%).

VIII место - последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин (доля 3,1%, в 2012 г. - 7,1%, 2013 г. - 6,4%, 2014 г. - 5,6%, 2015 г. - 4,1%).

IX место - туберкулез (доля 3,0%, в 2012 г. - 2,8%, 2013 г. - 4,2%, 2014 г. - 3,0%, 2015 г. - 2,9%); ПИ по причине туберкулеза легких в данной нозологии занимает 60,4% (2015 г. - 62,3%).

X место - болезни уха и сосцевидного отростка (доля 2,03%, данная нозология ранее не входила в десятку в структуре ПИ).

Среди инвалидов трудоспособного возраста ПИ по причине ЗНО второй год превышает ПИ по причине БСК:

- ЗНО - 26,2% (2014 г. - 19,0%, 2015 г. - 23,9%);

- БСК - 23,3% (2014 г. - 25,6%, 2015 г. - 22,2%);

- психические расстройства и расстройства поведения - 7,8% (2014 г. - 6,8%, 2015 г. - 6,9%);

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 6,7% (2014 г. - 10,9%, 2015 г. - 9,8%);

- болезни нервной системы - 6,7% (2014 г. - 6,6%, 2015 г. - 7,1%);

- туберкулез - 6,2% (2014 г. - 6,0%, 2015 г. - 5,9%);

- последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин - 5,7% (2014 г. - 8,4%, 2015 г. - 6,4%);

- прочие болезни - 4,7% (2014 г. - 6,8%, 2015 г. - 6,8%);

- болезни органов пищеварения - 3,5%.

В пенсионном возрасте удельный вес БСК в структуре ПИ составил в 2016 г. 34,3% (2014 г. - 40%, 2015 г. - 34,2%), данная нозология остается на первом ранговом месте. ЦВЗ в данной возрастной категории занимают 54,3%, ИБС - 28,0%.

Далее следуют ЗНО - 29,6% (2014 г. - 24,1%, 2015 г. - 29,9%), психические расстройства и расстройства поведения - 7,9% (2014 г. - 4,5%, 2015 г. - 6,8%) и болезни костно-мышечной системы - 4,9% (2014 г. - 11,5%, 2015 г. - 7,9%).

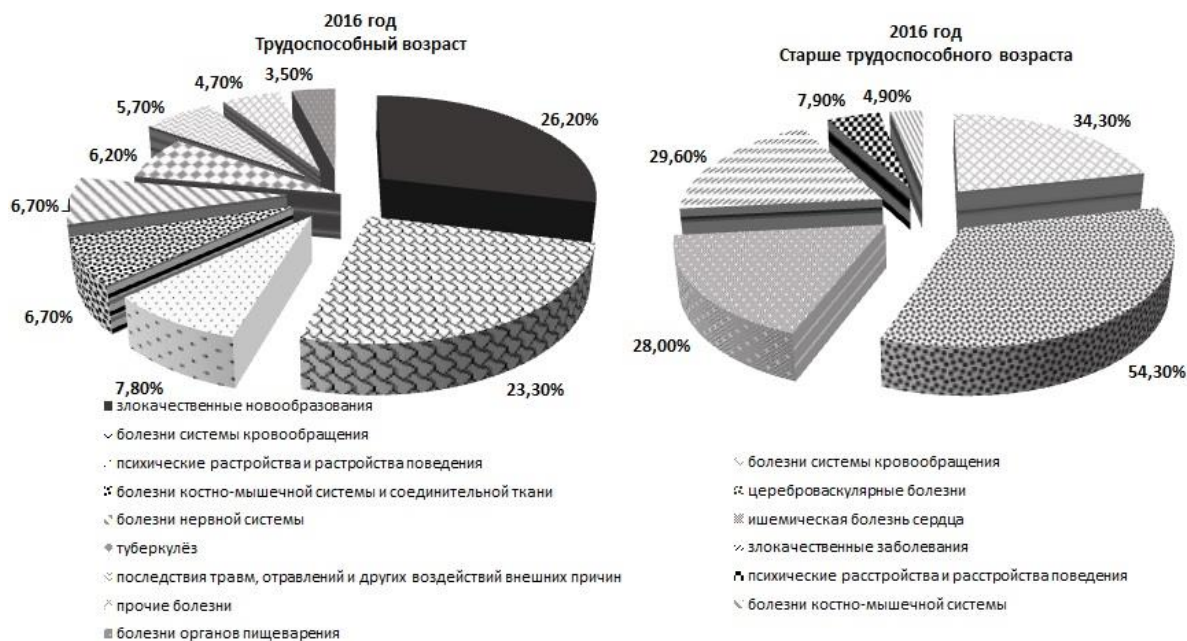


Рис. 58. Структура ПИ по нозологическим формам за 2016 г.

ПИ по причине БСК имеют самый высокий показатель среди всех нозологических форм (15,5 на 10 тыс. взрослого населения, 2014 г. - 19,0, 2015 г. - 16,5). Интенсивный показатель ПИ по причине ЗНО по республике составляет 14,9 на 10 тыс. взрослого населения (2014 г. - 12,4, 2015 г. - 15,6). Уровень ПИ по причине психических расстройств и расстройств поведения в 2016 г. составил 4,2 на 10 тыс. взрослого населения (2014 г. - 3,1, 2015 г. - 3,9). На болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани приходится 3,0 случая на 10 тыс. взрослого населения (2014 г. - 6,4, 2015 г. - 5,1).

Из числа ВПИ в 2016 г. группа инвалидности установлена «бессрочно» в 349 случаях или в 9,8% (2012 г. - 12,6%, 2013 г. - 13,0%, 2014 г. - 8,4%, 2015 г. - 7,6%).

Результаты переосвидетельствований взрослого населения. В течение 2016 г. в Бюро МСЭ по РК и его филиалах переосвидетельствовано 12 373 чел. (2012 г. - 18 267, 2013 г. - 16 300, 2014 г. - 14 158, 2015 г. - 13 219) в возрасте 18 лет и старше, в том числе городских жителей - 9 783 или 79,1% (2015 г. - 10 564 или 80,0%), сельских жителей - 2 590 или 20,9% (2015 г. - 2 655 или 20,0%). Доля повторно освидетельствованных граждан вновь несколько уменьшилась среди населения городов и увеличилась среди сельского населения.

Из общего числа повторно освидетельствованных граждан с целью определения группы инвалидности освидетельствовано 8 320 или 67,2% (2012 г. - 66,8%, 2013 г. - 69,5%, 2014 г. - 69,3%, 2015 г. - 68,0%).

Инвалидность установлена в 7 844 случае, что составляет 94,3% (в 2012 г. - 11 818 или 96,8%, 2013 г. - 10 877 или 96%, 2014 г. - 9 275 или 94,5%, 2015 г. - 8 421 или 93,6%).

В структуре повторной инвалидности:

I место - БСК - 27,6% (2013 г. - 31,0%, 2014 г. - 30,8%, 2015 г. - 29,4%);

II место - ЗНО - 18,5% (2013 г. - 13,1%, 2014 г. - 13,5%, 2015 г. - 15,5%);

III место - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 12,5% (2013 г. - 14,5%, 2014 г. - 14,9%, 2015 г. - 14,7%);

IV место - психические расстройства и расстройства поведения - 10,0% (2013 г. - 7,4%, 2014 г. - 7,9%, 2015 г. - 8,7%);

V место - болезни нервной системы - 7,0% (2013 г. - 7,1%, 2014 г. - 6,5%, 2015 г. - 7,1%).

Таблица 68

Показатели повторной инвалидности на 10 тыс. взрослого населения за 2012-2015 гг.

Год / Показатель	Уровень повторной инвалидности			Показатели по тяжести инвалидности (%)			По возрастным категориям (%)		
	Всего	трудосп. возраст	пенсион. возраст	I группа	II группа	III группа	I	II	III
2012	166,5	135,4	271,1	11,2	34,0	54,8	26,4	36,1	37,5
2013	155,6	121,8	262,4	11,1	31,4	57,5	24,8	34,7	40,5
2014	134,7	103,7	227,7	12,2	29,4	58,4	24,9	32,9	42,2
2015	124,0	91,6	216,1	13,2	28,5	58,3	24,4	30,3	45,3
2016	117,1	84,2	205,6	13,6	28,9	57,4	24,8	27,6	47,6

Уровень повторной инвалидности снижается, что, вероятно, связано с увеличением количества лиц, признанных инвалидами «бессрочно» (табл. 68).

Структура по тяжести: намечается тенденция увеличения доли первой группы инвалидности.

По возрастным группам:

- практически не изменилась доля первой возрастной группы (18-44 года);
- продолжилось снижение доли второй возрастной группы (женщины 45-54 года и мужчины 45-59 лет);
- доля третьей возрастной группы (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше) постепенно возрастает.

Не признано инвалидами при переосвидетельствовании 476 чел. (2014 г. - 535, 2015 г. - 571).

Показатель полной реабилитации (рис. 59) в 2016 г. составил 5,7%, за последние пять лет после постоянного роста данный показатель несколько снизился.

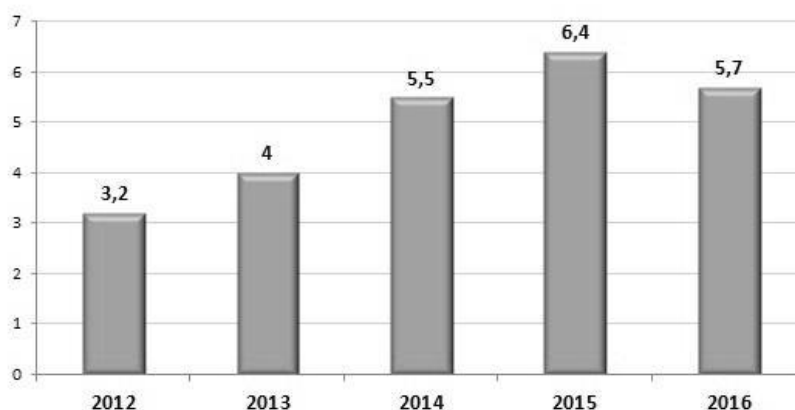


Рис. 59. Динамика показателя полной реабилитации инвалидов по республике за 2012-2016 гг. (в %)

Группа инвалидности не изменилась у 75,3% лиц, повторно признанных инвалидами (2014 г. - 76,8%, 2015 г. - 74,7%). Более «легкая» группа установлена у 14,9%, более «тяжелая» - у 14,1% (2014 г. - 16,0% и 12,4%, 2015 г. - 16,1% и 14,9% соответственно). Показатель суммарной реабилитации составил 11,3%.

При переосвидетельствовании у 39,0% лиц, повторно признанных инвалидами, группа инвалидности установлена «бессрочно» (2012 г. - 38,3%, 2013 г. - 43,8%, 2014 г. - 39,2%, 2015 г. - 36,6%).

Результаты деятельности учреждений МСЭ по разработке ИПР и ПРП. За 2016 г. разработано 15 420 (2012 г. - 23 350, 2013 г. - 20 623, 2014 г. - 17 632, 2015 г. - 16 522) программ реабилитации (в том числе, ИПРА - 12 797 и ПРП - 2 623), что на 6,7% меньше, чем в 2015 г. ИПР или абилитации гражданам, признанным инвалидами, разрабатываются в 100% случаев.

Выдано ИПР всего 15 416, то есть в 99,97% случаев от общего числа разработанных (2014 г. - 99,99%, 2015 г. - 100%).

Мероприятия по медицинской реабилитации рекомендованы в 100% случаев, санаторно-курортное лечение - в 18,8% ИПРА (2015 г. - 26,3%) и в 86,7% ПРП (2015 г. - 88,9%).

Меры профессиональной ориентации рекомендованы в 21,6% ИПРА (2015 г. - 26,3%), в 1,7% ПРП (2015 г. - 1,1%), трудоустройство в 50,2% ИПРА (2015 г. - 70,3%) и в 94,0% ПРП (2015 г. - 95,5%).

ТСР рекомендованы 6 112 инвалидам в ИПРА (2015 г. - 6 670) или 53,7% от числа лиц, признанных инвалидами (2015 г. - 47,9%). В ПРП рекомендации в ТСР получили 689 чел. (в 2015 г. - 678).

Результаты освидетельствования и переосвидетельствования для определения степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ). Освидетельствовано впервые 460 чел. (2014 г. - 416, 2015 г. - 389), из них установлен процент УПТ в 343 случаях или 74,6% от числа обратившихся граждан (2014 г. - 87%, 2015 г. - 84,8%). Количество обратившихся впервые с данной целью к 2016 г. увеличилось на 18,3% по сравнению с 2015 г., в то же время процент определения УПТ снизился.

Переосвидетельствовано всего 2 291 чел. (2014 г. - 2 264, 2015 г. - 2 260), из них для установления процента УПТ - 995 чел. или 43,4% от числа направленных на переосвидетельствование (2014 г. - 42,4%, 2015 г. - 39,4%). Процент УПТ установлен в 99,8% случаев (2014 г. - 99,7%, 2015 г. - 99,9%).

С целью переосвидетельствования для определения нуждаемости в мерах реабилитации (для разработки ПРП) обратилось 1 296 чел. или 56,6% от числа повторно освидетельствованных (2014 г. - 1 305 или 57,6%, 2015 г. - 1 369 или 60,6%). Нуждаемость в мерах реабилитации определена в 100% случаев (2014 г. - 99,5%, 2015 г. - 100%).

Бессрочно установлена степень УПТ 288 гражданам (2014 г. - 332, 2015 г. - 334), что составило 21,6% от числа лиц, которым определена степень УПТ в процентах (2014 г. - 25,2%, 2015 г. - 27,4%).

Анализ показателей инвалидности детского населения. По данным Отделения Пенсионного фонда РФ по РК на 01.01.2017 г. в республике насчитывается 3 215 детей с категорией «ребенок-инвалид» в возрасте 0-17 лет (2013 г. - 3 157, 2014 г. - 3 065, 2015 г. - 3 198).

Показатель распространённости детской инвалидности в целом по РК составил 171,8 на 10 тыс. детского населения (2015 г. - 172,6). Если рассмотреть данный показатель в динамике, то с 2006 г. по 2010 г. значительных колебаний его не наблюдалось. Показатель то незначительно снижался, то возрастал. В 2011-2012 гг. данный показатель резко возрос, что связано с уменьшением общего количества детского населения в республике (снижение численности детского населения в возрасте от 0 до 17 лет в 2012 г. по сравнению с 2010 г. составило 8,5 тыс. чел.) на фоне относительно стабильного количества детей-инвалидов (2010 г. - 3 125, 2012 г. - 3 146). В 2012 г. по сравнению с 2006 г. рост показателя распространённости детской инвалидности составил 7,5%. В 2013-2014 гг. указанный показатель продолжил снижаться, что было связано с ростом численности детского населения. Волна увеличения показателя в 2015 г. была связана с

увеличением числа ВПИ среди детей, а снижение показателя в 2016 г. - с уменьшением числа ВПИ (рис. 60).

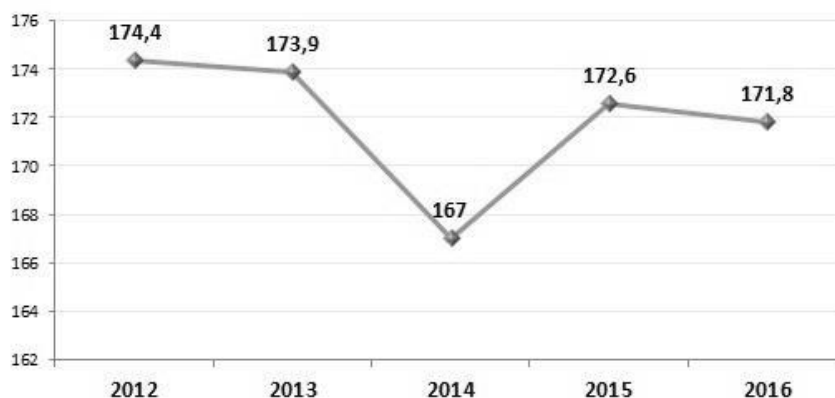


Рис. 60. Распространённость детской инвалидности

Первичная инвалидность детского населения (рис. 61). За 2016 г. впервые с целью определения категории «ребёнок-инвалид» в Бюро МСЭ по РК было направлено 486 чел. (2012 г. - 481, 2013 г. - 489, 2014 г. - 522, 2015 г. - 585). Первичная обращаемость детей из городов занимает 81,9% от общего числа обратившихся в учреждения МСЭ (2014 г. - 78,2%, 2015 г. - 80,9%).

Впервые признано инвалидами 356 чел. (2012 г. - 380, 2013 г. - 366, 2014 г. - 392, 2015 г. - 436). Удельный вес детей, признанных инвалидами, составил 73,3% от общего числа направленных на МСЭ (2015 г. - 74,5%). Процент необоснованно направленных на МСЭ составил 26,7% (2013 г. - 25,2%, 2014 г. - 24,9%, 2015 г. - 25,5%).

Таким образом, показатель ПИ детского населения в 2016 г. составил 19,0 на 10 тыс. детского населения, что ниже уровня 2015 г. на 19,1% (2015 г. - 23,5), а уровня 2012 г. - на 10% (2012 г. - 21,1).

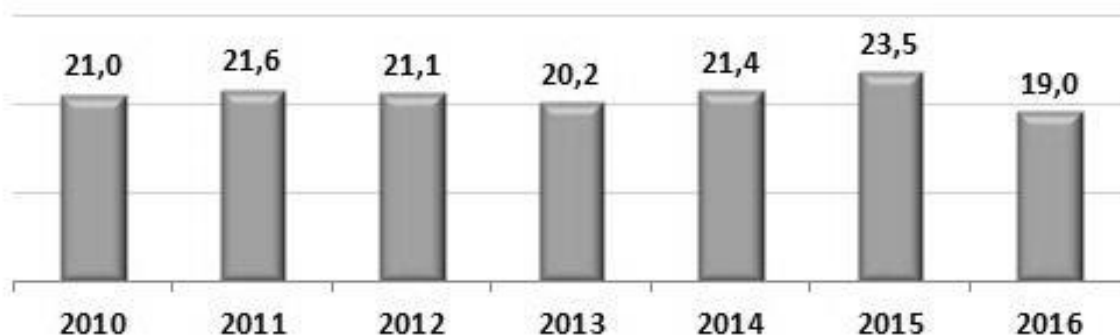


Рис. 61. Состояние ПИ детского населения в РК за 2010-2016 гг. (на 10 тыс. детского населения)

Данный показатель в 2016 г. среди городских детей составляет 20,2 (2013 г. - 20,2, 2014 г. - 21,1, 2015 г. - 24,5), среди детей сельских поселений - 15,2 (2013 г. - 19,9, 2014 г. - 22,3, 2015 г. - 20,3).

Показатель ПИ детского населения в РК в 2015 г. был ниже, чем в целом по РФ на 19% и по СЗФО - на 15%. В 2015 году ПИ в РК осталась ниже, чем по РФ - на 5,2%, но превысила показатель по СЗФО - на 4,9% (рис. 62).

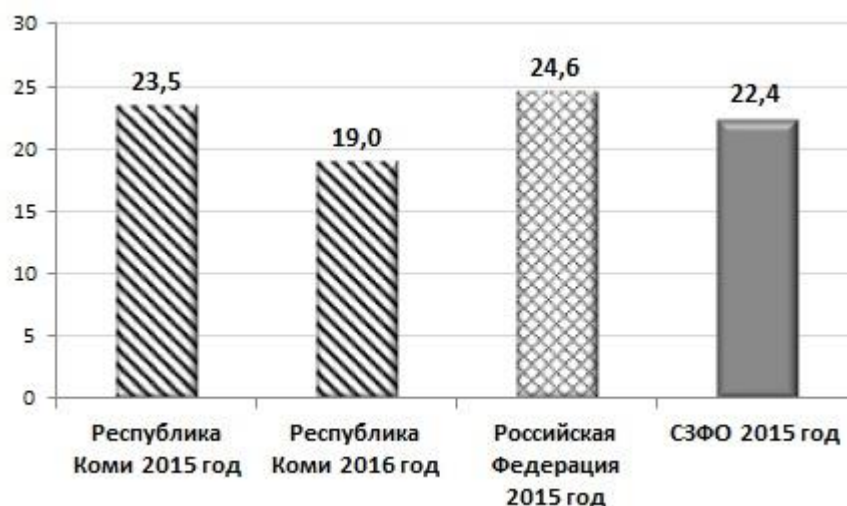


Рис. 62. Показатели ПИ по РК, РФ и СЗФО (на 10 тыс. детского населения)

В общем числе ВПИ среди детей по половому признаку, как и в предыдущих годах, доминируют мальчики (табл. 69).

Таблица 69

Уровень ПИ у детей с учетом пола и возраста на 10 тыс. соответствующего населения в 2016 г.

Половая принадлежность / Возраст	0-3 года		4-7 лет		8-14		15 лет и старше		Всего	
	абс.	показатель	абс.	показатель	абс.	показатель	абс.	показатель	абс.	показатель
Мужской	101	40,9	68	30,1	37	10,6	10	7,6	216	22,6
Женский	64	27,2	26	12,0	40	11,9	10	7,9	140	15,3
Оба пола	165	34,2	94	21,3	77	11,2	20	7,7	356	19,0

В первых двух возрастных категориях ППИ выше среди детей мужского пола. Самые высокие показатели отмечаются в возрасте 0-3 года.

Доля лиц мужского пола в общем числе ВПИ составила 60,7% (2013 г. - 61,5%, 2014 г. - 58,9%, 2015 г. - 54,6%), но после снижения в течение ряда лет, вновь доля мальчиков в структуре ПИ возросла. При анализе отчётной формы «7-д собес» выявлено, что это преобладание наблюдается по двум младшим возрастным группам:

- в возрасте от 0 до 3 лет - 61,2%;
- в возрасте от 4 до 7 лет - 72,3%.

В возрастной группе от 8 до 14 лет второй год подряд по половому признаку в структуре ПИ преобладают девочки (52,0%). В возрастной группе 15 лет и старше удельный вес мальчиков и девочек составил по 50,0%.

Чаще ПИ у мальчиков устанавливалась при следующих заболеваниях:

- новообразования - в 19 случаях из 26;
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - в 24 случаях из 46;
- психические расстройства и расстройства поведения - в 52 случаях из 70;
- болезни нервной системы - в 54 случаях из 79;
- болезни глаза и его придаточного аппарата - в 5 случаях из 8;
- болезни органов дыхания - в 2 случаях из 2;
- болезни органов пищеварения - в 3 случаях из 5;
- болезни мочеполовой системы - в 2 случаях из 2.

В структуре ПИ детского населения по возрастным категориям (рис. 63) преобладание возраста от 0 до 4 лет сохраняется и составляет 46,4% (2015 г. - 47,0%).

Возрастная группа от 4 до 7 лет встретилась в 26,4% (2015 г. - 22,7%), от 8 до 14 лет - в 21,6% (2015 г. - 23,6%), 15 лет и старше - в 5,6% (2015 г. - 6,7%).

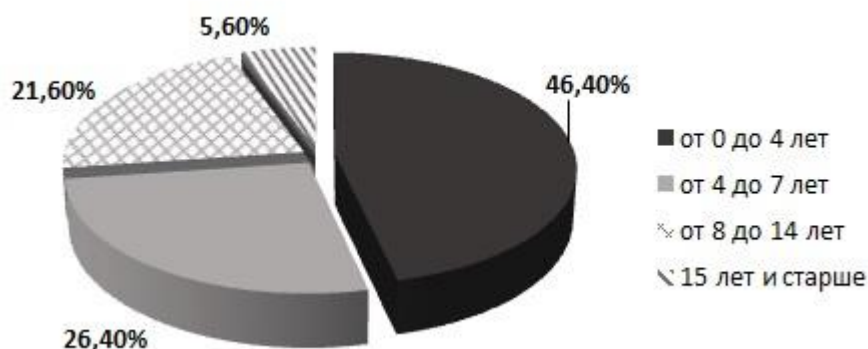


Рис. 63. Структура МД детского населения по возрастным группам за 2016 г.

В первой возрастной группе (от 0 до 3 лет) преобладает МД по причине болезней нервной системы - 33,9% (2015 г. - 28%). На втором месте - врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения - 32,1% (2015 г. - 22,4%), из их числа аномалии системы кровообращения составили 28,3% (2015 г. - 34,2%). На третьем месте - болезни эндокринной системы и расстройства питания - 8,5% (2015 г. - 4,9%). Четвертое и пятое места поделили поровну психические расстройства (расстройства поведения) и новообразования - по 7,3%.

В возрастной группе от 4 до 7 лет самыми распространенными причинами МД являются психические расстройства и расстройства поведения - 41,5% (2015 г. - 42,4%). Второе и третье места заняли болезни нервной системы и болезни эндокринной системы и расстройства питания - по 16,0% (2015 г. - 10,1% и 7,1% соответственно).

В возрастной группе от 8 до 14 лет на первом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения - 22,1% (2015 г. - 27,2%), на втором месте - болезни эндокринной системы и расстройства питания - 20,8% (2015 г. - 26,2%), на третьем месте - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения - по 10,4%.

У детей старше 15 лет преобладают болезни костно-мышечной системы - 40% случаев от общего числа первично освидетельствованных.

Структура МД по нозологическим формам (рис. 64).

I место (впервые с 2009 г.) - патология по причине болезней нервной системы, удельный вес которой составил 22,2% (с 2009 по 2015 гг. данная нозологическая группа находилась то на втором, то на третьем месте, доля составляла в 2014 г. - 19,6%, 2015 г. - 17,7% от общего числа МД).

В этой нозологической группе 70,9% случаев приходится на возраст от 0 до 3 лет, 19% - на возраст от 4 до 7 лет, 7,6% - на возраст от 8 до 14 лет, 2,5% - на возраст 15 лет и старше.

Показатель МД в данной нозологической группе составил 4,2 на 10 тыс. детского населения (2014 г. - 4,2, 2015 г. - 4,2).

II место - психические расстройства и расстройства поведения, удельный вес которых составил 19,7% (2014 г. - 21,2%, 2015 г. - 21,6%). Доля данной патологии в структуре МД снизилась.

Уровень МД при указанной патологии в республике составил 3,7 на 10 тыс. детского населения (2014 г. - 4,5, 2015 г. - 5,1). Из общего числа МД по причине психических расстройств и расстройств поведения 52,9% занимает умственная отсталость (2014 г. - 67,5%, 2015 г. - 59,6%).

В этой нозологической группе 17,1% случаев приходится на возраст от 0 до 3 лет, 55,7% - на возраст от 4 до 7 лет (максимальное количество), 24,3% - на возраст от 8 до 14 лет, 2,9% - на возраст 15 лет и старше

III место - патология по причине врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений, удельный вес которой составил 18,3% (2014 г. - 22,4%, 2015 г. - 22,5%).

Интенсивный показатель ПИ по причине врождённых аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений по республике в 2016 г. составил 3,5 на 10 тыс. детского населения (2014 г. - 4,8, 2015 г. - 5,3).

По причине ПИ с данной нозологией первенствует возрастная группа от 0 до 3 лет, вклад которой составляет 81,5%.

В структуре врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений доля аномалий системы кровообращения составляет 32,3% (2015 г. - 28,6%), аномалий центральной нервной системы и органов чувств - 13,8% (2015 г. - 13,3%), хромосомных аномалий - 16,9% (2015 г. - 17,3%).

IV место - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, удельный вес которых составил 12,9% (2014 г. - 9,4%, 2015 г. - 10,8%). Наиболее часто ПИ от указанной причины устанавливалась в возрастной группе от 8 до 14 лет - 34,8% от общего числа случаев ПИ от указанной причины. Показатель ПИ в 2016 г. составил 2,5 на 10 тыс. детского населения.

V место - новообразования, удельный вес которых составил 7,3% (2015 г. - 3,7%).

Далее ранговые места располагаются следующим образом:

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 5,6%;
- прочие болезни - 3,7%;
- болезни уха и сосцевидного отростка - 3,1%;
- болезни глаза, его придаточного аппарата - 2,2%;
- болезни органов пищеварения, травмы и отравления - по 1,4%.

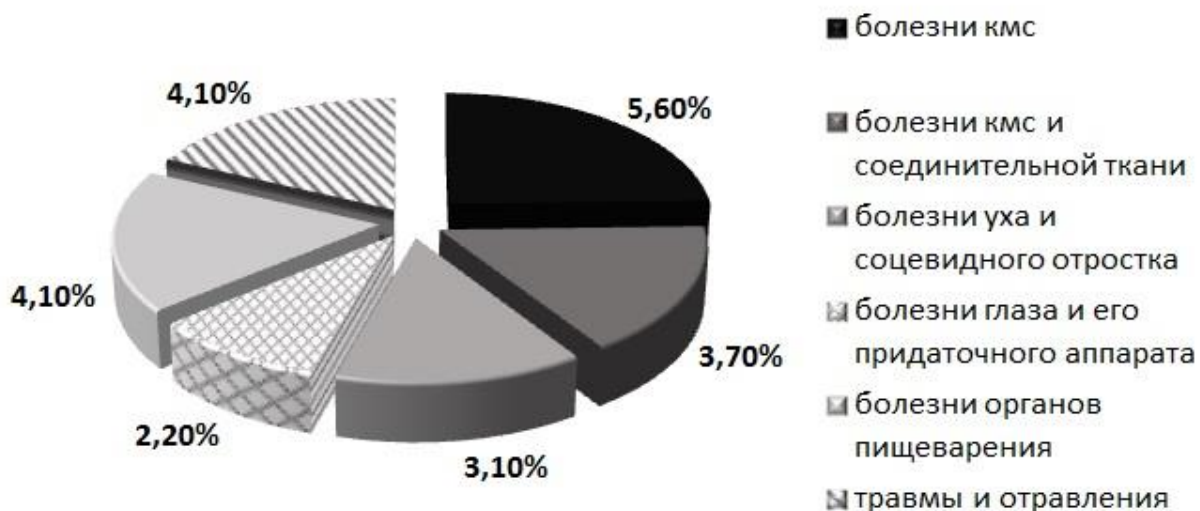


Рис. 64. Структура ПИ детского населения по нозологическим формам в 2016 г.

За 2016 г. всего переосвидетельствовано с целью определения инвалидности 1 373 ребенка (2014 г. - 1 454, 2015 г. - 1 365). Повторно признано инвалидами 1 295 или 94,3% (2014 г. - 1 357 или 93,3%, 2015 г. - 1 251 или 91,6%), в том числе городских жителей - 988 или 94,3% (2015 г. - 944 или 91,8%), сельских жителей - 307 или 94,2% (2015 г. - 307 или 91,1%) от числа обратившихся.

Показатели повторной инвалидности по республике (табл. 70) снижались за счет большего количества детей, ранее признанных инвалидами до достижения возраста 18 лет («бессрочно») и были ниже, чем в целом по РФ. В 2016 г. показатель несколько возрос.

За 2016 г. до достижения возраста 18 лет признано инвалидами по категории «ребенок-инвалид» - 255 чел. или 19,7% от общего числа признанных инвалидами (2014 г. - 322 или 18,4%, 2015 г. - 211 чел. или 12,5%).

Таблица 70

Показатели повторной инвалидности детского населения в разрезе возрастных категорий за 2012-2016 гг.

Год / Показатель / Возраст	Уровень повторной инвалидности по возрастам				Распределения по возрастам (% от общего числа ППИ)			
	0-3 года	4-7 лет	8-14 лет	15-17 лет	0-3 года	4-7 лет	8-14 лет	15-17 лет
2012	56,7	104,4	111,1	79,8	15,7	26,3	44,2	13,8
2013	51,0	105,4	102,9	73,4	15,1	28,3	43,8	12,8
2014	49,3	98,9	87,8	43,1	17,1	31,4	43,0	8,5
2015	47,6	91,9	76,7	39,4	18,3	32,1	41,3	8,3
2016	50,2	94,1	77,9	34,7	18,7	32,1	41,4	7,8

Не признано инвалидами 78 чел. (2014 г. - 97, 2015 г. - 114). Показатель полной реабилитации составил 5,7% (2013 г. - 5,9%, 2014 г. - 6,7%, 2015 г. - 8,4%). По РФ - показатель реабилитации в 2015 г. - 15,8%.

Распределение детей, повторно признанных инвалидами, по нозологическим группам:

1 место - психические расстройства и расстройства поведения с удельным весом 23,2% (2014 г. - 21,9%, 2015 г. - 21,4%).

2 место - врожденные аномалии (пороки развития) с удельным весом 22,1% (2014 г. - 22,8%, 2015 г. - 21,4%).

3 место - болезни нервной системы с удельным весом 19,5% (2014 г. - 18,8%, 2015 г. - 21,6%).

4 место - болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ с удельным весом 11,1% (2014 г. - 11,0%, 2015 г. - 9,8%).

5 место - болезни уха и сосцевидного отростка с удельным весом 5,8% (2014 г. - 5,7%, 2015 г. - 5,7%).

Результаты реабилитационной работы по возвращенным ИПР при переосвидетельствовании детей-инвалидов. В целом по республике за 2016 г. было разработано 1 853 ИПР или абилитации инвалида (2012 г. - 2 216, 2013 г. - 2 080, 2014 г. - 1 916, 2015 г. - 1 960). Выдано детям-инвалидам 100% ИПРА. Из числа детей, признанных инвалидами, ИПРА разработано и выдано в 100% случаев.

Меры медицинской реабилитации были рекомендованы в 100,0% случаев, санаторно-курортное лечение - в 45,3% случаев (2015 г. - 32,6%), рекомендации по условиям организации обучения - в 81,4% случаев (2015 г. - 68%), трудоустройство - в 8,7% случаев (2015 г. - 1,3%), профориентация - в 19,8% случаев от общего числа ИПРА.

Технические средства реабилитации были рекомендованы в 35,9% случаев из числа выданных ИПР (2012 г. - 39,0%, 2013 г. - 42,4%, 2014 г. - 43,2%, 2015 г. - 38,4%), из них (от числа ТСР):

- ортопедическая обувь - 53,6%;
- абсорбирующее белье и подгузники - 34,4%;
- трости, костыли, опоры, ходунки, поручни - 24,5%;
- кресла-коляски - 29,0%;
- слуховые аппараты - 11,3%.

От числа признанных инвалидами ТСР рекомендованы 40,3% детей (2015 г. - 44,6%) из них:

- ортопедическая обувь - 21,6%;

- абсорбирующее белье и подгузники - 11,3%;
- трости, костыли, опоры, ходунки, поручни - 9,9%;
- кресла-коляски - 11,7%;
- слуховые аппараты - 4,5%.

Выводы:

1. Отмечается общее снижение обращений граждан в Бюро МСЭ по РК как среди взрослого, так и среди детского населения. Также снижается количество обращений с целью определения инвалидности.

2. В целом по республике, начиная с 2010 г., наблюдалось снижение показателя ПИ среди лиц старше 18 лет, причем это снижение происходило среди населения как трудоспособного, так и пенсионного возраста. В 2015 г. произошел незначительный рост показателя за счет лиц трудоспособного возраста, в 2016 г. вновь произошло снижение как абсолютных, так и относительных данных (почти на 10% в сравнении с 2015 г.).

3. Структура ПИ по нозологическим формам среди взрослого населения в течение ряда лет менялось незначительно. Первые три ранговых места, как и в целом по РФ, стабильно распределялись между БСК, ЗНО и болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани. Но в 2016 г. на третье место, сместив болезни костно-мышечной системы на четвертое, вышли психические расстройства и расстройства поведения, их удельный вес в структуре ПИ постоянно растет.

4. Доля ПИ по причине БСК среди лиц старше 18 лет снижалась: с 51% в 2006 г. до 28,5% - в 2015 г., в 2016 г. произошло некоторое увеличение удельного веса данной нозологии. Наблюдается постоянный рост доли ЗНО: с 10,2% в 2006 г. до 28,1% - в 2016 г.

5. В 2016 г. произошло значительное снижение показателя ПИ среди детей (по сравнению с 2015 г. на 19%), данный показатель является самым низким за последние 8 лет.

6. Отмечается изменение структуры ПИ детского населения по нозологиям: на первое ранговое место вышли болезни нервной системы, патология по причине врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений переместилась на третье место. Психические расстройства и расстройства поведения заняли (как и в 2013-2014 гг.) второе место.

7. Наблюдается превышение показателя необоснованного направления на МСЭ по сравнению со среднероссийским, как среди взрослого, так и среди детского населения.

8. Самое большее число ВПИ среди детского населения отмечается в возрастной группе от 0 до 3 лет (ее доля составляет 34,2% от общего числа ВПИ детей).

ГЛАВА 3. Ресурсы здравоохранения

3.1. Сеть учреждений здравоохранения. В 2016 г. функционировало 87 учреждений здравоохранения, имеющих статус юридического лица (табл. 71). Уменьшение численности учреждений в 2016 г. произошло за счет реорганизации Центра контроля качества и сертификации лекарственных средств путем присоединения к ГКУ РК «Центр обеспечения деятельности Министерства здравоохранения Республики Коми», Воркутинского центра медицинской профилактики путем присоединения к ГБУЗ РК «Воркутинская поликлиника», Городской поликлиники п. Водный путем присоединения к ГБУЗ РК «Ухтинская поликлиника» и Жешартской районной больницы путем присоединения к ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ».

В динамике за последние 5 лет сеть учреждений здравоохранения претерпела существенные изменения. В целях наиболее эффективного использования ресурсов здравоохранения и оптимизации медицинского обслуживания населения уменьшилось количество медицинских организаций, являющихся юридическими лицами. Так, за последние 5 лет число диспансеров сократилось на 1 единицу, больничных учреждений - на 4 единицы, поликлиник - на 3 единицы, в том числе стоматологических поликлиник - на 2 единицы, прочих медицинских учреждений - на 4 единицы. Также было сокращено число ФАПов (за последние 5 лет - на 14 единиц), участковых больниц (на 2 единицы), врачебных и фельдшерских здравпунктов (на 14 единиц). Сокращение числа ФАПов было связано со значительным уменьшением численности населения в тех населенных пунктах, которые обслуживались указанными ФАПами, а также отсутствием медицинских работников, обслуживающих данные ФАПы. Сокращение численности участковых больниц проводилось путем реорганизации их в ФАПы.

Таблица 71

Сеть государственных учреждений здравоохранения РК в 2012-2016 гг.

Типы учреждений / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
I. Больничные учреждения:	44	42	42	41	40
Республиканская больница	1	1	1	1	1
Детская республиканская больница	1	1	1	1	1
Городские больницы	6	6	6	6	6
Детские городские больницы	2	2	2	2	2
Больницы скорой медицинской помощи	1	1	1	1	1
Госпитали для ветеранов войн и участников боевых действий	1	1	1	1	1
Самостоятельные родильные дома	2	2	2	2	2
Центральные районные больницы	16	16	16	16	16
Районные больницы	5	3	3	3	2
Участковые больницы	1	1	1	-	-
Участковые больницы, входящие в состав ЦРБ	16	16	16	16	14
Специализированные больницы:	3	3	3	3	3
инфекционные больницы для взрослых	2	2	2	2	2
офтальмологические больницы	1	1	1	1	1
Психиатрические больницы	3	3	3	3	3
Перинатальный центр	1	1	1	1	1
Центры восстановительной терапии	1	1	1	1	1
II. Диспансеры, всего	9	9	9	8	8
Диспансеры, имеющие стационар круглосуточного пребывания:	8	8	8	7	7
противотуберкулезные	3	3	3	3	3
онкологические	1	1	1	1	1
кожно-венерологические	1	1	1	1	1
психоневрологические	1	1	1	-	0
наркологические	1	1	1	1	1
кардиологические	1	1	1	1	1

Диспансеры, оказывающие только амбулаторно-поликлиническую помощь:	1	1	1	1	1
врачебно-физкультурные	1	1	1	1	1
III. Фельдшерско-акушерские пункты	314	311	305	303	300
IV. Амбулаторно-поликлинические учреждения самостоятельные:	17	17	17	17	16
поликлиники	9	9	9	9	8
амбулатории	-	-	-	-	-
детские поликлиники	4	4	4	4	4
центр СПИД	1	1	1	1	1
медицинские диагностические центры	1	1	1	1	1
прочие учреждения (физиополитклиника, центр профессиональной патологии)	2	2	2	2	2
V. Здравпункты (врачебные и фельдшерские)	16	13	9	11	2
врачебные	3	3	1	1	-
фельдшерские	13	10	8	10	2
VI. Стоматологические поликлиники самостоятельные	6	6	6	4	4
ЛПУ, имеющие стоматологические отделения, кабинеты	35	33	38	31	33
VII. Станции скорой медицинской помощи:					
самостоятельные	2	2	2	2	2
входящие в состав других учреждений	32	31	30	30	29
VIII. Санаторно-курортные учреждения	6	6	6	6	6
IX. Дома ребенка	3	3	3	3	3
X. Прочие медицинские учреждения:	12	12	13	10	8
Центры медицинской профилактики	1	1	1	1	-
Бюро судебно-медицинской экспертизы	1	1	1	1	1
Патологоанатомическое бюро	1	1	1	1	1
Станции переливания крови	1	1	1	1	1
МИАЦ	1	1	-	-	-
Бюро медицинской статистики	-	-	1	1	1
ГУЗ РК "Резерв"	1	1	1	1	1
"Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств"	1	1	1	1	-
ГБУ РК "Автотранспортное управление здравоохранения РК"	1	1	1	1	1
ГБУ РК "Главное управление материально-технического обеспечения здравоохранения РК"	1	1	1	1	1
ГБУЗ РК "Медтехника"	2	2	2	-	-
ГБУ РК "Территориальный центр медицины катастроф РК"	-	-	1	1	1
ГБУЗ РК "Медавтотранспорт"	1	1	1	-	-
Всего число медицинских организаций (юридических лиц)	99	97	98	91	87

Во всех городах и районах РК функционируют больничные учреждения. 9 из 40 стационарных учреждений располагаются в столице РК (табл. 72). В отдаленных сельских населенных пунктах функционируют 14 участковых больниц, входящих в состав ЦРБ: 6 - в Усть-Куломском районе; по 2 - в Ижемском и Удорском районах; по 1 - в Усинском, Усть-Цилемском, Печорском и Княжпогостском районах. Кроме того, без статуса юридического лица функционируют 4 районные больницы: в с. Летка (Прилузский район), с. Сторожевск (Корткеросский район), с. Благоево (Удорский район) и пгт. Жешарт (Усть-Вымский район).

Таблица 72

**Число больничных учреждений здравоохранения (юридические лица)
по типу и месту расположения в 2016 г.**

Территории РК / Тип учреждения	Республиканские больницы (вкл. детские)	Городские больницы	Детские городские больницы	Больницы скорой медицинской помощи	Госпитали	Роддома	Центральные районные больницы	Районные больницы	Участковые больницы	Инфекционные больницы	Офтальмологические больницы	Психиатрические больницы	Перинатальные центры	Центры восстановительного лечения
Вуктыльский							1							
Ижемский							1							
Княжпогостский							1							
Койгородский							1							
Корткеросский							1							
Печорский							1							1
Прилузский							1							
Сосногорский							1	2						
Сыктывдинский							1							
Сысольский							1							
Троицко-Печорский							1							
Удорский							1							
Усинский							1							
Усть-Вымский							1							
Усть-Куломский							1							
Усть-Цилемский							1							
Воркута		1	1	1		1				1		1		
Инта		1												
Ухта		1	1			1					1	1		
Сыктывкар	2	3			1					1		1	1	
РК	2	6	2	1	1	2	16	2	0	2	1	3	1	1

В РК функционируют семь типов диспансеров, которые расположены в четырёх городских округах (табл. 73). В сельских территориях специализированных диспансерных служб нет. Медицинская помощь лицам, страдающим туберкулезом, кожными и венерическими заболеваниями, наркологическими расстройствами, ЗНО, организована на уровне специализированных приемов в амбулаторно-поликлинических учреждениях ЦРБ. Для обеспечения высококвалифицированной специализированной диагностической и лечебной помощи на базе стационара пациенты направляются из территорий в республиканские диспансеры.

Таблица 73
Число диспансеров (юридические лица) по типу и месту расположения в 2016 г.

Территории РК / Тип диспансера	Кардиологические	Психоневрологические	Наркологические	Онкологические	Кожно-венерологические	Противотуберкулезные	Врачебно-физкультурные
Печора						1	
Воркута						1	
Ухта							
Сыктывкар	1		1	1	1	1	1
РК	1	0	1	1	1	3	1

Мощность стационарных учреждений в 2016 г. составила 7 806 коек круглосуточного пребывания (табл. 74). В динамике отмечается четкая тенденция снижения числа коек, что связано со снижением численности населения РК и приведением числа коек в соответствие с рекомендуемыми нормативами программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.

Таблица 74

**Мощность стационарных учреждений (включая диспансеры)
в разрезе территорий РК в 2012-2016 гг.**

Территории РК / Год	Количество коек (круглосуточного и дневного пребывания)					Отклонение от 2012 (ед.)
	2012	2013	2014	2015	2016	
Вуктыльский	110	108	114	106	99	-11
Ижемский	104	103	102	102	102	-2
Княжпогостский	159	139	139	140	119	-40
Койгородский	72	72	72	72	72	
Корткеросский	94	89	80	80	80	-14
Печорский	563	562	572	572	536	-27
Прилузский	115	115	109	112	97	-18
Сосногорский	201	200	192	192	132	-69
Сыктывдинский	45	28	28	37	37	-8
Сысольский	90	83	83	83	76	-14
Троицко-Печорский	113	108	100	103	103	-10
Удорский	111	111	111	108	91	-20
Усинский	317	294	303	290	215	-102
Усть-Вымский	128	126	109	99	82	-46
Усть-Куломский	167	147	125	129	105	-62
Усть-Цилемский	90	85	87	83	83	-7
Воркута	1142	1115	1114	1087	838	-304
Инта	260	245	251	251	221	-39
Ухта	957	907	916	931	901	-56
Сыктывкар	3970	3943	3940	3986	3757	-213
РК	8808	8580	8547	8563	7806	-1002

Амбулаторно-поликлиническая сеть. Основным направлением современной стратегии организации медицинской помощи населению является преимущественное развитие амбулаторно-поликлинической помощи. Сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих медицинскую помощь населению в республике, состоит из двух типов: самостоятельные учреждения (юридические лица) и амбулаторно-поликлинические подразделения, входящие в состав больничных комплексов.

В 2016 г. в городских округах региона продолжили осуществлять деятельность 16 амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих статус самостоятельного юридического лица. На селе работают только подразделения ЦРБ, оказывающие населению амбулаторно-поликлиническую помощь.

Таблица 75

**Число амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения
(юридические лица) по типу и месту расположения в 2016 г.**

Территории РК / Тип МО	Поликлиники	Детские поликлиники	Медицинские диагностические центры	Центры по профилактике и борьбе со СПИДом	Физиополитники	Центр профессиональной патологии
Воркута	1					1
Ухта	2				1	
Сыктывкар	5	4	1	1		
РК	8	4	1	1	1	1

Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений в целом по республике повысилась с 29 114,2 посещения в смену в 2012 г. до 29 710 - в 2016 г.

Фельдшерско-акушерские пункты. По сравнению с 2012 г., с учетом упраздненных и вновь введенных в эксплуатацию, количество ФАП в РК сократилось на 14 единиц (табл. 76).

Таблица 76

Количество ФАП в городах и районах РК в 2012-2016 гг.

Территории РК / Год	2012	2013	2014	2015	2016	Отклонение от 2012 (ед.)
Вуктыльский	5	5	5	5	5	
Ижемский	20	20	20	20	20	
Княжпогостский	18	18	18	18	16	-2
Койгородский	12	12	12	12	12	
Корткеросский	25	24	24	25	25	
Печорский	24	24	24	24	24	
Прилузский	33	33	33	31	31	-2
Сосногорский	11	11	11	11	11	
Сыктывдинский	13	13	12	12	11	-2
Сысольский	15	15	15	15	15	
Троицко-Печорский	19	17	16	16	14	-5
Удорский	18	18	18	17	17	-1
Усинский	11	11	8	8	8	-3
Усть-Вымский	12	12	12	12	12	
Усть-Куломский	33	33	32	32	33	
Усть-Цилемский	24	24	24	24	24	
Воркута	2	2	2	2	2	
Инта	8	8	8	8	8	
Ухта	8	8	8	8	8	
Сыктывкар	3	3	3	3	4	+1
РК	314	311	305	303	300	-14

В связи территориальными особенностями РК (значительной удалённостью ряда населённых пунктов друг от друга) в РК создана сеть домовых хозяйств, на которые возложены функции по оказанию первой помощи. В 2016 г. функционировало 64 таких домовых хозяйства (в 2015 г. - 49).

За последние 5 лет уменьшилось количество здравпунктов (врачебных и фельдшерских) - с 9 до 2 единиц.

В РК в 2016 г. продолжили работу 6 санаторно-курортных учреждений, из них четыре для лечения детей: «Санаторий «Лозым», «Детский санаторий «Кедр», «Корткеросский детский противотуберкулёзный санаторий», «Детский противотуберкулёзный санаторий «Кажим».

3.2. Вопросы территориального планирования и развития отрасли. На 31 декабря 2016 г. в РК функционировали:

47 государственных больничных учреждений (включая диспансеры) на 7 796 круглосуточных коек и 456 мест дневного пребывания;

16 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений для взрослого и детского населения и 1 диспансер, оказывающий только амбулаторную помощь;

300 ФАПов;

4 стоматологические поликлиники;

стационары дневного пребывания при больнице с числом мест 456;

дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях на 1378 мест;

стационары на дому на 78 мест;

2 станции СМП и 29 отделений СМП.

Программа территориального планирования в сфере здравоохранения в РК в 2016 г. реализовывалась в соответствии с приказом МЗ РФ от 27.02.2016 г. №132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения»

МЗ РК была проведена работа по оценке доступности медицинской помощи в РК. Анализ доступности отдельных видов медицинской помощи на территории республики

проводился с помощью информационного ресурса МЗ РФ - геоинформационного портала «Система мониторинга показателей в сфере здравоохранения Российской Федерации».

В рамках указанной работы проведен анализ доступности медицинской помощи для жителей различных населенных пунктов РК и утвержден План мероприятий («дорожная карта») по обеспечению доступности медицинской помощи в населенных пунктах, находящихся вне зоны медицинского обслуживания.

Согласно «дорожной карте», обеспечение доступности в разрезе видов медицинской помощи будет достигнуто:

1) для первичной медико-санитарной помощи:

- использование выездных форм медицинской деятельности, в том числе с помощью мобильных медицинских комплексов (мобильные медицинские комплексы закреплены за ЦРБ и имеют статус межрайонных мобильных центров, базируются в ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ», ГБУЗ РК «Усть-Куломская ЦРБ», ГБУЗ РК «Ижемская ЦРБ», ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ», ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ»);

- строительство ФАП;

- организация деятельности новых домовых хозяйств.

2) для СМП:

- организация деятельности постов СМП в период сезонного половодья и ледостава;

- организация скорой специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации силами ГБУ РК «Территориальный центр медицины катастроф Республики Коми» в соответствии с приказом МЗ РК от 28.01.2015 г. №1/35 «Об организации оказания скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации и плановой консультативной медицинской помощи, осуществляемой ГБУЗ РК «Территориальный центр медицины катастроф Республики Коми»:

- приобретение санитарного автотранспорта для медицинских организаций в соответствии с приказом МЗ РК от 24.03.2016 г. №601-р «Об утверждении Плана-графика замены автомобилей СМП»;

- постановка на учёт в республиканский реанимационно-консультативный центр в соответствии с приказом МЗ РК от 13.05.2015 г. №8/377 «О мерах по улучшению взаимодействия государственных учреждений здравоохранения РК и республиканских реанимационно-консультативных центров для взрослых»;

- строительство объекта «Пристройка хирургического корпуса в п. Шудаяг».

В условиях сложной транспортной доступности отдельных территорий в РК утверждена и эффективно функционирует система маршрутизации пациентов между уровнями оказания медицинской помощи, соответствующая требованиям порядков оказания медицинской помощи, утверждённых МЗ РФ.

В предыдущие годы на базе крупных амбулаторно-поликлинических медицинских организаций гг. Сыктывкар, Ухта и Печора было организовано четыре межтерриториальных центров амбулаторной специализированной медицинской помощи:

- ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3» - для жителей г. Сыктывкара;

- ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр» - для жителей городов и районов РК;

- ГБУЗ РК «Ухтинская поликлиника» - для жителей г. Ухта, Сосногорского, Вуктыльского, Троицко-Печорского, Княжпогостского районов;

- ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ» - для жителей г. Печора и Печорского района, Ижемского, Усть-Цилемского, Усинского районов.

Также было организовано пять межтерриториальных центров стационарной медицинской помощи на базе пяти учреждений здравоохранения:

- ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница №1» - для жителей г. Ухты с подчиненной ему территорией, г. Сосногорска с подчиненной ему территорией, Княжпогостского, Вуктыльского, Троицко-Печорского районов;

- ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ» - для жителей г. Печоры с подчиненной ему территорией;
- ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи» - для жителей г. Воркуты с подчиненной ему территорией;
- ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» - для жителей городов и районов республики;
- ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» - для жителей г. Сыктывкара с подчиненной ему территорией, Сыктывдинского, Усть-Вымского, Корткеросского районов.

С 2009 г. в рамках программы совершенствования медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями в РК была организована деятельность РСЦ (для больных с ОНМК расположен на базе ГБУЗ РК «Коми республиканская больница», для больных с ОКС - на базе ГУ РК «Кардиологический диспансер») и сети ПСО. Первоначально ПСО были организованы на базе медицинских организаций в гг. Ухта, Печора и Воркута (ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница №1», ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ», ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи»). С 2015 г. ПСО было организовано на базе ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ». В 2017 г. планируется организация ПСО на базе ГБУЗ РК «Интинская ЦГБ». После организации ПСО в г. Инта уровень доступности специализированной медицинской помощи при ОКС и ОНМК для населения РК повысится до 92%.

С 2013 г. в РК в рамках реализации соответствующего направления приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения была организована сеть травматологических центров I, II и III уровней, расположенных вблизи автомобильных трасс федерального и регионального значения.

Качество и доступность медицинской помощи напрямую зависит от условий предоставления медицинской помощи, от состояния используемых для оказания медицинской помощи материальных ресурсов.

Необходимо отметить, что, несмотря на реализацию мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения, проблема устаревания основных фондов учреждений здравоохранения вследствие их физического износа, несоответствия условий предоставления медицинской помощи санитарно-гигиеническим нормам, остается актуальной. В части случаев для разрешения этой проблемы невозможно проведение ремонтных работ в связи с высоким износом эксплуатируемого недвижимого имущества.

До настоящего времени значительное количество учреждений здравоохранения и их структурных подразделений располагаются в деревянных постройках и приспособленных помещениях. Наиболее остро эта проблема обозначена в учреждениях здравоохранения, расположенных в сельских населенных пунктах.

Все центральные районные (городские) больницы, за исключением поликлиники ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ», введенной в строй в 2007 г., расположены в зданиях, построенных по типовым проектам 60-80-х годов, либо в приспособленных зданиях, не соответствующих современным санитарным нормам и требованиям.

Ряд объектов здравоохранения, расположенных в отдаленных территориях и сельской местности, не имеют централизованного водоснабжения, канализации, проводной телефонной связи.

МЗ РК разработана Стратегическая карта развития (строительства) объектов инфраструктуры отрасли «Здравоохранение» в разрезе муниципальных образований. В ходе работы проведен анализ потребности муниципальных образований РК в объектах социальной сферы.

Объекты, представленные в Стратегической карте, корреспондируют с:

- Государственной программой РК «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. №420;

- перечнем объектов, утвержденным постановлением Правительства РК от 07.04.2016 г. №179 «Об утверждении Перечня объектов недвижимого имущества, подлежащих приобретению в государственную собственность РК в 2016 году и плановом периоде 2017-2018 годов, а также в долгосрочном периоде за счет средств республиканского бюджета РК»;

- перечнем проектов государственно-частного партнерства в РК, утвержденным распоряжением Правительства РК от 13.11.2013 г. №437-р.

При составлении Стратегической карты определяющими факторами включения объектов являлись фактическое состояние объектов инвестиций и функционально-отраслевая значимость, предусмотренные Порядком ранжирования объектов капитального строительства для государственных и муниципальных нужд, предлагаемых для включения в проект адресной инвестиционной программы РК.

В соответствии со Стратегической картой развития (строительства) объектов инфраструктуры отрасли «Здравоохранение» требуется строительство (реконструкция) более 150 объектов здравоохранения, в том числе строительство ФАП, врачебных амбулаторий, участковых больниц и поликлиник, а также завершение строительства Санаторного комплекса в с. Серегово, реконструкция Республиканской инфекционной больницы в г. Сыктывкаре, реконструкция радиологического отделения Коми республиканского онкологического диспансера по ул. Гаражной в г. Сыктывкаре, реконструкция перехода между главным корпусом и консультативной поликлиникой Республиканской детской больницы, строительство лечебного корпуса в с. Усть-Цильма, многопрофильная больница с отделением для оказания медицинской помощи больным, пострадавшим в ДТП и др.

Реализация мероприятий по строительству и реконструкции объектов по отрасли «Здравоохранение» будет зависеть от финансирования в последующие годы.

В 2016 г. продолжалась работа по реорганизации маломощных учреждений здравоохранения. В 2016 г. приказом МЗ РК от 27.10.2016 г. создана рабочая группа по решению вопросов, связанных с оптимизацией инфраструктуры здравоохранения РК. Работа по оптимизации направлена на:

1) реорганизацию маломощных учреждений здравоохранения путем присоединения к более крупным (функционально близким) учреждениям здравоохранения;

2) преобразование участковых больниц, расположенных в населенных пунктах со стабильно снижающейся численностью населения, во врачебные амбулатории (с организацией коек сестринского ухода) или ФАП;

3) упразднение ФАП, расположенных в населенных пунктах с предельно низкой численностью приписного населения (менее 30 чел.), с прикреплением населения для осуществления медицинского обслуживания к ближайшему учреждению здравоохранения и организацией в населенном пункте деятельности домашнего хозяйства;

4) преобразование ФАП с численностью населения менее 300 чел. в фельдшерские здравпункты.

3.3. Кадровое обеспечение системы здравоохранения. Кадровое состояние здравоохранения республики характеризуется незначительным, но стабильным оттоком медицинского персонала из государственного сектора здравоохранения региона. В 2015 г. из государственной системы здравоохранения выбыло по разным причинам 307 врачей и 786 средних медработников, в 2016 г. - 260 врачей и 714 средних медработников. Основными причинами оттока кадров являются миграционные процессы, старение кадров, отток кадров в частную систему здравоохранения.

Таблица 77

Основные кадровые показатели

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016
------------------	------	------	------	------	------

Абсолютное количество врачей	3 435	3 450	3 479	3 449	3463
Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения) (РФ 2015 г. - 37,2)	38,6	39,2	39,5	39,9	40,4
город	44,1	44,7	44,6	45,0	45,5
село	19,8	20,4	21,9	22,0	22,5
Укомплектованность врачами (%)	52,3	52,4	51,5	51,0	51,8
Абсолютное количество среднего медперсонала	10 810	10 733	10 648	10 577	10 470
Обеспеченность средним медперсоналом (на 10 тыс. населения)	121,5	121,9	122,1	122,7	122,2
Укомплектованность средним медперсоналом (%)	69,7	67,0	71,8	71,8	67,9

Таблица 78

Обеспеченность медицинскими кадрами (в сравнении с РФ и СЗФО)

Год/ Показатель	Врачи		Врачи клинических специальностей		Средний медицинский персонал	
	всего (чел.)	на 10 тыс. населения	всего (чел.)	на 10 тыс. населения	всего (чел.)	на 10 тыс. населения
2014	3 479	39,5	2 074	23,8	10 648	122,1
2015	3 449	39,9	2 108	24,4	10 577	122,7
2016	3 463	40,4	2 114	24,7	10 470	122,2
РФ 2015	-	37,2	-	23,5	-	89,6
СЗФО 2015	-	42,3	-	26,5	-	91,1

В 2016 г. общая численность врачей в РК повысилась на 0,4% и составила 3 463 чел. (табл. 77). Обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения) увеличилась на 1,3% с 39,9 в 2015 г. до 40,4 - в 2016 г. Этот показатель выше уровня РФ на 7,3%.

Обеспеченность врачами сельских районов по сравнению с 2015 г. увеличилась на 2,3%, с 2011 г. - на 23,6%. Такая динамика связана с успешной реализацией программы «Земский доктор» (в РК в рамках постановления Правительства РК от 14.02.2012 г. №45 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников с высшим профессиональным образованием и средним профессиональным образованием, работающих в сельских населенных пунктах и поселках городского типа», принятого во исполнение статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»). В рамках реализации указанной программы в течение 2012-2016 гг. в сельские населенные пункты и поселки городского типа трудоустроились 186 врачей.

Показатель обеспеченности врачами клинических специальностей увеличился по сравнению с 2015 г. на 1,2% и составил 24,7 на 10 тыс. населения. В абсолютных значениях число врачей клинических специальностей увеличилось на 6 чел.. Анализируемый показатель выше уровня РФ на 3,8% (РФ 2015 г. - 23,5 на 10 тыс. населения) (табл. 78).

Несмотря на рост обеспеченности врачами, показатель укомплектованности остается низким (табл. 79). Низкий уровень показателя в настоящее время обусловлен изменениями штатных расписаний учреждений здравоохранения, связанных с их приведением к рекомендуемым требованиям Порядков оказания медицинской помощи, утвержденных приказами МЗ РФ.

Таблица 79

Динамика укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами в разрезе профилей в 2012-2016 гг. (в %)

Наименование специальности / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Врачи по форме №30	52,3	52,4	51,5	51,0	51,8
Терапевтический профиль	61,0	60,5	58,3	59,4	59,5

Хирургический профиль	51,7	51,3	47,5	48,2	47,9
Педиатрический профиль	52,4	48,9	51,2	53,3	53,7
Стоматологический профиль (включая чел-лиц. хирургов)	54,7	62,9	59,8	59,1	59,9

Не удалось существенно переломить ситуацию, связанную с низкой укомплектованностью врачебных должностей urgentных специальностей (врачей СМП, анестезиологов-реаниматологов) и таких специальностей как «диетолог», «аллерголог-иммунолог», «рефлексотерапевт», «нейрохирург», «трансфузиолог», «эндоскопист», «патологоанатом», «судебно-медицинский эксперт», «врач клинической лабораторной диагностики», «травматолог-ортопед», «сердечнососудистый хирург», «нарколог», «психотерапевт». Не укомплектованы физическими лицами должности по специальности «колопроктология».

В настоящее время низкая укомплектованность врачей диетологов компенсируется медицинскими сестра диетическими, врачей клинико-лабораторной диагностики - биологами.

Коэффициент совместительства врачей на протяжении последних пяти лет остается высоким и в 2016 г. в целом по республике составил 1,77 (табл. 80), что свидетельствует как о недостаточной обеспеченности врачами по ряду специальностей, так и о высокой интенсивности их труда.

Таблица 80

Динамика коэффициента совместительства врачей в разрезе профилей в 2012-2016 гг.

Наименование специальности / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Врачи по форме №30	1,82	1,79	1,81	1,80	1,77
Терапевтический профиль	1,56	1,53	1,58	1,53	1,53
Хирургический профиль	1,91	1,90	2,04	2,01	2,01
Педиатрический профиль	1,82	1,98	1,87	1,80	1,78
Стоматологический профиль (включая чел-лиц. хирургов)	1,47	1,28	1,38	1,45	1,40
Психиатрический профиль	1,74	1,59	2,02	2,01	1,89

В государственных учреждениях здравоохранения высокий уровень совместительства имеется по ряду «труднокомплектуемых» врачебных специальностей: «диетолог», «аллерголог-иммунолог», «рефлексотерапевт», «нейрохирург», «трансфузиолог», «эндоскопист», «патологоанатом», «судебно-медицинский эксперт», «врач клинической лабораторной диагностики», «травматолог-ортопед», «сердечнососудистый хирург», «нарколог», «психотерапевт».

Общая численность среднего медицинского персонала продолжает уменьшаться. Так, в течение 2016 г. численность среднего медицинского персонала сократилась на 1,0% и составила 10 470 чел. Обеспеченность на 10 тыс. населения сократилась на 0,4% со 122,7 работника на 10 тыс. населения в 2015 г. до 122,2 - в 2016 г. (табл. 77).

Показатель укомплектованности штатных должностей физическими лицами среднего медицинского персонала по итогам 2016 г. составил 67,9%, что ниже уровня 2015 г. на 3,9% (табл. 81). Коэффициент совместительства в 2016 г. несколько увеличился по сравнению с 2015 г. (на 6%) и составил в 2016 г. 1,42. Наиболее неблагоприятная ситуация по указанным показателям отмечается среди лаборантов и медицинских статистиков.

Таблица 81

Динамика показателя укомплектованности штатных должностей физическими лицами среднего медицинского персонала (в %) и коэффициента совместительства среднего медицинского персонала в 2012-2016 гг.

Наименование специальности /	Укомплектованность					Коэффициент совместительства				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016

Показатель / Год										
Средний медперсонал по форме №30	69,7	67,0	71,8	71,8	67,9	1,40	1,45	1,35	1,34	1,42
Лаборанты	57,3	46,9	28,5	47,4	45,6	1,69	2,08	3,44	1,86	1,88
Медицинские статистики	58,9	56,5	55,6	58,5	51,6	1,67	1,70	1,69	1,59	1,76

Соотношение врач/средний медицинский работник имеет тенденцию к снижению и в 2016 г. составляет 1:3,0 (2012 г. - 1:3,1), причем в городах это соотношение составляет 1:2,9, в сельской местности - 1:4,4. Более высокое число средних медицинских работников в сельской местности обосновано более высокой потребностью в специалистах со средним медицинским образованием для работы на ФАПах и в ОЛС.

Возрастная структура врачебных кадров в целом является достаточно благополучной, характеризующейся высокой долей врачей в возрасте до 45 лет (более 55% в общей численности врачей). За последние 5 лет в возрастной структуре врачебных кадров сократилась доля лиц в возрасте 46-50 лет и 51-55 лет. Доля врачей более молодого возраста, а также в возрасте 61 год и старше, наоборот, имеет тенденцию к росту (табл. 82).

Таблица 82

Изменение возрастной структуры врачебных кадров в 2012-2016 гг.

Показатель / Возраст	Всего	До 36	36-45	46-50	51-55	56-60	61 и более
2012 г.							
Численность (чел.)	3449	1150	724	362	384	341	488
Доля в структуре (в %)	100,0	33,3	21,0	10,5	11,1	9,9	14,1
2016 г.							
Численность (чел.)	3463	1198	721	325	384	342	493
Доля в структуре (в %)	100,0	34,6	20,8	9,4	11,1	9,9	14,2
Отклонение (2016 г. с 2012 г.)							
Доля в структуре (в %)		1,3	-0,2	-1,1	0,0	0,0	0,1

Возрастная структура кадров со средним медицинским образованием в целом также является благополучной, характеризующейся высокой долей среднего медперсонала в возрасте до 45 лет (более 55% в общей численности). Однако за последние 5 лет возрастная структура изменилась за счет сокращения доли работников до 36 лет и увеличения доли специалистов в возрасте 56-60 лет и 61 год и старше (табл. 83).

Таблица 83

Изменение возрастной структуры кадров со средним медицинским образованием в 2012-2016 гг.

Показатель / Возраст	Всего	До 36	36-45	46-50	51-55	56-60	61 и более
2012 г.							
Численность (чел.)	10812	3394	2950	1384	1309	966	809
Доля в структуре (в %)	100,0	31,4	27,3	12,8	12,1	8,9	7,5
2016 г.							
Численность (чел.)	10470	3024	2869	1341	1174	1052	1010
Доля в структуре (в %)	100,0	28,9	27,4	12,8	11,2	10,0	9,6
Отклонение (2016 г. с 2012 г.)							
Доля в структуре (в %)	0,0	-2,5	0,1	0,0	-0,9	1,1	2,1

3.4. Подготовка кадров и сведения о реализации кадровой политики в отрасли.

С целью системного решения вопроса повышения эффективности кадрового обеспечения здравоохранения РК на протяжении ряда лет решениями Правительства РК устанавливались дополнительные меры социальной поддержки медицинских работников.

С целью привлечения медицинских работников с высшим и средним образованием для работы в сельской местности постановлением Правительства РК от 14.02.2012 г. №45 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям

медицинских работников с высшим профессиональным образованием и средним профессиональным образованием, работающих в сельских населенных пунктах» предусмотрены единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. руб. для врачей и 350 тыс. руб. для средних медицинских работников ФАПов.

Для минимизации проблем кадрового обеспечения принято постановление Правительства РК от 08.05.2014 г. №181, которым утверждены единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, трудоустроившимся по наиболее дефицитным специальностям, в размере 100 тыс. руб.

В качестве меры социальной поддержки студентам-контрактникам, обучающимся по договорам с учреждениями здравоохранения РК за счет средств республиканского бюджета, постановлением Правительства РК от 18.11.2013 №437 установлены именные стипендии в размере 2687,20 руб.

Обучение специалистов с высшим медицинским образованием за счет средств республиканского бюджета РК осуществляется на базе Коми филиала ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, а также ФГБОУ ВО "Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина".

На сегодняшний день продолжают обучение по специальности «Лечебное дело» за счет средств республиканского бюджета РК на базе указанных образовательных учреждений 228 студентов.

Кроме того, именные стипендии в размере 2 тыс. руб. также установлены для врачей-интернов, заключивших договоры о трудоустройстве с учреждениями здравоохранения республики (в рамках постановления Правительства РК от 24.07.2014 N 299 "Об учреждении именных стипендий интернам, обучающимся в интернатуре государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Северный государственный медицинский университет" МЗ РФ и государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Кировская государственная медицинская академия" МЗ РФ, принявшим обязательства по трудоустройству в медицинские организации, подведомственные МЗ РК").

В целях подготовки врачебных кадров Министерство здравоохранения РК взаимодействует с рядом образовательных учреждений высшего образования, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации: Ярославская, Ивановская, Ижевская, Пермская государственные медицинские академии, Кировский, Северный, Первый Санкт-Петербургский, Северо-Западный государственные медицинские университеты, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет.

В 2016 г. МЗ РК заключены договоры о целевом приеме с семью вузами: Северным ГМУ, Кировским ГМУ, Первым Санкт-Петербургским ГМУ им. И.П. Павлова, Северо-Западным ГМУ им. И.И. Мечникова, СПб ГПМУ, Сыктывкарским государственным университетом им. Питирима Сорокина. В рамках целевого приема на первый курс было зачислено 68 студентов (в 2015 г. - 60 чел.) по специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология». В настоящее время на всех курсах по целевому договору обучается 350 студентов.

В 2016 г. была продолжена работа по направлению граждан на контрактную подготовку за счет средств республиканского бюджета РК по специальности «Лечебное дело» в ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина» в рамках реализации постановления Правительства РК от 16.12.2013 №490 «О порядке организации контрактной подготовки специалистов с высшим образованием и их трудоустройстве». В 2016 г. на контрактную подготовку в ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина» было зачислено 40 студентов.

В 2016 г. по программам интернатуры подготовлен 101 молодой специалист, в ординатуре - 2 специалиста. Трудоустроились после окончания обучения 94 врача-

специалиста. Эффективность трудоустройства выпускников составила в 2016 г. - 91%, в 2015 г. - 90%. В 2016 г. в целевую интернатуру направлено 103 чел., в ординатуру – 1 чел. Трудоустройство молодых специалистов ожидается в сентябре 2017 г.

МЗ РК проводится работа по организации подготовки кадров в клинической интернатуре и клинической ординатуре (табл. 84, 85).

Таблица 84

Количество специалистов, подготовленных в интернатуре в 2016 г.

Специальность	Количество подготовленных специалистов
Акушерство и гинекология	6
Анестезиология-реаниматология	5
Детская хирургия	1
Инфекционные болезни	1
Клиническая лабораторная диагностика	4
Неврология	5
Оториноларингология	3
Офтальмология	4
Патологическая анатомия	2
Педиатрия	7
Психиатрия	5
Рентгенология	3
Скорая медицинская помощь	4
Судебно-медицинская экспертиза	4
Стоматология	10
Терапия	26
Травматология и ортопедия	3
Хирургия	5
Эндокринология	2
Фтизиатрия	1
ВСЕГО:	101 чел.

Таблица 85

Количество специалистов, подготовленных в целевой ординатуре в 2016 г.

Специальность	Количество подготовленных специалистов
Нейрохирургия	2 чел.

МЗ РК разработан комплекс мер, направленный на поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, подготовку медицинских кадров, повышение престижа медицинской профессии, предоставление дифференцированных мер социальной поддержки медицинским работникам, в первую очередь - наиболее дефицитных специальностей.

Эти мероприятия включены в подпрограмму «Развитие кадрового потенциала отрасли здравоохранения» государственной программы РК «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. №420.

В рамках реализации мероприятий региональной кадровой подпрограммы в 2016 г. единовременные компенсационные выплаты в качестве меры социальной поддержки получили 85 медицинских работников:

- в размере 1 млн. руб. - 45 врачей, прибывших для трудоустройства по программе «Земский доктор» в сельские населенные пункты и поселки городского типа (за период действия программы «Земский доктор» с 2012 по 2016 гг. выплаты получили 186 врачей);
- в размере 500 тыс. руб. - в 2016 г. не получали (за период 2014-2015 гг. - 37 врачей, прибывших на работу в поселки городского типа);
- в размере 100 тыс. руб. - 29 врачей наиболее дефицитных и востребованных специальностей (за период 2015-2016 гг. - 56 врачей);

- в размере 350 тыс. руб. - 11 средних медицинских работников ФАПов (за период 2012-2016 гг. - 45 средних медработников).

Увеличению количества участников программы «Земский доктор» в 2016 г. (в 2 раза по сравнению с 2015 г.) способствовало повышение возраста участников до 50 лет и включение в программу помимо сельских населенных пунктов поселков городского типа. В 2016 г. успешно присоединились к реализации программы «Земский доктор» ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница №1», ГБУЗ РК «Удорская ЦРБ», ГБУЗ РК «Троицко-Печорская ЦРБ», ГБУЗ РК «Воргашорская больница», ГБУЗ РК «Нижеодесская РБ».

С введением в 2017 г. процедуры аккредитации для выпускников лечебного и педиатрического факультетов ожидается повышение укомплектованности врачами первичного звена в поликлиниках и ЦРБ.

Именные стипендии за счет средств республиканского бюджета РК в 2016 г. получали 100 интернов, 104 студента-контрактника и 9 студентов-целевиков, взявших обязательства по трудоустройству в государственные учреждения здравоохранения РК.

В целях привлечения медицинских работников из других регионов РФ и других стран по инициативе МЗ РК в 2016 г. расширен Перечень наиболее востребованных должностей медицинских работников, при трудоустройстве на которые процентная надбавка к заработной плате устанавливается в полном размере с первого дня работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях независимо от стажа работы (распоряжение Правительства РК от 05.06.2015 г. №228-р). Данная процентная надбавка устанавливается по 22 специальностям медицинских работников.

В результате реализации комплекса мер в 2016 г. в медицинские организации РК из других регионов РФ и других стран прибыло 104 медицинских работника: 62 врача и 42 средних медицинских работников (табл. 86).

Таблица 86

Трудоустройство медработников, прибывших из других регионов и других стран, в разрезе муниципальных образований

Территории РК / Показатель	Количество врачей, чел.	Количество средних медработников, чел.
Воркута	8	7
Вуктыльский	-	2
Усть-Вымский	2	-
Корткеросский	-	-
Княжпогостский	2	2
Инта	7	4
Ижемский	-	-
Сосногорск	4	1
Троицко-Печорский	1	1
Сыктывкар	3	4
Усинск	12	11
Ухта	16	5
Печора	2	-
Прилузский	-	-
Сыктывдинский	-	1
Удорский	3	1
Усть-Цилемский	2	-
Усть-Куломский	-	3
ИТОГО:	62 чел.	42 чел.

Медицинские работники прибыли из более чем 20 регионов РФ.

Среди прибывших врачи следующих специальностей: акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, врач клинической лабораторной диагностики, стажер, ВОП, дерматовенеролог, детский хирург, невролог, педиатр, психиатр, рентгенолог, врач СМП,

судебно-медицинский эксперт, стоматолог, врач спортивной медицины, терапевт, фтизиатр, хирург, эндоскопист.

В целях повышения престижа медицинской профессии, ее значимости и признания среди населения, в 2016 г. традиционно проведен республиканский этап Всероссийского конкурса «Лучший врач года» по 20 номинациям. Победитель республиканского этапа конкурса в номинации «Лучший неонатолог» занял I место во Всероссийском конкурсе врачей, победитель в номинации «Лучший инфекционист» - II место во Всероссийском конкурсе. Размер премии Правительства РК победителям республиканского конкурса врачей составляет 50 тыс. руб. для каждой номинации.

Таблица 87

Удельный вес врачей, имеющих сертификат и аттестованных на квалификационную категорию (в % от общего числа врачей)

Год / Показатель	Всего	С высшей категорией	С I категорией	Со II категорией	Сертификат
2014	36,8	15,4	15,4	6,2	98,0
2015	37,6	16,0	15,5	6,0	99,3
2016	38,6	17,2	15,4	6,1	99,5
РФ 2015	48,4				98,3
СЗФО 2015	49,8				99,4

Отмечается небольшой прирост числа врачей, имеющих сертификат и аттестованных на квалификационную категорию. Так, прирост числа врачей, аттестованных на квалификационную категорию, за 2016 г. увеличился на 1%, а врачей, имеющих сертификат, - на 0,2%. В сравнении со среднероссийским уровнем, а также уровнем, характерным для СЗФО, удельный вес врачей, аттестованных на квалификационную категорию, в РК является значительно более низким. Вероятной причиной такой ситуации является отток наиболее квалифицированных специалистов за пределы РК, а также пассивностью части врачей по вопросам профессионального роста.

В разрезе квалификационных категорий в 2016 г. отмечается рост числа врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, до 17,2% от общей численности аттестованных врачей (2015 г. - 16,0%) (табл. 87).

В 2016 г. имеет место рост доли врачей, имеющих сертификат специалиста (на 0,2% по сравнению с 2015 г.). Это выше среднероссийского уровня (98,3%) и практически соответствует уровню, характерному для СЗФО (99,4%).

В 2016 г. МЗ РК организовано проведение 32 выездных циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей с привлечением преподавателей из Кировской, Нижегородской ГМА, Северного ГМУ, на которых обучено 968 врачей.

В рамках реализации федеральной программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения» в 2016 г. прошли обучение 3 специалиста из числа административно-управленческого персонала. Всего за период действия программы с 2011 г. обучено 84 специалиста из 43 медицинских организаций.

Подготовка средних медицинских работников в республике осуществляется на базе четырех образовательных организаций среднего профессионального образования. В 2016 г. выпуск составил 288 средних медработников, из них 157 выпускников трудоустроилось в учреждения государственной системы здравоохранения. В условиях отсутствия с 2014 г. целевого приема по программам среднего профессионального образования, медицинские организации воспользовались правом самостоятельного заключения договора о целевом обучении со студентами медицинских колледжей на любом курсе обучения. В 2016 г. медицинскими организациями заключено 23 договора о целевом обучении со студентами медицинских колледжей.

Таблица 88

Удельный вес среднего медицинского персонала, имеющего сертификат и аттестованного на квалификационную категорию (в % к общему числу среднего медицинского персонала)

Год / Показатель	Всего	С высшей категорией	С I категорией	Со II категорией	Сертификат
2014	51,9	25,5	20,6	5,9	94,0
2015	50,8	27,1	18,0	5,7	96,4
2016	50,5	29,3	15,7	5,4	97,2
РФ 2015	55,4				93,4
СЗФО 2015	55,4				92,9

В 2016 г. удельный вес аттестованных средних медицинских работников (табл. 88) снизился на 0,3% по сравнению с уровнем 2015 г. и составил 50,5% (РФ - 55,4%, СЗФО - 55,4%). Доля среднего медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста, в 2016 г. увеличилась по сравнению с 2015 г. на 0,8% и составила 97,2% (РФ - 93,4%, СЗФО - 92,9%). В 2017 г. планируется активизировать деятельность, направленную на получение сертификата специалиста и квалификационной категории медицинскими работниками.

В целях организации работы по реализации Указа Президента РФ от 07.05.2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» принято распоряжение Правительства РК от 24.01.2013 г. №12-р, которым определены меры по поэтапному повышению заработной платы работников государственных и муниципальных учреждений социальной сферы РК.

Целевые значения заработной платы, определенные «дорожной картой» на 2016 г., по итогам отчетного года не достигнуты (табл. 89).

Таблица 89

Плановые и фактические значения показателей соотношения средней заработной платы медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения РК и средней заработной платы в РК, определенные Указом 597

Наименование показателя	План		Факт	
	Процент	Рублей	Процент	Рублей
Врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) образование или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги (обеспечивающие предоставление медицинских услуг)	159,6	62 472,9	150,3	58 846,6
Средний медицинский персонал	89,2	34 915,9	84,5	33 058,5
Младший медицинский персонал	60,6	23 720,9	57,9	22 659,1

3.5. Техническое состояние и оснащение учреждений здравоохранения. Одной из главных проблем отрасли здравоохранения РК остается моральное и физическое устаревание основных фондов учреждений здравоохранения вследствие их физического износа, изменения санитарно-гигиенических и строительных норм, требований к проектированию, связанных с появлением новых методов диагностики, лечения больных и нацеленных на создание все более комфортных условий пребывания больных и работы медперсонала в учреждениях здравоохранения.

Состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений РК характеризуется высоким износом недвижимого имущества учреждений здравоохранения, значительным количеством учреждений здравоохранения и их структурных подразделений, расположенных в деревянных постройках.

В наихудшем состоянии находятся объекты здравоохранения сельских районов РК.

В 2016 г. проведен ряд мероприятий, направленных на решение проблемы износа основных фондов недвижимого имущества медицинских организаций РК. Наиболее значимыми мероприятиями являлись следующие:

1) приобретено в государственную собственность 5 ФАПов (в пст. Студенец МОМР «Усть-Вымский», м. Ачим МОМР «Княжпогоский», пст. Поляна и Вис МОМР «Сосногорский», пст. Яснэг МОМР «Сыктывдинский»);

2) проведен капитальный ремонт в 7 учреждениях на общую сумму 63,2 млн. руб., в том числе за счет средств ОАО «Нефтяная компания «ЛУКОЙЛ» на сумму 13,6 млн. руб., а именно:

- капитальный ремонт ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ»;
- капитальный ремонт ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий» г. Печора;
- капитальный ремонт ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр»;
- капитальный ремонт ГБУЗ РК «Сыктывдинская ЦРБ»;
- капитальный ремонт ГБУЗ РК «Усть-Куломская ЦРБ»;
- капитальный ремонт ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ»;
- ремонт территории больничного городка в г. Сыктывкаре.

3) приобретено медицинское оборудование и автомобили СМП на общую сумму 81,4 млн. руб., в том числе за счет средств ОАО «Нефтяная компания «ЛУКОЙЛ» на сумму 18,0 млн. руб. (медицинское оборудование на сумму 10,5 млн. руб. приобретено в рамках проектов «Организация и развитие сети сосудистых центров в Республике Коми» и «Повышение эффективности ранней диагностики злокачественных новообразований и доступности специализированной онкологической помощи в Республике Коми в 2016-2018 годах»):

- медицинское оборудование для нужд ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница №1»;
- медицинское оборудование для нужд ГБУЗ РК «Ухтинская детская больница»;
- маммографический комплекс, ультразвуковая система и видеоцистоскоп для ГБУЗ РК «Ижемская ЦРБ»;
- 2 аппарата ИВЛ для ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ», ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ»;
- фиброгастроскоп для ГУЗ РК «Койгородская ЦРБ»;
- фибробронхоскоп для ГБУЗ РК «Интинская ЦРБ»;
- фиброгастроскоп для ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ»;
- УЗИ аппарат для ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий» г. Печора;
- 5 автомобилей СМП класса А для ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ», ГБУЗ РК «Троицко-Печорская ЦРБ», ГБУЗ РК «Усть-Куломская ЦРБ», ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ», ГУЗ РК «Койгородская ЦРБ»;
- 2 автомобиля СМП класса С для ГБУЗ РК «Центр медицины катастроф Республики Коми».

В рамках реализации распоряжения Правительства РФ от 23.01.2016 г. №71-р «Об утверждении программы поддержки автомобильной промышленности на 2016 год» в 2016 г. в республику поступило 19 автомобилей СМП.

Кроме указанного выше, в 2016 г. был реализован ряд мероприятий по обеспечению доступа инвалидов и других маломобильных групп населения к предоставлению медицинских услуг в учреждениях здравоохранения на общую сумму 2,8 млн. руб., в том числе:

1. Выполнение работ по капитальному ремонту центральной лестницы с установкой подъемной платформы с вертикальным перемещением для инвалидов в фойе на 1 этаже основного корпуса ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр».

2. Приобретение оборудования для санитарно-гигиенических комнат, приспособленных для инвалидов-колясочников в ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр».

3. Установка поручней в ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр».

4. Установка поручней на лестнице, прилегающей к территории ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр».

5. Установка поручней на центральной лестнице с 1-4 этаж в здании ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр».

6. Дублирующие таблички Брайля в ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр».

7. Установка пандуса с электроподъемным механизмом в здании ГУ «Республиканская детская клиническая больница».

8. Установка информационных табло (бегающая строка) в ГУ «Республиканская детская клиническая больница».

9. Оборудование и ремонт входной группы ГУ «Республиканская детская клиническая больница».

10. Приобретение инвалидного кресла-коляски в ГУ «Республиканская детская клиническая больница».

11. Приобретение инвалидных кресел-колясок в ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ».

12. Приобретение беспроводных кнопок вызова «Доступная среда» в ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ».

13. Приобретение беспроводных дисплеев приемников сигнала в ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ».

14. Приобретение кресел-колясок с санитарным оснащением (туалетное кресло) в ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ».

15. Приобретение портативных индукционных систем (петель) в ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ».

Во всех подведомственных учреждениях проведен инструктаж всех сотрудников по вопросам, связанным с обеспечением доступности маломобильных категорий граждан к объектам здравоохранения, закреплены ответственные лица за оказание помощи инвалидам в преодолении барьеров при предоставлении им медицинских услуг.

ГЛАВА 4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА

Анализ состояния среды обитания в РК.

Атмосферный воздух. Основными источниками загрязнения атмосферного воздуха городов являются все виды транспорта, предприятия теплоэнергетики, добычи угля, нефти и газа, нефте- и газоперерабатывающие заводы, предприятия лесопереработки, стройиндустрия.

В 2016 г. в ходе осуществления социально-гигиенического мониторинга было отобрано и исследовано 2009 проб (в 2014 г. - 1886 проб, в 2015 г. - 2001 проба) атмосферного воздуха в черте населенных мест, в 19 пробах выявлено превышение нормативных величин, установленных ПДК по загрязняющим веществам. Вместе с тем, произошло уменьшение числа проб, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию дигидросульфида и увеличение числа проб атмосферного воздуха, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию формальдегида и фенола. Выявленные превышения ПДК по таким вредным веществам, как фенол, формальдегид, дигидросульфид свидетельствуют о продолжающемся негативном вкладе в загрязнение атмосферного воздуха автомобильного транспорта. Преобладающее влияние автотранспорта в загрязнении атмосферного воздуха определяется в регионе на протяжении ряда последних лет.

К территориям «риска» по загрязнениям атмосферного воздуха можно отнести гг. Сыктывкар, Воркута и Ухта.

Повышенное содержание в атмосферном воздухе азота диоксида, взвешенных веществ, бенз(а)пирена, оксида углерода, формальдегида, фенола и других соединений может вызвать развитие неблагоприятных эффектов здоровью населения со стороны органов дыхания, глаз, кровеносных органов, крови, иммунной, сердечно-сосудистой, нервной, мочеполовой систем, системы пищеварения, процессов развития, а также онкопатологии. Данные патологии занимают высокие рейтинговые позиции в структуре общей заболеваемости взрослого населения региона.

Состояние водных объектов в местах водопользования населения. В 2016 г. на территории РК эксплуатировалось 304 источника централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, из них поверхностных - 19, остальные - подземные. В РК поверхностные водоисточники обеспечивают около 503 828 чел. (58,8% населения), подземные источники - более 292 179 чел. (34,1% населения), нецентрализованные источники водоснабжения - более 60 824 чел. (7,1% населения).

В 2016 г. по сравнению с 2015 г. состояние водных объектов в местах водопользования населения улучшилось на 3,8% по микробиологическим показателям и на 2,2% - по санитарно-химическим показателям. В 2016 г. в четырех административных территориях отмечалось превышение доли проб воды водных объектов I категории, не соответствующей гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, по сравнению со средним показателем по РК (30,1%): гг. Сыктывкар, Сосногорск, Княжпогостский и Усть-Вымский районы.

Почва, являясь основным накопителем химических веществ техногенной природы и фактором передачи инфекционных и паразитарных заболеваний, может оказывать неблагоприятное влияние на условия жизни населения и его здоровье.

В 2016 г. исследовано 537 образцов по санитарно-химическим показателям, 1028 - по микробиологическим показателям, 970 - по паразитологическим показателям. Превышение допустимого уровня тяжелых металлов в почве установлено на территории 4 муниципальных образований (г. Сыктывкар, Сыктывдинский, Усть-Куломский и Койгородский районы), из них наибольшая доля проб почвы, не соответствующих гигиеническим нормативам, выявлена в Сыктывдинском районе (по свинцу 17,4% проб (4 из 23), по ртути 4,3% проб (1 проба из 23)).

Контроль за микробиологическим загрязнением почвы выявил наличие патогенных микроорганизмов в почве на территории 16 муниципальных образований. Отсутствовало микробное загрязнение почвы в мониторинговых точках г. Инта, Ижемском, Удорском и Усть-Цилемском районах. В 2016 г. на 9 территориях республики из 20-ти выявлено несоответствие гигиеническим нормативам по паразитологическим показателям.

Санитарно-эпидемиологическая безопасность питания населения. Анализ потребления основных продуктов питания населением РК свидетельствует о недостаточности потребления картофеля, хлебных продуктов (хлеб и макаронные изделия в пересчете на муку, мука, крупа и бобовые), рыбы и рыбопродуктов, молока и молочных продуктов в пересчете на молоко, масла растительного и других жиров, свежих овощей и бахчевых культур, яиц. Таким образом, не выполняется минимальный набор продуктов питания для основных социально-демографических групп населения, регламентированный Методическими рекомендациями по определению потребительской корзины для основных социально-демографических групп населения в РФ.

В целях надзора за биологической безопасностью продовольственного сырья и пищевых продуктов в 2016 г. исследовано 5 051 проба пищевых продуктов и продовольственного сырья (в 2014 г. - 6 507, в 2015 г. - 5 497), из них 423 пробы (8,4%) не соответствовали требованиям гигиенических нормативов по микробиологическим показателям (в 2015 г. - 404 (7,3%), в 2014 г. - 389 (5,98 %)).

В 2016 г. увеличился удельный вес проб, несоответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям - по молоку и молочным продуктам, по кулинарным изделиям и прочим продуктам; незначительное снижение - по мясу и мясопродуктам, птице и продуктам птицеводства, рыбе и хлебобулочным и кондитерским изделиям.

Территориями «риска» в 2016 г. по высокому удельному весу проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, являются Троицко-Печорский (20,0%), Сыктывдинский (18,3%), Усть-Вымский (17,9%), Корткеросский (17,9%), Усть-Куломский район (12,2%) и Усть-Цилемский (15,7%) районы, а также гг. Ухта (13,9%), Печора (13,1%), Сыктывкар (10,3%).

Выявляемые нарушения питания и качества пищевых продуктов в значительной степени определяют показатели здоровья населения РК. Алиментарный дисбаланс оказывает существенное влияние на распространенность хронических заболеваний и снижение резистентности к острым заболеваниям.

В 2016 г. приоритетными направлениями государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области гигиены питания являлись:

- участие в реализации государственной политики в области здорового питания, разработка и внедрение мероприятий по ликвидации дефицита витаминов и микроэлементов в питании населения;
- усиление государственного надзора за оборотом молока и молочной продукции, выявление и пресечение оборота фальсифицированной продукции;
- контроль за оборотом мяса и мясной продукции, продукции из водных биологических ресурсов;
- организация надзора за соблюдением требований Технических регламентов Таможенного союза;
- профилактика пищевых отравлений различной этиологии и массовых инфекционных заболеваний с пищевым фактором передачи.

РК относится к числу эндемичных территорий по дефициту йода с высоким риском развития йоддефицитных заболеваний. Кроме этого, для нашего региона является актуальной проблема дефицита железа. Дефицит железа, наиболее часто встречающийся у детей и беременных женщин, является причиной широкого распространения скрытых и

явных форм железодефицитной анемии, о чем свидетельствуют показатели общей заболеваемости населения анемиями.

Ситуация природного дефицита йода осложняется ростом относительного йодного дефицита, связанного с недостаточным потреблением йодсодержащих продуктов (рыба, морепродукты, мясные продукты), особенно у населения с низким уровнем дохода. В связи с тем, что РК находится на севере Европейской части РФ, негативные тенденции в питании также усугубляются неблагоприятным воздействием факторов окружающей среды.

На территории РК в настоящее время, в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача по РК от 10.10.2003 №14 «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа в структуре питания населения Республики Коми», 15 предприятий пищевой промышленности выпускают массовые продукты питания с повышенной биологической ценностью, обогащенные витаминами и микроэлементами: хлеб и хлебобулочные изделия, молочные продукты.

Большинство предприятий хлебопечения используют для изготовления своей продукции йодированную соль или йодированные дрожжи. Предприятиями хлебопекарной промышленности освоен и осуществляется выпуск хлеба и хлебобулочных изделий, обогащенных витаминно-минеральной добавкой «Фортамин» (г. Сыктывкар, г. Воркута, г. Ухта, г. Инта, Сысольский, Прилузский, Койгородский, Усть-Вымкий районы). В ряде хлебопекарных предприятий республики освоен выпуск хлеба «8 знаков», в состав которого входит калий, фосфор, железо, витамины РР, группы В (г. Сыктывкар, г. Воркута, г. Инта, Прилузский район), хлеба, содержащего в своём составе морскую капусту (г. Сыктывкар, г. Ухта, г. Инта). ОАО «Сыктывкархлеб», г. Сыктывкар, МУП «Воркутинский хлебокомбинат», г. Воркута, осуществляется выпуск хлеба «Совитал фруктовый», содержащего в своём составе семена подсолнечника, льна, кунжута, изюм, курагу, чернослив, фундук, мёд натуральный, витамины (С, А, Е, В1, В2, Д, РР, бета-каротин), микро- и макроэлементы - железо, калий, кальций, фосфор, магний, натрий. Предприятием ОАО «Сыктывкархлеб», продукция которого продаётся во многих районах РК, активно реализуется программа по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа и других микронутриентов. В среднем в месяц предприятие выпускает до 420 тонн изделий, обогащённых микронутриентами: хлеб «Дарницкий», «Аппетитный», «Традиционный», батон «Осенний» с добавлением витаминно-минерального комплекса «Фортамин», хлеб «Соловецкий» с добавкой ламинарии, хлеб «8 знаков», хлеб «Совитал фруктовый», различные наименования хлеба и хлебобулочных изделий, в рецептуру которых включена йодированная соль, продукция с повышенным содержанием пищевых волокон (хлеб «Барвихинский», хлеб зерновой, батон с пшеничными отрубями).

Молочную продукцию, обогащённую микронутриентами, вырабатывает ООО «Сыктывкарский молочный завод» (йогурт витаминизированный).

На сегодняшний день процесс освоения и выпуска продукции, обогащённой микронутриентами, в ряде административных территорий сдерживается отсутствием мер экономической поддержки, низкой покупательской способностью большей части населения. Обогащение продукции витаминами и микроэлементами проводится, в основном, за счёт средств предприятий.

На постоянном контроле находится организация рационального, качественного питания детей и школьников. В 2016-2017 учебном году организовано получали горячее питание 89,3% учащихся образовательных учреждений РК. Проводится постоянная работа с руководителями образовательных и оздоровительных учреждений по замене обычных хлебобулочных изделий в рационах организованных коллективов детей и взрослых на хлебобулочные изделия, обогащенные витаминами, железом, другими микроэлементами.

В дошкольные образовательные учреждения г. Воркуты бесперебойно и в необходимых объёмах поступает булочная продукция рожок «Зёрнышко» производства

МУП «Воркутинский хлебокомбинат», обогащённая «Фортамином». Данная продукция поступает и в лечебные учреждения города. На всех пищеблоках лечебно-профилактических учреждений в рационах используется йодированная соль. Во всех образовательных учреждениях г. Воркуты и на пищеблоках ЛПУ регулярно проводится С-витаминизация третьих блюд.

С целью профилактики заболеваний, связанных с дефицитом микроэлементов, в рацион питания детей в образовательных учреждениях г. Ухты ежедневно включается хлеб с йодсодержащей добавкой «Соловецкий», вырабатываемый ООО «Ухтахлеб». При приготовлении блюд во всех учреждениях используется йодированная соль, проводится витаминизация третьих блюд. В лечебно-профилактических учреждениях города для питания детей используются обогащённые железом, йодом, кальцием, витаминами молочные смеси, батон «Колосок», обогащённый железом, хлеб «Соловецкий».

В г. Сыктывкаре при согласовании примерных меню для общеобразовательных, летних оздоровительных учреждений в обязательном порядке включаются хлеб и хлебобулочные изделия, молочные продукты, обогащённые витаминами и микроэлементами. В питании детей постоянно используются хлеб и хлебобулочные изделия, обогащённые «Фортамином», йодированной солью, а также обогащённые молочные продукты. Во всех общеобразовательных учреждениях города регулярно проводится С-витаминизация третьих блюд.

Лечебно-профилактическими учреждениями республики проводятся мероприятия по раннему выявлению и профилактике железодефицитных состояний беременных, кормящих матерей, детей раннего возраста. Активное выявление железодефицитных состояний у детей раннего возраста проводится при диспансерном наблюдении детей первых трех лет жизни. Медицинскими работниками проводятся беседы с родителями по организации питания детей.

В предприятиях розничной торговли продовольственными товарами на территории РК реализуются в ассортименте пищевые продукты, обогащённые микронутриентами. В аптечной сети широко представлены витаминные препараты, биологически активные добавки к пище, лекарственные препараты для профилактики и лечения анемий. В специализированных отделах организаций розничной торговли имеются в продаже продукты детского питания, обогащённые витаминами, железом, другими микроэлементами.

Профессиональная заболеваемость в РК. Факторы риска, связанные с условиями труда. Уровень профессиональной заболеваемости в РК остается значительным и не имеет тенденции к снижению. РК является промышленным регионом с наличием приоритетных, в гигиеническом плане, отраслей промышленности: добыча полезных ископаемых; добыча топливно-энергетических полезных ископаемых; целлюлозно-бумажное производство; производство и распределение электроэнергии, газа и воды; строительство; транспорт и связь.

Наибольшее количество профзаболеваний зарегистрировано в 2016 г. на предприятиях угольной отрасли гг. Воркута и Инта. На долю этих предприятий приходится 82,0% от всех впервые выявленных случаев профессиональных заболеваний. В 2016 г. зарегистрировано 353 случая хронических профессиональных заболеваний (2015 г. - 353, 2014 г. - 346), 3 случая острых профессиональных заболеваний (отравления). Случаев со смертельным исходом не зарегистрировано. Число лиц с впервые установленными профессиональными заболеваниями (отравлениями) в 2016 г. 264, их них 11 женщин. У 75 чел. было зарегистрировано два и более заболеваний, в том числе у 2 женщин.

Неудовлетворительное состояние условий труда, длительное воздействие вредных производственных факторов на организм работающих, явилось основной причиной формирования у работающих профессиональной патологии.

Обстоятельствами и условиями возникновения хронических профзаболеваний в 2016 г. послужили конструктивные недостатки машин (66,7%) и несовершенство технологических процессов (33,3%).

Наиболее высокий уровень профессиональной заболеваемости продолжает регистрироваться на предприятиях по добыче полезных и топливно-энергетических полезных ископаемых. В 2016 г. в данных отраслях зарегистрировано 305 случаев хронических профессиональных заболеваний (86,4% от общего числа профзаболеваний) (2015 г. - 312 или 88,4%, 2014 г. - 311 или 89,9%) и 2 случая острых профессиональных заболеваний (66,6 % от общего числа острых профессиональных заболеваний).

Из 356 случаев профзаболеваний (отравлений) в 87 случаях (24,4%) у больных была утрачена трудоспособность (2015 г. - 87%, 2014 г. - 19,4 %), в том числе в 13 случаях, зарегистрированных у женщин. В угольной отрасли из 292 профзаболеваний в 58 (19,8%) случае была утрачена трудоспособность.

В структуре нозологических форм хронических профессиональных заболеваний в 2016 г. преобладали заболевания, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем, в структуре которых основное место занимает пояснично-крестцовая радикулопатия. На втором месте по удельному весу - заболевания, связанные с воздействием физических факторов, в структуре которых основное место занимают нейросенсорная тугоухость, вибрационная болезнь, моно- и полинейропатии. На третьем месте заболевания, связанные с воздействием промышленных аэрозолей (хронический пылевой бронхит, хронический профессиональный и хронический обструктивный (астматический) бронхиты).

Управлением Роспотребнадзора по РК в 2014-2016 гг. было расследовано 1 055 случая профессиональных заболеваний, из них в 2016 г. - 356 случаев. Значительный объем работы был посвящен подготовке санитарно-гигиенических условий труда, расследованию случаев профессиональных заболеваний. Всего за 2016 г. было подготовлено 504 санитарно-гигиенических характеристики, расследовано 356 профессиональных заболеваний у 264 чел., в том числе три острых профессиональных заболеваний (отравлений).

Радиационная обстановка в РК. Радиационный фактор на территории РК характеризуется наличием практически всех видов источников ионизирующего излучения. Радиоактивные вещества могут находиться вне организма человека, облучая его снаружи, или же поступать внутрь с воздухом, пищей, водой, облучая его, в последующем, изнутри. Поэтому гигиеническая оценка их воздействия на человека должна выполняться в комплексе, с учетом внешнего и внутреннего видов облучения.

Для проведения ежегодной оценки состояния радиационной безопасности населения создана и функционирует государственная система контроля и учета доз облучения населения, проводится радиационно-гигиеническая паспортизация территорий и организаций, работающих с источниками ионизирующего излучения.

Радиационная обстановка на территории РК, по сравнению с предыдущими годами, не изменилась и остается в целом удовлетворительной. Радиационный фактор не является ведущим фактором вредного воздействия на здоровье населения республики.

В 2016 г. в ходе госсанэпиднадзора и социально-гигиенического мониторинга была продолжена работа по учету доз облучения в рамках участия в реализации Единой государственной системы контроля и учета индивидуальных доз облучения граждан РФ.

Оценка радиационной обстановки в РК в 2016 г. осуществлялась в пунктах стационарной государственной наблюдательной сети Коми ЦГМС и в ходе государственного санитарно-эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора по РК и его территориальных отделов. Лабораторное обеспечение выполнялось ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Коми» с применением комплекса дозиметрических, радиометрических, радиохимических и спектрометрических измерений и исследований.

В рамках социально-гигиенического мониторинга проводятся исследования аэрозолей приземной атмосферы. Число исследованных проб аэрозолей приземной атмосферы на содержание радиоактивных веществ (суммарная бета-активность, цезий - 137 и стронций-90) в течение трех лет не меняется и составляет ежегодно: суммарная бета-активность - 36 проб, цезий-137 - 6 проб, стронций-90 - 6 проб. Исследования проводятся в гг. Сыктывкар, Воркута и Ухта. Среднегодовая концентрация суммарной бета-активности аэрозолей приземной атмосферы РК в 2016 г. составила $4,7 \times 10^{-5}$ Бк/м³. Среднемесячные концентрации суммарной бета-активности радиоактивных аэрозолей изменялись в пределах $3,0-18,8 \times 10^{-5}$ Бк/м³. Среднегодовая объемная активность цезия-137 в атмосферном воздухе в 2016 г. составила $2,3 \times 10^{-7}$ Бк/м³. Объемная активность стронция-90 составила $0,30 \times 10^{-7}$ Бк/м³.

Превышений допустимых среднегодовых объемных активностей радионуклидов в аэрозолях приземной атмосферы не обнаружено.

Источников централизованного водоснабжения с превышением контрольных уровней по суммарной альфа- и бета-активности не обнаружено. Исследования на суммарную альфа-бета-активность нецентрализованных источников питьевого водоснабжения в 2014-2016 гг. не проводились. Пищевых продуктов, не отвечающих гигиеническим нормативам по содержанию радиоактивных веществ, не зарегистрировано.

Радиационный фон на территории РК в 2016 г. составил 0,12 мкЗв/час.

Помещений эксплуатируемых и строящихся жилых и общественных зданий с превышением гигиенических нормативов по мощности дозы и по эквивалентной равновесной объемной активности радона не обнаружено. Все исследованные строительные материалы относятся к 1 классу согласно требованиям НРБ-99/2009, суммарная эффективная активность естественных радионуклидов менее 370 Бк/кг.

Информация, полученная в ходе радиационно-гигиенической паспортизации территорий, дает достоверное представление о состоянии радиационной безопасности на территории РК, позволяет проанализировать вклад различных предприятий в радиационную ситуацию на территории, представить структуру облучения и оценить дозы облучения населения, провести сравнительную оценку радиационной безопасности по районам, выявить наиболее острые проблемы обеспечения радиационной безопасности, наметить пути их решения, оценить радиационные риски для здоровья населения отдельных районов и республики в целом.

Ежегодно в радиационно-гигиеническом паспорте региона отмечается наличие площадных загрязнений территории в районе пгт. Водный близ г. Ухта (155 площадных аномальных участков с уровнем мощности дозы от 20 до 52500 мкр/час, общей площадью более 30 км², обусловленное ранее существовавшим промыслом по добыче радия из подземных вод).

Положительным моментом в плане повышения уровня радиационной безопасности населения РК, помимо снижения уровня доз облучения от медицинских источников, является принятие принципиального решения о реабилитации радиационно-загрязненной территории пгт. Водный и поэтапной ликвидации хвостохранилища бывшего завода «Прогресс».

Общее число организаций, использующих техногенные источники ионизирующего излучения на территории РК - 231. Численность персонала в указанных организациях составляет 1 291 чел., в том числе организации группы А - 1220 чел.; группы Б - 71 чел. Охват радиационно-гигиенической паспортизацией указанных организаций составляет 96,1%.

На территории РК зон техногенного радиоактивного загрязнения вследствие крупных радиационных аварий нет. Имеются участки локального загрязнения территории Ухтинского района (вблизи пгт. Водный), где размещено приповерхностное хранилище радиоактивных отходов. Источник загрязнения - радионуклиды ураново-радиевого ряда

(основной - радий-26). Загрязненные территории с проживающим на них населением отсутствуют.

Гигиеническая оценка физических факторов. В течение 2016 г. лабораториями ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Коми» выполнено 20 870 инструментальных измерений, в том числе: измерений уровней шума - 935; уровней инфразвука - 29; уровней вибрации - 235; уровней освещенности - 8665; ультрафиолетового излучения - 7; измерений параметров микроклимата - 8501; электромагнитных полей от ПЭВМ - 2038; электромагнитных полей радиочастотного диапазона - 333; аэроионов - 130.

Структура исследований физических факторов неионизирующей природы в целом на объектах надзора за последние годы не претерпела существенных изменений: наибольшая доля замеров приходится на освещенность (41,5 %) и микроклимат (40,7 %), меньшая - на электромагнитные поля (ЭМП), шум, вибрацию. В целом за последние годы количество объектов, обследованных лабораторно, снизилось, что объясняется изменениями требований нормативных правовых актов, регламентирующих надзорную деятельность.

В последние 3 года отмечается стойкая тенденция к увеличению удельного веса исследований физических факторов, не отвечающих гигиеническим нормативам по шуму (с 19,1% в 2014 г., до 22,9% - в 2016 г.), по уровню вибрации (с 20,0% в 2014 г., до 26,0% - в 2016 г.) и по ЭМП (с 2,1% в 2014 г., до 4,67% - в 2016 г.).

В указанные годы отмечено увеличение доли промышленных предприятий, не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям по всем контролируемым физическим факторам, особенно выраженное по уровням электромагнитных полей, уровню вибрации, менее выраженное по шуму, освещенности и параметрам микроклимата. Наибольшая доля объектов, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, отмечается по таким факторам, как шум, микроклимат и освещенность.

Продолжается рост количества источников физических факторов неионизирующей природы, неблагоприятно влияющих на условия проживания и здоровье населения на территории жилой застройки и в жилых помещениях. Шумовая нагрузка на население складывается из промышленных источников повышенного шума (промышленные и энергетические предприятия, участки проведения строительных работ), транспорта и внутридомовых источников. Актуальна проблема шума, проникающего в помещения жилых домов, от работы внутридомовых источников (оборудование лифтов, систем вентиляции и кондиционирования жилых и общественных зданий, иные системы, предназначенные для обеспечения жизнедеятельности этих домов). Остро стоит проблема ночного шумового воздействия на население от работы звуковоспроизводящей и звукоусилительной аппаратуры предприятий общественного питания, встроенных или пристроенных к жилым домам, а также расположенных рядом. В структуре жалоб населения наибольший удельный вес отмечается по шуму, таким образом, данный физический фактор является ведущим, оказывающим негативное влияние на среду обитания человека.

К объектам, оказывающим выраженное неблагоприятное акустическое воздействие на население РК, следует отнести аэропорты, расположенные в черте населенных пунктов гг. Сыктывкар, Печора, Ухта, Воркута, с. Усть-Цильма. За последние три года произошло снижение неблагоприятного воздействия на население авиационного шума. По данным производственного контроля уровни авиационного шума на территории жилой застройки снизились, что объясняется несколькими причинами: заменой парка самолетов, изменением маршрутов и регламентов полетов. С целью минимизации неблагоприятного воздействия авиационного шума на население г. Сыктывкар, снижения воздействия выбросов вредных веществ в атмосферный воздух на территории жилой застройки

хозяйствующим субъектом предусмотрен приём (выпуск) авиарейсов по векторам взлета-посадки исключая пролет над территорией жилой застройки.

Одним из значимых источников шума в населенных пунктах, по-прежнему, является автотранспорт. Актуальность проблемы негативного шумового воздействия автотранспорта обусловлена ежегодным ростом количества автомобилей, в особенности легковых. В рамках плановой проверки, проведенной в отношении Управления жилищно-коммунального хозяйства администрации МОГО «Сыктывкар» в 2014 г. было установлено, что организация дорожно-транспортного движения по территории г. Сыктывкара не соответствует требованиям санитарного законодательства. Условия эксплуатации улично-дорожной сети (интенсивность движения автомобильного транспорта, состояние дорожного покрытия, направленность транспортных потоков) г. Сыктывкара являются источником повышенных уровней шума. Измеренные значения эквивалентных и максимальных уровней звука на территории жилой застройки не соответствовали нормативным требованиям. По результатам проверки юридическое лицо привлечено к административной ответственности, выдано предписание об устранении выявленных нарушений. В установленный срок юридическим лицом предписание не было выполнено. В настоящее время Управлением Роспотребнадзора по РК рассматривается вопрос по подготовке искового заявления в суд о признании незаконным бездействия юридического лица и обязательстве устранить выявленные нарушения.

Несмотря на актуальность проблемы транспортного шума, в период с 2012 г. по 2016 г. количество точек измерений уровней шума на автомагистралях с интенсивным движением автотранспорта значительно снизилось. В г. Сыктывкар, для улиц которого характерна наибольшая транспортная нагрузка, количество измерений уровней шума крайне недостаточно.

Уровни шума в жилых квартирах зависят от расположения дома по отношению к городским источникам шума, внутренней планировки помещений, звукоизоляции ограждающих конструкций здания, оснащения дома инженерно-технологическим и санитарно-техническим оборудованием, наличия встроенных учреждений. В настоящее время в г. Сыктывкар продолжается интенсивная застройка жилыми зданиями земельных участков, прилегающих к автомагистралям с интенсивным движением и расположенных в зоне влияния аэропорта, при этом количество точек измерений уровней шума, как на территории жилой застройки, так и в эксплуатируемых жилых и общественных зданиях, катастрофически снизилось. Для проведения реальной оценки шумового режима с формированием прогнозных оценок в 2017 г. Управление Роспотребнадзора по РК планирует организацию мониторинга уровней шума на территории жилой застройки г. Сыктывкар с принятием управленческого решения по итогам замеров.

Электромагнитная ситуация в республике остается достаточно спокойной несмотря на продолжающийся рост количества источников электромагнитных излучений. Контроль за электромагнитной обстановкой на территории РК обеспечивается путем проведения инструментальных измерений электромагнитного поля радиочастотного диапазона при вводе в эксплуатацию вновь построенных и реконструируемых передающих радиотехнических объектов в рамках производственного контроля. Кроме этого, источниками электромагнитных излучений являются электрощитовые и трансформаторные подстанции.

Общее количество передающих радиотехнических объектов на территории РК в 2016 г. возросло по сравнению с 2014 г., главным образом, за счет базовых станций сотовой связи, что обусловлено развитием систем мобильной связи, в том числе реконструкцией имеющихся объектов, увеличением числа радиопередатчиков в связи с продолжением работ по внедрению систем коммуникаций третьего и четвертого поколений (3G, 4G).

В 2016 г. лабораториями ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Коми» проведено 54 измерения уровней электромагнитного поля радиочастотного

диапазона. Превышения предельно-допустимых уровней интенсивности электромагнитных излучений не установлено.

Гигиена воспитания, обучения и здоровье детского населения. Основные приоритетные профилактические направления в интересах детей и подростков определены указами Президента РФ от 01.06.2012 г. №761 «Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», от 07.05.2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», от 07.05.2012 г. №599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки».

На надзоре в 2016 г. у специалистов Управления Роспотребнадзора по РК находилось 1 427 детских и подростковых организаций (в 2015 г. - 1 472). По сравнению с 2015 г. количество детских и подростковых организаций уменьшилось за счет внешкольных учреждений, общеобразовательных учреждений, учреждений отдыха и оздоровления, школ-садов и учреждений начального и среднего профессионального образования. В 2016 г. в учреждениях для детей и подростков, за выявленные нарушения санитарного законодательства РФ и законодательства РФ в сфере защиты прав потребителей, Управлением Роспотребнадзора по РК было составлено 878 протоколов об административных правонарушениях (2015 г. - 639, 2014 г. - 716). На рассмотрение в судебные органы передано 126 дел (2015 г. - 84 дела), в том числе дел, по которым могло быть назначено административное наказание в виде административного приостановления деятельности - 22 (в 2015 г. - 13), из них приостановлено - 22 объекта. Наибольшее количество нарушений санитарного законодательства зафиксировано, как и в прошлые годы, в дошкольных, общеобразовательных и летних оздоровительных учреждениях.

В 2016 г. проведены существенные мероприятия, направленные на принципиальное улучшение санитарно-технического состояния учреждений для детей и подростков, в первую очередь общеобразовательных учреждений. В соответствии с Государственной программой РК «Развитие образования», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. №411, вновь построены и введены в течение учебного года 8 образовательных учреждений, в том числе детский сад в с. Выльгорт на 120 мест, детский сад с. Палевицы на 70 мест, детский сад в с. Буткан на 15 мест, детский сад в мкр. Лесозавод г. Сыктывкар на 120 мест, детский сад в с. Усть-Лыжа на 45 мест, детский сад в г. Ухта на 220 мест, детский сад в пст. Первомайский на 70 мест, средняя общеобразовательная школа на 198 мест в с. Летка на 400 мест. Ведется строительство школы на 1200 мест в г. Сыктывкар.

В 2016 г. проведены капитальные ремонтные работы в 38 государственных образовательных организациях на сумму 51,6 млн. руб.

В 2016 г. была продолжена реализация совместного проекта партии «Единая Россия» и Министерства образования и науки РФ по созданию в сельских школах комфортных условий для занятий физической культурой и спортом, в рамках реализации которого проведены ремонтные работы в 10 муниципальных общеобразовательных организациях республики, расположенных в сельской местности, в 1 общеобразовательной организации создан спортивный зал за счет перепрофилирования имеющегося помещения.

Одним из основных средовых факторов, оказывающих влияние на работоспособность и состояние здоровья детей, являются показатели микроклимата среды пребывания. Итоги государственного санитарно-эпидемиологического надзора за 2016 г. свидетельствуют, что в 15,7% обследованных детских и подростковых учреждений выявлялось несоответствия установленным гигиеническим нормативам по параметрам микроклимата (2015 г. - 17,2%). Основными причинами несоблюдения гигиенических нормативов по установленным параметрам микроклимата явились: длительное отсутствие капитального ремонта системы отопления, несоответствие температуры теплоносителя на выходе из котельных, неудовлетворительное состояние части городских и районных систем теплоснабжения, не эффективная работа систем вентиляции. Персоналом

учреждений зачастую не уделялось должного внимания вопросам соблюдения рекомендуемых и установленных требований к режиму проветривания.

Постоянное поддержание необходимого уровня освещенности в помещениях для детей имеет принципиальное значение в профилактике зрительного утомления и наиболее распространенных расстройств зрения. Основными причинами не соответствия уровня искусственной освещенности гигиеническим нормативам в 2016 г. были эксплуатация устаревших систем освещения, отсутствие подсветки классных досок, нерациональное размещение светильников, недостаточное количество источников света, применение ламп накаливания недостаточной мощности, несвоевременная замена перегоревших ламп и отсутствие плановой влажной уборки осветительной арматуры. В соответствии с требованиями Управления Роспотребнадзора по РК в общеобразовательных школах была проведена работа по улучшению состояния светового режима. На начало нового 2016-2017 учебного года выполнена реконструкция системы освещения в 38 школах (2015 г. - в 52 школах). В дошкольных образовательных учреждениях реконструкция системы освещения в подготовительный период к учебному году была проведена в 47 зданиях (2015 г. - 68 зданий).

Питание в общеобразовательных организациях РК осуществляется за счет средств республиканского, муниципального бюджетов и родительских средств. В соответствии с постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. №411 все обучающиеся 1-4 классов общеобразовательных организаций РК обеспечены горячим питанием. Обучающиеся 1-11 классов (11,9%) из семей в установленном порядке признанными малоимущими дополнительно получают питание в соответствии с Законом РК от 26.12.2005 г. №143-РЗ «О предоставлении питания учащимся государственных общеобразовательных учреждений, государственных учреждений начального профессионального и среднего профессионального образования, находящихся в ведении РК, а также муниципальных общеобразовательных учреждений из семей, в установленном порядке признанных малоимущими». В городах перечисленный контингент учащихся составляет около 5%. В сельских районах это количество достигает 40% учащихся и более.

В 2016 г. охват горячим питанием детей, обучающихся в общеобразовательных организациях РК, составил 89,3% от общего количества обучающихся (РФ - 89,7%), в том числе охват горячим питанием учащихся начального звена - 100% (за счет средств республиканского бюджета РК), среднего звена - 81,3%, старшего звена - 71%. Общий показатель охвата двухразовым горячим питанием в 2016 г. составил 22,9% от общего количества обучающихся (РФ - 27,8%), в том числе охват 2-х разовым питанием школьников 1-4 классов - 34,3% (РФ - 31,1%), 5-11 классов - 12,5% (РФ - 22%).

Значимым фактором в профилактике заболеваний, связанных с организацией питания является качество готовых блюд по микробиологическим показателям. В 2016 г. удельный вес исследованных проб готовых блюд, не отвечающих гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям составил 2,1% (2015 г. - 3,1%, РФ - 2,3%). Неблагоприятная ситуация с качеством готовых блюд, не отвечающих гигиеническим требованиям, отмечена в г. Воркута, Усть-Вымском и Усть-Куломском районах.

Основные меры по профилактике инфекционной и паразитарной заболеваемости в РК. С целью координации деятельности органов исполнительной власти республики по актуальным проблемам санитарно-эпидемиологического благополучия населения Управлением Роспотребнадзора по РК были инициированы заседания республиканской СПЭК. Всего в 2016 г. было проведено 4 заседания, на которых рассмотрено 12 вопросов, посвященных проблемам профилактики гриппа и ОРВИ, острых кишечных инфекций, в том числе энтеровирусных инфекций, ВИЧ-инфекции, природно-очаговым инфекциям (сибирская язва), социально-значимым инфекционным заболеваниям, организации новогодних праздников и летней оздоровительной кампании. Принятые решения указанной комиссии акцентировали

внимание глав муниципальных образований, профильных министерств и ведомств на необходимость исполнения конкретных мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекционных заболеваний и охрану здоровья населения, что, в конечном итоге, позволило избежать нежелательных ситуаций.

С целью контроля и оценки эпидемиологической ситуации на территории РК в 2016 г. организована передача экстренных извещений в филиалы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Коми» в выходные и праздничные дни с незамедлительным информированием Управления Роспотребнадзора по РК для принятия мер реагирования, а также организовано проведение оперативного и ретроспективного анализа эпидситуации по кишечным инфекциям, включая гепатит «А» и энтеровирусную инфекцию, с оценкой эффективности принимаемых мер, направленных на локализацию очага инфекционного заболевания.

В 2016 г. при регистрации очага сибирской язвы на граничащем с РК Ямало-Ненецком автономном округе по инициативе Управления Роспотребнадзора по РК были организованы и проведены 3 заседания республиканской СПЭК, в том числе выездное в г. Воркута. Изданы 2 постановления главного государственного санитарного врача по РК, направленные на организацию и проведение дополнительных противоэпидемических мероприятий, в том числе иммунизации групп риска, установлению стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов. Иммунизация оленеводов и членов их семей проводилась в 2 этапа: непосредственно в тундре в июле и при возвращении оленеводческих бригад к местам постоянного проживания в ноябре. Всего против сибирской язвы было иммунизировано 1 030 чел. Для принятия мер прокурорского реагирования в прокуратуру были переданы материалы о необходимости определения хозяйственной принадлежности сибиреязвенного скотомогильника в Усть-Куломском районе для организации зоны санитарной охраны. Случаев заболеваний не зарегистрировано.

При проведении плановых и внеплановых контрольно-надзорных мероприятиях в отношении лечебно-профилактических организаций, детских общеобразовательных учреждений осуществляется контроль за соблюдением санитарного законодательства, в том числе за санитарно-гигиеническим состоянием объекта, своевременностью регистрации, клинической и лабораторной диагностикой инфекционных заболеваний, организацией проведения комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, работу по организации и безопасности иммунизации.

Продолжена практика поведения совместных врачебных консилиумов с ЛПО с привлечением специалистов Управления Роспотребнадзора по РК при выставлении окончательных диагнозов в очагах инфекционных болезней. Специалисты Управления Роспотребнадзора по РК принимают участие в проводимых заседаниях коллегии МЗ РК.

Обеспечено на регулярной основе повышение квалификации и тестирование медицинских работников (педиатров, неврологов, эпидемиологов, вирусологов) по вопросам клиники, диагностики, профилактики полиомиелита, острых вялых параличей, энтеровирусной инфекции, вирусных кишечных инфекций в целях своевременного их выявления и проведения эпидемиологического расследования.

Информация об эпидемиологической ситуации в регионе в еженедельном режиме направляется Главе РК, Главному федеральному инспектору по РК аппарата полномочного представителя Президента РФ в СЗФО.

С целью контроля за обеспечением эпидемиологического благополучия населения, специалистами Управления Роспотребнадзора по РК в 2016 г. проведены контрольно-надзорные мероприятия в отношении 127 юридических лиц, занимающихся деятельностью в сфере здравоохранения, в том числе 67 лечебно-профилактических организаций, из которых: 1 - в отношении родильных домов; 10 учреждений стоматологического профиля; 5 домов-интернатов для престарелых и инвалидов. Также были подвергнуты надзорным мероприятиям 9 юридических лиц, занимающихся

розничной торговлей фармацевтическими товарами. Проверками было охвачено 355 объектов, принадлежащих указанным субъектам, из которых 193 лечебно-профилактическим организациям. В рамках внеплановых контрольно-надзорных мероприятий было обследовано 116 объектов предприятий, занимающихся деятельностью в сфере здравоохранения, в том числе 57 лечебно-профилактических организаций. За отчетный период было проведено 29 административных расследований, 14 - в отношении лечебно-профилактических организаций.

С целью объективности оценки ситуации на объектах надзора, проверки проводились с применением лабораторно-инструментальных методов. Всего охвачено 192 объекта юридических лиц, занимающихся деятельностью в сфере здравоохранения, в том числе 122 лечебно-профилактических организаций. Результатом проведенных контрольно-надзорных мероприятий явилось выявление 2 878 нарушений санитарно-эпидемиологических правил, из которых 1 469 выявлены в лечебно-профилактических организациях, в том числе 51 - в стоматологических организациях.

По результатам контрольно-надзорных мероприятий специалистами Управления Роспотребнадзора по РК составлено 449 протоколов о нарушении санитарных правил, в том числе 430 в лечебно-профилактических организациях. 11 из 14 административных расследований завершились результативно. Было подготовлено 12 постановлений об отстранении от работы 188 чел. (отсутствие флюорографического обследования, профилактического медицинского осмотра и профилактических прививок против инфекционных заболеваний). По результатам контрольно-надзорных мероприятий, с целью прекращения действия условий, способствовавших нарушению санитарного законодательства, в адрес вышестоящих организаций субъектов надзора было направлено 60 представлений.

По результатам расследования причин возникновения случаев инфекционных заболеваний, специалистами Управления Роспотребнадзора по РК возбуждено 156 дел об административном правонарушении в отношении должностных и юридических лиц. По результатам рассмотрения вынесено 156 штрафов на сумму 720,5 тыс. руб. (по статьям КоАП РФ 6.3, 6.4, 6.7. ч. 1. и ч. 2, 6.6, 14.43 ч. 1 и ч. 2).

Вынесено 20 постановлений Главного государственного санитарного врача по РК об отстранении от работы 422 чел., выдано 104 предписания об устранении нарушений санитарного законодательства и нарушений санитарно-эпидемиологических требований.

По результатам расследования причин возникновения случаев инфекционных заболеваний, с целью прекращения действия условий, способствовавших нарушению санитарного законодательства, в адрес вышестоящих организаций субъектов надзора было направлено 20 представлений.

Из 42 учитываемых нозологических форм заболеваний снижение уровня заболеваемости за 2016 г. отмечается по 17 (в 2015 г. - по 27) нозологиям, стабилизация эпидемического процесса - по 17 нозологическим формам, рост отмечен по 8 (в 2015 г. - по 6) нозологическим формам. В текущем году не регистрировались случаи заболеваний брюшным тифом, полиомиелитом, дифтерией, эпидемическим паротитом, корью, краснухой, трихинеллезом.

С целью предупреждения заболевания населения инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики в РК достигнут высокий охват населения профилактическими прививками в декретированные возраста. Показатели своевременности проведения профилактических прививок в декретированные возраста находятся выше рекомендованного 95%-ного уровня.

ГЛАВА 5. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

5.1. Анализ показателей заболеваемости детского населения. В последние годы отмечается рост общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет (табл. 90). Указанный показатель по итогам 2016 г. превышает уровень 2012 и 2015 гг. на 0,3% и 1,2% соответственно, а также превышает аналогичный среднероссийский показатель.

Структура заболеваемости на протяжении ряда лет не меняется:

первое место - болезни органов дыхания (57,5% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) с ростом по сравнению с 2012 и 2015 гг. на 3,4% и 3,0% соответственно;

второе место - болезни глаза и его придаточного аппарата (5,7% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) с ростом по сравнению с 2012 г. на 19,4% и снижением по сравнению с 2015 г. на 0,9%;

третье место - болезни кожи и подкожной клетчатки (5,1% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) со снижением по сравнению с 2012 г. на 2,2% и ростом по сравнению с 2015 г. на 0,5%;

четвертое место - болезни органов пищеварения (4,6% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) со снижением по сравнению с 2012 и 2015 гг. на 4,0% и 1,4% соответственно;

пятое место - внешние причины (4,4% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) со снижением по сравнению с 2012 г. на 1,5% и ростом по сравнению с 2015 г. на 9,8%.

Таблица 90

Динамика общей заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет (на 1 тыс. населения соответствующего возраста) в 2012-2016 гг.

Класс заболеваний / Год	2012	2013	2014	2015	2016	% к 2012	% к 2015	РФ 2015
Итого по всем причинам, из них:	3281,3	3359,8	3428,9	3253,0	3291,8	0,3	1,2	2239,2
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	135,0	130,9	132,0	126,3	116,8	-13,5	-7,5	82,9
Новообразования	16,1	19,7	19,5	20,1	18,7	15,8	-7,0	9,6
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	36,8	37,5	37,0	38,7	35,5	-3,4	-8,3	27,9
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ	42,5	43,5	47,8	46,0	50,1	17,8	8,9	39,4
Психические расстройства	28,6	27,9	31,3	29,3	27,3	-4,5	-6,8	29,4
Болезни нервной системы	95,4	97,6	91,5	93,4	102,4	7,3	9,6	91,2
Болезни глаза и его придатков	157,6	171,6	187,8	190,0	188,2	19,4	-0,9	120,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	78,5	73,1	84,1	76,4	69,6	-11,4	-8,9	57,9
Болезни системы кровообращения	16,7	19,1	17,7	18,0	19,5	16,5	8,3	19,8
Болезни органов дыхания	1829,2	1872,0	1901,2	1835,9	1891,5	3,4	3,0	1226,9
Болезни органов пищеварения	156,5	154,6	160,0	152,3	150,2	-4,0	-1,4	132,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	171,9	173,4	170,0	167,3	168,2	-2,2	0,5	99,4
Болезни костно-мышечной системы	123,7	148,1	149,5	137,4	136,2	10,1	-0,9	75,8
Болезни мочеполовой системы	83,7	82,2	97,4	95,7	90,0	7,6	-6,0	54,4
Беременность, роды и послеродовый период*	0,2	0,2	0,5	0,1	0,4	134,3	223,1	0,09
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	37,5	35,5	36,0	29,0	23,7	-36,8	-18,3	22,5
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	42,1	47,0	49,8	52,4	51,7	22,9	-1,3	35,0
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	83,3	86,7	82,0	13,4	8,0	-90,4	-40,3	7,2
Травмы, отравления и некоторые другие	146,3	139,4	134,2	131,2	144,1	-1,5	9,8	106,2

Значительно выше среднереспубликанского уровня показатель общей заболеваемости детского населения (0-14 лет) отмечается в Ижемском (превышение на 18,7%), Княжпогостском (превышение на 11%), Корткеросском (превышение на 17%) районах и в г. Инта (превышение на 29,9%) и Сыктывкар (превышение на 12,3%). Наиболее низкий показатель отмечается в Сыктывдинском (ниже на 30,9%), Сысольском (ниже в 1,9 раза), Троицко-Печорском (ниже на 34,3%), Удорском (ниже на 36,1%) и Усть-Вымском (ниже на 29,3%) районах.

Сохраняются негативные тенденции в состоянии здоровья подростков. Показатель общей заболеваемости подростков по сравнению с 2012 г. вырос на 1,5% и превышает среднероссийский показатель на 32,5% (2015 г.)

В структуре заболеваемости подростков (табл. 91):

первое место - болезни органов дыхания (35,1% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) с ростом по сравнению с 2012 и 2015 гг. на 0,9% и 3,2% соответственно;

второе место - болезни глаза и его придаточного аппарата (11,4% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) с ростом по сравнению с 2012 г. на 17,2% и снижением по сравнению с 2015 г. на 9,0%;

третье место - болезни костно-мышечной системы (9,2% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) с ростом по сравнению с 2012 г. на 13,3% и снижением по сравнению с 2015 г. на 4,5%;

четвертое место - внешние причины (7,61% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) с ростом по сравнению с 2012 и 2015 гг. на 13,3% и 13,6% соответственно;

пятое место - болезни кожи и подкожной клетчатки (6,3% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет) с ростом по сравнению с 2012 г. на 3,3% и снижением по сравнению с 2015 г. на 5,7%.

Таблица 91

Общая заболеваемость детей от 15 до 17 лет (на 1 тыс. населения соответствующего возраста)

Класс заболеваний / Год	2012	2013	2014	2015	2016	% к 2012	% к 2015	РФ 2015
Итого по всем причинам, из них:	2879,4	2923,8	3002,6	3001,6	2922,7	1,5	-2,6	2265,7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	69,0	67,8	64,7	70,0	59,7	-13,5	-14,7	46,1
Новообразования	17,4	18,9	21,2	20,7	20,8	19,8	0,5	10,4
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	15,0	15,6	15,4	17,5	15,1	0,8	-13,7	19,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ	76,3	78,9	79,7	99,0	86,4	13,3	-12,7	99,7
Психические расстройства	77,4	81,5	70,9	79,0	64,1	-17,2	-18,9	63,6
Болезни нервной системы	156,1	177,9	166,3	181,5	172,4	10,4	-5,0	126,5
Болезни глаза и его придатков	285,4	322,2	362,2	367,4	334,5	17,2	-9,0	218,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	42,0	43,9	47,9	50,6	53,4	27,1	5,5	50,0
Болезни системы кровообращения	52,2	56,2	51,2	59,9	51,5	-1,3	-14,0	55,2
Болезни органов дыхания	1017,6	963,0	973,3	995,2	1027,1	0,9	3,2	765,1
Болезни органов пищеварения	164,4	165,8	164,7	160,2	157,1	-4,4	-1,9	192,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	178,8	189,9	192,9	196,0	184,8	3,3	-5,7	116,2
Болезни костно-мышечной системы	236,9	250,6	286,6	281,1	268,5	13,3	-4,5	175,4
Болезни мочеполовой системы	170,7	157,1	178,9	170,0	163,5	-4,2	-3,8	114,4
Беременность, роды и послеродовой период*	24,6	23,2	20,2	33,7	24,7	0,4	-26,7	11,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	-	-	-	-	-	-	-	-
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	25,2	27,1	29,4	30,0	27,0	7,1	-10,0	24,0

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	85,9	106,4	100,4	10,5	1,5	-98,3	-85,7	6,6
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	197,0	189,4	186,9	196,4	223,1	13,3	13,6	176,9

Значительно выше среднереспубликанского уровня показатель общей заболеваемости подростков (15-17 лет) отмечается в Ижемском (превышение на 25,0%), Княжпогостском (превышение на 11,9%), Корткеросском (превышение в 1,5 раза) районах и в гг. Усинск (превышение на 8,6%) и Сыктывкар (превышение на 26,9%). Наиболее низкий показатель отмечается в Сыктывдинском (ниже в 1,6 раза), Сосногорском (ниже на 22,1%), Удорском (ниже на 24,1%), Вуктыльском (ниже на 19,5%) и г. Ухта (ниже в 1,6 раза).

В течение 2016 г. во исполнение приказа МЗ РФ от 21.12.2012 г. №1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» продолжено проведение медицинских осмотров несовершеннолетних. В соответствии с приказом МЗ РК от 27.01.2016 г. №157-р «Об организации прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них в Республике Коми» в 2016 г. планировалось осмотреть 164 995 детей. По состоянию на 10.01.2017 г. медицинскими осмотрами охвачено 160 852 ребёнка (97,5%).

По результатам проведенных в 2016 г. медицинских осмотров отмечается сокращение числа детей, которым была установлена первая и вторая группы здоровья - до 89% (2015 г. - 90,6%, 2014 г. - 90,7%, 2013 г. - 88%). К третьей группе здоровья отнесено 10,4% от общего числа осмотренных детей (в 2015 и 2014 гг. - по 8,9%, в 2013 г. - 11,4%). Четвёртая и пятая группы здоровья составили 0,57% (в 2015 году - 0,5%).

В структуре заболеваемости, выявленной по результатам медицинских осмотров 2016 г. (табл. 92), на первом месте находятся болезни глаза и его придаточного аппарата (с ростом по сравнению с предыдущими годами), на втором месте - заболевания костно-мышечной системы (с ростом по сравнению с предыдущими годами). На третье место в 2016 г. вышли заболевания органов дыхания (с ростом по сравнению с предыдущими годами). Четвёртое место занимают заболевания пищеварительной системы (с ежегодным снижением показателя). На пятом месте - заболевания эндокринной системы со снижением (с ежегодным снижением показателя).

Таблица 92

Динамика структура заболеваемости по итогам профилактических осмотров (в % от общего числа выявленных заболеваний) в 2013-2016 гг.

Место в структуре	Класс заболеваний	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
I	болезни глаза и его придаточного аппарата	21,7	22,6	24,0	24,2
II	болезни костно-мышечной системы	19,5	21,4	19,8	21,5
III	болезни органов дыхания	10,4	10,6	11,2	11,9
IV	болезни органов пищеварения	13,4	12,0	12,9	11,8
V	болезни эндокринной системы	9,8	9,8	9,2	9,0

С целью совершенствования оказания медицинской помощи несовершеннолетним в 2013 г. медицинские кабинеты школ и детских дошкольных учреждений были переданы из системы образования в систему МЗ РК. В результате передачи первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним оказывается в соответствии с единой нормативной и методической базой, обеспечивается регулярное повышение

квалификации медицинских работников, оптимизирована организация проведения профилактических и периодических осмотров организованных детей.

По состоянию на 01.01.2017 г. в республике функционирует 320 школ и 374 организации дошкольного образования. Из общего числа указанных организаций 485 организаций имеют лицензированные медицинские кабинеты, в том числе 184 школы по 206 адресам и 301 детское дошкольное учреждение по 353 адресам.

Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним, обучающимся в образовательных учреждениях, не имеющим медицинские кабинеты, оказывается в помещениях медицинской организаций. Графики работы медицинских работников, закреплённых за образовательными учреждениями, согласованы с руководством образовательных организаций. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним, обучающимся в образовательных учреждениях, не имеющих медицинские кабинеты, оказывается в помещениях медицинской организаций. Графики работы медицинских работников, закреплённых за образовательными учреждениями, приведены в соответствие со временем осуществления образовательного процесса.

5.2. Анализ смертности (младенческая, детская, материнская). В течение 2016 г. в РК по данным Комистата умер 61 ребенок в возрасте до 1 года (2015 г. - 55 детей). Из числа детей с массой тела при рождении менее 1000 граммов (по данным ФСН №32) в 2016 г. умерло 9 чел. (14,8% от общего числа всех умерших в возрасте до 1 года), в 2015 г. - 13 чел. (23,6% от общего числа всех умерших в возрасте до 1 года).

Показатель младенческой смертности (табл. 93) в 2016 г. составляет 5,4 случая на 1 тыс. родившихся живыми (2015 г. - 4,6 случая на 1 тыс. родившихся живыми), рост на 17,1%.

Таблица 93

Анализ младенческой смертности

Показатель / Год	Число умерших детей в возрасте до 1 г. на 1000 родившихся живыми					
	2012	2013	2014	2015	2016 план	2016 факт
РФ	8,6	8,2	7,4	6,5	6,0	6,0
СЗФО	6,2	6,2	5,8	5,3	н/д	4,8
РК	5,9	6,0	5,1	4,6	5,7	5,4

В структуре младенческой смертности в 2016 г. (данные Комистата):

- первое место занимают отдельные состояния перинатального периода (2016 г. - 30 детей, 49,2% от общего количества умерших в возрасте до 1 года, в 2015 г. - 31 ребенок, 56,4% от общего количества умерших в возрасте до 1 года);

- второе место - ВПР (2016 г. - 14 детей, 23,0% от общего количества умерших в возрасте до 1 года; 2015 г. - 10 детей, 18,2% от общего количества умерших в возрасте до 1 года);

- третье место - внешние причины (2016 г. - 5 детей, 8,2% от общего количества умерших в возрасте до 1 года; 2015 г. - 6 детей, 10,9% от общего количества умерших в возрасте до 1 года).

Таким образом, в 2016 г. отмечается уменьшение количества случаев смерти детей до 1 года жизни от отдельных состояний перинатального периода и внешних причин с ростом количества умерших от ВПР.

Снижение младенческой смертности от отдельных состояний перинатального периода достигнуто благодаря соблюдению маршрутизации и централизации оказания медицинской помощи женщинам и детям, осуществляемого в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РК от 08.05.2013 г. № 5/208 «Об организации медицинской помощи в период беременности и родов на территории РК» (с централизацией беременных, имеющих высокую степень перинатального риска,

угрожаемых по преждевременным родам, по материнской и перинатальной смертности, в родовспомогательных учреждениях 3-го уровня), и от 18.04.2008 г. № 4/61 «О совершенствовании организации медицинской помощи детскому населению РК».

Рост числа случаев младенческой смертности от ВПР требует дальнейшей работы по совершенствованию пренатальной диагностики, в том числе по повышению уровня квалификации специалистов ультразвуковой диагностики в акушерстве.

На протяжении ряда лет в РК показатель материнской смертности (табл. 94) был стабильным и находился на уровне ниже среднероссийского. Однако, в 2016 г. отмечено 2 случая, связанные с осложнениями беременности. Обе беременные наблюдались на селе и отнесены к предотвратимым случаям на всех этапах наблюдения и родоразрешения. В обоих случаях имело место нарушение Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи (запоздалая диагностика осложнений беременности, несвоевременные трансфер, госпитализация и родоразрешение, дефекты лечения осложнений, несвоевременная постановка на учет в РКЦ). Оба случая смерти наступили в учреждениях 3 уровня.

Таблица 94

Динамика показателя материнской смертности в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми				
	2012	2013	2014	2015	2016
РФ	13,2	12,9	11	10,9	н/д
РК	8,1	8	8,1	0	17,4

5.3. Показатели службы родовспоможения. Основными задачами демографической политики РК на период до 2025 г., направленными на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков, являются повышение рождаемости, сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья матерей, детей и подростков.

В РК реализация мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка, осуществляется в рамках:

- государственной программы РК «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 420;
- государственной программы РК «Развитие образования», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 411.

Повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным за счет развития перинатальных технологий, укрепления материально-технического и кадрового обеспечения службы материнства и детства способствует росту рождаемости, стабильному снижению младенческой и материнской смертности.

В республике создана трехуровневая система организации акушерско-гинекологической помощи с централизацией беременных, имеющих высокую степень перинатального риска, угрожаемых по преждевременным родам, по материнской и перинатальной смертности, в родовспомогательные учреждения 3-го уровня.

В 2016 г. в медицинских организациях РК было развернуто 911 коек акушерско-гинекологического профиля, в том числе 270 коек для беременных и рожениц, 309 коек патологии беременности и 332 гинекологических койки. Обеспеченность населения РК койками всех вышеуказанных профилей превышает среднероссийский уровень (табл. 95). Анализ ситуации, связанной с обеспеченностью койками указанных профилей, выявил наличие резервов для сокращения коечного фонда в части уменьшения гинекологических коек и коек патологии беременности за счет обследования и лечения в амбулаторных условиях, исключения необоснованных госпитализаций для дородовой подготовки.

Таблица 95

Динамика обеспеченности населения РК койками акушерско-гинекологического профиля (на 10 тыс. женщин фертильного возраста) в 2012-2016 гг.

Показатель / Регион / Год	РК/РФ	2012	2013	2014	2015	2016
Обеспеченность койками для беременных и рожениц	РК	12,9	12,8	13,0	13,3	13,2
	РФ	10,8	10,5	10,3	10,0	н/д
Обеспеченность койками патологии беременности	РК	15,4	12,8	14,4	14,9	15,1
	РФ	10,0	9,9	9,6	8,99	н/д
Обеспеченность гинекологическими койками	РК	8,1	8,3	7,84	7,79	7,3
	РФ	7,73	7,33	6,75	6,19	н/д

Деятельность родовспомогательных учреждений организована в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. № 572н. Внедрение указанного Порядка, организация непрерывного повышения квалификации специалистов, оказывающих медицинскую помощь женщинам и внедрение современных технологий позволило добиться снижения общей заболеваемости женщин.

В табл. 96 представлены основные показатели профилактических осмотров беременных женщин. Показатели ранней явки беременных на учет в женскую консультацию, в том числе до 12 недель беременности, возросли и превышают аналогичные показатели РФ. Отмечается улучшение показателей охвата осмотрами терапевта, проведения УЗИ, однако несколько снизился показатель охвата биохимическим скринингом и ранний комплексной пренатальной диагностикой.

С 2012 г. на территории РК проводится комплексная пренатальная (дородовая) диагностика врожденных нарушений развития ребенка с помощью программы Astraia. Работают 7 центров по проведению пренатальной ультразвуковой диагностики. За 5 лет работы в программе пренатальной (дородовой) диагностики состояния ребёнка получили сертификат FMF(FetalMedicineFoundation) 20 врачей, из них 12 имеют дополнительно сертификат по назальной кости, 7 - по определению А-волны в венозном потоке. Все специалисты, работающие в системе комплексной пренатальной диагностики должны иметь не менее 3 сертификатов, что позволит сделать пренатальную диагностику первого триместра более эффективной.

Высокий охват ранней комплексной пренатальной диагностикой обеспечен в г. Ухта (90,5%), Корткеросском (99,2%), Сыктывдинском (92,4%), Усть-Куломском (100%), Вуктыльском (100%), Усть-Вымском (100%), Сосногорском (97%) районах. Низкие показатели охвата пренатальным скринингом в Усть-Цильмском районе (65,3%) и г. Инта (63%).

По-прежнему, остается недостаточной диагностика тяжелых врожденных аномалий плода, что привело к росту показателя мертворождаемости и младенческой смертности от ВПР. Положительным моментом в 2016 г. можно отметить улучшение диагностики ВПР на ранних сроках беременности. Доля своевременной диагностики (до 22 недель) значимых ВПР в 2016 г. составила 87% (в 2015 г. - 78,2%).

В целом в 2016 г. диагностика синдрома Дауна в пренатальном периоде составила 75% (в 2015 г. - 57%). Частота отказов беременных высокого риска по хромосомным аномалиям от уточняющей инвазивной диагностики в 2016 г. возросла и составила 21%, в 2015 г. - 14%. Это свидетельствует о недостаточности работы врачей акушеро-гинекологов первичного звена по профилактике отказов.

Таблица 96

Динамика основных показателей профилактических осмотров беременных женщин в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016
------------------	------	------	------	------	------

Удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации до 12 недель беременности (%)	РК	83,0	85,75	85,92	89,2	89,0
	РФ	84,6	85,3	85,1	86,2	н/д
Из числа женщин, закончивших беременность, осмотрены терапевтом (%)	РК	98,0	99,3	96,3	96,4	96,3
	РФ	96,6	98,0	97,8	98,0	н/д
Из числа осмотренных терапевтом - осмотрены в раннем сроке (%)	РК	83,2	83,0	77,8	80,9	82,7
	РФ	83,0	83,8	84,2	85,4	н/д
Из числа женщин, закончивших беременность, проведено УЗИ плода (%)	РК	99,0	99,3	96,7	94,8	96,1
	РФ	96,3	97,7	97,6	97,3	н/д
Из числа проведенных УЗИ выявлено плодов с ВПР (%)	РК	0,99	0,99	2,1	2,2	1,8
	РФ	1,95	1,26	1,18	1,27	н/д
Из числа беременных женщин, закончивших беременность, взята проба на биохимический скрининг (%)	РК	54,8	79,3	77,7	93,4	82,3
	РФ	75,4	82,2	83,4	85,1	н/д
Выявлено отклонений при проведении биохимического скрининга (%)	РК	1,1	0,98	1,8	3,0	5,2
	РФ	5,2	4,48	3,89	3,54	н/д
Выявлено отклонений при проведении всех случаев инвазивной диагностики 1 и 2 триместра в %	РК	10,8	11,3	10,0	14,0	12,5
	РФ	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Выявлено отклонений при проведении инвазивной диагностики в раннем комплексном пренатальном скрининге в %	РК	34	31	25,8	36	29
	РФ	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Охват комплексной пренатальной диагностикой вставших на учет до 14 недель в %	РК	70	89,4	94,7	92,6	88,9
	РФ	64,2	79,2	86,2	88,6	н/д
Удельный вес отказавшихся от инвазивной диагностики в группе высокого риска в %	РК	18	20	30	14	21
Доля пренатально выявленных всех ХА % количество пренатально выявленных ХА	РК	76 35	68 29	44 23	58,5 41	64,4 38
	Доля пренатально выявленного с. Дауна в % Случаев с. Дауна, выявленного пренатально	доля (%) случаи	68 17	33,3 6	37 10	57 16

Структура заболеваемости при беременности в целом соответствует среднероссийской.

В разрезе отдельных патологических состояний, возникающих в период беременности, необходимо отметить значительное превышение показателей РФ по заболеваемости анемией, сахарным диабетом и патологией почек, что можно связать с региональными особенностями (табл. 97). Обращает на себя внимание значительное превышение над среднероссийским уровнем распространенности состояний изосенсибилизации, что вероятно, связано с гипердиагностикой, когда диагноз выставляется без учета состояния новорожденного.

Вместе с тем, показатель угрозы преждевременных родов ниже среднероссийского уровня, что, по-видимому, связано с более взвешенным подходом акушеров-гинекологов к диагностике этих состояний при беременности и с внедрением тестов диагностики риска преждевременных родов.

Таблица 97

Динамика заболеваемости и распространенности патологических состояний, предшествовавших или возникших во время беременности (в % к общему числу закончивших беременность)

Патологическое состояние (заболевание) / Регион / Год		2012	2013	2014	2015	2016
Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства	РК	11,9	7,7	6,8	6,5 *	6,3*
	РФ	16,7	14,1	14,6	н/д	н/д
Преэклампсия, эклампсия	РК	1,6	2,06	1,8	2,59	2,8
	РФ	1,57	1,26	1,62	2,28	н/д
Угроза прерывания беременности:						
В сроки до 22 нед:	РК	14,3	13,9	12,4	16,3	17,2

	РФ	18,5	18,3	н/д	19,0	н/д
В сроки 22-27 нед:	РК	7,8	7,5	6,7	**	**
	РФ	8,7	8,8	8,7	**	н/д
В сроки 28-37 недель:	РК	9,6	8,9	6,9	**	13,2 (22-37 нед)
	РФ	7,7	8,0	8,1	13,1	н/д
Резус-иммунизация и другие формы изоиммунизации	РК	6,2	6,9	7,9	8,7	9,6
	РФ	1,6	1,5	1,7	1,87	н/д
Анемия	РК	45,	50,6	48,1	48,5	50,0
	РФ	32,68	33,1	н/д	32,6	н/д
Болезни мочеполовой системы	РК	22,4	22,6	24,2	22,3	29,6
	РФ	17,9	19,8	н/д	16,6	н/д
Болезни системы кровообращения	РК	8,3	8,9	7,7	7,7	7,1
	РФ	9,62	9,67	н/д	8,3	н/д
Венозные осложнения	РК	4,9	4,6	4,1	5,6	5,8
	РФ	4,5	4,7	н/д	5,2	н/д
Сахарный диабет	РК	0,8	1,44	3,47	6,9	8,9
	РФ	0,47	0,73	н/д	2,15	н/д
Болезни щитовидной железы	РК	13,5	11,1	9,8	**	**
	РФ	5,45	5,53	5,53	5,54	н/д

*Не включает в себя отеки.

**Не учитывается в действующих формах статистической отчетности

В республике продолжает реализовываться принцип концентрации и регионализации акушерской помощи. В 2016 г. в учреждениях третьего уровня принято 78,7% от всех родов, в том числе - 84,6% от всех преждевременных родов (табл. 98). В учреждениях второго уровня принято 17,3% от всех родов, в том числе – 10,8% от всех преждевременных родов. В учреждениях первого уровня принято 4% родов, в том числе - 4,6% от общего числа преждевременных родов.

Таблица 98

Распределение родов по уровням учреждений

Показатель / уровень родовспомогательной организации	Распределение родов по уровням			
	I уровень	II уровень	III уровень	Всего
Родов всего (абс.)	444	1922	8735	11101
Удельный вес от всех родов (в %)	4,0	17,3	78,7	100%
Преждевременных родов (абс.)	30	70	551	651
Удельный вес ПР от всех родов на уровне (в %)	6,8	3,6	6,3	5,9
Удельный вес ПР на уровне от всех ПР по территории (в %)	4,6	10,8	84,6	100%

Для снижения младенческой смертности от отдельных состояний перинатального периода в 2016 г. приоритетным направлением определено повышение квалификации специалистов учреждений 3-го уровня с целью совершенствования технологий в неонатологии с развитием ранней реабилитации и детской хирургии.

Результатом внедрения Порядков оказания акушерско-гинекологической и неонатальной помощи с формированием адекватных потоков пациентов является положительная динамика показателей частоты преждевременных родов и показателей смертности в дифференцированных по группам учреждениях родовспоможения. Распределение преждевременных родов по стационарам разного уровня благоприятное (табл. 98). Удельный вес мертворождений в учреждениях первого уровня выше среднероссийского показателя (табл. 99)

Таблица 99

Распределение числа умерших и мертворожденных по уровню стационара в 2016 г.

Показатель / уровень родовспомогательной организации	акушерские ЛПУ			
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	По РК
Количество родившихся живыми, всего	438	1 926	8 861	11 225
доля (в %) в структуре родившихся РК в 2016 г.	3,9	17,2	78,9	100,0
доля (в %) в структуре родившихся РФ в 2015 г.	10,4	63,9	25,7	100
Количество умерших до 168 часов	1	3	14	18
РНС абс. в % в РК в 2016 г.	5,5	16,6	77,7	100
РНС абс. в % в РФ в 2015 г.	11,5	47,6	40,9	100
Количество мертворожденных и умерших до 168 часов всего	13	13	54	80
перинатальная смертность (в %) в РК в 2016 г.	16,2	16,2	67,5	100
перинатальная смертность (в %) в РФ в 2015 г.	9,7	53,6	36,6	100
Количество мертворожденных	12	10	40	62
показатель мертворождаемости	19,3	16,1	64,5	100
доля в ЛПУ соответствующего уровня РФ в 2015 г. (в %)	9,2	55,6	35,2	100

Большое внимание органами здравоохранения РК уделяется вопросам сохранения и восстановления репродуктивного здоровья населения, в том числе за счет уменьшения числа аборт. Координирующая роль в работе, направленной на поддержание репродуктивного потенциала региона, принадлежит отделению репродуктивного здоровья, организованному на базе Коми республиканского перинатального центра.

Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение аборт, является эффективная работа кабинетов поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, организованных при женских консультациях. Основной задачей кабинетов является медицинская и социально-психологическая помощь женщинам в случаях незапланированной беременности, направленная на обеспечение альтернативы аборту. Во всех городах и районах открыты кабинеты поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (всего 20 кабинетов). Отсутствует кабинет в Троицко-Печорской ЦРБ.

В 2016 г. специалистами кабинетов проконсультировано 3 089 женщин по вопросам прерывания беременности, что составило 88,4% от общего числа обратившихся на искусственный аборт (в 2015 г. - 68%). Из указанного числа женщин 539 (17,4%) сохранили беременность (показатель 2015 г. 20,0%).

Необходимо отметить, что почти во всех вышеперечисленных районах с высоким уровнем аборт отмечается низкая эффективность доабортного консультирования.

Вместе с тем, в РК сохраняется тенденция к снижению показателя аборт (табл. 100). В 2016 г. показатель составил 29,6 на 1 тыс. женщин фертильного возраста (2015 г. - 30,1), однако этот показатель остается выше среднероссийского (2015 г. - 20,9 на 1 тыс. женщин фертильного возраста).

Таблица 100

Динамика числа аборт в РК в 2012-2016 гг.

Показатель / Регион / Год		2012г.	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.
Общее число аборт	РК	8202	7519	6833	6316	6094
	РФ	34,4	33,8	31,8	30,1	29,6
Показатель на 1000 женщин фертильного возраста	РК	25,6	24,8	22,8	20,9	н/д
	РФ	65,7	60,0	55,2	53,5	53,9
Показатель на 100 родившихся живыми и мертвыми	РК	49,7	46,9	42,3	38,9	н/д
	РФ					

Высокие показатели абортот отмечаются в Ижемском (45%), Вуктыльском (34,8%), Троицко-Печорском (34,5%), Печорском (33,5%) и Усть-Цилемском (33,5%) районах, а также в гг. Ухта (38%), Сыктывкар (33,9%), Инта (32%).

Очень низкие показатели абортот в Сосногорском и Сыктывдинском районах, вероятнее всего связаны с тем, что абортот из этих территорий выполняются в гг. Ухта и Сыктывкар.

В рамках исполнения Порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденного приказом МЗ РФ от 30.08.2012 г. № 107н организовано ведение республиканского регистра бесплодных супружеских пар. По состоянию на 01.01.2017 г. на учете по бесплодию состояло 1361 супружеских пар (на 01.01.2016 г. - 1328 супружеских пар).

С 2009 г. в практику работы Коми республиканского перинатального центра внедрена процедура экстракорпорального оплодотворения, осуществляемая как за счет федерального бюджета, так и за счет средств республиканского бюджета РК. Использование бесплатных для пациентов программ дает возможность применения эффективного метода лечения бесплодия более широкому кругу лиц, увеличивая его доступность. В 2016 г. 62,7% циклов проводилось методом ИКСИ, 60 циклов осуществлены с использованием донорских половых клеток, 100 - с криоконсервированными эмбрионами. Эффективность криопереносов эмбрионов в 2016 г. составила 30% (в 2015 г. - 37,8%; в 2014 г. - 16,2%).

На протяжении всего периода использования вспомогательных репродуктивных технологий повышается количество детей, рожденных с их использованием: 2009 г. - 38 новорожденных, 2010 г. - 35, 2011 г. - 60, 2012 г. - 66, 2013 г. - 95, 2014 г. - 168, 2015 г. - 200, 2016 г. - 232 новорожденных

Одной из наиболее важных задач здравоохранения региона является укрепление здоровья детей. На протяжении последнего десятилетия в республике поддерживается и пропагандируется политика охраны и поддержки грудного вскармливания. В практику женских консультаций, акушерских стационаров и детских амбулаторно-поликлинических учреждений внедряются современные ресурсосберегающие перинатальные технологии, положенные в основу инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку».

В республике широко применяются:

- семейно-ориентированные роды (26,6% от общего количества родов в 2016 г., 24,6% - в 2015 г.);
- совместное пребывание в палатах «Мать и Дитя» (100%);
- грудное вскармливание с первых минут жизни (перед выпиской из родильного дома составляет 99,1%, до 1 года продолжают получать грудное молоко 53,1% детей).

5.4. Меры по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации. Диспансеризация детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводилась в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.02.2013 г. №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации». В соответствии с совместным приказом МЗ РК, Министерства образования РК, Министерства труда, занятости и социальной защиты РК от 27.01.2016 г. №1/35 / 164 / 64 «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных условиях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Республике Коми» диспансеризации подлежало 1 438 несовершеннолетних. Фактически в 2016 г. в стационарных учреждениях РК находилось 1 389 чел., в отношении всех детей проведена диспансеризация.

По результатам диспансеризации установлено, что на первом месте в структуре выявленных заболеваний у указанного выше контингента детей находились заболевания костно-мышечной системы (16,5%, с ростом на 3% по сравнению с 2015 г.), на втором

месте - болезни глаз (16,2%, с уменьшением на 6,9%), на третьем месте - психические заболевания (15%, без динамики по сравнению с 2015 г.), на четвертом месте - заболевания нервной системы (13,6%, с уменьшением на 16%), на пятом месте - ВПР (8,5%, с уменьшением на 5,6%).

Кроме диспансеризации в рамках приказа МЗ РФ от 15.02.2013 г. №72н, в 2016 г. проводилась диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью. Указанный вид диспансеризации проводится в рамках приказа МЗ РФ от 11.04.2013 г. №216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью». В 2016 г. в рамках указанной диспансеризации осмотрено 1 002 чел.

В структуре заболеваний, выявленных в ходе диспансеризации указанного контингента детей, на первом месте находятся болезни костно-мышечной системы (23,4%, с ростом на 6,6% по сравнению с 2015 г.), на втором месте - болезни глаза и его придаточного аппарата (23,3%, со снижением на 2,5%), на третьем месте - болезни органов пищеварения (9,7%, с уменьшением на 9,9%), на четвертом месте - заболевания органов дыхания (9,6%), на пятом месте - заболевания нервной системы (8,9%).

В 2016 г. в ЛПУ РК госпитализировано 584 беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, в том числе в возрасте до 4 лет - 409 (за 2015 г. - 738, в том числе в возрасте до 4 лет - 328). Все дети осмотрены специалистами, отказов в госпитализации не было. В 2016 г. на внутреннем контроле в ЛПУ состояло 3 646 семей (2015 г. - 3 063 семьи), из них находящихся в социально опасном положении - 1 179 семей. Проведено 9 235 патронажей (2015 г. - 4 942 патронажа).

В РК организована деятельность 3 кабинетов психологического консультирования граждан, изъявивших желание принять на воспитание детей-сирот (на базе ГУ «Республиканская детская клиническая больница», ГБУЗ РК «Воркутинская детская больница», ГБУЗ РК «Ухтинская детская больница»). Специалистами указанных кабинетов за отчетный период проконсультировано 236 граждан. По результатам консультирования 35 детей взяты под опеку, 8 - усыновлены, 20 детей вернулись в биологическую семью. Во всех ЛПУ республики разработаны планы по профилактике отказов от детей на всех этапах (женская консультация - родильный дом - детская поликлиника). В 2016 году зарегистрировано 18 отказов от новорожденных в учреждениях родовспоможения (2015 г. - 23 отказа).

В РК проводятся совместные рейды с участием территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в городах и районах, представителями органов внутренних дел, органов опеки и попечительства. В течение 2016 г. проведено 1 696 совместных рейдов с посещением 1 528 семей, осмотрено при рейдах 2 305 детей, изъято и помещено в социальные центры и медицинские учреждения 433 ребенка. Направлено 2 заявления в суд по факту препятствия со стороны законных представителей в оказании медицинской помощи ребёнку.

В РК организована работа «Телефона доверия». Всего за 2016 г. поступило 2 452 звонка, в том числе 31 звонок от детей (за 2015 г. - 2 474 звонка, в том числе 52 звонка от детей).

С целью снижения младенческой и детской смертности, инвалидности у детей в республике продолжается реализация скрининговых программ.

В 2016 г. неонатальным скринингом охвачено 99,4% от общего числа новорожденных детей (2015 г. - 90,3%). Выявлено 9 детей в заболеваниями, в том числе 1 - с врожденным гипотиреозом, 4 - с фенилкетонурией, 2 - с адреногенитальным синдромом, 1 - с муковисцидозом, 1 - с галактоземией. Все дети находятся под наблюдением врача-педиатра и других специалистов, получают адекватную терапию и реабилитацию.

Аудиологический скрининг в 2016 г. проведен в отношении 98,3% детей первого года жизни (2015 г. - 95,0%). Выявлено 7 детей с нарушением слуха. С учетом общего числа нуждающихся, в 2016 г. проведено 4 операции кохlearной имплантации (2015 г. - 6 операций).

ГЛАВА 6. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

6.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь. В 2016 г. в РК, как и в прочих субъектах РФ, продолжались мероприятия по формированию трехуровневой системы организации медицинской помощи, в соответствии с которой медицинские организации первого уровня представлены максимально приближенными к месту жительства организациями, оказывающими медицинскую помощь при наиболее распространенных заболеваниях; медицинские организации второго уровня - специализированными межмуниципальными (межрайонными) центрами, в первую очередь для оказания экстренной и плановой специализированной медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения; медицинские организации третьего уровня - областными, краевыми, республиканскими больницами, специализированными диспансерами и центрами, оказывающими не только специализированную медицинскую помощь, но и ВМП.

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

Таблица 101

Число посещений к врачам амбулаторно-поликлинического звена, включая платные и посещения к стоматологам (зубным врачам) на 1 жителя в РК в 2012-2016 гг.

Территории РК / Год	2012	2013	2014	2015	2016	Прирост к 2012 г., %
Вуктыльский	9,1	6,7	7,1	9,4	9,1	0
Ижемский	7,9	8,6	7,4	8,2	7,6	-3,8
Княжпогостский	7,3	7,6	7,3	8,1	8,5	16,4
Койгородский	9,4	9,6	11,4	12,1	11,0	17,0
Корткеросский	7,4	8,2	9,3	9,6	9,2	24,3
Печорский	8,4	8,4	8,0	7,9	8,0	-4,8
Прилузский	10,4	10,7	11,0	11,3	11,4	9,6
Сосногорский	7,8	7,1	7,2	7,5	7,3	-6,4
Сыктывдинский	5,7	6,7	7,0	7,2	6,5	14,0
Сысольский	9,2	10,2	10,8	11,2	10,4	13,0
Троицко-Печорский	9,1	8,7	8,5	9,0	8,0	-12,1
Удорский	6,0	5,7	5,7	5,6	5,3	-11,7
Усинский	9,4	9,6	9,7	8,9	9,0	-4,3
Усть-Вымский	5,5	5,6	6,2	6,6	6,9	25,5
Усть-Куломский	8,6	8,7	8,9	9,4	9,3	8,1
Усть-Цилемский	7,0	6,4	6,8	8,1	8,1	15,7
Воркута	10,3	10,0	9,7	10,2	11,0	6,8
Инта	9,4	10,0	9,7	11,1	10,9	16,0
Ухта	10,1	9,7	10,0	9,4	9,6	-5,0
Сыктывкар	12,9	12,6	13,0	13,2	13,4	3,9
РК	10,0	9,8	10,0	10,2	10,3	3,0
РФ	9,5	9,5	9,1	8,8	н/д	
СЗФО	8,6	8,5	8,5	8,6	н/д	

Число посещений к врачам амбулаторно-поликлинического звена (табл. 101) на одного жителя в год в целом по РК в 2016 г. составило 10,3. В сравнении с 2012 г. увеличение числа посещений составило 3%. Сохраняющаяся тенденция роста объясняется процессами оптимизации здравоохранения в части переноса акцента на оказание амбулаторной помощи. Однако, в отдельных территориях (Ижемском, Княжпогостском, Печорском, Сосногорском, Сыктывдинском, Удорском, Усть-Вымском, Усть-Цилемском и Троицко-Печорском районах) указанный показатель ниже среднереспубликанского

уровня. Отрицательная динамика отмечается в Удорском, Ижемском, Печорском, Сосногорском, Усинском, Троицко-Печорском районах и г. Ухта, что объясняется, прежде всего, низкой кадровой укомплектованностью. Значительный прирост показателя по сравнению с 2012 г. отмечается в Усть-Вымском (+25,5%), Корткеросском (+24,3%), Койгородском (+17,0%), Княжпогостском (+16,4%) районах и г. Инта (+16,0%).

Таблица 102

Число посещений на амбулаторно-поликлиническом приёме в РК, (без стоматологов и зубных врачей) в 2012-2016 гг. (на одну занятую врачебную должность)

Территории РК / Год	2012	2013	2014	2015	2016	Отклонение к 2012 г. (в %)
Вуктыльский	3576,4	3703,5	2988,0	3822,4	3938,3	10,1
Ижемский	3969,7	4338,2	4608,6	4961,7	4448,3	12,1
Княжпогостский	3974,1	4824,9	4187,2	4812,9	5153,4	29,7
Койгородский	3793,6	3273,3	2622,2	3854,2	3435,3	-9,4
Корткеросский	2849,6	3163,0	3614,0	3714,4	3526,5	23,8
Печорский	3085,3	3240,6	2889,7	2793,4	2944,9	-4,6
Прилузский	4658,6	4623,4	3799,0	3511,4	3500,0	-24,9
Сосногорский	4038,3	3677,0	3968,8	4214,6	4119,1	2,0
Сыктывдинский	2157,3	2629,4	2536,8	2574,2	2549,9	18,2
Сысольский	4699,3	5114,5	3892,6	3639,4	3500,1	-25,5
Троицко-Печорский	4480,3	4208,7	3366,1	3991,9	4369,1	-2,5
Удорский	3397,8	2421,2	3583,9	3311,9	3044,4	-10,4
Усинск	3858,6	3284,0	4001,5	3727,5	3520,7	-8,8
Усть-Вымский	4757,3	4269,4	3755,4	3689,2	3741,2	-21,4
Усть-Куломский	4633,4	4860,7	3924,3	3818,2	3915,8	-15,5
Усть-Цилемский	5249,3	3548,9	4403,7	4236,8	4350,1	-17,1
Воркута	2799,6	2813,4	2401,7	2513,7	2540,3	-9,3
Инта	3070,0	3153,1	2981,5	3464,7	3055,1	-0,5
Ухта	3024,9	3042,0	3163,7	3369,2	3298,5	9,0
Сыктывкар	2545,2	2397,9	2375,8	2481,8	2484,5	-2,4
РК	2966,5	2883,8	2814,2	2931,5	2907,8	-2,0

Число посещений на амбулаторно-поликлиническом приеме на одну занятую врачебную должность (табл. 102) снизилось по сравнению с 2015 г. на 0,8%, с 2012 г. - на 2%.

Таблица 103

Удельный вес посещений в поликлинике по поводу заболеваний в РК в 2012-2016 гг. (в%)

Территории РК / Год	2012	2013	2014	2015	2016	Отклонение к 2012 г. (в %)
Вуктыльский	73,0	70,0	67,0	55,6	49,5	-23,5
Ижемский	60,1	62,1	57,4	50,8	47,7	-12,4
Княжпогостский	67,5	71,3	56,8	55,1	48,0	-19,5
Койгородский	68,6	64,5	61,5	62,4	50,7	-17,9
Корткеросский	71,9	68,3	60,0	61,0	61,6	-10,3
Печорский	69,6	68,7	64,9	69,1	65,4	-4,2
Прилузский	68,8	70,3	62,0	56,5	58,0	-10,8
Сосногорский	72,7	80,1	70,9	64,9	65,4	-7,3
Сыктывдинский	84,4	79,7	68,1	66,1	61,6	-22,8
Сысольский	57,1	54,2	49,9	39,1	37,5	-19,6
Троицко-Печорский	81,9	78,3	78,4	77,1	79,8	-2,1
Удорский	55,5	68,6	52,1	51,8	48,1	-7,4
Усинск	70,7	67,7	45,6	50,8	51,4	-19,3
Усть-Вымский	64,8	70,9	50,2	55,6	50,4	-14,4
Усть-Куломский	61,3	64,0	57,7	55,6	49,3	-12,0

Усть-Цилемский	66,3	74,2	61,1	56,9	54,6	-11,7
Воркута	61,0	62,8	54,7	56,3	55,1	-5,9
Инта	79,3	75,2	66,2	60,0	54,8	-24,5
Ухта	79,6	80,8	76,0	72,9	67,1	-12,5
Сыктывкар	74,8	75,7	68,3	66,8	67,9	-6,9
РК	72,2	73,1	65,0	63,5	61,9	-10,3

Удельный вес посещений по поводу заболеваний (табл. 103) составил в целом по республике в 2016 г. 61,9% от общего числа посещений. В динамике показатель с 2012 г. снизился на 10,3%, что свидетельствует об росте доли посещений с профилактической целью. В части территорий (Усинском, Сысольском, Княжпогостском, Ижемском, Вуктыльском, Сыктывдинском районах и г. Инта) в динамике отмечается наибольшее снижение удельного веса посещений по поводу заболеваний, что свидетельствует о более высокой эффективности организации работы участковой службы.

Таблица 104

**Удельный вес профилактических посещений в поликлинике в РК
за 2012-2016 гг., в%**

Территории РК / Год	2012	2013	2014	2015	2016	Отклонение к 2012 г. (в %)
Вуктыльский	27,0	30,0	33,0	44,4	50,5	23,5
Ижемский	39,9	37,9	42,6	49,2	52,3	12,4
Княжпогостский	32,5	28,7	43,2	44,9	52,0	19,5
Койгородский	31,4	35,5	38,5	37,6	49,3	17,9
Корткеросский	28,1	31,7	40,0	39,0	38,4	10,3
Печорский	30,4	31,3	35,1	30,9	34,6	4,2
Прилузский	31,2	29,7	38,0	43,5	42,0	10,8
Сосногорский	27,3	19,9	29,1	35,1	34,6	7,3
Сыктывдинский	15,6	20,3	31,9	33,9	38,4	22,8
Сысольский	42,9	45,8	50,1	60,9	62,5	19,6
Троицко-Печорский	18,1	21,7	21,6	22,9	20,2	2,1
Удорский	44,5	31,4	47,9	48,2	51,9	7,4
Усинск	29,3	32,3	54,4	49,2	48,6	19,3
Усть-Вымский	35,2	29,1	49,8	44,4	49,6	14,4
Усть-Куломский	38,7	36,0	42,3	44,4	50,7	12
Усть-Цилемский	33,7	25,8	38,9	43,1	45,4	11,7
Воркута	39,0	37,2	45,3	43,7	44,9	5,9
Инта	20,7	24,8	33,8	40,0	45,2	24,5
Ухта	20,4	19,2	24,0	27,1	32,9	12,5
Сыктывкар	25,2	24,3	31,7	33,2	32,1	6,9
РК	27,8	26,9	35,0	36,5	38,1	10,3

Удельный вес профилактических посещений в поликлинике (табл. 104) с 2012 г. вырос на 10,3% и составил в целом по РК в 2016 г. 38,1% от общего числа посещений. В Сыктывдинском, Вуктыльском районах и г. Инта отмечается стабильное увеличение данного показателя. В ряде территорий РК указанный показатель значительно превышает среднереспубликанский уровень: в Сысольском районе – 62,5%, Княжпогостском - 52,0%, Ижемском - 52,3%, Удорском - 51,9%.

Таблица 105

**Охват профилактическими осмотрами контингентов населения,
подлежащих периодическим осмотрам в РК, за 2012-2016 гг., %**

Территории РК / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Вуктыльский	100,0	100,0	100,3	98,9	100,1
Ижемский	84,6	88,5	92,1	70,6	83,6
Княжпогостский	97,9	98,8	99,3	97,2	97,8

Койгородский	90,5	100,0	99,6	100,0	100,0
Корткеросский	100,0	100,0	98,8	98,8	99,9
Печорский	97,0	83,2	89,1	96,6	97,8
Прилузский	97,8	98,1	98,2	96,2	96,4
Сосногорский	99,6	99,6	63,7	80,1	73,0
Сыктывдинский	73,8	82,7	94,9	98,6	97,8
Сысольский	96,8	97,0	98,8	98,5	99,4
Троицко-Печорский	100,0	100,0	100,0	97,3	88,2
Удорский	98,6	89,2	92,7	96,0	96,7
Усинский	90,0	91,1	95,8	82,3	93,5
Усть-Вымский	99,8	97,3	99,7	97,7	99,5
Усть-Куломский	100,0	100,0	94,1	99,2	99,1
Усть-Цилемский	92,0	89,6	76,7	84,0	89,3
Воркута	89,4	95,9	97,5	94,4	98,7
Инта	99,8	97,3	99,5	98,2	89,4
Ухта	98,9	99,9	99,2	88,5	93,4
Сыктывкар	96,5	92,9	97,7	97,8	94,2
РК	94,7	94,5	95,3	93,9	94,1

Охват профилактическими осмотрами контингентов населения, подлежащего периодическим осмотрам (табл. 105), составил в 2016 г. 94,1%, что отражает возможность своевременного выявления заболеваний, соблюдения преемственности и этапности диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Служба врача общей практики. Одним из важных направлений развития здравоохранения является повышение эффективности и совершенствование первичной медико-санитарной помощи и профилактической направленности здравоохранения, дальнейшее укрепление и развитие сети общеврачебных практик.

Таблица 106

**Динамика численности ВОП в РК в 2012-2016 гг.
по городам и районам**

Территории РК / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Вуктыльский	2		1	1	2
Ижемский	1	1	1	1	1
Княжпогостский					1
Корткеросский	1	1	1	1	1
Печорский	1	1	1	1	
Прилузский	9	12	12	12	12
Сыктывдинский	1	1	1		
Сысольский	2	2	2	2	2
Усинский	1	4	1	1	2
Усть-Вымский	3	3	3	2	2
Усть-Куломский	4	3	3	3	3
Усть-Цилемский	1	2	2	2	2
Воркута				1	1
Ухта	1	2	2	1	1
Сыктывкар	16	15	15	15	14
РК	43	47	45	43	44

ВОП в РК работают в амбулаториях ВОП и на терапевтических участках поликлиник (табл. 106). В г. Сыктывкаре - 14 ВОП, функционирует 10 врачебных амбулаторий, из них 5 работают по принципу общеврачебных практик, одно отделение ВОП. На конец 2016 г. в муниципальных образованиях функционирует 27 участков ВОП и 4 кабинета ВОП, осуществляют деятельность в сельских районах 14 амбулаторий ВОП. Численность обслуживаемого населения ВОП составляет 75 215 человек, в том числе 5 292 детей.

В 2016 г. отмечается рост укомплектованности службы ВОП физическими лицами до 79,3% (в 2015 г. - 65,2%), что связано с изменениями штатных расписаний учреждений и сокращением штатных должностей ВОП (табл. 107). 1 ВОП не имеет сертификата.

Аттестованность ВОП на врачебную категорию по итогам 2016 г. составила 22,7%, что выше уровня 2015 г. на 1,8% (1 чел.). Из 10 ВОП, аттестованных на врачебную категорию, 3 имеют высшую категорию и 7 - первую категорию.

Таблица 107

Динамика кадровых показателей службы ВОП в РК в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Штатные должности	54,5	60,25	62,75	66,0	55,5
Укомплектованность штатов физическими лицами, %	71,5	73,0	71,7	65,2	79,3
Физические лица	43	47	45	43	44
Имеют сертификаты, человек	43	47	45	43	43
Имеют сертификаты, %	100,0	100,0	100,0	100,0	97,7
Имеют категорию, человек	11	12	8	9	10
Имеют категорию, %	25,6	25,5	17,8	20,9	22,7

Служба ВОП позволяет значительно увеличить доступность медицинской помощи и уменьшить сроки её ожидания, особенно для сельских жителей удаленных районов РК.

В перспективе развития службы ВОП на 2017 г. планируется дальнейшее увеличение числа ВОП с организацией офисов ВОП в ряде территорий республики, прежде всего в поселениях с высокой численностью населения.

Стоматологическая служба. В 2016 г. стоматологическая помощь населению РК оказывалась на базе 41 медицинской организации, подведомственной МЗ РК, в том числе на базе 4 самостоятельных стоматологических поликлиник и 37 стоматологических отделений и кабинетов, входящих в состав ЦРБ, городских и районных больниц.

По итогам 2016 г. плановые показатели ППГ по оказанию стоматологической помощи населению РК выполнены на 104% (табл. 108). Перевыполнение плана ППГ отмечено в 10 территориях РК, наибольшее в Сосногорском (118%), Усть-Куломском (113%), Ижемском (112%), Усть-Цилемском (109%) районах и в г. Сыктывкар (109,2%). Значительное недовыполнение плана ППГ (менее 95%) имело место в г. Усинск (90%), в Печорском (93,5%), Койгородском (94%) и Прилузском (94%) районах.

За последние 5 лет отмечается улучшение практически всех показателей лечебной деятельности стоматологической службы РК. На фоне прогрессивно сокращающейся численности населения региона отмечается рост таких показателей, как число выполненных УЕТ (на 18%), количество принятых больных (на 7,1%), количество запломбированных зубов (на 1,3%). Вместе с тем отмечается сокращение числа удаленных зубов (постоянных зубов - на 9,3%, временных зубов - на 4,9%).

Таблица 108

Динамика основных показателей лечебной деятельности стоматологической службы РК в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Выполнено УЕТ	2 383 769	2 968 078	2 901 795	2 739 074	2 813 089
Процент выполнения плана ППГ	92,1	95,3	98,1	101,0	104,0
Принято всего больных	718 611	815 539	819 111	780 977	769 755
в том числе первичных	354 732	412 422	424 642	428 363	389 132
Доля первичных посещений (в %)	49,3	50,5	52	54,8	50,6
Запломбировано зубов всего	492 118	515 649	505 045	495 811	498 467
кариес постоянных зубов	317 926	341 220	331 505	350 941	323 218
кариес временных зубов	20 875	21 967	23 443	21 644	21 428

осложненный кариес постоянных зубов	77 942	71 970	77 337	87 818	84 846
осложненный кариес временных зубов	13 289	16 130	15 506	16 563	14 227
Удалено постоянных зубов	127 865	129 938	121 791	123 828	115 935
Удалено временных зубов	28 427	29 817	29 889	32 795	27 039
Проведен курс лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта	871	1 018	1 091	982	1 099
Проведен курс лечения: заболеваний пародонта	4 416	5 207	5 132	5 247	5 245
Всего санировано	82 529	81 143	83 888	74 630	71 845
Процент санированных от общего числа первичных (в %)	23,3	20	20	17,4	18,5

Республиканский показатель числа посещений и объема выполненной работы на 1 жителя в год стабилен на протяжении последних 5 лет (табл. 109). В 2016 г. отмечается снижение количества посещений на 1 ребенка на 10,5% по сравнению с 2015 г. Однако количество выполненных УЕТ за 1 посещение выросло на 5,7%. По стоматологической помощи взрослому населению динамика указанных показателей следующая: прирост количества выполненных УЕТ на 1 взрослого (рост на 13,2%) превышает прирост показателя количества посещений на 1 взрослого (рост на 4,1%). Такая динамика показателей свидетельствует о повышении эффективности стоматологической помощи жителям региона, так как при каждом обращении пациентов был оказан максимально возможный объем стоматологической помощи.

Дополнительная стоматологическая помощь населению РК оказывается частными клиниками и кабинетами, в том числе работающими в системе ОМС.

Таблица 109

Анализ уровня стоматологической помощи населению

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Посещений на 1 жителя	0,8	0,9	0,94	0,9	0,9
дети (0-17 лет)	1,48	1,55	1,66	1,53	1,37
взрослые	0,63	0,62	0,75	0,74	0,77
Всего УЕТ на 1 жителя	2,7	3,4	3,3	3,2	3,28
дети (0-17 лет)	4,2	4,4	4,75	4,54	4,8
взрослые	2,3	2,3	2,95	2,8	3,17
Уровень оздоровления	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Планово-профилактической работе на стоматологическом приеме в ЛПУ РК уделяется достаточно большое внимание, о чем свидетельствует стабильность показателей указанного вида деятельности медицинских организаций на протяжении последних 5 лет (табл. 110, 101).

Таблица 110

Изменение показателей планово-профилактической работы стоматологической службы РК в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Осмотрено в порядке плановой санации всего	129 230	150 320	151 562	143 208	129 258
в том числе дети (0-17 лет)	98 001	106 387	114 993	100 562	81 391
Из числа осмотренных - нуждалось в санации всего	67 752	71 788	68 422	72 813	63 123
в том числе дети (0-17 лет)	50 203	54 883	53 801	52 551	41 830
Процент нуждающихся в санации всего	52,4	47,8	45,1	50,9	48,8
в том числе дети (0-17 лет)	51,2	51,6	46,8	52,3	51,4
Санировано из числа нуждающихся всего	41 334	41 527	41 824	35 857	29 741
в том числе дети (0-17 лет)	32 135	32 950	32 864	27 283	22 438

Процент санированных всего	61	57,8	61,1	49,3	47
в том числе дети (0-17 лет)	64	60	61	51,9	53,6

Таблица 101
Динамика охвата разных групп населения РК планово-профилактической работой в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012		2013		2014		2015		2016	
	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ
Процент охвата профилактическим осмотрами всего	14,5	13,9	17,1	н/д	17,4	н/д	16,6	н/д	15,1	н/д
взрослые (18 лет и старше)	4,4	6,8	6,2	н/д	5,3	н/д	6,3	н/д	7,2	н/д
дети (0-17 лет)	54,3	41,5	58,6	н/д	54,6	н/д	54,3	н/д	43,5	н/д
Процент нуждающихся в санации взрослых (18 лет старше)	56,2	57,0	47,1	н/д	40	н/д	47,5	н/д	44,4	н/д
детей (0-17 лет)	51,2	49,6	51,6	н/д	46,8	н/д	52,3	н/д	51,4	н/д
Процент санированных из числа нуждающихся взрослых	52,4	64,9	60,9	н/д	61,3	н/д	42,3	н/д	31,4	н/д
детей (0-17 лет)	64,0	66,2	60	н/д	61,0	н/д	51,9	н/д	53,6	н/д

Объем стоматологической помощи на 1 ребенка в 2016 г. составил 4,8 УЕТ. Данный показатель стабилен на протяжении последних лет (табл. 112).

Таблица 112
Динамика объемов оказанной стоматологической помощи детскому населению РК в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Принято всего детей до 18 лет	268 036	290 058	305 161	282 508	256 390
из них первичных	144 122	158 030	179 071	174 594	144 666
Санировано всего	39 255	38 642	38 004	36 019	30 895
Выполнено УЕТ	762 454	850 982	870 878	840 192	688 622

Сохраняется приоритетность планово-профилактической работы среди школьников РК. Охват санацией данной группы детей в 2016 г. составил 66% (табл. 113). В 2016 г. уделялось недостаточное внимания планово-профилактической работе в ряде территорий РК, в который достигнуты уровень показателя ниже среднереспубликанского значения: Вуктыльский (51%), Сысольский (55%), Сыктывдинский (40%), Ухтинский (52%), Усть-Вымский (42%) и Усть-Цилемский (42%) районы. Хорошо организована работа среди школьников на следующих территориях: г. Сыктывкар (84%), Инта (93%), Воркута (83%), Койгородский (76%), Сосногорский (92,2%), Прилузский (93,2%), Корткеросский (97%), Троицко-Печорский (81%) и Усть-Куломский (81,3%) районы.

Таблица 113
Динамика показателей планово-санационной работы среди школьников РК в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Всего школьников	92375	91657	90632	92555	90179
Осмотрено в порядке плановой санации	82,3%	82,5%	82,3%	80,4%	77,8%

Нуждалось в санации	47,8%	48,6%	50,1%	48,0%	47,9%
Санировано из числа нуждающихся	74,7%	72,2%	67,8%	65,7%	68,4%
Охват санацией	72,3%	71,3%	69,0%	67%	66%

Доля дошкольников, охваченных профилактическими осмотрами, на протяжении ряда лет оставалась стабильно высокой. Однако, в 2016 г. наметилась тенденция к снижению числа осмотренных дошкольников (за год на 14,7%). Это, как правило, связано с такими организационными проблемами оказания стоматологической помощи детям младшего возраста как трудности при получении письменного согласия родителей, отсутствие мотивации у родителей на лечение временных зубов ребенка. При этом доля нуждающихся в санации за последние пять лет остается неизменной, а процент санированных в 2016 г. имеет тенденцию к незначительному росту (на 1,9%).

Таблица 114

Динамика показателей планово-санационной работы среди дошкольников РК в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Осмотрено дошкольников всего	22 104	23 230	31 053	21 006	20 647
доля (в %)	47,2	63,3	76,3	74,0	59,3
Нуждалось в санации всего	10 314	11 445	12 983	8 675	10 224
доля (в %)	47,0	49,3	41,8	41,3	49,5
Санировано всего	5 379	6 329	5 709	3 440	4 251
доля (в %)	52,0	55,3	44,0	39,7	41,6

Заболеваемость кариесом среди детского населения РК имеет стабильные показатели и составляет в среднем 80% (табл. 105). КПУ 12-летних школьников колеблется в течение пяти лет от 3,4 до 3,7. Процент детей 0-17 лет, получивших специфическую профилактику, вырос на 1,5%

Таблица 105

Заболеваемость кариесом среди детского населения

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
КПУ 12-летних	3,7	3,7	3,7	3,4	3,6
Распространенность кариеса (в %)	81,6	82	82	80	79
Доля детей, получивших специфическую профилактику (в %)	48,7	53,1	43	52,7	54,2

Санация декретированных групп (табл. 116). Значительное внимание в 2016 г., как и на протяжении прошлых лет, уделялось санации декретированных групп населения. Показатели санации указанных групп стабильны на протяжении последних 5 лет, что свидетельствует о налаженной работе стоматологической службы РК по данному направлению деятельности медицинской организации.

Таблица 116

Динамика показателей санации декретированных групп населения РК в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Участники боевых действий					
Осмотрено (чел.)	282	166	182	128	90
Нуждалось в санации (чел. - % от числа осмотренных)	200 - 70,9%	110 - 66,3%	149 - 81,9%	81 - 63%	56 - 62,2%

Санировано (чел. - % от числа нуждавшихся)	104 - 52%	37 - 33,6%	60 - 33%	24 - 29,6%	21 - 37,5%
Участники ликвидации последствий ЧАЭС					
Осмотрено (чел.)	583	213	188	304	259
Нуждалось в санации (чел. - % от числа осмотренных)	422 - 72,4%	189 - 88,7%	145 - 77,1%	170 - 55,9%	135 - 52,1%
Санировано (чел. - % от числа нуждавшихся)	206 - 48,9%	92 - 48,7%	74 - 39,4%	87 - 51,2%	63 - 46,7%
Молодежь допризывного возраста					
Осмотрено (чел.)	11 499	10 244	9 448	10 169	15 676
Нуждалось в санации (чел. - % от числа осмотренных)	8 796 - 76,5%	8 129 - 79,4%	6 738 - 71,3%	7 628 - 75%	6 475 - 41,3%
Санировано (чел. - % от числа нуждавшихся)	6 926 - 78,7%	6 783 - 83,4%	5 806 - 86,2%	6 558 - 86%	5 735 - 88,6%
Учащиеся ПТУ и ВУЗов					
Осмотрено (чел.)	3 921	3 004	2 449	2 563	2 290
Нуждалось в санации (чел. - % от числа осмотренных)	2 752 - 70,2%	2 110 - 70,2%	1 863 - 76,1%	1 614 - 63%	1 466 - 64%
Санировано (чел. - % от числа нуждавшихся)	1 660 - 60,3%	1 337 - 63,4%	1 012 - 41,3%	930 - 57,8%	875 - 59,7%
Беременные					
Осмотрено (чел.)	4 893	7 111	3 890	4 481	4 490
Нуждалось в санации (чел. - % от числа осмотренных)	3 558 - 72,7%	3 171 - 44,6%	2 752 - 70,8%	2 595 - 57,8%	2 988 - 66,5%
Санировано (чел. - % от числа нуждавшихся)	2 799 - 78,7%	2 221 - 70%	1 958 - 50,3%	1 881 - 72,5%	2 359 - 79%

В связи с географическими особенностями РК, связанными с расположением ряда населенных пунктов на значительном удалении от районных центров, в учреждениях проводится активная работа по повышению доступности стоматологической помощи для жителей этих населенных пунктов: в 2016 г. были организованы 108 выездов в районы, что на 28% меньше, чем в 2015 г. Однако при каждом выезде проведена более эффективная работа: было принято пациентов на 18% больше и санировано пациентов на 10% больше, чем в 2015 г. (табл. 117).

Таблица 117

Динамика показателей выездной работы, связанной с оказанием стоматологической помощи населения РК, в 2012-2016 гг.

Показатели / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Количество командировок с лечебной целью	109	111	225	150	108
Принято всего больных в том числе детей	7014 3156	6308 2789	6206 2970	4859 3065	5928 2765
Санировано в том числе детей	1699 1016	1629 896	1690 900	1275 954	1421 782

Средний коэффициент удовлетворенности стоматологической помощью в 2016 г. по результатам анкетирования пациентов профильных поликлиник составил 0,89 (табл. 118). Самый низкий показатель среди поликлиник отмечен в ГБУЗ РК «Ухтинская стоматологическая поликлиника» (0,71), самый высокий - в ГБУЗ РК «Интинская стоматологическая поликлиника» (0,98).

Таблица 118

Показатель удовлетворенности населения стоматологической помощью в 2016 г.

ЛПУ	Коэффициент удовлетворенности
-----	----------------------------------

ГАУЗ РК «Республиканская стоматологическая поликлиника»	0,92
ГАУЗ РК «Воркутинская стоматологическая поликлиника»	0,94
ГБУЗ РК «Ухтинская стоматологическая поликлиника»	0,71
ГБУЗ РК «Интинская стоматологическая поликлиника»	0,98

Совершенствование организации оказания первичной медико-санитарной помощи. Ключевым направлением развития отрасли здравоохранения республики определено совершенствование предоставления первичной медико-санитарной помощи с приоритетом медицинской профилактики и обеспечением ее шаговой доступности в целях повышения уровня здоровья людей и удовлетворенности населения медицинской помощью.

Оказание первичной медико-санитарной помощи населению РК основано на исполнении принципов статьи 33. Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также следующих нормативных правовых актов:

- постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»);

- приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медицинской помощи взрослому населению»;

- приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2012 г. №366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»;

- приказ Минздрава РФ от 27.02.2016 г. №132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» и др.

На республиканском уровне в последние годы принято значительное количество нормативных правовых актов, в том числе ведомственных актов МЗ РК, регламентирующих структуру и территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению РК:

- постановление Правительства РК от 28.09.2012 г. №420 «Об утверждении Государственной программы Республики Коми «Развитие здравоохранения»;

- постановление Правительства РК от 12.08.2013 г. №289 «Об утверждении Положения о случаях и порядке организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций вне таких медицинских организаций, а также в иных медицинских организациях»;

- распоряжение Правительства РК от 27.02.2013 г. №58-р «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Республике Коми»;

- постановление Правительства РК от 08.10.2013 г. №388 «О Порядке организации оказания населению Республики Коми первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Коми»;

- приказ Минздрава РК от 11.09.2014 г. №9/344 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе на дому при вызове медицинского работника, гражданам, которые выбрали медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной

помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не по территориально-участковому принципу»;

- приказ Минздрава РК от 25.04.2014 г. №4/140 «Об организации деятельности сельских межмуниципальных центров»;

- приказ Минздрава РК от 12.12.2013 г. №12/586 «Об утверждении справочников территориальных участков по зонам обслуживания медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» (в ред. изменяющих приказов).

В рамках реализации государственной программы РК «Развитие здравоохранения» приказом Минздрава РК от 08.04.2016 г. №4/154 утвержден комплекс мероприятий на 2016-2018 гг., направленный на повышение доступности первичной медико-санитарной помощи населению РК. Комплекс мер предусматривает мероприятия по кадровому обеспечению первичного звена здравоохранения, по совершенствованию территориального планирования, обновлению материально-технических фондов и ресурсов объектов здравоохранения, развитию профилактического и здоровьесберегающего направлений и др.

Для обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи в РК создана достаточная инфраструктура В 2016 г. первичную медико-санитарную помощь жителям республики оказывали 16 центральных районных больниц, 1 центральная городская больница, 2 районные больницы, а также 14 участковых, 2 районные и 1 городская больницы, входящие в состав ЦРБ, 2 фельдшерских здравпункта и 300 ФАПа. Организована работа 27 отделений и 4 кабинетов ВОП, 36 врачебных амбулаторий, входящих в состав самостоятельных организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (табл. 119).

Таблица 119

Инфраструктура учреждений, оказывающих ПМСП в 2014-2016 гг.

№ п/п	Наименование учреждения, подразделения, отделения, отдела / Год	2014 г.	2015 г.	2016 г.
1	Центральная районная больница	16	16	16
2	Центральная городская больница	1	1	1
3	Районная больница (юридическое лицо)	3	3	2
4	Участковая больница (юридическое лицо)	1	0	0
5	Участковая больница, входящая в состав ЦРБ	16	14	14
6	Районная больница, входящая в состав ЦРБ	1	1	2
7	Городская больница, входящая в состав ЦРБ	1	1	1
	Итого ЦРБ/ЦГБ/УБ/РБ – юридические лица	21	20	19
8	Здравпункты, в том числе:			
	- врачебные	1	1	0
	- фельдшерские	8	10	2
9	Фельдшерско-акушерские пункты	305	303	300
	Итого ФАП/ЗП	314	314	302
10	Врачебные амбулатории	40	37	36
11	ВОП	21	26	27
	Итого ВА и ВОП	61	63	63

В целях повышения доступности и эффективности оказания ПМСП в РК в 2016 г. была продолжена работа по разукрупнению терапевтических участков. Если по состоянию на 31.12.2015 г. в республике было зарегистрировано 383 терапевтических участка (332 терапевтических участка и 51 участок ВОП), то по состоянию на 31.12.2016 г. их количество составило 392 (344 терапевтических участка и 48 участков ВОП). В 2016 г. было проведено перераспределение и разукрупнение участков в 8 медицинских

организациях: ГБУЗ РК «Ижемская ЦРБ» (+1 участок), ГБУЗ РК «Центральная поликлиника г. Сыктывкара» (+1), ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №2» (+2), ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3» (+3), ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника» (+3), ГБУЗ РК «Сыктывдинская ЦРБ» (+2), ГБУЗ РК «Усть-Куломская ЦРБ» (+2), ГБУЗ РК «Усть-Цилемская ЦРБ» (+1).

Численность педиатрических участков практически не изменилась (табл. 120). Увеличение количества педиатрических участков отмечено в 2-х медицинских организациях: ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника №3», ГБУЗ РК «Ижемская ЦРБ».

Таблица 120

**Количество педиатрических участков в медицинских организациях РК
в 2014-2016 гг.**

Год	Количество педиатрических участков	Из них: малокомплектные участки
2014	216	31
2015	220	25
2016	219	24

С целью организации оказания неотложной медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в 31 медицинской организации, имеющей прикрепленное население, организована работа подразделений неотложной медицинской помощи для взрослого и детского населения. В 2016 г. функционировали 3 отделения и 33 кабинета неотложной помощи. В 2014 г. число медицинских организаций, на базе которых функционировали подразделения неотложной медицинской помощи, составляло 26, число кабинетов - 28, отделений - 0.

Реструктуризация коечного фонда круглосуточных стационаров, ограничение финансовых возможностей значительной части из них обусловила необходимость развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению, в первую очередь в первичном звене. Стационары дневного пребывания - одна из эффективных форм оказания ПМСП населению. В республике созданы и функционируют 3 вида дневных стационаров: при амбулаторно-поликлинических, стационарных учреждениях и дневные стационары на дому. Мощность стационаров дневного пребывания и необходимую численность должностей медицинского персонала индивидуально в каждом конкретном случае определяется профилем амбулаторно-поликлинического и/или стационарного учреждения. Количество коек (взрослых и детских) дневных стационаров, а также количество пациенто-дней не претерпевает значительных колебаний в течение последних трёх лет, с наметившейся тенденцией снижения их количества в 2016 г. (табл. 121).

Таблица 121

**Структура и объемы оказанной медицинской помощи в условиях дневных
стационаров всех типов в 2014-2016 гг.**

Показатели работы ДС по годам	Число МО, в которых организованы ДС		Число коек		Выписано пациентов		Проведено пациенто-дней	
			для взрослых	для детей 0-17 лет	взрослых	для детей 0-17 лет	взрослых	для детей 0-17 лет
Дневные стационары (ДС) МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях								
2014	21	7	398	50	7 799	1 041	113 867	14 886
2015	18	5	442	50	7 778	1 025	122 871	16 119
2016	19	7	403	53	7 756	969	120 167	13 225

Дневные стационары МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях								
2014	39	8	1 266	171	47 196	4 789	557 358	62 047
2015	39	7	1 490	187	47 107	4 689	566 829	59 631
2016	38	8	1 207	171	43 697	4 531	495 674	57 185
Дневные стационары МО, оказывающих медицинскую помощь на дому								
2014	8	2	190	3	1 378	129	31 817	651
2015	7	2	76	3	777	151	27 523	745
2016	6	2	75	3	557	146	26 451	655

Использование ресурса работы дневных стационаров в амбулаторно-поликлиническом звене, в стационарных медицинских организациях и, в меньших объемах, на дому, позволяет переориентировать структуру оказания медицинской помощи с акцентом на менее финансово-затратную в сравнении с круглосуточной стационарной помощью.

Запланированная в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения РК (2011-2013 годы) централизация медицинской помощи на базе межрайонных медицинских центров позволила сконцентрировать и обеспечить более рациональное использование ресурсов, а также приблизить к сельскому населению качественную специализированную помощь. Планы по регионализации с концентрацией специализированной медицинской помощи на базе межмуниципальных центров в городах Ухта, Сыктывкар, Печора включали в себя мероприятия по подготовке кадров и укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе дооснащение в соответствии с порядками, что позволило создать межмуниципальные медицинские центры с маршрутизацией пациентов.

С февраля 2012 г. на базе поликлинического отделения №1 ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника» функционирует межмуниципальный диагностический центр специализированной медицинской помощи. Прием ведут врачи 9 специальностей (кардиолог, гастроэнтеролог, эндокринолог, уролог, ЛОР, невролог, онколог, хирург, аллерголог). На прием наряду с жителями г. Ухта могут обратиться жители Сосногорского, Вуктыльского, Троицко-Печорского и Княжпогостского районов. В течение 2016 г. к специалистам центра обратилось 9 071 человек (в 2015 г. - 4 618 пациентов, в 2014 г. - 5 144 пациента).

В межтерриториальном центре оказания стационарной помощи, функционирующем на базе ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница №1», в течение 2016 г. получили стационарное лечение 12 788 человек (жители МО ГО «Ухта» и Сосногорского, Вуктыльского, Троицко-Печорского, Княжпогостского районов). Количество проведенных койко-дней составило 132 631.

С 2012 г. на базе ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» функционирует межмуниципальный центр по оказанию специализированной хирургической помощи жителям сельских районов: Усть-Вымского, Сыктывдинского, Корткеросского. Стационарная медицинская помощь оказывается на койках Эжвинской горбольницы по 5 профилям (хирургия, травматология, нейрохирургия, комбустиология, гинекология). В течение 2016 г. на базе центра получили лечение 1 374 жителя из указанных районов, что составляет 12,7 % от общего числа пролеченных. Число прооперированных пациентов составило 905 человек, что составило 13,5 % от общего числа прооперированных в Эжвинской горбольнице.

В 2014 г. на базе ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ» организован межмуниципальный центр консультативно-диагностической помощи по 3 профилям: хирургия, урология, травматология. Работает артроскопическая установка. С 2016 г. медицинская помощь стала оказываться по акушерству и гинекологии. Амбулаторная и стационарная помощь оказывается жителям Ижемского, Усть-Цилемского районов и жителям из прилегающих к Печорскому району территорий Вуктыльского и Усинского районов.

Таблица 122

**Структура и объемы оказанной медицинской помощи в условиях
межмуниципального центра, расположенного на базе ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ» в
2014-2016 гг.**

№ п/п	Профиль / Показатель / Год	Стационарная помощь			Амбулаторная помощь		
		2014 год (кол-во чел./ койко-дней)	2015 год (кол-во чел./ койко-дней)	2016 год (кол-во чел./ койко-дней)	2014 год (кол-во чел./ посещений)	2015 год (кол-во чел./ посещений)	2016 год (кол-во чел./ посещений)
1.	Урология	12 / 99	310 / 3 886	295 / 3 878	19 / 30	3 165 / 5 322	2 302 / 4 293
2.	Хирургия	22 / 244	1 118 / 12 033	872 / 9 114	61 / 109	11 297/20 655	12 749 / 18 307
3.	Травматология	29 / 310	696 / 8 271	577 / 6 940	64 / 147	9 974 / 24 111	8 838 / 24 872
4.	Акушерство и гинекология			698 / 15 670			5 840 / 14 749
	ВСЕГО:	63 / 653	2 124 / 24 190	2 442/35 602	144 / 286	24 436/50 088	29 729 / 62 221

Развитие межмуниципальных центров позволяет обеспечить доступность специализированной медицинской помощи жителям республики, повысить ее качество и удовлетворенность населения медицинским обслуживанием.

В целях достижения максимальной доступности первой помощи сельскому населению в малонаселенных пунктах, где отсутствуют ФАПы, в рамках реализации региональной Программы модернизации здравоохранения, начиная с 2011 г., была организована деятельность домовых хозяйств с выделением ответственных лиц, прошедших обучение по программе первой помощи (само- и взаимопомощи).

Всего на конец 2016 г. в РК функционирует 65 домовых хозяйств (табл. 123). В течение 2016 г. в рамках реализации Дорожной карты по обеспечению доступности медицинской помощи в населенных пунктах РК, находящихся вне зоны медицинского обслуживания, были открыты 6 новых домовых хозяйств. В планах на 2017 г. организация еще 48 домовых хозяйств в 11 муниципальных образованиях РК.

Таблица 123

**Динамика численности домовых хозяйств и объемов оказанной первой помощи
в 2012-2016 гг.**

Показатель / Год	единиц				
	2012	2013	2014	2015	2016
Количество домовых хозяйств	80	76	61	49	65
Объемы оказанной первой помощи	н/д	н/д	463	448	559
Средний объемы оказанной первой помощи на 1 домовое хозяйство	н/д	н/д	7,6	9,1	8,6

В 2015 г. в соответствии с изменениями, внесенными в приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медицинской помощи взрослому населению», Минздравом РК было утверждено Положение о деятельности домовых хозяйств для оказания первой помощи населению малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации или ее подразделений населенных пунктов РК (приказ от 03.08.2015 г. №8/332).

Домовые хозяйства закреплены за подразделениями медицинской организации первичной доврачебной/врачебной помощи (ФАП, амбулатория, участковая больница) по территориальному принципу с целью контроля за организацией деятельности, правильностью оказания первой помощи, пополнения укладок первой помощи. Обучение представителей домовых хозяйств навыкам оказания первой помощи при внезапных, опасных для жизни острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических

заболеваний, травмах, отравлениях проводится медицинским персоналом (врачом, фельдшером) медицинской организации, на территории обслуживания которой создаются домовые хозяйства.

В соответствии с рекомендациями Минздрава РФ (письмо от 02.04.2015 г. №17-9/10/2-1002) об организации работы с группами социального риска в мае 2015 г. в муниципальных образованиях РК были созданы медико-социальные бригады, в состав которых введены медицинские и социальные работники, по согласованию - представители органов внутренних дел и службы занятости.

В обязанности таких бригад согласно межведомственному приказу Министерства внутренних дел по РК, Минздрава РК, Министерства труда и социального развития РК от 13.11.2015 г. №431/2347/11/409 «Об организации деятельности медико-социальных патронажных групп» входит патронаж хронических больных и лиц с факторами риска развития различных заболеваний, проведение профилактических бесед, контроль за приемом лекарственных препаратов и выполнения назначений врача среди граждан, нуждающихся в социальном обслуживании. В течение 2015 г. было организовано 282 бригады, осмотрено 3 974 чел. На обследование в связи с наличием симптомов заболеваний направлено 1 264 чел., на лечение в условиях стационара - 237 чел., оказаны социальные услуги 921 чел., проведена иммунизация 1 318 пациентам, проведено 3 348 бесед по профилактике и ЗОЖ, выявлено 1 525 случаев социально-значимых заболеваний (туберкулез - 32 случая, алкоголизм - 822 случая, ЗНО - 29 случаев, болезни системы кровообращения - 410 случаев).

Во исполнение вышеназванного межведомственного приказа в 2016 г. работа медико-социальных патронажных групп была организована во всех муниципальных образованиях РК с участием представителей 31 учреждения здравоохранения. В 2016 г. медико-социальными бригадами в ходе 363 патронажных выходов осмотрено 6 840 чел. (в том числе с участием представителей МВД - 377 граждан).

При выявлении в ходе осмотров симптомов различных заболеваний граждане направлялись на дополнительное обследование (1 846 чел.), далее - на стационарное лечение (485 чел.). В отношении 1 541 чел., выразившего согласие, была осуществлена иммунизация. Более 6 тыс. граждан охвачены мероприятиями по профилактике заболеваний и необходимости ведения ЗОЖ.

По итогам работы медико-социальных бригад в РК в 2016 г. были выявлены больные туберкулезом - 94 человека, с признаками алкоголизма - 561 человек, имеющие онкологические заболевания - 50 человек, различные болезни системы кровообращения - 788 человек, болезни органов дыхания - 370 человек. Кроме того, в ходе выполнения патронажных выходов специалистами медико-социальных бригад были оказаны необходимые социальные услуги для 1 854 граждан.

Одним из путей развития ПМСП является использование современных организационных технологий, а также индивидуального подхода с учетом потребностей пациента, так называемые пациенто-ориентированные технологии.

В течение 2015-2016 гг. в подведомственных Минздраву РК медицинских организациях был реализован ряд пилотных проектов, направленных на повышение качества медицинской помощи в части внедрения пациенто-ориентированных технологий, новых алгоритмов диспансеризации определенных групп взрослого населения, организации конкурса «Лучшая регистратура».

Наиболее значимый проект по внедрению пациенто-ориентированных технологий был апробирован в рамках реализации приказа Минздрава РК от 02.03.2015 г. №381-р §1 (в ред. приказа от 27.03.2015 г.) об утверждении Плана внедрения пациенто-ориентированных технологий в деятельность пилотных государственных медицинских организаций.

В 5 пилотных медицинских организациях (ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3», ГБУЗ РК «Корткеросская ЦРБ», ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ», ГАУЗ

РК «Консультативно-диагностический центр», ГБУЗ РК «Интинская центральная городская больница») в рамках внедрения пациенто-ориентированных технологий были введены должности администраторов, внедрен фирменный стиль одежды для работников регистратуры и администраторов медицинских организаций, изготовлены бейджи. В ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3» и ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр» в холлах установлены и оформлены соответствующим образом стойки администраторов; в ГБУЗ РК «Корткеросская центральная районная больница» в помещении регистратуры установлена система видеонаблюдения.

В указанных медицинских организациях утверждены алгоритмы поведения работника регистратуры, действий работников регистратуры при обращении граждан в регистратуру, регламент организации работы регистратуры, должностные обязанности медицинского регистратора, должностная инструкция администратора, памятка медицинскому регистратору.

Пилотной медицинской организацией по проведению в 2015 г. эксперимента, заключавшегося в апробировании в новом формате диспансеризации определенных групп взрослого населения, было определено ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3» как поликлиническое учреждение, функционирующее на территории крупного муниципального образования ГО «Сыктывкар».

В течение года в рамках нового алгоритма проведения диспансеризации населения усовершенствован электронный ресурс записи на ДВН, разработана маршрутизация пациента в соответствии с полом и возрастом, организована работа кабинета по забору крови для пациентов, проходящих ДВН, повышена доступность функциональных методов исследования за счет специально выделенных талонов, организовано 3 варианта проведения углубленного профилактического консультирования.

С целью активизации работы на 2016 и последующие годы Минздравом РК направлено письмо в ЛПУ с рекомендациями о внедрении наиболее приемлемых технологий и алгоритмов, направленных на улучшение качества и доступности оказания ПМСП населению (письмо от 01.03.2016 г. №3615/01-18 с приложениями).

Начиная с августа 2016 г. согласно поручению министра здравоохранения РК (письмо от 22.07.2016 г. №14000/01-25) в медицинских организациях была активизирована работа по установке оборудования для видео- и аудио-фиксации, преимущественно в регистратурах и приемных отделениях. Оснащение вышеуказанным оборудованием позволит предупреждать и своевременно разрешать конфликтные ситуации между пациентами и персоналом на начальном этапе получения медицинских услуг. Итоговый мониторинг, проведенный в декабре 2016 г., показал, что в приемных отделениях и регистратурах 73 медицинских организаций установлено 776 видео- /аудио-видео камер с записывающими устройствами.

Согласно приказу Минздрава РК от 18.07.2016 г. №1526-р «О внедрении в 2016 году пациенто-ориентированных технологий в деятельность пилотных медицинских организаций» в пилотном учреждении - ГБУЗ РК «Сыктывдинская ЦРБ» проведены следующие мероприятия по внедрению проекта «Вежливая регистратура»:

- реконструкция регистратуры с учетом маршрутизации пациентов из населенных пунктов Сыктывдинского района и анализа потоков посетителей по времени суток и дням недели;
- модернизация корпоративной локальной компьютерной сети с учетом внедрения модуля «Электронная регистратура»;
- обучение медицинских работников по вопросам этики, деонтологии, культуры поведения;
- введение должности администратора, оборудование его рабочего места (промостойка, телефонизация, инфомат);
- внедрение фирменного стиля для работников регистратуры.

Во входной зоне и самой регистратуре Сыктывдинской ЦРБ установлены инфоматы (2 ед.) и телевизионная панель, промостойка администратора, настроено видеонаблюдение, оборудована раздевалка. Администратор и работники регистратуры прошли обучение по теме «Этика, деонтологические и социально-психологические аспекты профессиональной деятельности медицинских регистраторов», всем выдана фирменная одежда.

Официальное открытие-презентация проекта «Вежливая регистратура» с участием заместителя Председателя Правительства РК Н.А. Михальченковой, министра здравоохранения РК Д.Б. Березина, руководителя администрации МР «Сыктывдинский», представителей общественных организаций Сыктывдинского района, а также телеканала «Юрган», прошло 16 января 2017 г.

К началу 2017 г. большинство ЛПУ подключились к работе по распространению опыта внедрения пациенто-ориентированных технологий и провели необходимые организационные мероприятия: наиболее приемлемые для каждого учреждения пациенто-ориентированные технологии были внедрены в 44 медицинских организациях.

Работа по расширению практики внедрения и распространения пациенто-ориентированности в учреждениях первичного звена и республиканских ЛПУ в 2017 г. будет продолжена, в том числе с учетом новых технологий и форм работы регистратуры.

Во исполнение поручения, выданного по итогам совещания у Заместителя Председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец 11.01.2017 г., в феврале 2017 г. был разработан проект республиканского плана на 2017 г. по улучшению работы регистратур, вобравший опыт участия медицинских организаций РК в конкурсе «Поликлиника начинается с регистратуры».

Кроме того, Минздравом РК утвержден приказ от 24.03.2017 г. №550-р «О распространении пациенто-ориентированных технологий в деятельность медицинских организаций Республики Коми в 2017-2018 гг.».

Приказ разработан с целью повышения удовлетворенности населения РК доступностью и качеством медицинских услуг в государственных медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, за счет формирования комфортной среды для пациентов, а также повышения качества организации рабочего процесса в регистратурах. Участники проекта в 2017 г.:

- ГБУЗ РК «Воркутинская поликлиника»;
- ГБУЗ РК «Корткеросская центральная районная больница»;
- ГБУЗ РК «Княжпогостская центральная районная больница»;
- ГБУЗ РК «Усть-Вымская центральная районная больница».

Анализ работы, проведенной в пилотных учреждениях здравоохранения в части внедрения современных технологий, в том числе электронных сервисов, перевода работы регистратуры на принцип доброжелательности к пациенту, усиление внимания к маломобильным группам населения и группам социального риска, показывает, что в республике заложена основа для дальнейшего распространения пациенто-ориентированной системы оказания медико-профилактической помощи населению по принципу «пациент в центре внимания» с акцентом на первичное звено здравоохранения.

В соответствии с пунктом 9 статьи 5(1) Закона РК от 21.12.2007 г. №124-РЗ «О некоторых вопросах в сфере охраны здоровья граждан в Республике Коми» МЗ РК организовано взаимодействие с органами местного самоуправления в части создания условий для оказания медицинской помощи населению. В первую очередь налажено взаимодействие с руководителями учреждений и предприятий (организаций) всех форм собственности, расположенных на территории соответствующего муниципального образования, по вопросам дополнительной диспансеризации, вакцинации, периодических и плановых медицинских осмотров и иных профилактических мероприятий.

В 2016 г. во всех муниципальных образованиях республики продолжена реализация планов, разработанных в целях снижения смертности населения от основных групп

заболеваний, а также от внешних причин, на территории соответствующего муниципального образования. Координация и мониторинг исполнения этих планов проводится Минздравом РК в постоянном режиме с заслушиванием отдельных территорий на видеоселекторных совещаниях, на заседаниях комиссий по смертности.

В части организации информационного взаимодействия Минздравом РК в марте 2017 г. в адрес руководителей исполнительно-распорядительных органов муниципальных образований муниципальных районов и городских округов в РК направлено письмо с предложением разместить на доступных ресурсах администраций муниципальных образований, поселений, в средствах массовой информации, информацию о возможностях предоставления государственных услуг здравоохранения в электронном виде в лечебных учреждениях республики.

Кроме того, в условиях приоритетности профилактического направления работы первичного звена здравоохранения является актуальным доведение до населения информационных материалов по профилактике ХНИЗ и пропаганде ЗОЖ, как вспомогательный ресурс, предложены ссылки на сайте ГУ «Республиканский врачбно-физкультурный диспансер», в социальной группе в Контакте - Центр медицинской профилактики, где размещено значительное количество санитарно-просветительских материалов по ЗОЖ.

Все большую популярность у населения приобретают массовые профилактические акции, направленные на повышение мотивации населения к ведению ЗОЖ. В 2016 г. специалистами лечебных учреждений первичного звена проведено более 1000 массовых акций профилактической направленности. Акции были организованы в поддержку инициатив ВОЗ в рамках проведения Всемирного дня здоровья, Недели здорового сердца, Всемирных дней борьбы с инсультом, туберкулезом, сахарным диабетом, Всемирного дня борьбы против хронической обструктивной болезни легких, а также в рамках борьбы с табакокурением.

Широко применяется новая профилактическая технология - мобильные «площадки здоровья». Это совместная работа специалистов учреждений здравоохранения во время проведения массовых культурных, образовательных и развлекательных мероприятий с целью раннего выявления заболеваний, мотивирования участников к ведению ЗОЖ, обучения навыкам здоровьесберегающего поведения. Участники проходят обследование на раннее выявление заболеваний (измерение АД, определение холестерина, глюкозы в крови экспресс-методом, определение уровня угарного газа в выдыхаемом воздухе с помощью специального прибора, измерение веса, роста, оценку индекса массы тела, параметров талии, различные варианты тестирования по вопросам приверженности к ЗОЖ и отказа от вредных привычек), получают консультации по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний. В местах массового скопления людей проводится физкультурзарядка, желающие могут пройти анонимное индивидуальное тестирование на знание вопросов здорового питания, отношения к табаку и алкоголю. К проведению таких акций привлекаются передвижные мобильные диагностические комплексы (флюорографы, маммографы, мобильные диагностические комплексы). Охват вышеуказанными мероприятиями во всех центральных районных/городских больницах и поликлиниках в течение 2016 г. составляет более 225 тыс. чел.

Развитие выездных форм работы медицинских организаций, в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов. Для повышения доступности первичной медико-санитарной и специализированной помощи населению, проживающему в труднодоступных и отдаленных сельских территориях, медицинскими организациями РК организована и проводится выездная работа.

Выездная работа осуществляется с использованием:

- передвижных мобильных диагностических комплексов (функционируют на базе 5 медицинских организаций и имеют статус межрайонных мобильных центров - ГБУЗ РК

«Сысольская ЦРБ», «Усть-Куломская ЦРБ», «Ижемская ЦРБ», «Печорская ЦРБ», «Усть-Вымская ЦРБ»);

- 13 передвижных флюорографических установок;
- 7 передвижных флюорографических установок;
- мобильных врачебных бригад, организованных во всех центральных районных больницах и медицинских организациях, оказывающих преимущественно специализированную медицинскую помощь.

Мобильные врачебные бригады выезжают для проведения осмотров населения в труднодоступные отдаленные поселения, формируя график выездов с учетом транспортной доступности, сезонности проживания граждан, наличия речных переправ в зависимости от времени года. График выездов размещается на сайтах медицинских организаций, дублируется на досках объявлений возле регистратур амбулаторий, участковых больниц, ФАПов. Население оповещается также через администрации сельских поселений, общественные приемные Главы РК в районах, используются ресурсы местных СМИ.

В течение 2016 г. медицинскими организациями I-II уровня было осуществлено 1 626 выездов в отдаленные сельские населенные пункты. В ходе выездов было осмотрено 121 845 чел., в том числе 2 744 чел. из числа инвалидов всех групп (кроме инвалидов и участников ВОВ), 152 чел. из числа инвалидов и участников ВОВ, 278 чел. из числа ветеранов войн и лиц к ним приравненным, 39 чел. из числа «чернобыльцев», 1 358 чел. из числа маломобильных групп населения.

Из общего числа осмотренных 85 439 чел. были осмотрены с целью диспансеризации определенных групп взрослого населения или профилактических осмотров. Из числа осмотренных лиц было выявлено 11 842 чел., имеющих одно или несколько хронических заболеваний, в том числе 2 923 чел. с впервые в жизни установленным диагнозом. Направлено на госпитализацию 183 чел.

В ходе выездной работы для уточнения диагноза проводились дополнительные методы исследования (лабораторные, функциональные и лучевой диагностики). Общее количество проведенных исследований в 2016 г. составило 59 740, из них 14 502 лабораторных методов исследования, 9 547 - функциональных, 34 060 - лучевой диагностики.

Кроме того, в течение 2016 г. мобильными (выездными) бригадами было осуществлено 524 выезда, осмотрено 43 837 человек.

Для ранней диагностики заболеваний в выездной работе медицинских организаций используются диагностические установки для проведения маммографического и флюорографического обследований.

Флюорографическое обследование населения отдаленных и труднодоступных районов осуществляется с использованием ресурсов 13 передвижных флюорографических установок, имеющих на балансе ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ», «Ижемская ЦРБ», «Ухтинская поликлиника», «Печорская ЦРБ», «Сосногорская ЦРБ», «Сыктывдинская ЦРБ», «Сысольская ЦРБ», «Троицко-Печорская ЦРБ», «Удорская ЦРБ», «Усинская ЦРБ», «Усть-Вымская ЦРБ», «Усть-Куломская ЦРБ». В 2016 г. флюорографическое обследование на передвижных установках проведено в отношении 27 651 чел.

Для проведения маммографического обследования населения, проживающего в отдаленных и труднодоступных районах, используются 7 передвижных установок, имеющих на балансе ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ», «Ижемская ЦРБ», «Сосногорская ЦРБ», «Сысольская ЦРБ», «Усть-Вымская ЦРБ», «Усть-Куломская ЦРБ». В 2016 г. маммографическое обследование на передвижных установках проведено в отношении 5 876 женщин.

Медицинскими организациями III уровня также осуществляется выездная работа в территории. В 2016 г. специалистами указанных медицинских организаций было осуществлено 1 039 выездов в сельские населенные пункты. В ходе выездной работы

было проконсультировано 31 760 чел. из числа амбулаторных пациентов, 1 389 чел. из числа стационарных больных. Профилактические осмотры проведены в отношении 156 чел.

На госпитализацию для получения специализированной медицинской помощи было приглашено 324 пациента, из них 130 больных получили стационарное лечение (40,1% от общего числа приглашенных на госпитализацию).

На углубленное специализированное обследование было приглашено 1 568 чел., из них прошли такое обследование 216 чел. (13,8% от общего числа приглашенных на консультацию).

В ходе выездов было проэкспертировано 2 401 история болезни, в том числе 308 историй болезни умерших пациентов, 4 000 амбулаторных карт, в том числе 240 карт умерших пациентов, проведено 19 хирургических операций, прочитано 270 лекций и бесед.

6.2. Стационарная медицинская помощь.

В рамках Государственной программы РК "Развитие здравоохранения» проводится работа по оптимизации объемов медицинской помощи, их максимальному приближению к нормативам, утверждаемым Правительством Российской Федерации. Более 60 процентов средств, выделяемых на здравоохранение, расходуется на стационарную медицинскую помощь при том, что до 70 процентов всех обращений населения за медицинской помощью приходится на амбулаторное звено. Это приводит к расширению показаний к стационарному лечению, а следовательно, к удорожанию медицинской помощи. Одним из направлений реализации Территориальной программы РК бесплатного оказания гражданам медицинской помощи является наращивание объемов профилактической помощи, в том числе оказываемой в амбулаторных условиях, с одновременным снижением сверхнормативных объемов дорогостоящей круглосуточной стационарной помощи. Проводимая планомерная работа по реструктуризации коечного фонда здравоохранения республики и развитию внебольничного сектора на протяжении последних лет привела к существенному сокращению объемов стационарной медицинской помощи. В дальнейшем планируется продолжение перераспределения коечного фонда в пользу заболеваний с наиболее высоким приростом уровня распространенности.

В системе здравоохранения РК по состоянию на 31.12.2016 г. стационарную медицинскую помощь населению оказывали 47 медицинских организаций, из них 40 больничных учреждений и 7 диспансеров.

В соответствии с уменьшением численности населения в РК происходит реорганизация коечного фонда стационаров и, соответственно, сокращение числа коек круглосуточного пребывания. Коечный фонд стационаров (табл. 124) за последние 5 лет уменьшился на 598 круглосуточный коек, а за последний год на 295 коек и составил в 2016 г. 7 796 коек.

Таблица 124

Динамика основных показателей деятельности стационарной службы в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Количество коек (единиц)	8394	8140	8099	8071	7796
Обеспеченность койками (на 10 тыс. населения)	94,3	92,4	92,9	93,4	91,3
Среднегодовая занятость койки (дней)	328,5	328,9	326,4	321,7	313,1
Оборот койки	26,1	25,7	25,6	25,9	25,8
Средняя длительность пребывания больного на койке (дней)	12,6	12,8	12,8	12,4	12,2

Уровень госпитализации (на 100 человек постоянного населения)	23,9	23,2	23,1	23,4	22,9
Больничная летальность (в %)	1,4	1,4	1,5	1,7	1,7

Обеспеченность населения РК круглосуточными койками в 2016 г. составила 91,3 на 10 тыс. населения, что ниже уровня 2012 г. на 3,2%.

В последние годы в РК отмечается снижение среднегодовой занятости койки. Указанный показатель по сравнению с 2012 г. в 2016 г. снизился на 4,7% и составил 313,1 дня. Из основных профилей наиболее значимое снижение показателя отмечено по родильным койкам (на 5,2% по сравнению с 2012 г.), в меньшей степени - по койкам терапевтического профиля (на 3,2%) и меньше всего - по койкам хирургического профиля (на 2,7%). Необходимо отметить, что среднегодовая занятость родильной койки при этом является наименьшей (в 2016 г. - 274,7 дня), а койки хирургического профиля - наибольшей (в 2016 г. - 329,4 дня). Низкая среднегодовая занятость койки свидетельствует о ее неэффективном использовании и потенциальной возможности сокращения числа таких коек.

В 2016 г. среднереспубликанский показатель оборота койки составил 25,8 больных, что незначительно (на 1,1%) ниже уровня 2012 г. Средняя длительность пребывания больного в стационаре в сравнении с 2012 г. уменьшилась и в 2016 г. составила 12,2 дней (снижение на 3,2%). Максимальная средняя длительность лечения отмечается, как и прежде при лечении туберкулеза, нервных и психических заболеваний, при ИМ, мозговых инсультах, заболеваниях соединительной ткани.

Уровень госпитализации в 2016 г. составил 22,9 на 100 человек постоянного населения, что на 4,2% ниже уровня 2012 г. В динамике за пять лет уровень госпитализации (табл. 125) остается ниже среднереспубликанского в Сосногорском, Сыктывдинском, Усть-Вымском, Усть-Куломском, Удорском, Корткеросском, Княжпогостском, Прилузском и Печорском районах и в гг. Инта и Усинск. Вместе с тем, рост данного показателя отмечается в Троицко-Печорском, Княжпогостском, Койгородском, Ижемском и Усть-Цилемском районах, что объясняется низкой доступностью амбулаторной помощи населению, а также недостаточной укомплектованностью врачебными кадрами первичного звена.

Таблица 125

Уровень госпитализации в РК в 2012-2016 гг. (на 1 тыс. населения)

Территория РК / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Вуктыльский	22,7	22,7	21,9	21,5	20,7
Ижемский	19,9	20,8	19,5	20,0	20,2
Княжпогостский	15,2	15,5	15,9	16,8	16,1
Койгородский	23,7	23,7	23,4	25,2	24,9
Корткеросский	17,3	16,0	15,8	14,8	15,5
Печорский	22,0	21,8	21,8	22,3	19,9
Прилузский	21,0	21,1	19,4	20,8	19,2
Сосногорский	14,1	13,4	12,9	13,9	12,8
Сыктывдинский	4,9	2,1	3,4	3,4	3,4
Сысольский	21,5	20,7	20,4	20,5	20,7
Троицко-Печорский	20,1	22,4	21,7	23,8	24,6
Удорский	18,0	18,3	18,0	17,8	17,1
Усинск	19,1	19,1	17,8	16,6	16,0
Усть-Вымский	15,9	15,6	13,0	13,3	12,8
Усть-Куломский	19,0	16,7	16,2	16,2	15,9
Усть-Цилемский	19,5	18,7	19,3	20,3	20,0
Воркута	25,5	25,1	25,1	23,7	22,8
Инта	19,5	18,9	18,5	18,3	17,7
Ухта	21,9	21,1	21,9	21,3	21,5

Сыктывкар	34,0	32,7	32,5	33,8	33,3
РК	23,9	23,2	23,1	23,4	22,9

Показатель больничной летальности остался на уровне 2015 г. и составил в 2016 г. 1,7%, но выше уровня 2012 г. на 21,4%.

Кардиологическая стационарная помощь. В 2016 г. в РК было развернуто 327 кардиологических коек круглосуточного пребывания (2015 г. - 329). Обеспеченность кардиологическими койками составила 4,7 на 10 тыс. взрослого населения (норматив - 5,3). Функция койки составила 320,2 дня, что ниже уровня 2015 г. на 2,9%. Максимальные показатели функции койки (табл. 126) отмечены в гг. Воркута (336,6 дня) и Ухта (329,6 дня).

Таблица 126

Изменение показателей деятельности кардиологических коек в разрезе территорий РК в 2014-2016 гг.

Территория РК / Год	Количество коек			Функция койки			Средний койко-день		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Сыктывкар (Республиканский кардиодиспансер)	199	190	190	307,1	332,5	322,3	15,7	15,2	16,2
Воркута	40	40	38	368,1	338,4	336,6	15,7	13,2	12,2
Инта	19	19	19	335,9	320,4	296,3	14,3	13,5	13,5
Ухта	50	50	50	328,4	327,4	329,6	12,9	11,6	11,5
Печора	30	30	30	298,2	292,4	291,0	13,3	13,9	15,5
РК	338	329	327	320,7	329,9	320,2	14,7	13,8	14,3

Средняя длительность лечения на кардиологической койке в 2016 г. составила 14,3 дня, что выше уровня 2015 г. на 3,6% (2015 г. - 13,8) (РФ 2015 г. - 10,7). Оборачиваемость кардиологической койки для взрослых составила 22,4 больных, что ниже уровня 2015 г. на 6,3% (2015 г. - 23,9). Средние сроки лечения при заболеваниях кардиологического профиля составляют: при АГ - 11,7 дня (стандарт - 12 дней), стенокардия - 12,3 дня (стандарт - 12 дней), ИМ - 18,0 дней (стандарт неосложненный ИМ - 21 день), ХИБС - 13,9 дня, ЦВЗ - 16,9 дня.

В течение 2016 г. в ГУ РК «Кардиологический диспансер» внедрены следующие новые технологии:

- использование аспирационных катетеров при острых тромботических окклюзиях коронарных артерий при остром коронарном синдроме;
- освоение методики закрытия ушка левого предсердия окклюдером;
- освоение гибридного вмешательства: стентирование магистральных БЦА при реконструктивных операциях аорто-бедренного сегмента;
- использование артериального доступа анатомической табакерки для проведения интервенционных процедур;
- освоение методики имплантации биоабсорбируемых коронарных стентов;
- освоение С-дуги Филлипс.

Организация медицинской помощи в сосудистых центрах РК.

В течение 2016 г. в РК было зарегистрировано 3 344 больных с ОКС, что на 12% больше, чем в аналогичном периоде 2015 г. (2 987), в том числе 1 467 больных - в зоне обслуживания РСЦ, 115 - в зоне ПСО1 (г. Воркута), 667 - в зоне ПСО2 (г. Ухта), 122 - в зоне ПСО3 (г. Печора) и 149 - в зоне ПСО4 (г. Усинск).

Всего было госпитализировано 2 695 пациентов с ОКС, в том числе из числа жителей, проживающих в территориях РК, входящих в зону обслуживания сосудистых центров - 1 922 чел. (80,6% от числа зарегистрированных с ОКС (2015 г. - 90,8%), в том числе в зоне обслуживания:

- РСЦ - 74,2% (2015 г. - 98,4%);

- ПСО1 - 100% (2015 г. - 100%);
- ПСО2 - 68% (2015 г. - 71,1%);
- ПСО3 - 100% (2015 г. - 97,6%);
- ПСО4 - 95,3% (2015 г. - 95,9%).

Доля госпитализированных в первые 24 часа в профильный сосудистый центр пациентов с ОКС в целом по РК составила 63,1% (2015 г. - 60,0%), в том числе в зоне РСЦ - 62,0% (2015 г. - 57,5%), ПСО1 - 78,3% (2015 г. - 79,3%), ПСО2 - 67,2% (2015 г. - 67,2%), ПСО3 - 59,0% (2015 г. - 68,3%), ПСО4 - 49,3% (2015 г. - 68,0%).

Доля госпитализированных с ОКС в первые 12 часов в зоне сосудистых центров увеличилась с 47,5% до 49,8%.

Число проведенных ангиопластик в 2016 г. составило 642 операции (в 2015 г. - 627), коронарных ангиографий проведено 2 810 операций (2015 г. - 2 499), в том числе 1 565 операций по экстренным показателям.

В 2016 г. количество переводов пациентов с ОКС из ПСО в РСЦ для проведения экстренной ангиопластики сократилось до 233 чел. (в 2015 г. - 382 чел.).

В течение 2016 г. в РК было зарегистрировано 1 674 пациента с ОИМ, что на 13,6% больше, чем в 2015 г. (1 473 чел.). Пациента с ОИМ с подъемом сегмента ST составили 42,1% (705 чел.).

Госпитализировано пациентов с ОИМ 1 568 чел. (в 2015 г. - 1 439), что составляет 93,7% от числа всех зарегистрированных ИМ. Госпитализировано пациентов с ОИМ в профильный сосудистый центр 1 193 человек (76,0% от числа всех госпитализированных с ОИМ).

Число проведенных тромболизисов в зоне обслуживания сосудистых центров составило 344 чел. (в 2015 г. - 419 чел.), в том числе на догоспитальном этапе 147 чел. (в 2015 г. - 172 чел.). Процент проведения ТЛТ в 2016 г. составил 50,5% от общего числа госпитализированных больных с ОИМ с подъемом сегмента ST в зоне обслуживания сосудистых центров (в 2015 г. - 44,8%).

Оказание медицинской помощи больным с ОНМК в разрезе сосудистых отделений. В течение 2016 г. в РК было зарегистрировано 3 478 больных с ОНМК, в том числе 710 чел. с ТИА (20,4% от общего числа ОНМК), 2 308 чел. с ИИ (66,3% от общего числа ОНМК), 460 чел. с ГИ (13,2% от общего числа ОНМК). Из общего числа зарегистрированных больных с ОНМК 2 493 чел. были зарегистрированы в зоне обслуживания ПСО и РСЦ (71,7%).

Всего было госпитализировано 3 402 чел. из числа больных с ОНМК, в том числе в сосудистые отделения 2 448 чел. (72% от общего числа госпитализированных), из них в РСЦ - 1 030 чел., ПСО1 (Воркута) - 253 чел., ПСО2 (Ухта) - 566 чел., ПСО3 (Печора) - 490 чел., ПСО 4 (Усинск) - 109 чел.

Из общего числа госпитализированных (3 402 чел.) 41,8% (1 421 чел.) было госпитализировано в первые 4,5 часа с момента возникновения симптомов; 72,5% (2 468 чел.) доставлено в стационар бригадами СМП.

Из общего числа госпитализированных в сосудистые отделения (2 448 чел.):

1) у 517 чел. была диагностирована ТИА (21,1% от числа госпитализированных в сосудистые отделения), у 1 613 чел. - ИИ (65,9%), у 1 318 чел. - ГИ (13,0%);

2) 2 107 чел. первично были госпитализированы в блок интенсивной терапии (82,4%);

3) 2 051 пациенту (83,8%) было выполнено КТ головного мозга во время стационарного лечения, в том числе в первые 40 минут 1 884 чел. (91,9%);

4) 1 690 пациентам (69%) было выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, в 73 случаях диагностирован стеноз экстракраниальных артерий более 70%;

5) 1 646 пациентам (67,2%) было выполнено транскраниальное дуплексное сканирование;

б) системный тромболизис проведен 45 пациентам (2,8% от общего числа пациентов с ИИ), всем в первые 4,5 часа от момента развития симптомов.

В течение 2016 г. в стационарах РК умерло 563 пациента с ОНМК (16,5% от общего числа госпитализированных), в том числе от ИИ - 202 пациента (35,9% от числа умерших), от ГИ - 361 пациент (64,1% от числа умерших).

В сосудистых отделениях умер 361 пациент (14,7% от общего числа госпитализированных), в том числе:

- в РСЦ - 175 пациентов (48,5% от общего числа умерших в сосудистых отделениях, 17% от общего числа госпитализированных в РСЦ);

- в ПСО1 (Воркута) - 35 пациентов (9,7% от общего числа умерших в сосудистых отделениях, 13,8% от общего числа госпитализированных в ПСО1);

- в ПСО2 (Ухта) - 91 пациент (25,2% от общего числа умерших в сосудистых отделениях, 16,1% от общего числа госпитализированных в ПСО2);

- в ПСО3 (Печора) - 49 пациентов (13,6% от общего числа умерших в сосудистых отделениях, 10,0% от общего числа госпитализированных в ПСО3);

- в ПСО4 (Усинск) - 15 пациентов (4,2% от общего числа умерших в сосудистых отделениях, 13,8% от общего числа госпитализированных в ПСО4).

Более высокий процент умерших от общего числа госпитализированных в соответствующее сосудистое отделение (наблюдается в РСЦ и ПСО2), вероятно, связан с госпитализацией более сложных пациентов, которым требуется проведение высокотехнологичных вмешательств, проведение которых организовано только в указанных сосудистых отделениях.

Организация медицинской помощи при БСК и реализация мероприятий по снижению смертности. Оказание медицинской помощи больным кардиологического профиля осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечнососудистыми заболеваниями, утвержденным приказом МЗ РФ от 15.11.2012 г. №918н.

В соответствии с Порядком в республике организована и реализуется трехуровневая модель оказания медицинской помощи при БСК. Система оказания специализированной медицинской помощи при БСК организована по принципу максимально быстрого получения больным с острой патологией всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий в условиях специализированного стационара.

С 2009 г. в регионе реализуются мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье», направленные на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Результатом реализации этих мероприятий стала организация работы РСЦ в г. Сыктывкаре и ПСО в гг. Ухта, Воркута, Печора и Усинск. В ходе исполнения указанных мероприятий была определена маршрутизация пациентов с БСК. Больные с ОКС и ОНМК из районов, прикрепленных к ПСО, госпитализируются непосредственно в ПСО, а из территорий, прикрепленных к РСЦ, - напрямую в РСЦ. При наличии показаний для оперативного лечения больные переводятся из ПСО в РСЦ.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при БСК кардиологического профиля на базе РСЦ и ПСО организованы консультационно-дистанционные пункты, позволяющие консультировать ЭКГ, переданные по каналам сотовой связи. В течение 2016 г. такими центрами было проконсультировано 4,5 тыс. ЭКГ.

На базе ГУ РК «Кардиологический диспансер» в круглосуточном режиме работает реанимационный кардиологический консультативный центр. В течение 2016 г. специалистами центра осуществлено 872 дистанционных консультаций пациентов из различных учреждений здравоохранения РК по вопросам неотложной кардиологии.

Для повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий у больных с сердечнососудистой патологией, снижения инвалидности на базе ГУ РК «Кардиологический диспансер» с 2011 г. функционирует отделение реабилитации для

больных, перенесших высокотехнологичные операции на сердце и крупных сосудах. В 2016 г. на базе отделения пролечено 416 пациентов.

В течение 2016 г. на базе ГУ РК «Кардиологический диспансер» осуществлено 1 398 высокотехнологичных операций по профилю «сердечнососудистая хирургия».

С 2014 г. в ПСО г. Ухта организована работа кабинета рентгенхирургических методов диагностики и лечения для регулярного проведения эндоваскулярной коррекции при ОКС. Ранее такие операции проводились периодически в связи с отсутствием врача-специалиста, в настоящее время проблема решена должность врача укомплектована. В 2016 г. установлен 136 стентов.

Организованная в период реализации соответствующего направления приоритетного национального проекта «Здоровье» система медицинской помощи при БСК позволила:

- увеличить частоту применения современных технологий диагностики и лечения острой сосудистой патологии (94,7% пациентов компьютерная томография проводится в течение первых 24 часов с момента поступления больного в стационар);

- увеличить выполнение экстренной реваскуляризации с применением тромболитической терапии, ангиопластики и стентирования у больных с ОКС.

Эти мероприятия способствовали снижению показателя смертности от БСК в РК.

В республике продолжена реализация комплекса мер, показавших свою эффективность в предыдущие годы:

1. Мероприятия по раннему выявлению факторов риска развития БСК, организация диспансерного наблюдения пациентов с БСК:

- организация раннего выявления факторов риска и БСК при проведении профилактических медицинских осмотров населения, обследовании в Центрах здоровья, проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения;

- совершенствование деятельности Школ здоровья в учреждениях здравоохранения по раннему выявлению и коррекции факторов риска;

- обеспечение охвата диспансерным наблюдением подлежащих контингентов, страдающих БСК;

- обучение врачей и фельдшеров учреждений здравоохранения на выездных семинарах по вопросам оказания помощи пациентам с ОКС, ОНМК.

2. Организация оказания медицинской помощи при БСК в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи:

- внедрение стандартов медицинской помощи по нозологиям с соответствующим финансовым обеспечением;

- увеличение объемов оказания ВМП в республике за счет дальнейшего перевода финансирования некоторых видов за счет средств ОМС и сохранения финансирования за счет средств республиканского бюджета РК;

- организация в 2018 г. работы кабинетов рентгенхирургических методов диагностики и лечения ПСО №1 (на базе Воркутинской больницы СМП);

- организация в 2017 г. ПСО на базе ГБУЗ РК «Интинская ЦГБ»;

- укомплектование бригад СМП врачами и фельдшерами в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом МЗ РФ от 20.06.2013 г. №388н.

3. Совершенствование реабилитационной помощи при БСК:

- проведение мероприятий по организации отделений медицинской реабилитации для пациентов с патологией центральной нервной системы, соматическими заболеваниями (в гг. Сыктывкар, Печора, Воркута);

- разработка методических рекомендаций, информационных писем по организации реабилитации пациентов после ОНМК и ОИМ.

4. Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения с целью оказания медицинской помощи в соответствии с Порядками и стандартами, подготовка медицинских кадров:

- обеспечение лечебных учреждений реактивами для ферментной диагностики острого ИМ, обеспечение РСЦ №2 (на базе Коми республиканской больницы) и ПСО №2 (на базе Ухтинской городской больницы №1) расходными материалами для проведения ангиопластики и стентирования коронарных артерий;

- проведение семинаров, школ, конференций по вопросам медицинской помощи при БСК;

- обучение «на рабочем месте» медицинских работников учреждений здравоохранения в Коми республиканской больнице и Кардиологическом диспансере;

- развитие информационных технологий в ЛПУ;

- разработка дополнительных мер социальной поддержки медицинских работников, прибывших на работу в учреждения здравоохранения республики, особенно в сельскую местность;

- организация и проведение проверок качества оказания медицинской помощи пациентам с БСК страховыми медицинскими организациями.

Анализ организации оказания медицинской помощи при сердечнососудистых заболеваниях, изучение причин смертности от БСК указывает на увеличение доли лиц старших возрастных групп в числе умерших, имевших тяжелую коморбидную патологию; улучшение качества диагностики острых состояний, определяющих тяжесть заболевания и исход, в том числе - использование современных маркеров некроза миокарда, нейровизуализацию при ОНМК; увеличение числа патологоанатомических вскрытий. Кроме того, имеет место позднее обращение населения за медицинской помощью при сосудистых катастрофах, невыполнение стандартов медицинской помощи, связанное с проживанием в отдаленных сельских территориях (12,7% сельского населения находятся вне зоны охвата ПСО или РСЦ), недостаточно эффективная диспансеризация взрослого населения с БСК.

Основные проблемы кардиологической службы:

- недостаточная обеспеченность медицинскими кадрами в РК (врачи СМП, врачи анестезиологи-реаниматологи, функциональной диагностики, реабилитологи и др.)

- недостаточный уровень квалификации врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

- несвоевременная диагностика и выявление заболеваний сердечно-сосудистой системы (ИБС, АГ);

- низкий процент диспансерного наблюдения пациентов с БСК - 48,1% в т.ч. с хронической ИБС (53,6%); пациентов из групп высокого риска, неэффективная диспансеризация в территориях;

- отсутствие адекватного мониторинга и анализа смертности от БСК в территориях;

- невыполнение Порядков и стандартов помощи пациентам с ОКС: 31% территории РК удалено от сосудистых центров, не организована работа ПСО в части ОКС (не функционируют рентгенэндоваскулярные лаборатории);

- увеличение числа пациентов старших возрастных групп, имеющих тяжелую сочетанную патологию;

- рост цен на лекарственные препараты при сокращении доходов населения;

- отсутствие здоровьесберегающего поведения у населения;

- отсутствие мотивации и приверженности к лечению у населения.

Основные задачи кардиологической службы по совершенствованию помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

1. Медико-санитарное просвещение населения и пропаганда ЗОЖ в медицинских организациях и через СМИ.

2. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения.

3. Активизация работы Центров здоровья с целью раннего выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

4. Организация охвата диспансерным наблюдением лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, не менее 60%.
5. Организация оказания медицинской помощи больным с БСК на всех этапах в соответствии с федеральными порядками и стандартами медицинской помощи.
6. Подготовка медицинских кадров первичного звена здравоохранения и специалистов (кардиологи, врачи функциональной диагностики, реаниматологи, реабилитологи и др.) в соответствии с потребностью медицинских организаций.
7. Выполнение планов обучения врачей на «рабочем месте» в республиканских учреждениях здравоохранения.
8. Непрерывное медицинское образование специалистов здравоохранения по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с БСК.
9. Совершенствование применяемых и внедрение новых методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.
10. Дальнейшее развитие ВМП пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в республиканских учреждениях здравоохранения и федеральных медицинских центрах.
11. Организация трехэтапной системы медицинской реабилитации пациентов с БСК согласно утвержденного Порядка.

Онкологическая стационарная помощь. В 2016 г. для оказания онкологической стационарной медицинской помощи в РК было развернуто:

- 229 онкологических коек круглосуточного пребывания, в том числе онкологических для взрослых 214 (Коми республиканский онкологический диспансер в г. Сыктывкар - 154, филиал в г. Воркута - 45, Ухтинская городская больница - 15), онкологических для детей - 15 (на базе ГУ «Республиканская детская клиническая больница»);
- 62 радиологические койки (Коми республиканский онкологический диспансер в г. Сыктывкар - 48, филиал в г. Воркута - 14);
- 38 гематологических койки (Коми республиканский онкологический диспансер в г. Сыктывкар - 30, филиал в г. Воркута - 3, ГУ «Республиканская детская клиническая больница» - 5).

Обеспеченность онкологическими койками (на 10 тыс. населения) в динамике незначительно возрастает, что связано, в первую очередь, со снижением численности населения РК. В тоже время показатель обеспеченности онкологическими койками (на 1 тыс. первичных больных) выше по РК, чем в РФ, что связано с более низкими показателями заболеваемости по РК в сравнении с РФ (в среднем на 5,0-7,0%).

В целом по РК онкологические и радиологические койки работают с высокой нагрузкой и более интенсивно, чем в РФ (табл. 127). Так, средняя занятость онкологической койки в 2016 г. составила 361,6 дня, что ниже показателя 2012 г. на 6,6%, но выше показателя 2015 г. на 1,1% (РФ в 2015 г. - 337,0). Аналогичная динамика характерна и для радиологической койки.

Средняя длительность пребывания на онкологической койке в динамике снижается (по сравнению с 2012 г. на 7,9%, с 2015 г. - на 1,9%). Указанный показатель в 2015 г. выше среднероссийского на 0,5 дня (на 4,9%). Средняя длительность пребывания на радиологической койке также превышает среднероссийский уровень 2015 г. на 6,1%. Такая динамика указанных показателей свидетельствует о наличии резерва для интенсификации работы коек.

Таблица 127

Динамика показателей работы онкологических коек в РК в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016	РФ 2015
Обеспеченность онкологическими койками (на 10 тыс. населения)	2,5	2,5	2,5	2,6	2,7	2,4
Обеспеченность онкологическими						

койками (на 1000 первичных больных)	67,3	65,2	69,7	70,0	73,4	62,6
Обеспеченность радиологическими койками (на 10 тыс. населения)	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,5
Обеспеченность радиологическими койками (на 1000 первичных больных)	19,0	18,4	20,0	20,3	19,8	13,8
Средняя занятость онкологической койки в году (дней)	386,7	376,9	389,1	357,1	361,6	337,0
Средняя занятость радиологической койки в году (дней)	370,4	400,8	401,1	352,5	369,5	345,0
Средняя длительность пребывания на онкологической койке (дней)	11,4	11,0	10,9	10,7	10,5	10,2
Средняя длительность пребывания на радиологической койке (дней)	26,3	27,6	27,8	24,2	25,6	22,8
Оборот онкологической койки	34,0	34,3	35,8	33,4	34,3	33,1
Оборот радиологической койки	14,1	14,5	14,4	14,6	14,4	15,2
Летальность на онкологической койке (в %)	0,9	1,0	1,1	0,5	0,6	1,34
Летальность на радиологической койке (в %)	1,2	1,1	1,5	1,9	1,8	0,16

В течение 2016 г. на онкорadiологических койках в РК пролечено 8 768 больных, что выше уровня 2015 г. на 0,9% (2015 г. - 8 693).

Хирургическая стационарная помощь. Для оказания хирургической помощи населению РК в 2016 г. было развернуто 1 616 коек круглосуточного пребывания, в том числе 1 391 койка для обслуживания взрослого населения и 225 коек для детей (табл. 128).

В состав 1 616 коек хирургического профиля вошли общехирургические койки (679 единиц), койки гнойной хирургии (65 коек), нейрохирургические койки (156 коек), койки торакальной хирургии (45 коек), кардиохирургические койки (25 коек), койки сосудистой хирургии (36 коек), травматологические койки (324 койки), ожоговые койки (18 коек), ортопедические койки (79 коек), урологические койки (125 коек), проктологические койки (25 коек), койки челюстно-лицевой хирургии (39 коек).

За последние 5 лет с учетом уменьшающейся численности населения региона было сокращено 11% коечного фонда хирургических стационаров (199 коек). Больше всего сокращено коек общехирургических (17,7%), торакальной хирургии (16,7%), сосудистой хирургии (20%), ожоговых (21,7%), челюстно-лицевой хирургии (23,5%).

Обеспеченность койками хирургического профиля (на 10 тыс. населения) за последние 5 лет сократилась на 7,4%. Однако показатель остается выше среднероссийского уровня (по итогам 2015 г. - на 39%). Несмотря на превышение показателя над среднероссийским уровнем величина указанного показателя является оптимальной для РК с учетом географических особенностей региона, низкого развития транспортной инфраструктуры и в основном экстренного характера оказания хирургической помощи.

Значительное превышение показателя обеспеченности койками (на 10 тыс. населения) отмечается по общехирургическим, нейрохирургическим, травматолого-ортопедическим койкам.

Таблица 128

Динамика показателей работы коек хирургического профиля в РК в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016	РФ 2015
Обеспеченность койками хирургического профиля (на 10 тыс. населения)	20,4	20,2	19,8	19,6	18,9	14,1
из них: хирургические общие	9,3	9,3	8,7	8,4	7,9	5,3
нейрохирургические	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	0,9

торакальной хирургии	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3
кардиохирургические	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
сосудистой хирургии	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5
травматологические	4,0	3,9	3,8	3,8	3,8	2,7
ожоговые	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
ортопедические	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,7
урологические	1,6	1,5	1,4	1,5	1,5	1,4
стоматологические	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3
проктологические	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
гношной хирургии	0,4	0,4	0,7	0,8	0,8	1,0
Средняя занятость койки хирургического профиля в году (дней)	338,4	347,2	340,1	334,4	329,4	н/д
из них: хирургические общие	341,2	344,3	341,2	338,9	347,1	327,0
нейрохирургические	389,2	356,6	330,2	333,8	309,0	319,0
торакальной хирургии	286,6	368,0	326,3	308,6	293,7	318,0
кардиохирургические	291,6	359,3	405,2	322,3	310,3	287,0
сосудистой хирургии	352,9	318,1	325,0	352,2	345,9	326,0
травматологические	327,2	356,3	349,8	331,5	298,8	323,0
ожоговые	257,7	251,1	222,8	278,8	270,9	286,0
ортопедические	332,7	338,3	354,5	349,5	326,0	307,0
урологические	343,2	363,0	382,9	338,6	386,1	333,0
стоматологические	335,0	329,1	282,2	321,3	300,7	311,0
проктологические	280,2	304,4	276,2	281,2	242,0	323,0
гношной хирургии	345,2	358,3	302,4	328,3	329,3	326,0
Средняя длительность пребывания на койке хирургического профиля (дней)	12,2	12,5	12,5	11,9	11,4	н/д
из них: хирургические общие	10,5	10,6	10,5	10,0	9,8	8,5
нейрохирургические	14,3	14,2	14,5	14,8	13,4	10,4
торакальной хирургии	17,7	19,1	18,3	17,4	15,6	16,2
кардиохирургические	34,1	26,1	27,2	24,5	22,9	8,2
сосудистой хирургии	11,9	10,9	10,2	11,2	10,4	10,0
травматологические	14,9	16,0	15,7	14,1	13,4	11,1
ожоговые	19,6	21,7	21,8	20,2	18,1	17,0
ортопедические	17,2	17,2	16,2	15,3	14,6	11,8
урологические	12,0	12,0	12,8	12,3	12,8	8,6
стоматологические	9,1	8,5	8,1	8,6	7,7	7,9
проктологические	20,7	25,7	22,1	15,4	13,8	9,5
гношной хирургии	11,4	13,4	15,3	16,5	14,9	11,2
Оборот койки хирургического профиля	27,8	27,8	27,2	28,1	28,8	н/д
из них: хирургические общие	32,6	32,4	32,5	34,0	35,5	38,3
нейрохирургические	27,2	25,2	22,7	22,5	23,0	30,7
торакальной хирургии	16,2	19,3	17,9	17,7	18,8	19,6
кардиохирургические	8,5	13,8	14,9	13,2	13,5	35,1
сосудистой хирургии	29,6	29,2	31,8	31,5	33,1	32,5
травматологические	22,0	22,3	22,2	23,5	22,3	29,2
ожоговые	13,2	11,6	10,2	13,8	15,0	16,8
ортопедические	19,4	19,7	21,8	22,8	22,3	26,0
урологические	28,7	30,2	29,9	27,4	30,1	38,6
стоматологические	36,7	38,5	34,9	37,4	39,2	39,3
проктологические	13,6	11,8	12,5	18,2	17,6	33,9
гношной хирургии	30,3	26,7	19,7	19,9	22,1	29,1
Летальность (в %)	0,7	1,5	0,6	0,6	0,6	н/д
из них: хирургические общие	1,0	1,9	0,8	0,8	0,8	1,23
нейрохирургические	1,2	1,5	0,4	0,5	0,6	1,12
торакальной хирургии	1,4	4,1	1,3	1,0	1,5	1,28
кардиохирургические	0,4	10,9	0,5		0,6	0,35
сосудистой хирургии	0,2	1,5	0,1	0,3	0,1	0,53

травматологические	0,1	0,6	0,1	0,3	0,2	0,56
ожоговые	0,3		0,4	0,4	0,4	1,36
ортопедические		0,1		0,1		0,04
урологические	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3	0,27
стоматологические	0,2	0,1				0,10
проктологические	0,3	1,6	0,6		0,2	0,4
гнойной хирургии		0,6	0,7	1,0	0,9	1,93

Средняя занятость койки хирургического профиля в динамике с 2012 г. сократилась на 2,7%. Наибольшее сокращение показателя произошло по нейрохирургическим (на 20,6%), проктологическим (на 13,7%) койкам и койкам челюстно-лицевой хирургии (на 10,3%).

Недостаточно эффективно в 2016 г. работали койки торакальной хирургии (функция койки в 2016 г. составила 293,7 дня, РФ в 2015 г. - 318,0 дней), травматологические (функция койки - 298,8 дня, РФ в 2015 г. - 323,0 дня) и проктологические койки (функция койки - 242,0 дня, РФ в 2015 г. - 323,0 дня).

Средняя длительность пребывания на койке хирургического профиля в 2016 г. составила 11,4 дня, что ниже уровня 2012 г. на 6,6%. Несмотря на сокращение показателя по отдельным профилям, составляющим хирургический, указанный показатель является достаточно высоким и превышает среднероссийский уровень. Так, значительное превышение указанного показателя над соответствующим среднероссийским уровнем, в 2015 г. отмечено по нейрохирургическим (превышение в 1,4 раза), кардиохирургическим (превышение в 2,7 раза), урологическим (превышение в 1,4 раза) и проктологическим (превышение в 1,6 раза) койкам.

Оборот койки хирургического профиля в 2016 г. составил 28,8, что выше уровня 2012 г. на 3,5%. Анализ данных, представленных в табл. 128 свидетельствует о том, что, несмотря на рост оборота койки хирургического профиля, в разрезе отдельных профилей, составляющих хирургический, указанный показатель в РК является достаточно низким. Наиболее низким по сравнению со среднероссийским уровнем указанный показатель является по кардиохирургическим (ниже уровня РФ в 1,6 раза), проктологическим (ниже в 1,4 раза) койкам, койкам гнойной хирургии (ниже на 31,6%), нейрохирургическим (ниже на 26,7%) и урологическим (ниже на 29,0%) койкам.

Указанные особенности изменения основных показателей работы коек свидетельствуют о неэффективном использовании коек хирургического профиля и наличии резерва для оптимизации их работы.

Офтальмологическая стационарная помощь. Стационарная помощь оказывается населению преимущественно по территориальному принципу с центрами в гг. Сыктывкар, Воркута и Ухта. Наибольший объем хирургической помощи, оказанной офтальмологическим больным, приходится на микрохирургическое отделение ГБУЗ РК «Коми республиканская больница». Такая ситуация сохраняется на протяжении последних лет. Внедрение в практику работы указанного подразделения КРБ новых методик оперативного лечения позволило расширить показания для оперативного лечения и ограничить выезд пациентов за пределы РК для получения ВМП по профилю «Офтальмология».

В 2016 г. офтальмологические койки находились в следующих ЛПУ:

- ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» - 47 койки;
- ГАУЗ РК «Республиканский центр микрохирургии глаза» (г. Ухта) - 61 койка, из них 1 койка хозрасчетная, 5 коек детских;
- ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи» - 15 коек, из них 1 детская койка.

Таким образом, в РК развернуто 123 офтальмологических койки, в том числе 6 детских коек (для детей 0-14 лет). Обеспеченность офтальмологическими койками для

детского населения составляет 0,4 на 10 тыс. детского населения, для взрослого населения (от 15 лет и старше) - 1,7 на 10 тыс. соответствующего населения (табл. 129).

Средняя занятость офтальмологической койки в 2016 г. составила 302,3 дня, что ниже уровня 2012 г. на 10% и уровня РФ в 2015 г. на 8,1% (РФ 2015 г. - 319,0). Наиболее низкий показатель функции койки отмечается в ГАУЗ РК «Республиканский центр микрохирургии глаза» (282,1 дня), наиболее высокий - в ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи» (356,4 дня).

Средняя длительность пребывания на офтальмологической койке в 2016 г. составила 6,6 дня, что ниже уровня 2012 г. на 23,2% и соответствует уровню РФ в 2015 г.

Оборот койки в 2016 г. составил 46,0. В динамике с 2012 г. отмечается рост указанного показателя (на 17,6%). Однако показатель остается ниже среднероссийского: по итогам 2015 г. на 14,1%.

В 2016 г. в офтальмологических стационарах было прооперировано 4 729 больных, проведено 5 261 операцию. Хирургическая активность составила:

- ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» - 95%;
- ГАУЗ РК «Республиканский центр микрохирургии глаза» - 88%;
- ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи» - 22,6%.

Таблица 129

Динамика показателей работы офтальмологических коек в РК в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016	РФ 2015
Количество офтальмологических коек	133	133	138	136	123	-
Обеспеченность офтальмологическими койками всего (на 10 тыс. населения)	1,5	1,5	1,6	1,6	1,4	1,3
Средняя занятость офтальмологической койки в году (дней)	336,0	331,4	327,4	293,2	302,3	319,0
Средняя длительность пребывания на офтальмологической койке (дней)	8,6	8,1	8,0	7,1	6,6	6,6
Оборот офтальмологической койки	39,1	40,9	41,0	41,5	46,0	48,3

Сроки ожидания на плановую госпитализацию зависят от заболевания, стадии процесса и составляет от 1 до 7 месяцев. Сохранение больших сроков ожидания в КРБ в первую очередь связано с нарушением приказа Министерства здравоохранения РК от 08.04.2013 г. №5/20 «Об утверждении листа маршрутизации взрослого населения при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».

Организация оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях включает в себя догоспитальный и госпитальный этапы.

Для обеспечения догоспитального этапа в круглосуточном дежурстве находятся 95,5 бригад СМП, 2 самостоятельные городские станции СМП (гг. Сыктывкар, Ухта), 1 отделение СМП при больнице СМП (г. Воркута), 19 отделений СМП при городских и сельских ЛПУ.

Осуществляется постоянный мониторинг своевременности реагирования при оказании СМП пострадавшим в ДТП. В 2016 г. количество выездов на ДТП по РК снизилось по сравнению с 2015 г. на 6,5% и составило 1 175 выездов (2015 г. - 1 257 выездов) (табл. 130). Число погибших до приезда бригады СМП с 2014 г. снизилась на 35,2% (со 105 до 68 случаев).

Таблица 130

Динамика выездов на ДТП по РК в 2012-2016 гг. (в абсол. ед.)

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Всего выездов на ДТП	2 131	2 050	1 632	1 257	1 175

Число пострадавших	2 634	2 493	2 190	1 723	1 601
Со смертельным исходом:					
- до приезда бригады СМП	92	87	105	71	68
- в машине СМП	5	3	4	1	2

Время доезда до 20 минут до места ДТП по РК в 2016 г. составило 86,5%, что практически соответствует уровню 2015 г. (86,7%) и соответствует целевому показателю «Доля выезда СМП со временем доезда до 20 минут», указанного в «Плане мероприятий по сокращению смертности населения РК от ДТП в 2017 г.», утвержденного заместителем Председателя Правительства РК и министром здравоохранения РК на 2016 г. (86,5%) (табл. 131).

Таблица 131

Время доезда до ДТП (до 20 мин) по территориям РК за 2012-2016 гг. (в %)

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сыктывкар	97,0	97,6	98,3	98,1	99,2
Воркута	89,7	97,2	96,4	98,4	91,4
Инта	87,5	87,7	85,4	94,1	100,0
Ухта	96,6	95,5	95,3	91,3	92,5
Вуктыльский	93,3	66,7	88,9	100,0	100,0
Ижемский	87,0	90,5	89,5	82,4	64,7
Княжпогостский	34,8	29,7	38,5	32,3	55,6
Койгородский	81,8	80,0	90,0	60,0	66,7
Корткеросский	85,5	88,7	76,7	89,7	72,2
Печорский	98,1	93,0	91,5	78,9	88,9
Прилузский	58,6	100,0	53,8	20,5	59,1
Сосногорский	95,6	84,7	94,4	86,8	71,4
Сыктывдинский	78,6	75,0	69,6	82,4	69,2
Сысольский	83,3	82,1	71,4	61,5	76,0
Троицко-Печорский	100,0	100,0	100,0	87,5	83,3
Удорский	92,3	92,9	93,3	64,3	50,0
Усинский	71,7	67,3	81,8	73,6	74,5
Усть-Вымский	89,1	78,7	90,3	83,3	86,7
Усть-Куломский	100,0	75,6	71,9	85,2	73,7
Усть-Цилемский	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
РК	90,8	91,0	88,9	86,7	86,5

Для обеспечения госпитального этапа оказания медицинской помощи при ДТП все ЛПУ РК, расположенные вблизи федеральной трассы Р-176 «Вятка», а также автомобильных дорог регионального и межмуниципального значения, в соответствии с приказом МЗ РК от 22.01.2013 г. № 1/14 «О реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на федеральной автомобильной дороге «Вятка» «Чебоксары - Сыктывкар», проходящей по территории Республики Коми, автодорогах общего пользования регионального и межмуниципального значения Республики Коми» разделены на травмоцентры I, II, III уровней.

В соответствии с указанным приказом организована деятельность 24 травмоцентров: 2 травмоцентра I уровня, 11 травмоцентров II уровня, 11 травмоцентров III уровня.

Для организации экстренной транспортировки пострадавших в травмоцентры I и II уровней, доставки специалистов из травмоцентров I уровня в травмоцентры II и III уровней с целью оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим привлекаются силы и средства службы СМП, а также Республиканского центра медицины катастроф.

В 2016 г. из 1 601 пациента, пострадавшего в ДТП, службой СМП 777 пациентов (58,5%) доставлены в травмоцентры 1 и 2 уровня (табл. 132).

Таблица 132

Госпитализация пациентов, пострадавших в ДТП, в травмоцентры 1 и 2 уровня по территориям РК за 2016 г. (в абсол. ед.)

Территории РК / Показатель	Пострадавшие в ДТП	Доставлены в травмоцентры 1 и 2 уровня	Доля доставленных в травмоцентры 1и 2 уровня от общего числа пострадавших (%)
Сыктывкар	551	249	45,2
Воркута	70	52	74,3
Инга	31	26	83,9
Ухта	315	204	64,8
Вуктыльский район	9	-	0
Ижемский район	24	-	0
Княжпогостский район	23	-	0
Койгородский район	8	-	0
Корткеросский район	62	-	0
Печорский район	45	18	40,0
Прилузский район	66	46	69,7
Сосногорский район	85	15	17,6
Сыктывдинский район	81	44	54,3
Сысольский район	35	35	100,0
Троицко-Печорский район	10	-	0
Удорский район	23	-	0
Усинский район	57	50	87,7
Усть-Вымский район	83	36	43,4
Усть-Куломский район	19	2	10,5
Усть-Цилемский район	4	-	0
РК	1601	777	48,5

Для организации работы с пострадавшими при ДТП Республиканский центр медицины катастроф укомплектован врачами-специалистами: травматологами, нейрохирургами, хирургами, реаниматологами-анестезиологами, средним медицинским персоналом. На оснащении центра имеется 9 специализированных санитарных автомобилей, в том числе - 3 реанимобиля, в дежурстве находятся вертолет МИ-8, вертолет МИ-2. Для осуществления вылетов с целью оказания скорой специализированной медицинской помощи используется самолет L-410.

6.4. Скорую медицинскую помощь населению РК оказывают 22 учреждения, из них: самостоятельные городские станции - 2 (гг. Сыктывкар, Ухта), больница скорой помощи - 1 (г. Воркута), отделения СМП при городских и сельских ЛПУ - 19.

Таблица 133

Укомплектованность врачебными кадрами службы СМП по РК за 2012-2016

гг.

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Штаты	268,5	269,0	273,5	301,0	273,0
Заняты	214,5	212,0	212,25	187,0	175,5
Физические лица	108	107	105	104	104
Укомплектованность кадров с учетом совместительства	79,9%	78,8%	77,6%	62,1%	64,3%
Укомплектованность штатов физическими лицами без учета совместительства	40,2%	39,8%	38,4%	34,6%	38,1%

Укомплектованность врачами службы СМП без учета совместительства в РК составляла в 2016 г. 38,1% (в 2015 г. - 34,6%), с учетом совместительства - 64,3% (в 2015 г.

- 62,1 %) (табл. 133).

Таблица 134

**Укомплектованность средним медперсоналом кадрами службы СМП
по РК за 2012-2016 гг.**

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Штаты	986,75	987,25	1 026,5	1 091,0	1 064,5
Заняты	977,5	977,0	1 005,75	1 046,25	1 026,5
Физические лица	779	778	790	799	787
Укомплектованность кадров с учетом совместительства	99,1%	99,0%	97,9%	95,9%	96,4%
Укомплектованность кадров без учета совместительства	78,9%	78,8%	76,9%	73,3%	73,9%

Укомплектованность средним медицинском персоналом службы СМП без учета совместительства в РК составляла в 2016 г. 73,9% (в 2015 г. - 73,3%), с учетом совместительства – 96,4% (2015 г. - 95,9%) (табл. 134).

Таблица 135

Структура бригад службы СМП по РК за 2012-2016 гг.

Структура бригад / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Врачебные общепрофильные	16,5	15,5	24	23,75	26,5
в т.ч. для оказания помощи детскому населению	3,5	1	0,75	1	2,75
Интенсивной терапии	9	8	-	-	-
Фельдшерские общепрофильные	68,5	67,5	66	68,75	66,5
Специализированные бригады	2,5	4,5	4,5	4,5	2,5
в т.ч. реанимационные	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
педиатрические	0	2	2	2	-
психиатрические	1	1	1	1	1
Всего:	96,5	95,5	94,5	97	95,5

В 2016 г. на территории РК медицинскую помощь населению оказывали 95,5 бригад СМП (табл. 135). По всем территориям РК организованы и работают фельдшерские и врачебные общепрофильные бригады.

Специализированные бригады СМП, такие как психиатрическая и педиатрическая, есть только в г. Сыктывкаре; реанимационные бригады работают в г. Сыктывкаре и г. Ухте (бригады организована в 2011 г.).

В 2016 г. уменьшилось количество специализированных бригад с 4,5 до 2,5 за счет перепрофилирования двух бригад СМП из специализированных педиатрических в общепрофильные врачебные с преимущественным использованием для оказания помощи детскому населению, в связи с тем, что у врачей, работающих в этих бригадах закончил свое действие сертификат по педиатрии, но есть базовое педиатрическое образование и сертификат по СМП.

С 1 января 2014 г. в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом МЗ РФ от 20.06.2013 г. №388н бригады интенсивной терапии перепрофилированы в общепрофильные врачебные бригады СМП.

Общая обращаемость на СМП (табл. 136) по РК в 2016 г. выросла на 0,14% (489 обращений) и составила 337 907 обращений (2015 г. - 337 418) за счет уменьшения количества выездов к детям на 7,4% (4 324 вызова).

За пять лет с 2012 г. по 2016 г. количество выездов бригад СМП на выполнение несвойственных функций (хозяйственные перевозки и медицинские процедуры) снизилось в 1,7 раза (с 54 180 до 16 161 вызовов).

Таблица 136

Показатели объема деятельности (по отчетной форме № 30) по РК в 2012-2016 гг.

	Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
	Население в территории	889 837	880 639	872 057	864 424	856 831
1.	Общая обращаемость (2 + 3 + 5) (абс.)	419 654	374 425	356 526	337 418	337 907
	на 1 тыс. населения	471,6	425,2	408,8	390,3	394,4
2.	Всего выездов (по форме 30), из них:	350 622	322 824	316 422	308 460	309 337
	на 1 тыс. населения	394,0	366,6	362,8	356,8	361,0
2.1.	Число лиц, обслуженных на выездах (абс.)	315 815	291 758	284 766	280 398	282 255
	на 1 тыс. населения	354,9	331,3	326,5	324,4	329,4
2.1.1	из них к детям (абс.)	64 351	63 528	62 395	58 252	62 576
	на 1 тыс. населения	72,3	72,1	71,5	67,4	73,0
2.2.	Число лиц, обслуженных амбулаторно (абс.)	22 334	18 876	18 086	15 171	14 592
	на 1 тыс. населения	25,1	21,4	20,7	17,6	17,0
2.3.	Безрезультатных выездов (абс.)	12 473	12 190	13 570	12 891	12 490
	на 1 тыс. населения	14,0	13,8	15,6	14,9	14,6
3.	Отказано из-за необоснованности (абс.)	14 852	14 022	11 256	11 957	12 409
	на 1 тыс. населения	16,7	15,9	12,9	13,8	14,5
4.	Обслужено лиц на выездах:					
4.1.	Пострадавших (несчастные случаи) (абс.)	42 846	40 745	41 916	40 338	39 661
	на 1 тыс. населения	48,2	46,3	48,1	46,7	46,3
4.2.	Больных (внезапные заболевания + роды и патология беременности) (абс.)	246 539	229 633	225 215	223 441	225 210
	на 1 тыс. населения	277,1	260,8	258,3	258,5	262,8
4.3.	Сантранспорт (перевозки больных, рожениц и родильниц) (абс.)	26 430	21 380	17 635	16 619	17 384
	на 1 тыс. населения	29,7	24,3	20,2	19,2	20,3
5.	Выезды, не включенные в форму 30 (абс.)	54 180	37 579	28 848	17 001	16 161
	из них:					
5.1.	на 1 тыс. населения	60,9	42,7	33,1	19,7	18,9
	Хозперевозки (абс.)	45 810	32 600	25 965	16 837	15 756
5.2.	на 1 тыс. населения	51,5	37,0	29,8	19,5	18,4
	Медпроцедуры (абс.)	8 370	4 979	2 883	164	405
5.2.	на 1 тыс. населения	9,4	5,7	3,3	0,2	0,5

Перераспределение объемов обращаемости между службой СМП и амбулаторно-поликлиническими учреждениями по РК отслеживается по строке 3 «Отказано из-за необоснованности» (табл. 136).

Количество отказов за необоснованностью (табл. 136, 137) в 2016 г. составило 37 095 вызовов, из них:

- 24 686 вызовов с неотложными поводами переданы со СМП в другие медицинские организации, в т.ч. в службу неотложной медицинской помощи при поликлиниках (вызова к пациентам, состояние здоровья которых непосредственно не угрожает жизни и не требует экстренной медицинской помощи);

- в 12 409 случаях пациенты обращались на СМП с консультативной целью по различным поводам.

Таблица 137

Количество лиц, которым отказано за необоснованностью вызова, по РК и в разрезе территорий в 2016 г. (в абсол. ед.)

Территории РК / Показатель	всего	из них: передано в другие медицинские организации (в том числе на службу неотложной медицинской помощи)
Сыктывкар	27 632	16 593
Воркута	452	337

Инта	386	386
Ухта	1 125	233
Вуктыльский	20	-
Ижемский	178	178
Княжпогостский	2 668	2 668
Койгородский	-	-
Корткеросский	47	47
Печорский	-	-
Прилузский	302	302
Сосногорский	327	327
Сыктывдинский	324	324
Сысольский	80	80
Троицко-Печорский	38	35
Удорский	720	720
Усинский	-	-
Усть-Вымский	1 461	1 121
Усть-Куломский	376	376
Усть-Цилемский	959	959
РК	37 095	24 686

В 2016 г. в г. Сыктывкар в службу неотложной помощи передано 16 593 вызовов, что составило 25,9% от всех вызовов с неотложными поводами, поступивших на СМП.

СМП в РК преимущественно оказывается фельдшерскими бригадами, которыми обслужено 76,1 % от общего количества вызовов (табл. 138). Распределение объемов между врачебными и фельдшерскими бригадами (1 к 3) соответствует количественному соотношению в общей структуре бригад СМП между врачебными и фельдшерскими (1 к 3).

Таблица 138

Перераспределение объемов СМП между врачебными и фельдшерскими бригадами СМП в РК за 2012-2016 гг. (в %)

Год / Показатель	Врачебные бригады	Фельдшерские бригады
2012 г.	29,0	71,0
2013 г.	26,3	73,7
2014 г.	25,1	74,9
2015 г.	24,2	75,8
2016 г.	23,9	76,1

В 14 из 20 территорий РК в службе СМП организованы врачебные бригады, которыми обслужено 23,9 % вызовов.

Обращаемость населения на СМП (по форме № 30) по РК в 2016 г. (361,0 на 1 тыс. населения) выросла на 1,2 % по сравнению с 2015 г. (356,8 вызовов на 1 тыс. населения) (табл. 139). Наибольшая обращаемость на СМП (на 1 тыс. населения) отмечена в Койгородском (454,3 вызова на 1 тыс. населения) и Сысольском (420,7 вызова на 1 тыс. населения) районах. Наиболее низкий показатель обращаемости (на 1 тыс. населения) отмечен в Ижемском (160,7 вызова на 1 тыс. населения) и Усть-Куломском (187,2 вызова на 1 тыс. населения) районах.

Обращаемость (на 1 тыс. населения) выросла в Койгородском (на 14,2% с 397,9 вызова в 2015 г. до 454,3 вызова - в 2016 г.), Усть-Цилемском (на 11,8% с 308,7 вызова в 2015 г. до 345,2 вызова - в 2016 г.) и Прилузском (на 7,8% с 322,2 вызова в 2015 г. до 347,3 вызова - в 2016 г.) районах. Обращаемость (на 1 тыс. населения) снизилась в Вуктыльском (на 12,1% с 272,8 вызова в 2015 г. до 239,9 вызова - в 2016 г.), Печорском (на 6,2% с 419,7 вызова в 2015 г. до 393,7 вызова - в 2016 г.) и Сыктывдинском (5,5% с 367,6 вызова в 2015 г. до 347,5 вызова - в 2016 г.) районах.

Таблица 139

Обращаемость населения на СМП по форме № 30 (выезды + амбулаторные + безрезультатные) по территориям РК в 2012-2016 гг. (на 1 тыс. населения)

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сыктывкар	382,7	370,0	383,4	388,1	403,4
Воркута	475,7	389,5	418,9	380,0	375,5
Инта	419,5	390,5	376,3	373,2	386,9
Ухта	352,3	340,8	363,1	363,0	360,5
Вуктыльский	265,1	263,5	259,0	272,8	239,9
Ижемский	359,0	317,1	189,0	144,0	160,7
Княжпогостский	362,0	316,7	313,3	272,0	284,4
Койгородский	425,3	383,8	401,4	397,9	454,3
Корткеросский	416,5	358,9	334,2	321,3	330,4
Печорский	567,7	483,0	438,5	419,7	393,7
Прилузский	362,7	338,6	340,3	322,2	347,3
Сосногорский	406,8	402,2	367,8	389,5	376,8
Сыктывдинский	405,6	394,6	372,0	367,6	347,5
Сысольский	449,0	457,7	448,1	426,9	420,7
Троицко-Печорский	347,2	320,9	289,3	279,4	282,9
Удорский	418,9	428,9	315,3	325,1	340,3
Усинский	322,5	300,8	279,0	277,0	292,1
Усть-Вымский	382,2	348,2	354,1	359,6	351,6
Усть-Куломский	243,4	228,8	218,8	195,9	187,2
Усть-Цилемский	328,2	360,9	327,1	308,7	345,2
РК	394,0	366,6	362,8	356,8	361,0

Обращаемость (на 1 тыс. населения) в РК по поводу несчастных случаев за последние 5 лет остается на одном уровне (табл. 140). Наибольшая обращаемость по поводу несчастных случаев (на 1 тыс. населения) отмечена в г. Сыктывкаре (60,1 вызова на 1 тыс. населения), Печорском районе (59,8 вызова на 1 тыс. населения) и в Сыктывдинском районе (51,6 вызова на 1 тыс. населения).

Наиболее низкий показатель обращаемости (на 1 тыс. населения) в Ижемском районе (14,4 вызова на 1 тыс. населения), Усть-Куломском районе (19,7 вызова на 1 тыс. населения) и в Вуктыльском районе (21,9 вызова на 1 тыс. населения).

Обращаемость по поводу несчастных случаев (на 1 тыс. населения) выросла в Печорском районе (с 47,5 вызова в 2015 г. до 59,8 - в 2016 г.) и в Сосногорском районе (с 42,9 в 2015 г. до 47,7 - в 2016 г.).

Обращаемость по поводу несчастных случаев на (на 1 тыс. населения) снизилась в Княжпогостском районе (с 31,8 вызова в 2015 г. до 26,8 - в 2016 г.) и в Сыктывдинском районе (с 56,4 вызова в 2015 г. до 51,6 - в 2016 г.).

Таблица 140

Обращаемость населения по поводу несчастных случаев по территориям РК в 2012-2016 гг. (на 1 тыс. населения)

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сыктывкар	61,7	56,9	62,0	63,5	60,1
Воркута	44,7	40,0	43,7	41,8	39,1
Инта	48,2	47,6	46,3	47,0	46,8
Ухта	43,2	43,3	44,7	43,1	41,6
Вуктыльский	28,4	28,0	28,6	23,6	21,9
Ижемский	31,7	25,8	16,8	13,7	14,4
Княжпогостский	31,7	29,2	29,6	31,8	26,8
Койгородский	35,7	36,1	30,7	28,5	29,8
Корткеросский	48,4	47,3	45,5	41,4	46,0
Печорский	61,0	55,8	50,1	47,5	59,8
Прилузский	43,9	49,9	49,9	41,0	45,7
Сосногорский	40,7	50,5	52,2	42,9	47,7

Сыктывдинский	70,2	63,7	60,8	56,4	51,6
Сысольский	40,7	37,8	34,4	32,9	36,5
Троицко-Печорский	27,5	27,7	25,3	25,2	24,7
Удорский	37,7	38,1	43,1	41,9	43,1
Усинский	33,4	30,9	32,6	31,3	28,3
Усть-Вымский	42,5	45,6	50,4	45,2	47,8
Усть-Куломский	23,0	22,3	23,6	20,1	19,7
Усть-Цилемский	32,9	34,8	35,0	31,0	36,8
РК	48,2	46,3	48,1	46,7	46,3

Обращаемость на скорую медицинскую помощь в РК по поводу внезапных заболеваний (на 1 тыс. населения) в 2016 г. выросла на 1,7% по сравнению с 2015 г. (258,5 вызовов) и составила 262,8 вызова (табл. 141). По территориям наибольшая обращаемость отмечена в Койгородском районе (318,2 на 1 тыс. жителей), г. Инта (303,6 на 1 тыс. жителей) и в Печорском районе (288,1 на 1 тыс. жителей). Наиболее низкая обращаемость отмечена в Ижемском (118,8 на 1 тыс. жителей) и Усть-Куломском (148,3 на 1 тыс. жителей) районах.

Обращаемость по поводу внезапных заболеваний (на 1 тыс. населения) выросла в Койгородском (на 14,6% с 277,7 в 2015 г. до 318,2 - в 2016 г.), Сысольском (на 11,4% с 234,0 в 2015 г. до 260,7 - в 2016 г.) и Усть-Цилемском (на 10,3% с 241,9 в 2015 г. до 266,7 - в 2016 г.) районах. Снижение обращаемости (на 1 тыс. населения) отмечено в Печорском (на 13,6% с 333,4 в 2015 г. до 288,1 - в 2016 г.), Вуктыльском (на 10,6% с 212,3 в 2015 г. до 189,8 - в 2016 г.) и Сосногорском (на 3,3% с 268,6 в 2015 г. до 259,8 - в 2016 г.) районах.

Таблица 141

Обращаемость населения на СМП по поводу внезапных заболеваний и патологии беременных в разрезе территорий РК в 2012-2016 гг. (на 1 тыс. населения)

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сыктывкар	260,7	256,4	266,7	268,9	283,5
Воркута	300,6	263,0	282,6	276,5	276,7
Инта	332,9	308,4	301,0	294,4	303,6
Ухта	253,6	249,1	265,2	268,6	270,0
Вуктыльский	211,2	205,9	205,0	212,3	189,8
Ижемский	227,5	209,3	135,6	100,3	118,8
Княжпогостский	298,8	272,9	273,2	232,5	248,6
Койгородский	276,3	260,3	269,8	277,7	318,2
Корткеросский	333,4	273,9	246,7	237,4	241,2
Печорский	453,4	374,8	335,4	333,4	288,1
Прилузский	257,2	177,9	237,0	236,4	254,0
Сосногорский	274,1	274,3	232,7	268,6	259,8
Сыктывдинский	260,7	264,3	247,2	244,7	232,8
Сысольский	259,9	267,6	236,9	234,0	260,7
Троицко-Печорский	275,7	263,0	236,3	225,5	234,0
Удорский	319,1	326,6	260,9	262,1	275,9
Усинский	205,3	197,5	187,4	189,4	201,4
Усть-Вымский	299,4	279,3	278,3	289,9	281,5
Усть-Куломский	149,4	156,9	150,2	142,5	148,3
Усть-Цилемский	258,5	280,2	246,7	241,9	266,7
РК	277,1	260,8	258,3	258,5	262,8

Время доезда до вызова по РК в целом составляет в 2016 г. 92,4% (табл. 142). В течение 5 лет этот показатель находится примерно на одном уровне.

Таблица 142

Время доезда до вызова (до 20 мин) по территориям РК за 2012-2016 гг. (в %)

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
---------------------	---------	---------	---------	---------	---------

Сыктывкар	96,2	96,7	83,3	89,1	91,6
Воркута	93,7	96,0	96,2	96,9	96,9
Инта	96,5	96,1	96,3	96,1	94,8
Ухта	98,8	99,7	98,2	98,3	98,9
Вуктыльский	98,9	98,9	98,5	98,6	98,7
Ижемский	99,0	99,0	100,0	99,2	99,0
Княжпогостский	40,5	96,9	96,5	95,3	93,1
Койгородский	98,1	98,2	93,6	90,8	91,6
Корткеросский	90,4	90,3	84,9	94,3	77,8
Печорский	98,4	94,6	93,9	88,3	80,1
Прилузский	93,6	95,0	95,6	92,0	87,5
Сосногорский	94,0	46,4	99,0	97,6	95,9
Сыктывдинский	85,8	85,5	91,4	84,2	81,1
Сысольский	97,2	98,3	89,6	85,4	84,7
Троицко-Печорский	96,1	96,2	92,5	92,4	93,1
Удорский	97,9	98,1	97,9	97,4	97,3
Усинский	96,2	96,6	85,0	90,3	90,9
Усть-Вымский	97,4	96,6	96,2	95,3	92,4
Усть-Куломский	94,1	93,8	92,6	91,9	93,0
Усть-Цилемский	98,7	99,4	99,5	99,6	99,2
РК	94,7	93,7	91,4	92,8	92,4

Количество тромбозисов, проведенных на догоспитальном этапе, в 2016 г. выросло по сравнению с 2015 г. на 10,7% и составило 187 (табл. 143). Это связано с активной работой МЗ РК, направленной на внедрение тромболитической терапии на уровне общепрофильной фельдшерской бригады. Однако в 7 ЛПУ из 20 (35% медицинских организаций, оказывающих СМП), тромболитическая терапия не проводится.

Таблица 143

**Проведение тромболитической терапии по территориям РК за 2012-2016 гг.
(в абсол. ед.)**

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сыктывкар	73	81	53	66	77
Воркута	26	26	18	34	27
Инта	7	3	8	6	8
Ухта	17	36	20	22	31
Вуктыльский	-	-	-	-	-
Ижемский	-	-	-	-	-
Княжпогостский	-	-	-	1	-
Койгородский	-	1	3	1	6
Корткеросский	-	-	-	4	4
Печорский	-	-	2	6	2
Прилузский	-	-	4	1	1
Сосногорский	3	-	-	-	-
Сыктывдинский	1	1	4	4	6
Сысольский	1	1	1	1	2
Троицко-Печорский	-	-	1	-	2
Удорский	-	-	-	-	-
Усинский	24	15	20	22	20
Усть-Вымский	-	-	-	1	-
Усть-Куломский	-	-	-	-	1
Усть-Цилемский	-	-	-	-	-
РК	152	164	134	169	187

В 2016 г. из 1 850 обслуженных пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда 940 пациентов (50,8% от общего числа) и из 5 023 обслуженных пациентов с

ОНМК 3 504 пациента (69,8% от общего числа) доставлены бригадами СМП в ПСО и РСЦ (табл. 144).

Таблица 144

Госпитализация пациентов с ОКС и ОНМК в сосудистые отделения (ПСО и РСЦ) в разрезе территорий РК в 2016 г. (в абсол. ед.)

Территории РК / Год	Число вызовов по поводу ИМ	Доставлено в ПСО и РСЦ	Доля доставленных (%)	Число вызовов по поводу ОНМК	Доставлено в ПСО и РСЦ	Доля доставленных (%)
Сыктывкар	849	629	74,1	2 140	1 673	78,2
Воркута	61	61	100,0	310	310	100,0
Инта	88	-	0,0	164	-	0,0
Ухта	251	186	74,1	643	563	87,6
Вуктыльский	18	-	0,0	28	-	0,0
Ижемский	13	-	0,0	20	-	0,0
Княжпогостский	41	-	0,0	109	-	0,0
Койгородский	13	-	0,0	21	-	0,0
Корткеросский	25	-	0,0	106	66	62,3
Печорский	77	-	0,0	518	518	100,0
Прилузский	35	-	0,0	121	-	0,0
Сосногорский	41	34	82,9	127	110	86,6
Сыктывдинский	27	27	100,0	275	253	92,0
Сысольский	42	-	0,0	54	-	0,0
Троицко-Печорский	17	-	0,0	41	-	0,0
Удорский	7	-	0,0	49	-	0,0
Усинский	152	-	0,0	117	-	0,0
Усть-Вымский	44	3	6,8	90	11	12,2
Усть-Куломский	37	-	0,0	69	-	0,0
Усть-Цилемский	12	-	0,0	21	-	0,0
РК	1 850	940	50,8	5 023	3 504	69,8

Обращаемость на СМП по РК превышает плановый показатель объема деятельности службы СМП по ПГГ - 330 выездов на 1 тыс. жителей в год и составила в 2016 г. 361,0 вызов на 1 тыс. жителей в год. Процент выполнения ПГГ (табл. 145) в 2016 г. по СМП в РК составил 109,4% (в 2015 г. - 108,1 %).

В шести территориях РК указанный план по итогам 2016 г. невыполнен: в Ижемском (48,7%), Усть-Куломском (56,7%), Вуктыльском (72,7%), Троицко-Печорском (85,7%), Княжпогостском (86,2%) и Усинском (88,5%) районах. Значительное перевыполнение плана имеет место в Койгородском (137,7 %) и Сысольском (127,5 %) районах.

Таблица 145

Выполнение объемных показателей программы государственных гарантий по территориям РК за 2012-2016 гг. (в % от годового плана)

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Сыктывкар	116,0	112,1	117,0	118,0	122,3
Воркута	144,1	118,0	126,9	115,2	113,8
Инта	127,1	118,3	114,0	113,1	117,2
Ухта	106,8	103,3	110,0	110,0	109,2
Вуктыльский	80,3	79,9	78,5	82,7	72,7
Ижемский	108,8	96,1	57,3	43,6	48,7
Княжпогостский	109,7	96,0	95,0	82,4	86,2
Койгородский	128,9	116,3	121,6	120,6	137,7
Корткеросский	126,2	108,8	101,3	97,4	100,1
Печорский	172,0	146,4	132,9	127,2	119,3
Прилузский	109,9	102,6	103,1	97,6	105,2

Сосногорский	123,3	121,9	111,5	118,0	114,2
Сыктывдинский	122,9	119,6	112,7	111,4	105,3
Сысольский	136,1	138,7	135,8	129,4	127,5
Троицко-Печорский	105,2	97,2	87,7	84,7	85,7
Удорский	126,9	130,0	95,5	98,5	103,1
Усинский	97,7	91,2	84,5	84,0	88,5
Усть-Вымский	115,8	105,5	107,3	108,9	106,6
Усть-Куломский	73,8	69,3	66,3	59,4	56,7
Усть-Цилемский	99,5	109,4	99,1	93,5	104,6
РК	119,4	111,1	110,0	108,1	109,4

Количество автомобилей СМП в РК по итогам 2016 г. (по данным ФСН № 30) составило 187, из них 4 автомобиля, эксплуатируемые Ухтинской станцией СМП, не имели соответствующего сертификата.

Автомобили СМП в 2016 г. преимущественно были представлены автомобилями СМП с салоном класса «В» (автомобиль экстренной медицинской помощи) - 139 машин, 75,9% от общей численности машин. 38 автомобилей СМП (20,8%) имели салон класса «А» (автомобиль для транспортировки пациентов). 6 автомобилей СМП (3,3%) имели салон класса «С» (реанимобиль).

Анализ изношенности автопарка службы СМП (табл. 146) показал, что автомобили СМП со сроком эксплуатации до 3 лет составляют 23 единицы (12,5% от автопарка СМП), со сроком эксплуатации от 3 до 5 лет - 94 единицы (51,4% от автопарка СМП), со сроком эксплуатации свыше 5 лет - 66 единиц (36,1% от автопарка СМП).

Таблица 146

Оснащение автотранспортом СМП в разрезе территорий РК в 2016 г. (в единицах)

Территория РК / Показатель	всего а/м СМП	а/м до 3 лет			а/м от 3 до 5 лет			а/м свыше 5 лет			не сертиф а/м
		класс А	класс В	класс С	класс А	класс В	класс С	класс А	класс В	класс С	
Сыктывкар	33	-	-	1	-	22	-	9	-	1	-
Воркута	19	-	-	-	-	11	-	5	3	-	-
Инта	7	-	4	-	1	-	-	1	1	-	-
Ухта	22	-	7	-	-	1	-	5	8	1	4
Вуктыльский	5	-	-	-	-	2	-	-	3	-	-
Ижемский	6	-	-	-	-	4	-	1	1	-	-
Княжпогостский	4	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-
Койгородский	6	-	1	-	-	2	-	3	-	-	-
Корткеросский	10	-	-	-	-	7	-	-	3	-	-
Печорский	7	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-
Прилузский	3	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-
Сосногорский	14	-	-	-	2	3	-	3	4	2	-
Сыктывдинский	5	-	3	-	-	-	-	2	-	-	-
Сысольский	3	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-
Троицко-Печорский	4	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-
Удорский	7	-	-	-	-	6	-	-	1	-	-
Усинский	6	-	3	-	2	-	-	-	1	0	-
Усть-Вымский	6	-	1	-	-	5	-	-	-	-	-
Усть-Куломский	10	-	-	-	-	7	-	3	-	-	-
Усть-Цилемский	6	-	1	-	-	3	-	-	2	-	-
РК	183	0	21	2	5	89	0	33	29	4	4

ВЫВОДЫ:

1. В целом работу службы СМП в РК можно оценить, как удовлетворительная.
2. Служба СМП вынуждена компенсировать работу амбулаторно-поликлинической службы в части обслуживания неотложных вызовов, преимущественно по классу БСК

(АГ, ЦВЗ и др.). Высокая обращаемость на СМП приводит к снижению своевременности выезда на экстренные вызова.

3. Низкая оснащенность оргтехникой и в связи с этим отсутствие достоверной информации по многим критериям, определяющим организацию службы СМП в РК не дают возможности для организации анализа работы лечебных учреждений, оказывающих данный вид медицинской помощи населению в полном объеме. Не проводится анализ обращаемости на СМП в разрезе экстренных и неотложных вызовов, поэтому нет возможности определить необходимость организации в территориях службы неотложной медицинской помощи при поликлиниках.

4. За период с 2012 г. по 2016 г. количество выездов бригад СМП на выполнение несвойственных функций (хозяйственные перевозки и медицинские процедуры) снизилось на 70,2 % (на 38 019 выездов).

5. При анализе оснащенности автопарка обращает внимание, что служба СМП в 2016 г. преимущественно (на 75,9%) оснащена автомобилями СМП с салоном класса «В» (автомобиль экстренной медицинской помощи); по изношенности автопарка - оснащена на 36,1% автомобилями СМП со сроком эксплуатации свыше 5 лет.

ЗАДАЧИ НА 2017 ГОД:

1. Для проведения достоверного мониторинга работы службы СМП на территориях РК рекомендовать главным врачам ЛПУ укомплектовать все учреждения службы СМП оргтехникой.

2. В территориях РК разработать и внедрить нормативную базу, касающуюся разделения вызовов на «экстренные» и «неотложные».

3. Обеспечить постоянный мониторинг обращаемости в части разделения вызовов на «экстренные» и «неотложные».

4. В территориях РК определить зоны 20-минутной доступности при обслуживании вызовов и зоны с доступностью доезда бригад СМП более 20 минут для внесения обоснованных корректировок в ППГ с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатогеографических особенностей территорий (в соответствии с частью 2 пункта 6 приложения № 2 к «Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», утвержденному приказом МЗ РФ от 20.06.2013 г. № 388н).

Развитие службы медицины катастроф. В 2016 г. продолжено выполнение мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи населению РК как в повседневной деятельности, так и в режимах повышенной готовности и чрезвычайных ситуаций. 30.12.2016 г. ГБУЗ РК «Территориальный центр медицины катастроф Республики Коми» вошел в федеральный национальный проект «Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Республики Коми»

ТЦМК в 2016 г. было принято 3 971 заявка на оказание экстренной консультативной медицинской помощи, медицинскую эвакуацию, доставку крови и её компонентов, а также медикаментов (рис. 65). Количество принятых заявок в 2016 г. возросло на 1,5% по сравнению с 2015 г.

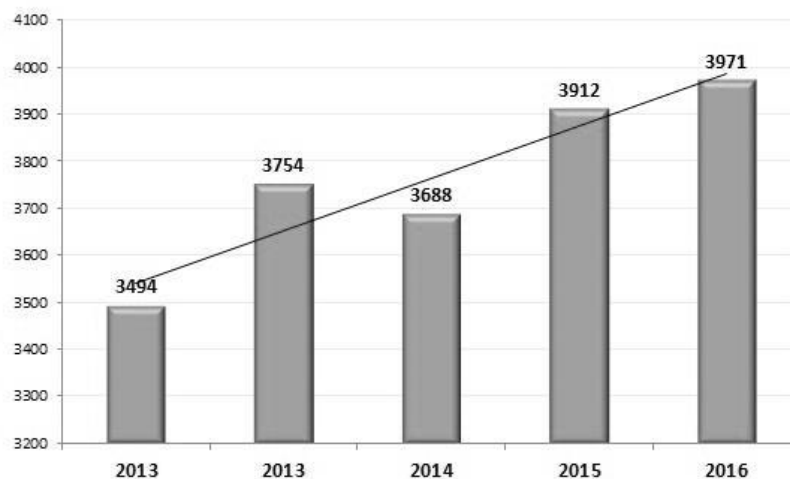


Рис. 65. Динамика числа заявок на оказание экстренной консультативной медицинской помощи, медицинскую эвакуацию, доставку крови и её компонентов, а также медикаментов, поданных в ТЦМК РК в 2012-2016 гг. (единиц)

В 2016 г. осуществлено 1 786 очных консультаций, из них 102 - с проведением хирургических операций (рис. 66). Рост числа выездных консультаций в 2016 г. по сравнению с 2015 г. составил 14,9%.

Доставлено 997,6 л крови и её компонентов, перевезено 10 240 кг медицинских грузов.

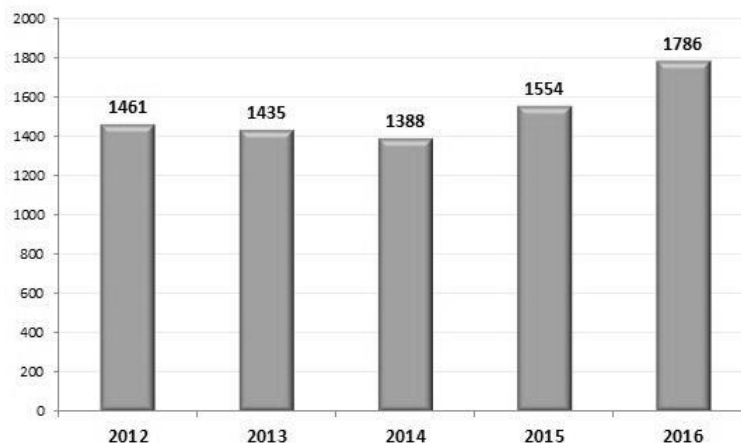


Рис. 66. Динамика выездных консультаций, проведенных сотрудниками ТЦМК РК в 2012-2016 гг. (единиц)

Количество эвакуированных пациентов (рис. 67) в 2016 г. составило 1 581 чел., в том числе детей 377 чел. Общий налет часов авиационным транспортом в 2016 г. составил 577 (рис. 68).

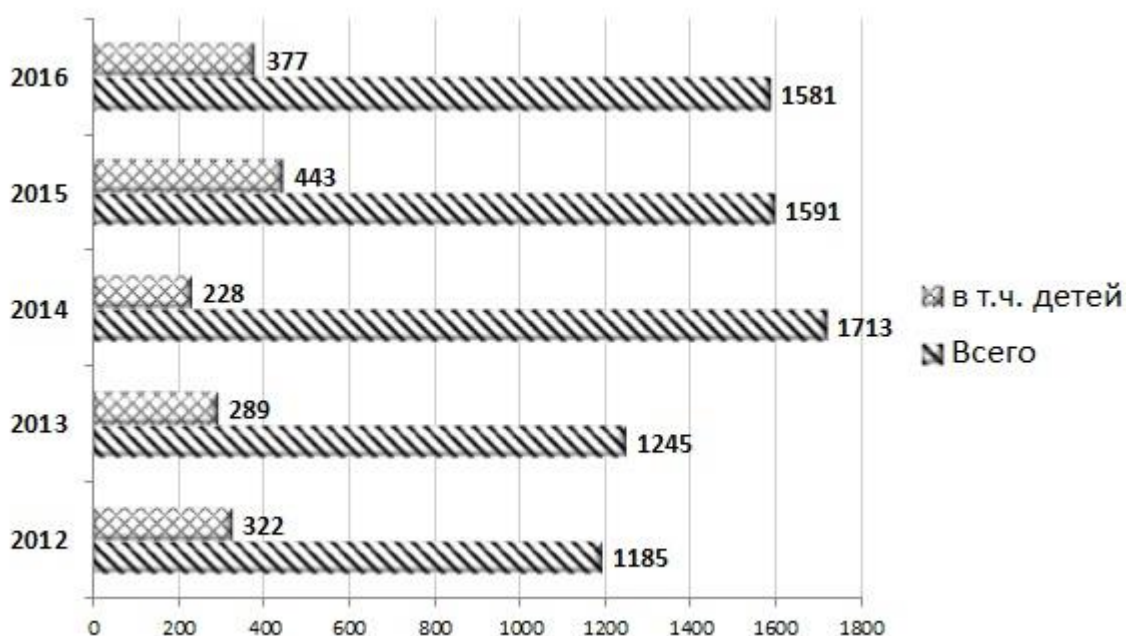


Рис. 67. Численность эвакуированных всеми видами транспорта в 2012-2016 гг. (чел.)

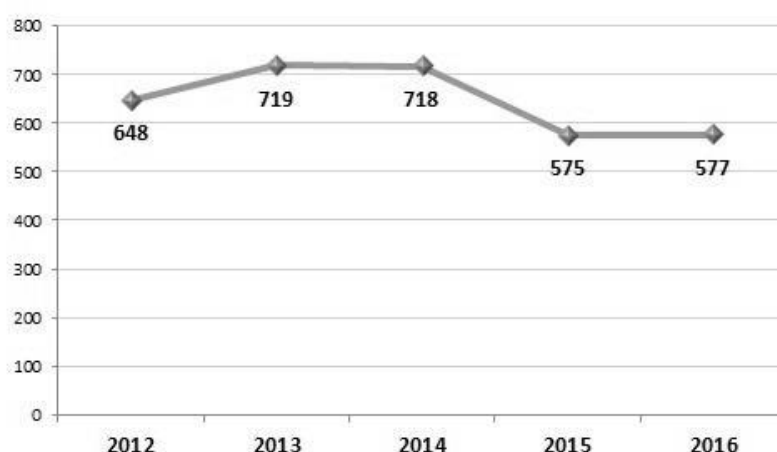


Рис. 68. Налет часов авиационным транспортом в 2012-2016 гг. (часов)

ТЦМК обеспечивает 100%-ное выполнение заявок по оказанию медицинской помощи населению. В рамках совершенствования оказания медицинской помощи и увеличения ее доступности в 2015 г. открылось территориально удаленное структурное подразделение ТЦМК в г. Печора, в 2016 г. - в г. Ухта.

В течение 2016 г. в РК произошло 68 ЧС, из них 9 - по критериям МЗ РФ. Это на 26,8% меньше, чем в 2015 г. (табл. 147).

Таблица 147

Динамика количества ЧС, в том числе по критериям МЗ РФ, в РК в 2012-2016 гг. (единиц)

Наименование ЧС / Год	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	Всего	В т.ч. по критериям МЗ РФ	Всего	В т.ч. по критериям МЗ РФ	Всего	В т.ч. по критериям МЗ РФ	Всего	В т.ч. по критериям МЗ РФ	Всего	В т.ч. по критериям МЗ РФ
Техногенные	74	38	63	35	68	42	53	29	43	8

Биолого-социальные	16	9	17	9	8	2	29	1	13	1
Природные	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Прочие	7		14	2	17		11		12	
Всего	97	47	94	46	93	44	93	30	68	9

В структуре ЧС преобладают ЧС техногенного характера. Их доля в 2016 г. составила 63,2%. На биолого-социальные ЧС пришлось 19,1%, на прочие ЧС - 17,6%.

Среди техногенных ЧС преобладали ДТП (69,8%) (табл. 148).

Таблица 148

Изменение структуры ЧС в 2012-2016 гг. (единиц)

Наименование ЧС	Годы				
	2012	2013	2014	2015	2016
ДТП	56	45	45	37	30
Другие техногенные	3	4	1	4	-
Пожары	15	14	22	12	13
Биолого-социальные	16	17	8	29	13
Прочие	7	14	17	11	12

Всего за последние 5 лет при ЧС пострадало 2 252 чел., в том числе 485 детей (21,5% от общего числа пострадавших). В ЧС погибло 567 чел. (25,2% от общего числа пострадавших), в том числе 53 ребенка (9,3% от общего числа погибших и 10,9% от общего числа пострадавших детей) (табл. 149). Количество пострадавших на 1 ЧС в 2016 г. составило 5,2, что выше уровня 2015 г. на 0,7 (рис. 69).

Таблица 149

Изменение числа пострадавших при ЧС в РК в 2012-2016 гг.

Пострадавшие при ЧС / Год	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	всего	в т.ч. по критериям МЗ РФ	всего	в т.ч. по критериям МЗ РФ	всего	в т.ч. по критериям МЗ РФ	всего	в т.ч. по критериям МЗ РФ	всего	в т.ч. по критериям МЗ РФ
Пострадавшие /в т.ч. дети	437 / 74	183 / 23	592 / 85	365 / 53	449 / 91	252 / 30	422 / 136	142 / 25	352 / 99	125 / 44
Поражённые /в т.ч. дети	319 / 62	82 / 13	456 / 77	254 / 49	337 / 80	162 / 24	318 / 120	78 / 14	228 / 92	75 / 42
Погибшие /в т.ч. дети	118 / 12	101 / 10	136 / 8	111 / 4	112 / 11	90 / 6	104 / 15	64 / 11	97 / 7	50 / 2

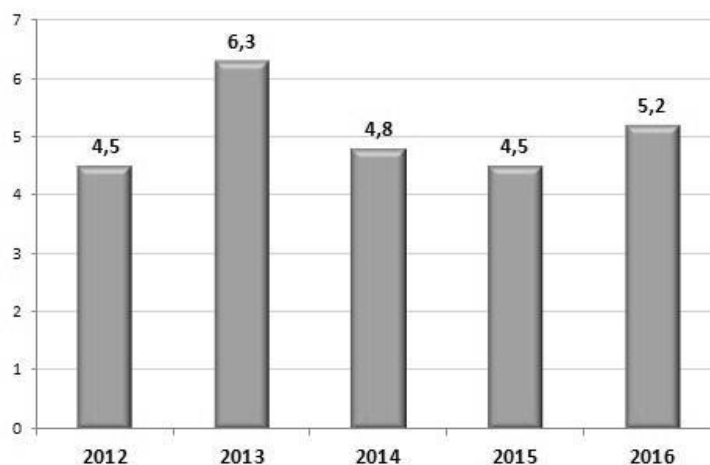


Рис. 69. Динамика числа пострадавших на 1 ЧС в РК в 2012-2016 гг. (чел. на 1 ЧС)

Соотношение погибших и санитарных потерь (рис. 70) в 2016 г. составило 1 : 2,3, что ниже чем в предыдущие 4 года. Это свидетельствует о снижении тяжести медицинских последствий от ЧС в 2016 г.

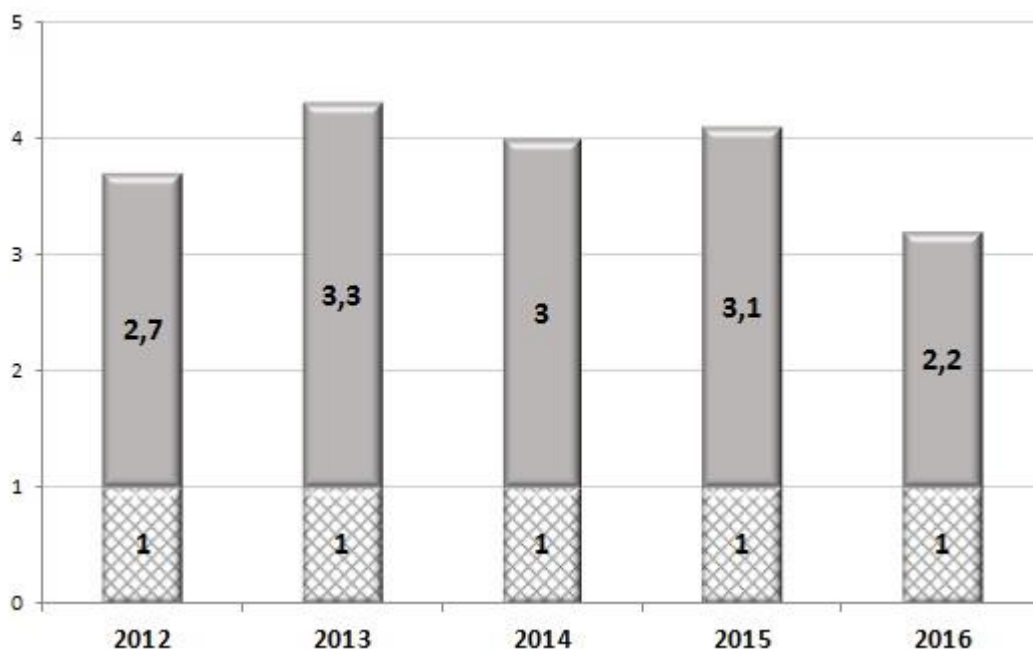


Рис. 70. Динамика числа пострадавших на 1 ЧС в РК в 2012-2016 гг. (чел. на 1 ЧС)

Наиболее тяжкие последствия в 2016 г. отмечались в таких видах ЧС как пожары (55,2% погибших) и ДТП (15,7% погибших) (табл. 150). Количество госпитализированных в 2016 г. составило 61,8% от общего числа поражённых (в 2015 г. - 61,3%).

Таблица 150

Изменение числа пострадавших при разных видах ЧС в РК в 2012-2016 гг.

Наименование ЧС / Год	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	Всего/ в т.ч дети	Погиб- шие/в т.ч. дети	Всего/ в т.ч дети	Погиб- шие/в т.ч. дети	Всего/ в т.ч дети	Погиб- шие/в т.ч. дети	Всего/ в т.ч дети	Погиб- шие/в т.ч. дети	Всего/ в т.ч дети	Погиб- шие/в т.ч. дети
ДТП	286 / 27	53 / 5	228 / 25	42 / 2	272 / 34	55 / 8	183 / 26	56 / 8	165 / 37	26 / 2
Пожары	43 / 7	41 / 7	57 / -	51 / -	60 / 12	37 / 1	44 / 14	24 / 6	96 / 8	53 / 1
Др. техногенные	21 / -	4 / -	19 / -	8 / -	-	-	9 / 1	9 / 1	-	-
Биолого- социальные	63 / 40	12 / -	261 / 53	17 / 1	89 / 38	2 / -	166 / 94	5 / -	70 / 49	6 / -
Прочие	24 / -	8 / -	27 / 7	18 / 5	28 / 7	18 / 2	20 / -	10 / -	21 / 5	12 / 4
Всего	437 / 74	118 / 12	592 / 85	136 / 8	449 / 91	112 / 11	422 / 135	104 / 15	352 / 99	97 / 7

Для ликвидации медицинских последствий ЧС в 2016 г. выезжали 111 бригад СМП, из них 80 фельдшерских бригад (72,1% от общего числа выезжавших бригад). В 9,0% случаев выезжали специализированные бригады СМП.

Ежегодно в диспетчерскую ТЦМК поступают сигналы об угрозе ЧС и количество таких донесений увеличивается из года в год. Так, в 2016 г. донесений об угрозе ЧС было 384 (в 2015 г. - 238), в том числе 113 (в 2015 г. - 63) о подозрительных предметах, бесхозных пакетах. На сигналы об угрозе ЧС в 2016 г. выезжали 283 бригады СМП.

6.5. Совершенствование организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи населению. Порядок оказания высокотехнологичной медицинской помощи в 2015 г. определен Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. №930н «Об утверждении Порядка оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

Министерством здравоохранения РК организована деятельность Комиссии по отбору больных для лечения в федеральные медицинские учреждения и в медицинские учреждения, находящиеся в ведении субъектов РФ и муниципальных образований, для оказания им высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи. Деятельность указанной комиссии регламентирована приказом Министерства здравоохранения РК от 08.07.2015 г. №7/284 «Об организации работы по отбору пациентов в медицинские организации для получения высокотехнологичной медицинской помощи». Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи определен постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 г. №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

В 2016 г. в соответствии с постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 г. №1382 ВМП на базе федеральных и республиканских медицинских учреждений здравоохранения оказана 6 433 жителям РК.

В 2016 г. в медицинские учреждения для оказания ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, отобрано 6 241 человек (из них взрослых - 5 084, детей - 1 157), в том числе на базу федеральных учреждений - 3 282 человека, на базу государственных учреждений РК - 2 959 человек.

В 2016 г. в федеральных и республиканских учреждениях здравоохранения ВМП, не включенная в базовую программу ОМС, оказана 3 947 жителям республики, в том числе в государственных учреждениях здравоохранения РК - 2 447 чел. (из них взрослых - 2 169, детей - 278), в федеральных учреждениях - 1 500 чел. (из них взрослых - 1 056, детей - 444).

В течение последних лет МЗ РФ проводились мероприятия по погружению части объемов ВМП в систему ОМС. Созданию условий для увеличения возможностей получения жителями субъектов РФ ВМП в федеральных медицинских организациях. Осуществлялось софинансирование оказания ВМП в медицинских организациях, находящихся в ведении субъектов РФ.

МЗ РК были приняты меры по созданию условий для оказания ВМП в медицинских организациях РК, для расширения перечня медицинских организаций и увеличения объема ВМП, оказываемой в РК, в том числе, включенной в базовую программу ОМС.

С целью сохранения доступности ВМП в 2016 г. часть широко распространенных видов ВМП (стентирование, ЭКО, неонатология и т.п.) оказывалась учреждениями здравоохранения РК за счет средств ОМС.

В 2016 г. в федеральных и республиканских учреждениях здравоохранения ВМП, включенная в базовую программу ОМС, оказана 2 486 жителям республики, в том числе в государственных учреждениях здравоохранения РК 1 442 чел. (взрослым - 1082, детям - 360), в федеральных учреждениях - 1 044 чел. (взрослым - 979, детям - 65).

В динамике отмечен рост числа пациентов, нуждающихся в оказании ВМП, что свидетельствует об организации отбора на уровне учреждений здравоохранения и главных внештатных специалистов МЗ РК. Вместе с тем, отмечается наращивание объемов ВМП и расширение профилей ее оказания на базе учреждений здравоохранения РК.

Общее количество граждан, которым оказана ВМП за счет всех источников финансирования, выросло в сравнении с 2009 г. практически в 2 раза (с 3 281 чел. до 6 433 чел.) (рис. 71).

Обеспеченность ВМП в 2016 г. составила 750,8 на 100 тыс. населения (рис. 70). Удовлетворенность населения ВМП возросла и составила 85,2%.

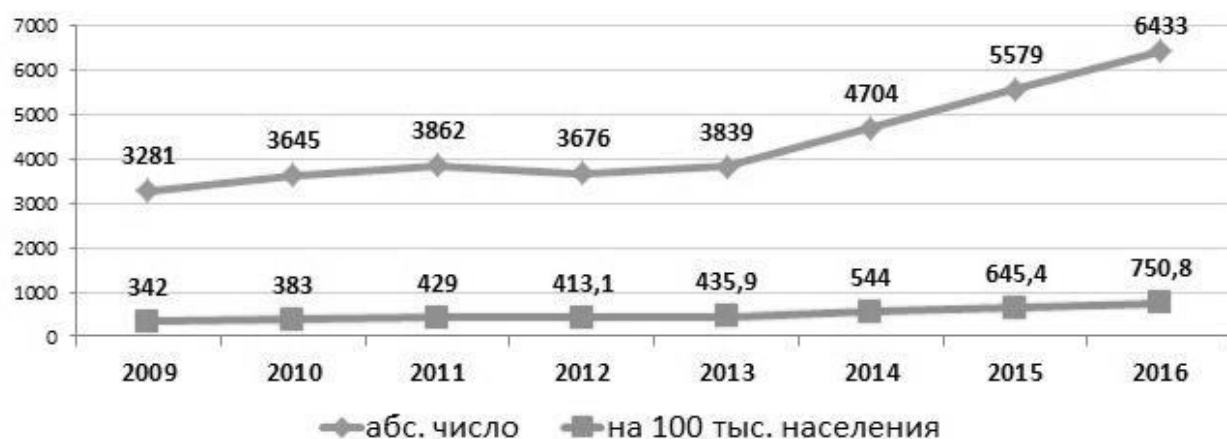


Рис. 71. Динамика количества граждан, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь за счет всех источников (в абс. числах и на 100 тыс. населения)

В структуре оказанной ВМП, не включенной в базовую программу ОМС (рис. 72), в разрезе профилей в 2016 г. наибольшую часть составили болезни сердечно-сосудистой системы (30,5%), онкологические заболевания (17,1%), заболевания костно-мышечной системы (12,1%), заболевания глаза (6,7%), нейрохирургические заболевания (5,9%), оториноларингологические заболевания (5,4%).

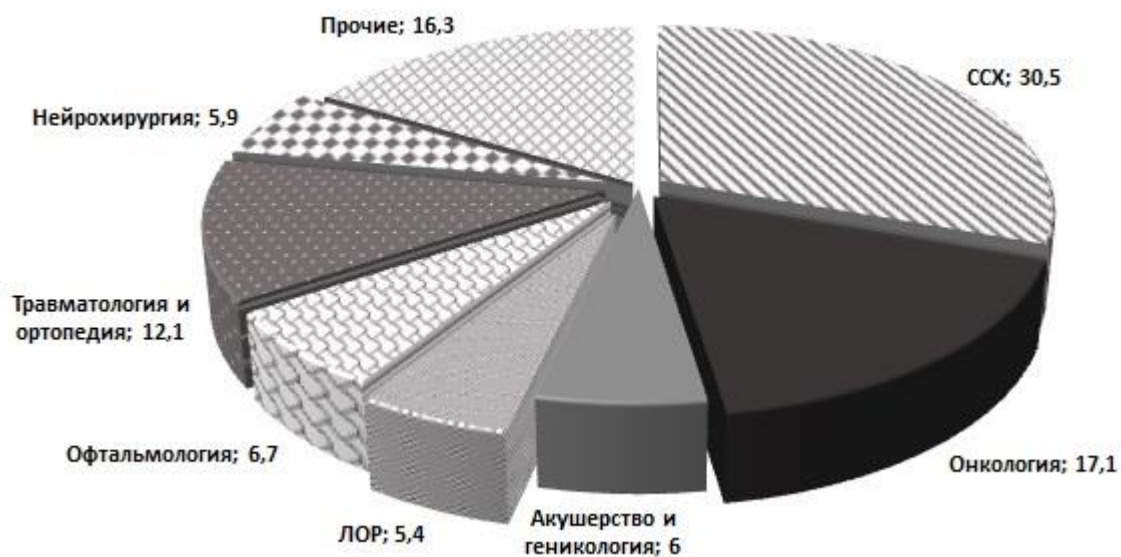


Рис. 72. Структура оказанной в 2016 г. ВМП не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, %

В 2016 г. 60,5% граждан получили ВМП в учреждениях здравоохранения РК, 39,5% - за ее пределами (рис. 73).

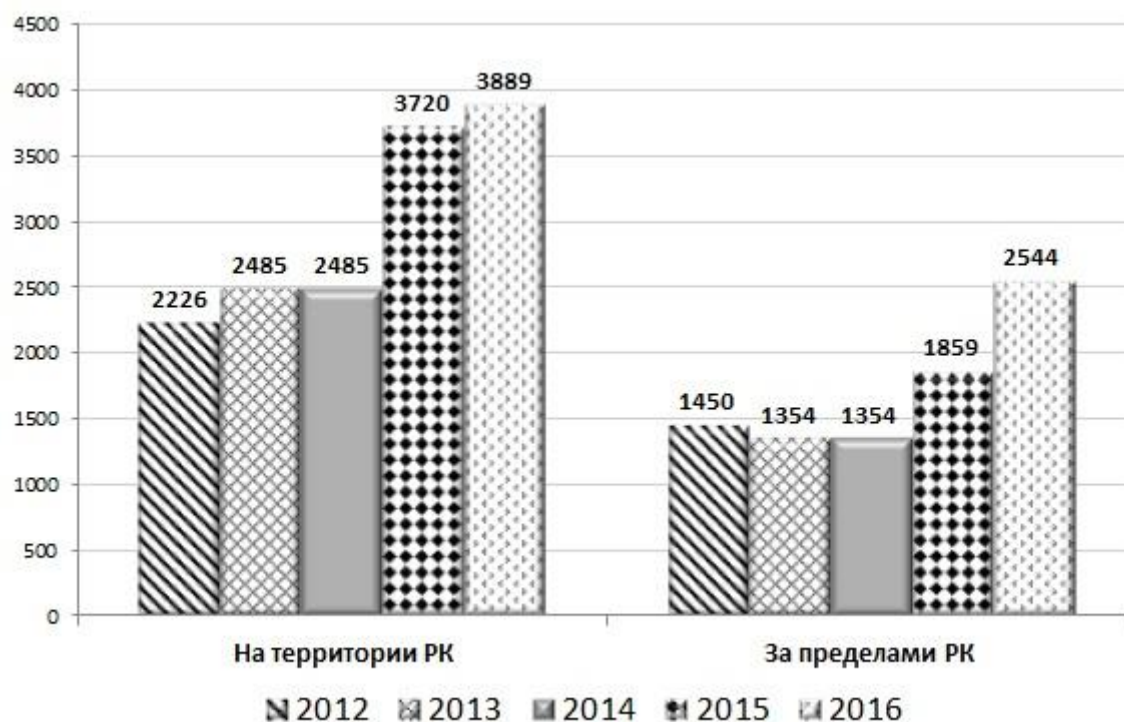


Рис. 73. Динамика объемов высокотехнологичной медицинской помощи в зависимости от места ее оказания в 2012-2016 гг.

В 2016 г. из общего числа, получивших ВМП, 17,8% составили дети, 82,2% - взрослые (рис. 74).

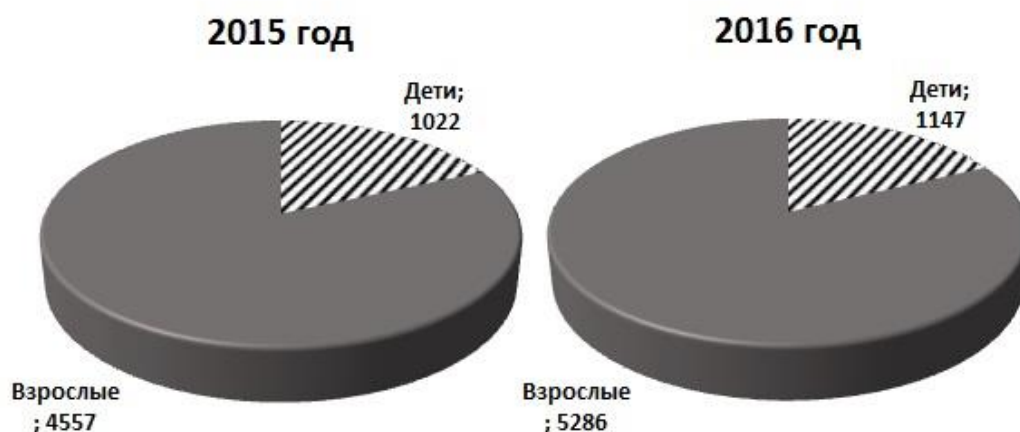


Рис. 74. Структура оказанной высокотехнологичной медицинской помощи в разрезе возрастных категорий (%)

Оказание ВМП взрослому населению. В 2016 г. оказана ВМП, не включенная в базовую программу ОМС, в федеральных учреждениях 1 056 взрослым жителям РК (рис. 75). В динамике отмечается увеличение количества взрослых пациентов, пролеченных в ФМУ, уровень обеспеченности имеет тенденцию к росту, однако имеет место «лист ожидания» в федеральные клиники по отдельным профилям медицинской помощи.

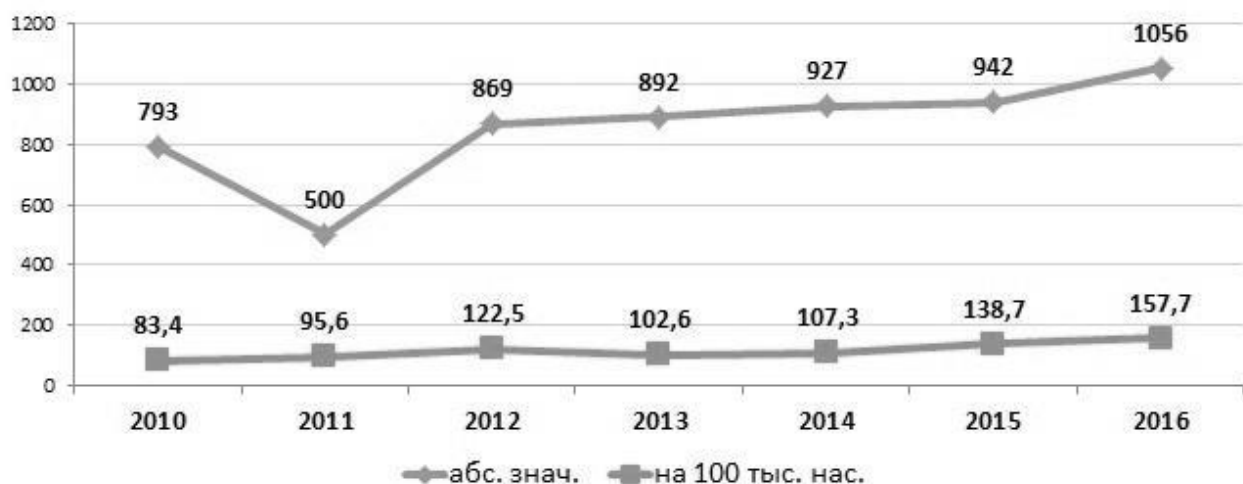


Рис. 75. Динамика обеспеченности высокотехнологичной медицинской помощью, не включенной в базовую программу ОМС, в федеральных медицинских учреждениях взрослого населения (%)

В структуре пролеченных взрослых в федеральных медицинских учреждениях (рис. 76) наибольшую часть составляют пациенты по следующим профилям: «сердечно-сосудистая хирургия» (20,0%), «онкология» (18,5%), «оториноларингология» (16,8%), «нейрохирургия» (12,8%), «офтальмология» (11,9%), «травматология и ортопедия» (8,9%).

Финансовое обеспечение ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, в федеральных учреждениях здравоохранения осуществляется за счет средств федерального бюджета.

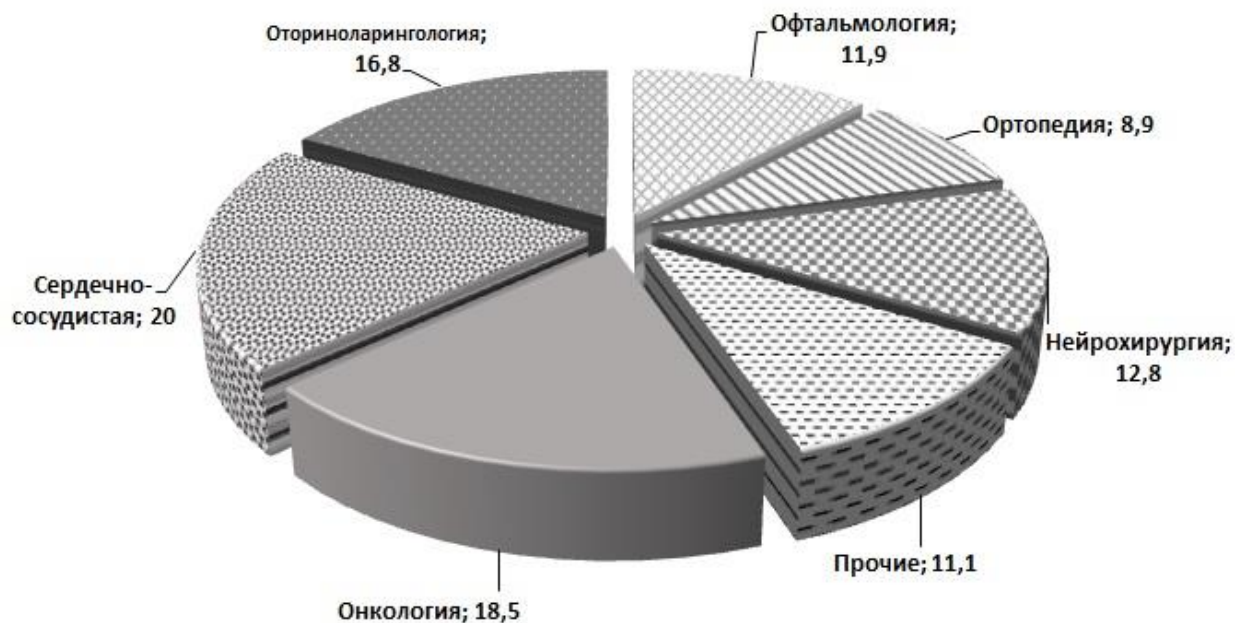


Рис. 76. Структура пролеченных больных в ФСМУ в разрезе профилей ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, в 2016 г. (взрослое население) (%)

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 16.03.2016 г. №434-р «О распределении субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам

высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования» РК выделено 51 847,8 тыс. руб. Распоряжение Правительства РК о заключении Соглашения между МЗ РФ и Правительством РК о предоставлении в 2016 г. субсидий из федерального бюджета бюджету РК в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам РФ высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС принято 11.05.2016 г. №207-р. Соглашение №ВМП-СУ-8/16 подписано 24.06.2016 г.

В 2016 г. были запланированы расходы на оказание гражданам РФ ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, в размере 340 949,2 тыс. руб., в том числе 289 101,4 тыс. руб. средств республиканского бюджета РК и 51 847,8 тыс. руб. средств федерального бюджета.

В 2016 году МЗ РК в полном объеме профинансированы все медицинские учреждения, участвующие в оказании ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, в рамках реализации Соглашения №ВМП-СУ-8/16.

Постановлением Правительства РК от 22.12.2015 г. №544 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Коми на 2016 год» утвержден перечень учреждений республики, участвующих в оказании ВМП.

В настоящее время ВМП оказывается гражданам, проживающим в РК, следующими государственными учреждениями здравоохранения:

- ГУ РК «Кардиологический диспансер» - по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «педиатрия»;

- ГБУЗ «Коми республиканский перинатальный центр» - по профилю «акушерство и гинекология»;

- ГУ РК «Республиканская детская клиническая больница» - по профилям «нейрохирургия», «онкология», «травматология и ортопедия», «челюстно-лицевая хирургия» «абдоминальная хирургия», «эндокринология», «урология», «детская хирургия»;

- ГУ РК «Коми республиканский онкологический диспансер» - по профилям «онкология», «гематология»;

- ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» - по профилям «акушерство и гинекология», «нейрохирургия», «офтальмология», «торакальная хирургия», «травматология и ортопедия», «челюстно-лицевая хирургия» «абдоминальная хирургия», «эндокринология», «урология»;

- ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» - по профилю «акушерство и гинекология»;

- ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница №1» - по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»;

- ГАУЗ РК «Республиканский центр микрохирургии глаза» - по профилю «офтальмология»;

- ГБУЗ РК «Республиканский кожно-венерологический диспансер» - по профилю «дерматовенерология»;

- ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» - по профилям «акушерство и гинекология», «травматология и ортопедия», «нейрохирургия»;

- ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница №1» - по профилям «травматология и ортопедия», «абдоминальная хирургия».

ВМП оказывается населению РК по 13 видам.

Государственным заданием на оказание в 2016 г. ВМП гражданам РФ определены плановые объемы ВМП в количестве 2447 квот следующим государственным учреждениям здравоохранения РК на условиях софинансирования за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК:

ГУ РК «Кардиологический диспансер» - 957 чел.

ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр» - 40 чел.
ГУ «Республиканская детская клиническая больница» - 181 чел.
ГУ «Коми республиканский онкологический центр» - 435 чел.
ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» - 694 чел.
ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» - 34 чел.
ГАУЗ РК «Республиканский центр микрохирургии глаза» - 51 чел.
ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» - 40 чел.
ГБУЗ РК Коми «Ухтинская городская больница №1» - 15 чел.
Запланированные объемы выполнены в полностью.

По итогам 2016 г. в ГУ РК «Кардиологический диспансер» выполнено 902 высокотехнологичных операций за счет средств федерального бюджета по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», в том числе: аорто-коронарное шунтирование 300 операций (33,3%), протезирование клапанов сердца - 50 операций (5,5%), ангиопластика (стентирование) - 160 операций (17,7%), коррекция нарушений ритма сердца - 237 операций (26,3%), коррекция врожденных пороков сердца и сосудов - 20 операций (2,2%), коррекция магистральных сосудов - 130 операций (14,4%), установка кардиовертера-дефибрилятора - 5 операций (0,6%).

Все пролеченные в ГУ РК «Кардиологический диспансер» больные были жителями РК, из них 539 человек являлись городскими жителями (59,8%), 363 - сельскими (40,2%).

На базе ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер» в 2016 г. ВМП по профилям «онкология» и «гематология» получили 435 пациентов. Все пролеченные больные были жителями РК, из них 252 человека являлись городскими жителями (58,0%), 183 - сельскими (42,0%).

В течение 2016 г. в ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» проведено 694 высокотехнологичных операций за счет средств федерального бюджета, в том числе:

- по профилю «акушерство и гинекология» - 100 чел.,
- по профилю «нейрохирургия» - 60 чел.,
- по профилю «офтальмология» - 66 чел.,
- по профилю «урология» - 15 чел.,
- по профилю «эндокринология» - 80 чел.,
- по профилю «торакальная хирургия» - 45 чел.,
- по профилю «травматология и ортопедия» - 310 чел.,
- по профилю «челюстно-лицевая хирургия» - 5 чел.,
- по профилю «абдоминальная хирургия» - 3 чел.
- по профилю «оториноларингология» - 10 чел.

Все пролеченные в ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» больные были жителями РК, из них 419 человек являлись городскими жителями (60,4%), 275 - сельскими (39,6%).

В течение 2016 г. в ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница №1» выполнено 15 высокотехнологичных операций за счет средств федерального бюджета по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Все пролеченные больные были жителями РК, из них 11 человек являлись городскими жителями (73,3%), 4 - сельскими (26,7%).

В течение 2016 г. ГАУЗ РК «Республиканский центр микрохирургии глаза» выполнена 51 высокотехнологичная операция за счет средств федерального бюджета по профилю «офтальмология». Все пролеченные больные были жителями РК, из них 40 человек являлись городскими жителями (78,4%), 11 - сельскими (21,6%).

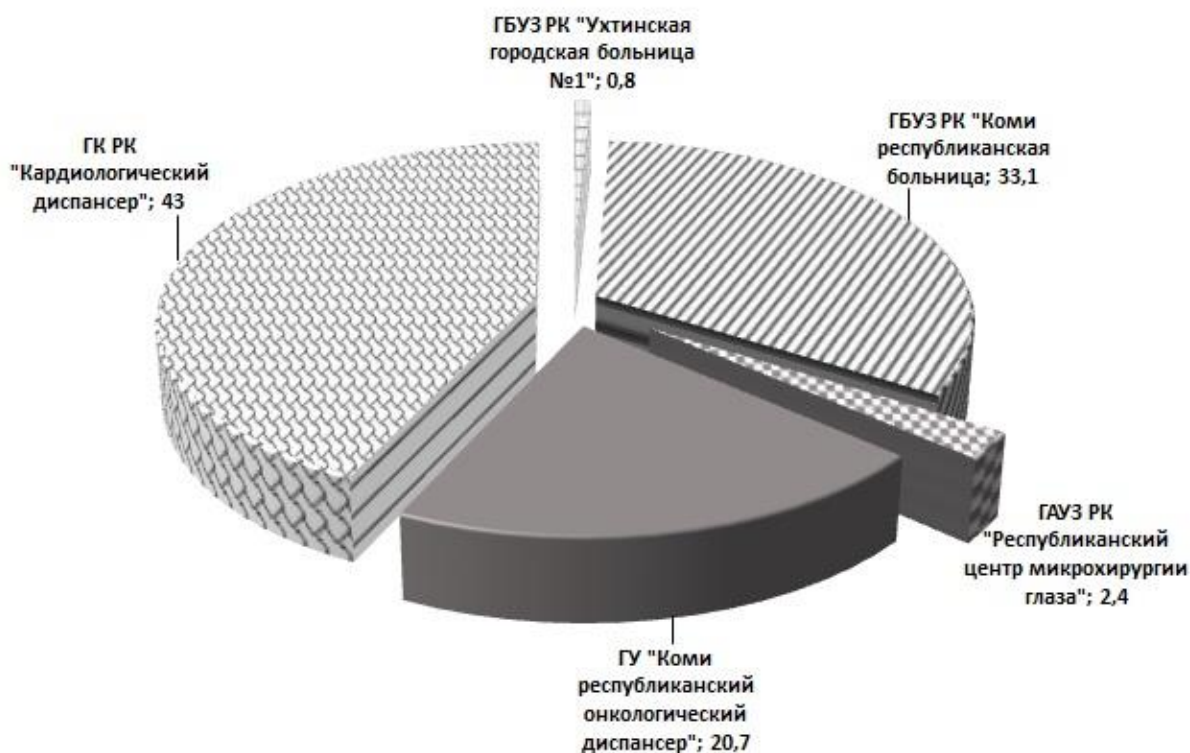


Рис. 77. Доля оказанной ВМП (взрослым) в разрезе учреждений здравоохранения РК в 2016 г.

Выводы:

1. Отмечается значительный рост объемов оказанной ВМП (с 2009 г. количество случаев ВМП увеличилось практически в 2 раза).
2. Обеспеченность всего населения РК ВМП за 5 лет выросла и составила 750,8 на 100 тыс. населения.
3. Число медицинских организаций РК, оказывающих ВМП, увеличилось в 2016 г. до 11.
4. Количество профилей ВМП в 2016 г. увеличилось до 13.
5. Удовлетворенность населения ВМП за 5 лет выросла и составила по итогам 2016 г. 85,2%.

6.6. Развитие медицинской реабилитации.

Приказом МЗ РК от 29.12.2012 г. №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» регламентируются мероприятия по организации работы в области медицинской реабилитации, в частности этапы и виды медицинской реабилитации, принципы организации отделений и центров медицинской реабилитации в РФ для пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы и соматического профиля.

В РК мероприятия по медицинской реабилитации регламентируются приказом МЗ РК от 05.09.2014 г. №1683-р «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «медицинская реабилитация» на территории Республики Коми». Данный приказ определяет порядок организации медицинской реабилитации и маршрутизацию пациентов, нуждающихся в лечении по профилю «медицинская реабилитация».

В настоящее время пациенты, нуждающиеся в медицинской реабилитации, в том числе лица с ограниченными возможностями, получают в рамках медицинских показаний различные виды ЛФК, массажа, имеющие различные акценты, в зависимости от клинической картины. В частности, медицинская реабилитация пациентов осуществляется

на первом этапе медицинской реабилитации в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии, в отделениях стационаров по профилю основного заболевания, в отделениях поликлиник по профилю основного заболевания.

Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний восстановительный период заболевания или травмы, а также при хроническом течении заболевания, вне обострения, в стационарных условиях отделения медицинской реабилитации. В настоящее время второй этап медицинской реабилитации для пациентов с нарушениями функций ЦНС и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата организован на специализированных койках отделения неврологии ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» (20 коек в структуре отделения неврологии) и в отделении медицинской реабилитации ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий» (г. Печора) (45 коек).

В течение 2015-2016 гг. в практику работы отделения неврологии ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» внедрены новые технологии медицинской реабилитации: механотерапия (тракционная вытяжка позвоночника в разных частотно-вибрационных режимах); разработка верхних и нижних конечностей с применением биологической обратной связи; вертикализация; стабиформа (диагностическая и лечение координации движений).

За 2016 г. реабилитация на реабилитационных койках ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» проведена в отношении 180 больных, на базе отделения медицинской реабилитации ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий» в отношении 679 больных.

Второй этап реабилитации больных после операций на сердце и коронарных сосудах проводится в отделении реабилитации на базе Кардиологического диспансера (20 коек). За 2016 г. реабилитация на указанных койках проведена в отношении 416 больных, перенесших высокотехнологичные операции на сердце и крупных сосудах.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, в период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) восстановительного лечения, физиотерапии, массажа, ЛФК, кабинетах специалистов по профилю оказываемой помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при наличии перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала). Также третий этап медицинской реабилитации осуществляется в профилактории ГАУЗ РК «Санаторий-профилакторий «Заполярье» (20 коек). В 2016 г. реабилитацию на базе ГАУЗ РК «Санаторий-профилакторий «Заполярье» прошли 262 чел.

Система медицинской реабилитации несовершеннолетних выстроена по принципам этапности и непрерывности, начиная с отделений интенсивной терапии и реанимации родовспомогательных учреждений (1 этап реабилитации).

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии учреждений родовспоможения и детства, затем принимается решение о переводе ребёнка на последующие этапы реабилитации. Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в условиях специализированных отделений стационаров. Третий этап проводится в амбулаторно-поликлинических условиях в реабилитационных центрах городов, кабинетах реабилитации центральных районных больниц. Частью третьего этапа реабилитации является и санаторно-курортное лечение.

В рамках реализации Плана мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в РК», утвержденного распоряжением Правительства РК от 27.02.2013 г.

№ 58-р с 01.07.2014 г. в ГУ «Республиканская детская клиническая больница» перепрофилировано 15 коек патологии новорожденных в койки реабилитации. Маршрутизация и порядок госпитализации на указанные койки определены приказом МЗ РК от 05.02.2014 г. №2/31 «О совершенствовании оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» и медицинская реабилитация детям первого года жизни на территории РК». В 2016 г. медицинской реабилитацией охвачено 225 детей.

Реабилитационные мероприятия для детей с заболеваниями, протекающими более благоприятно, а так же после окончания основных мероприятий II этапа, являются III этапом реабилитации и оказываются на базе детских поликлиник и реабилитационных центров, созданных на базе ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника №3» (г. Сыктывкар), детской поликлиники ГБУЗ РК «Ухтинская детская больница», ГБУЗ РК «Ухтинская физиотерапевтическая поликлиника», а также в кабинетах реабилитации на базе учреждений амбулаторно-поликлинического звена центральных районных больниц, в том числе на базе отделений дневных стационаров. В год охват реабилитационными мероприятиями составляет более 5 тыс. детей.

6.7. Развитие санаторно-курортного лечения. Санаторно-курортное лечение **детского населения** (табл. 151) проводится как на территории РК, так и за ее пределами. На территории региона для обслуживания детского населения функционируют два многопрофильных санатория и два санатория противотуберкулезного профиля:

1. ГАУ РК «Санаторий «Лозым» (Сыктывдинский район, с. Пажга) на 160 бюджетных мест для лечения детей от 2 до 17 лет с заболеваниями нервной системы, органов дыхания, органов пищеварения, эндокринной системы, расстройствами питания и нарушения обмена веществ, кожи и подкожно-жировой клетчатки, мочеполовой системы, в том числе по путевкам «Мать и дитя» для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением функции опорно-двигательного аппарата с детским церебральным параличом, нервно-мышечными заболеваниями, парезами и параличами другого происхождения, дегенеративными заболеваниями центральной нервной системы, а также для детей больных сахарным диабетом.

2. ГБУЗ РК «Детский санаторий «Кедр» (г. Сосногорск) на 100 коек для лечения детей от 7 до 14 лет с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, ЛОР-органов и верхних дыхательных путей.

3. ГУЗ РК «Детский противотуберкулезный санаторий «Кажим» (Койгородский район, пст. Кажым) на 45 коек для лечения детей от 7 до 11 лет с малыми и затухающими формами туберкулеза, поствакцинальными осложнениями, находившимися в контакте с больным туберкулезом и из «групп риска» по туберкулезу.

4. ГБУЗ РК «Корткеросский детский противотуберкулезный санаторий» (с. Корткерос) на 60 коек для лечения детей от 3 до 11 лет с малыми и затухающими формами туберкулеза, поствакцинальными осложнениями, находившимися в контакте с больным туберкулезом и из «групп риска» по туберкулезу.

На базе ГАУ РК «Санаторий «Лозым» в реабилитации детей с неврологической и соматической патологией используются следующие современные медицинские технологии реабилитации:

- «Скандинавская ходьба» (модифицированный вид физических упражнений в сочетании с прогулкой на свежем воздухе (терренкур) с использованием туристических палок);

- «Звуковой луч» (занятия игровой гимнастикой в условиях интерактивной цветомузыкальной развивающей среды, позволяющей оптимизировать коррекционный процесс по формированию, восстановлению и развитию психомоторных функций);

- эрготерапия (методика восстановления и поддержания возможностей пациентов в самообслуживании и компенсации нарушений с помощью целевой работы);

- рефлексотерапия;

- кондуктивное образование (занятия с детьми, направленные на гармоничное, целостное и взаимосвязанное развитие моторики, познавательных способностей, эмоциональности и социальных навыков детей на бытовом и интеллектуальном уровне);
- иппотерапия (лечебная верховая езда - дети вывозятся для занятий в с. Выльгорт в ГОУДОД РК «Детско-юношеская конноспортивная школа»);
- методика динамической проприоцептивной коррекции с применением нагрузочных костюмов «Адели», «Атлант»;
- микроволновая (миллиметровая) резонансная терапия;
- физиотерапевтическое лечение (электрофорез, электростимуляция, импульсные токи, магнитная и магнитолазерная терапия, инфитатерапия, транскраниальное воздействие, термолечение, светолечение, ингаляции, гидромассаж);
- ЛФК, купание в бассейнах;
- метод биологической обратной связи (БОС);
- сенсорная стимуляция с использованием сенсорной и мягкой игровой комнат;
- логопедические занятия с применением компьютерного логопедического комплекса;
- психотерапевтическое воздействие, включающее в себя групповую и индивидуальную психотерапию, арттерапию, игровую терапию.

Ежегодно МЗ РК приобретаются путевки для организации санаторно-курортного лечения детей и подростков РК на побережье Черного моря. По итогам конкурсов в 2016 г. санаторно-курортное лечение проводилось на базе ООО «Северное Сияние» (Автономная Республика Крым, г. Саки) и ООО «Санаторий «Черноморская зорька» (Краснодарский край, г. Анапа).

В 2016 г. в санаторно-курортных организациях оздоровлено 5 334 ребенка и подростка, в том числе на базе республиканских санаторно-курортных организаций 4 624 (86,7% от общего числе пролеченных), в санаториях Черноморского побережья - 506 (9,5%), в санаториях федерального подчинения - 204 (3,8%).

Из общего числа пролеченных санаторно-курортное лечение получили 979 детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе 212 детей из категории детей-сирот или детей, оставшиеся без попечения родителей, и 351 ребенок из категории детей-инвалидов. 274 ребенка из указанных категорий льготников получили лечение на базе республиканских санаториев, 29 - в санаториях Черноморского побережья, 48 - в санаториях федерального подчинения.

После санаторно-курортного лечения в 2016 г. выписаны с улучшением в состоянии здоровья 97,5% детей.

Санаторно-курортное лечение **взрослого населения** (табл. 151) проводится на базе двух республиканских санаториев:

1. ГАУ РК «Санаторий «Серегово» (Княжпогостский район, с. Серегово) на 100 бюджетных мест для пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной и сердечно-сосудистой систем.

2. ГАУ РК «Санаторий-профилакторий «Заполярье» (г. Воркута) на 30 коек для пациентов с болезнями нервной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Дети, состоящие на диспансерном учете в ЛПУ, участники ликвидации аварии на ЧАЭС и приравненные к ним граждане, а также пациенты больные туберкулезом также ежегодно направляются на санаторно-курортное лечение в санатории, подведомственные МЗ РФ.

В 2016 г. в санаторно-курортных организациях оздоровлен 3 891 чел. Из числа взрослого населения РК, в том числе на базе ГАУ РК «Санаторий «Серегово» - 2 394 чел. (253 чел. из категории инвалидов по заболеванию, 4 чел. из категории участника и инвалида Великой Отечественной войны, 8 чел. из категории тружеников тыла, 7

участников ликвидации аварии на ЧАЭС). В ГАУ РК «Заполярье» г. Воркута санаторно-курортным лечением охвачено 360 чел.

На базе федеральных санаториев оздоровлено 213 пациентов, из них 43 участника ликвидации аварии на ЧАЭС и приравненные к ним категории и 170 пациентов больных туберкулезом.

После санаторно-курортного лечения в 2016 г. выписаны с улучшением в состоянии здоровья 97,0% пациентов.

Таблица 151

Динамика численности населения РК, охваченного санаторно-курортным лечением в 2014-2016 гг.

Показатель / Год	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Детское население			
Количество детей, прошедших лечение в санаториях, подведомственных МЗ РК, всего, в том числе:	5 278	5 120	4 624
- ГАУ РК «Санаторий «Лозым»	2 660	2 542	2 372
- ГБУЗ РК «Детский санаторий «Кедр»	1 384	1 318	1 244
- ГБУЗ РК «Корткеросский детский противотуберкулезный санаторий»	541	512	411
- ГБУЗ РК «Детский противотуберкулезный санаторий «Кажим»	486	526	381
- ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер» - санаторное отделение «Орбита»	207	222	216
Количество детей, прошедших лечение в санаториях, работающих по государственному контракту, всего, в том числе:	1 019	651	506
- санаторий-профилакторий АО «Монди СЛПК»	-	70	-
- санатории Черноморского побережья всего, из них:	1 019	581	506
- ООО «Санаторий «Черноморская зорька»	340	82	240
- ООО «Санаторий «Северное Сияние»	679	499	266
Количество детей, прошедших лечение в санаториях федерального подчинения всего, в том числе:	316	229	204
- нетуберкулезного профиля	280	210	184
- туберкулезного профиля	36	19	20
Общее количество детей, охваченных санаторно-курортным лечением	6 613	6 000	5 334
Взрослое население			
Количество взрослых, прошедших лечение в санаториях, подведомственных МЗ РК, всего, в том числе:	2 966	2 878	2 804
- ГАУ РК «Санаторий «Серегово»	2 555	2 518	2 394
- ГАУ РК «Заполярье»	411	360	410
Количество взрослых, прошедших лечение в санаториях федерального подчинения всего, в том числе:	201	197	213
- нетуберкулезного профиля (для граждан, подвергшихся радиации)	61	49	43
- туберкулезного профиля	140	148	170
Количество взрослых, прошедших лечение в детских санаторно-курортных организациях (в качестве сопровождающего ребенка лица)	1 418	1 012	874
Общее количество взрослых, охваченных санаторно-курортным лечением	4 585	4 087	3 891
ВСЕГО охвачено санаторно-курортным лечением (дети, взрослые)	11 198	10 087	9 225

Проблемы в организации санаторно-курортного лечения жителей РК.

1. Неудовлетворительная материально-техническая база и ограниченный профиль лечения в ГАУ РК «Санаторий «Серегово».

2. Недостаточное количество бюджетных мест в республиканских санаторно-курортных организациях для взрослого населения и для детей по путевкам «Мать и дитя» (в ГАУ РК «Санаторий «Лозым»).

3. Неполная укомплектованность детских санаториев преимущественно противотуберкулезного профиля из-за отказов родителей от путевок в весенне-осенне-зимний период.

4. Высокая потребность в путевках в детские санатории в летнее время.

Задачи.

1. Укрепление материально-технической базы и дальнейшее совершенствование и развитие новых технологий санаторно-курортного лечения в государственных санаторно-курортных организациях РК.

2. Расширение коечного фонда и профилей санаторно-курортного лечения после завершения строительства и ввода в эксплуатацию Санаторного комплекса в с. Серегово Княжпогостского района для взрослого населения.

3. Реализация плана по оздоровлению жителей РК в санаторно-курортных организациях РК.

4. Проведение информационной работы с родителями по вопросам организации оздоровления детей и санаторно-курортного лечения.

6.8. Оказание паллиативной помощи. В настоящее время в РК сформирована организационная структура службы, соответствующая порядкам оказания паллиативной медицинской помощи детскому и взрослому населению, утвержденными приказами МЗ РФ от 14.04.2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» и №193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям».

Приказом МЗ РК от 18.08.2016 г. №8/382 утверждена Концепция оказания паллиативной помощи в РК и план мероприятий по реализации указанной концепции.

По состоянию на 01.01.2017 г. паллиативная медицинская помощь **взрослому населению** представлена следующим образом.

Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается на 99 койках, расположенных в 20 медицинских организациях региона (табл. 152). Указанные койки имеются в каждом муниципальном образовании РК. Организована деятельность 5 отделений на 72 койки (ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница» - 20 коек, ГУЗ РК «Койгородская ЦРБ» - 22 койки, ГБУЗ РК «Воргашорская больница» - 10 коек, ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи» - 10 коек, ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ» - 10 коек). Остальные койки располагаются в терапевтических отделениях стационаров.

В 2016 г. паллиативную медицинскую помощь на койках указанного профиля получили 1 384 человека (средний койко-день - 24,3 дня). Из общего числа пролеченных пациентов 36,8% страдали онкологическим заболеванием, 14,1% - заболеванием нервной системы, 49,1% - прочими заболеваниями, в том числе 2 пациента, страдающие ВИЧ-инфекцией.

Кроме указанных коек, паллиативная медицинская помощь в 2016 г. оказывалась на койках сестринского ухода. Всего в регионе имеется 220 коек сестринского ухода, расположенных в 10 медицинских организациях. В 2016 г. лечение на койках сестринского ухода получил 1 441 человек (средний койко-день - 52,6 дня).

В настоящее время МЗ РК проводится работа по созданию хосписа на 30 коек в г. Сыктывкаре.

Таблица 152

Структура паллиативной службы РК (для обслуживания взрослого населения) в 2016 г.

Наименование учреждения здравоохранения / Показатель	Койки паллиативной помощи	Кабинеты паллиативной помощи	Выездные патронажные бригады	Койки сестринского ухода	Школы пациента
ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница»	20	1	1	25	

ГБУЗ РК «Воркугинская больница скорой медицинской помощи»	10				
ГБУЗ РК «Воргащорская больница»	10	1		40	
ГБУЗ РК «Воркугинская поликлиника»		1			
ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница № 1»	2				
ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника»		1			
ГБУЗ РК «Городская поликлиника №2 п. Ярега»					1
ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ»				20	1
ГБУЗ РК «Ижемская ЦРБ»	2	2			
ГБУЗ РК «Интинская ЦГБ»	1	2	1	33	1
ГБУЗ РК «Княжпогостская ЦРБ»	2	1	1	20	
ГБУЗ РК «Койгородская ЦРБ»	22	1	1		
ГБУЗ РК «Корткеросская ЦРБ»	2	1			
ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ»	10			25	
ГБУЗ РК «Прилузская ЦРБ»	1	1			1
ГБУЗ РК «Сосногорская ЦРБ»	5				
ГБУЗ РК «Сыктывдинская ЦРБ»	2	1	1		
ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ»	1				1
ГБУЗ РК «Троицко-Печорская ЦРБ»	1			20	
ГБУЗ РК «Удорская ЦРБ»	2			4	
ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ»	3	1	1	27	
ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»	1	2	1		1
ГБУЗ РК «Усть-Куломская ЦРБ»	1	1			1
ГБУЗ РК «Усть-Цилемская ЦРБ»	1	1		6	1
ГБУЗ РК «Центральная поликлиника» г. Сыктывкара		1			
ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №2»		1	1		
ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3»		1			
ГБУЗ РК «Эжвинская городская поликлиника»		1	1		1
Общее количество коек, кабинетов, бригад	99	27	9	220	9

Обеспеченность паллиативными койками для взрослого населения (табл. 153) по состоянию на 01.01.2017 г. составила 1,48 на 10 тыс. населения (целевое значение на 2016 г. в соответствии с Государственной программой РФ «Развитие здравоохранения» - 4,4 на 10 тыс. населения, региональный норматив - 4,0). Указанный показатель увеличился с 0,58 на 10 тыс. взрослого населения в 2014 г. до 1,48 - в 2016 г.

С учетом коек сестринского ухода, показатель обеспеченности паллиативными койками для взрослого населения по состоянию на 01.01.2017 г. составил 4,76 на 10 тыс. населения.

Таблица 153

Динамика обеспеченности населения РК паллиативными койками (на 10 тыс. соответствующего населения) в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Число паллиативных коек для взрослых	0	0	40	65	99
Обеспеченность паллиативными койками взрослого населения на 10 тыс. соответствующего населения	0	0	0,58	0,96	1,48
Число паллиативных коек для	2	5	5	8	6

детей (0-17 лет)					
Обеспеченность паллиативными койками детского населения на 10 тыс. соответствующего населения	0,11	0,28	0,27	0,43	0,32

Паллиативную помощь в амбулаторных условиях оказывают 19 медицинских организаций республики, организована работа 27 кабинетов паллиативной помощи.

В лечебных учреждениях оказывающих паллиативную помощь предусмотрена организация выездной патронажной службы. Выездная патронажная служба является структурным подразделением медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность. Создание выездных служб предусматривается при всех подразделениях паллиативной помощи как стационарных, так и амбулаторных, а также в виде самостоятельных подразделений. Штатная численность выездной службы устанавливается руководителем медицинской организации, в составе которой создана выездная служба, исходя из численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных порядками оказания паллиативной помощи. На 01.01.2017 г. функционирует 13 выездных бригад, в том числе 4 - детские.

В 2016 г. при оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению в амбулаторных условиях всего было осуществлено 2 448 посещений, в том числе 818 посещений было осуществлено в виде выезда на дом.

Паллиативная медицинская помощь **детскому населению** (табл. 154) в 2016 г. оказывалась на 6 койках, расположенных в 4 детских больницах (в гг. Сыктывкар, Ухта, Воркута, Инта). В 2016 г. паллиативную помощь на указанных койках получили 24 ребенка (средний койко-день - 34,2 дня). Из общего числа пролеченных пациентов 92,6% страдали заболеванием нервной системы.

Обеспеченность паллиативными койками для детей по состоянию на 01.01.2017 г. составила 0,32 на 10 тыс. населения (целевое значение на 2016 г. в соответствии с Государственной программой РФ «Развитие здравоохранения» - 1,76 на 10 тыс. населения, региональный норматив - 4,0). Указанный показатель снизился по сравнению с 2015 г. на 25,6% с 0,43 на 10 тыс. детского населения до 0,32 (сокращено 2 койки).

Паллиативная помощь детям в амбулаторных условиях оказывается на базе 5 кабинетов паллиативной помощи и силами 4 выездных патронажных бригад паллиативной помощи. В 2016 г. при оказании паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях всего было осуществлено 309 посещений, в том числе 250 посещений было осуществлено в виде выезда на дом.

Кроме указанных выше организационных структур паллиативная помощь детям оказывается на базе кабинетов паллиативной помощи и силами выездных патронажных бригад, организованных в районных центрах республики для взрослого населения.

Таблица 154

Структура паллиативной службы РК (для обслуживания детского населения) в 2016 г.

Наименование учреждения здравоохранения / Показатель	Койки паллиативной помощи	Кабинеты паллиативной помощи	Выездные патронажные бригады
ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника №1»		1	1
ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника №2»		1	1
ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника №3»		1	1
ГБУЗ РК «Эжвинская детская поликлиника»		1	1
ГУ «Республиканская детская клиническая больница»	3		
ГБУЗ РК «Воркутинская детская больница»	1		
ГБУЗ РК «Ухтинская детская больница»	1	1	
ГБУЗ РК «Интинская ЦГБ»	1		

Общее количество коек, кабинетов, бригад	6	5	4
--	---	---	---

В 2016 г. на базе ЛПУ РК началась организация школ пациента для больных основными неинфекционными заболеваниями, в том числе и в направлении паллиативной помощи. В настоящее время указанные школы организованы в 9 медицинских организациях (табл. 152). В 1 квартале 2017 г. запланирована организация еще 1 школы в ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника».

С 2015 г. организовано ведение регистров пациентов, нуждающихся в обезболивающей терапии. Внедрено применение современных неинъекционных форм обезболивающих препаратов. Упрощена процедура выписки рецептов на наркотические лекарственные средства.

Наблюдение пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, в амбулаторных условиях организовано силами врачей терапевтов (врачей-педиатров) участковых и участковых медицинских сестер посредством активных патронажей. При наличии показаний организуется помощь в условиях стационара на дому, отбор пациентов для лечения в условиях дневных стационаров поликлиник или специализированных медицинских организаций.

С целью повышения уровня знаний медицинского персонала во всех медицинских организациях РК, оказывающих первичную медико-санитарную и первичную специализированную медицинскую помощь по профилю «онкология» и по паллиативной помощи проведены семинары на тему «Современные методы обезболивания онкологических больных» для медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании медицинской помощи.

Уполномоченной организацией на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических и психотропных веществ, на территории РК является ГУП РК «Государственные аптеки Республики Коми». В 2016 г. наркотические средства и психотропные вещества отпускались физическим лицам в 20 аптеках и аптечных пунктах уполномоченной фарморганизации. За 2016 г. выписано 1 472 рецепта на наркотические средства и отпущено товара на сумму более 2 млн. руб. в количествах 2 372 упаковки инвазивных наркотических средств и 404 упаковки неинвазивных наркотических средств.

По состоянию на 01.01.2017 г. в штатах 27 медицинских организаций было выделено 22 ставки врачей по паллиативной медицинской помощи, из них 9 ставок в амбулаторном звене, 13 ставок в стационаре.

Укомплектованность штатов физлицами в целом составила 4,5%, из них в амбулаторном звене - 0%, в стационаре - 7,7%. Большинство врачей, работающих как врачи паллиативной медицинской помощи, являются совместителями.

Занятость штатов в целом составила 93,2%, в том числе в амбулаторном звене - 88,9%, в стационаре - 96,2%.

Для обслуживания взрослого населения в 22 медицинских организациях выделено 20,75 ставки врачей по паллиативной медицинской помощи, из них 7,75 ставки в амбулаторном звене, 13 ставок в стационаре.

Для обслуживания детского населения в 5 медицинских организациях выделено 1,25 ставки врачей по паллиативной медицинской помощи (только для обслуживания амбулаторных пациентов).

В 2014-2015 гг. силами сотрудников института последипломного образования ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Минздрава России» в г. Сыктывкар были проведены выездные циклы тематического усовершенствования по программе «Паллиативная медицинская помощь» для врачей-специалистов учреждений ОЛС. Продолжительность обучения составила 144 часа. Обучение прошли 60 специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

В 2015-2016 гг. на базе Центра дополнительного образования специалистов со средним медицинским образованием ГПОУ «Сыктывкарский медицинский колледж им. И.П. Морозова» и ГПОУ «Ухтинский медицинский колледж» было проведено 5 курсов

тематического усовершенствования по паллиативной медицинской помощи для фельдшеров и медицинских сестер. Обучение прошли 125 человек.

На ноябрь 2017 г. запланировано проведение выездного цикла повышения квалификации для специалистов с высшим медицинским образованием по программе «Паллиативная медицинская помощь» (144 часа). Кроме того, на второе полугодие 2017 г. запланировано проведение тематического усовершенствования по паллиативной медицинской помощи для специалистов со средним медицинским образованием.

В РК осуществляется своевременное обновление локальных нормативно-правовых актов в соответствии с изменениями федерального и регионального законодательства. В предыдущие годы в медицинские организации РК были направлены следующие документы:

- письмо МЗ РК от 20.05.2015 г. №01-46/78 «Об организации обучающих семинаров по вопросам терапии болевого синдрома» со ссылкой на вебинар по теме «Актуальные вопросы терапии хронической боли»;

- письмо МЗ РК от 15.10.2015 г. №3914 с указанием интернет-ссылок на обучающие видеоматериалы, рекомендованные для работы ведущими специалистами РФ в области паллиативной помощи;

- письмо МЗ РФ от 28.05.2015 г. №17-9-10-2-2519 с проектом памяток по обезболиванию, доступности анальгетиков для распространения среди пациентов;

- информационные материалы по вопросам назначения и выписывания наркотических и психотропных лекарственных препаратов, других препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету.

С врачами-онкологами ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер» регулярно проводятся тематические занятия и лекции по вопросам терапии хронического болевого синдрома.

С 2015 г. в РК запущены «горячие» линии, по которым пациенты и их родственники могут получить разъяснения по вопросам назначения и проведения обезболивающей терапии:

- в ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер» (контактный телефон 8-(8212)23-62-45, 8-(8212)23-62-98, часы работы: будни с 8.00 - 15.00, без обеда);

- в Территориальном органе Росздравнадзора по РК (прием жалоб о нарушении порядка назначения и выписки обезболивающих препаратов по телефону 8-(8212)21-52-23, часы работы: будни с 9.00 - 18.00, без обеда).

В МЗ РК открыта круглосуточная "Горячая линия" для приема обращений граждан по широкому кругу вопросов (контактный телефон (8-8212) 255-455). В течение рабочего дня обращения принимаются специалистами МЗ РК. Информацию о проблеме можно надиктовать на автоответчик, оставив контактные данные. Поступившая информация оперативно обрабатывается для принятия управленческих мер.

В течение 2016 г. на «Горячую линию» МЗ РК поступило 5 звонков по вопросам назначения и выписки обезболивающих препаратов, вопросы были решены в оперативном порядке.

6.9. Работа вспомогательных служб.

Функциональная диагностика. В 2016 г. было проведено 987 114 исследований с использованием методов функциональной диагностики, что выше уровня 2015 г. на 3,1% (2015 г. - 957 753). Динамика основных показателей службы функциональной диагностики в разрезе территорий РК представлена в табл. 155.

Таблица 155

Динамика основных показателей службы функциональной диагностики в разрезе территорий РК в 2012-2016 гг.

Территории РК / Показатель / Год	на 100 амбулаторных посещений	на 1 000 использованных больными в стационаре
----------------------------------	-------------------------------	---

	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Вуктыльский	9,0	9,3	8,3	8,7	24,3	742,2	648,6	622,9	409,2	1089,3
Ижемский	3,0	6,2	3,1	3,7	16,4	613,5	241,1	527,6	2818,1	1671,8
Княжпогостский	7,0	6,4	6,3	5,3	25,2	713,6	949,3	1205,9	9942,7	648,0
Койгородский	10,3	8,3	6,0	8,5	7,8	793,7	1196,3	633,9	1225,4	1399,3
Корткеросский	6,1	6,6	7,2	7,9	7,1	578,3	858,8	783,3	1221,5	1437,8
Печорский	8,2	4,9	4,2	5,0	4,3	849,4	1177,1	912,5	1518,2	1074,4
Прилузский	7,4	8,1	6,3	6,6	7,9	947,5	907,5	1167,0	1519,6	1363,0
Сосногорский	7,0	6,9	4,8	8,5	6,7	505,5	1018,3	967,1	349,5	1121,5
Сыктывдинский	12,6	8,7	7,5	9,4	9,2	934,6	2168,1	2521,4	1439,6	1642,7
Сысольский	11,0	9,7	6,8	6,8	7,9	545,7	681,4	2134,0	1209,1	1184,1
Троицко-Печорский	9,3	8,4	7,7	7,2	7,6	826,1	755,2	808,7	47,6	701,1
Удорский	4,4	46,7	7,0	7,8	7,0	864,6	560,1	689,4	529,6	908,9
Усинск	8,7	12,5	7,6	8,1	6,3	774,4	839,6	928,7	1016,9	1345,5
Усть-Вымский	8,6	7,7	5,4	7,3	7,4	828,2	837,4	1251,6	1138,1	335,8
Усть-Куломский	15,9	16,2	14,0	9,8	8,9	967,9	1052,3	1179,5	3770,2	1958,9
Усть-Цилемский	5,7	10,8	7,1	3,6	5,9	527,8	571,8	562,6	2672,9	1866,7
Воркута	11,4	10,2	6,9	8,3	8,2	968,6	842,0	840,9	1055,1	1239,5
Инта	7,6	4,7	7,5	6,9	6,4	1337,1	1160,1	1218,6	1512,5	1428,7
Ухта	5,8	6,4	4,3	4,8	4,9	1124,2	1123,0	1665,7	1217,1	1158,4
Сыктывкар	8,7	7,9	6,5	7,7	8,1	1630,7	1592,5	2016,2	1995,9	1488,0
РК	8,5	8,0	6,3	7,2	7,9	1199,6	1208,0	1495,2	1741,9	1332,1

За последние 5 лет имеет место волнообразная динамика республиканского показателя числа исследований с использованием методов функциональной диагностики на 100 амбулаторных посещений: показатель снизился по сравнению с 2012 г. на 7,1% с 8,5 исследования на 100 амбулаторных посещений в 2012 г. до 7,9 - в 2016 г., но вырос по сравнению с 2015 г. на 9,7% с 7,2 исследования на 100 амбулаторных посещений в 2012 г. до 7,9 - в 2016 г.

Значительный прирост показателя по сравнению с 2012 г. отмечается в Вуктыльском (рост в 2,8 раза с 9,0 исследований на 100 амбулаторных посещений в 2012 г. до 24,3 - в 2016 г.), Ижемском (рост в 5,5 раза с 3,0 исследований на 100 амбулаторных посещений в 2012 г. до 16,4 - в 2016 г.), Княжпогостском (рост в 3,6 раза с 7,0 исследований на 100 амбулаторных посещений в 2012 г. до 25,2 - в 2016 г.) районах. Значительное снижение показателя отмечается в Печорском (снижение в 1,9 раза с 8,2 исследования на 100 амбулаторных посещений в 2012 г. до 4,3 - в 2016 г.) и Усть-Куломском (снижение в 1,8 раза с 15,9 исследования на 100 амбулаторных посещений в 2012 г. до 8,9 - в 2016 г.) районах.

До 2016 г. республиканский показатель числа исследований с использованием методов функциональной диагностики на 1 000 использованных больных в стационаре имел отчетливую динамику к росту, однако в 2016 г. снизился и составил 1332,1. Это выше уровня 2012 г. на 11% (2012 г. - 1 199,6), но ниже уровня 2015 г. на 23,5% (2015 г. - 1 741,9).

Значительный прирост указанного показателя по сравнению с 2012 г. отмечается в Ижемском (рост в 2,7 раза с 613,5 исследования на 1 000 использованных больных в стационаре в 2012 г. до 1671,8 - в 2016 г.), Корткеросском (рост в 2,5 раза с 578,3 в 2012 г. до 1437,8 - в 2016 г.), Сосногорском (рост в 2,2 раза с 505,5 в 2012 г. до 1121,5 - в 2016 г.) и Усть-Цилемском (рост в 3,5 раза с 527,8 в 2012 г. до 1866,7 - в 2016 г.) районах. Значительное снижение показателя отмечено в Усть-Вымском районе (снижение в 2,5 раза с 828,2 исследования на 1 000 использованных больных в стационаре в 2012 г. до 335,8 - в 2016 г.).

Из общего числа функциональных исследований более 70% (717 915 исследований) составляют исследования сердечно-сосудистой системы. На 95% - это электрокардиография. Лишь 5% от общего числа исследований сердечно-сосудистой системы составляет ультразвуковые исследования, нагрузочные ЭКГ-тесты, холтеровское мониторирование АД и ЭКГ. Несмотря на оснащение районных ЛПУ комплексами для дозированной физической нагрузки, нагрузочные ЭКГ-тесты в большинстве районов не проводятся. Это, как правило, связано с дефицитом специалистов

функциональной диагностики и недостатками штатных расписаний ЛПУ, не учитывающих реальную потребность во врачах функциональной диагностики.

На втором месте по частоте проведения из функциональных методов исследования находятся нейрофизиологические методы исследования (РЭГ, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, нейрмиография), которые занимают 5% в структуре всех исследований (50 478 исследований). Несмотря на низкую диагностическую информативность удельный вес проведения РЭГ в общем объеме исследований нервной системы составляет 20,7% (10 467 исследований).

Исследования внешнего дыхания по частоте проведения из функциональных методов исследования занимают третье место (доля в структуре - 17,9%). Их численность в 2016 г. составила 177 402 исследования. Более 26% от общего числа исследований внешнего дыхания (46 506 исследований) составляют спирографические пробы, практически половина из которых проводится методом анализа петли поток-объем. Ввиду высокой информативности этой методики в последующие годы необходимо наращивать объемы ее проведения.

Ультразвуковые методы исследования сердечно-сосудистой системы (ЭХО-КГ, УЗДГ, дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов) составляют 11% от общего количества исследований с использованием методов функциональной диагностики (в 2016 г. 110 020 исследований). Более 50% этих исследований связаны с исследованием сердца (ЭХО-КГ) (в 2016 г. 64 308 исследований). Большинство ЭХО-КГ в 2016 г. проводилось в г. Сыктывкар (42 934 исследований, 66,8% от общего числа ЭХО-КГ).

Необходимо отметить, что ультразвуковые методы исследования сердечно-сосудистой системы проводятся, преимущественно, в республиканских и крупных городских и районных больницах. Это связано с отсутствием подготовленных специалистов в маломощных ЛПУ.

Лабораторная диагностика. Лабораторное обеспечение медицинской помощи жителям республики осуществляют 115 лабораторий различного профиля, из них 102 клинико-диагностических лаборатории, 12 микробиологических лабораторий (отделов), 10 иммунологических лабораторий (отделов) (диагностика ВИЧ инфекции и гепатитов), 1 цитологическая, 1 лаборатория генетики и 1 иммуногематологическая лаборатория.

В составе 10 КДЛ имеются микробиологические отделы и в 14 КДЛ имеются отделы по диагностике гепатитов и ВИЧ инфекции.

На базе 18 лабораторий исследования (биохимические, серологические, иммунологические, цитологические, генетические) проводятся централизованно.

Функционируют 25 круглосуточных постов, 11 из них - врачебных, 4-экспресс лаборатории работают самостоятельно при отделениях реанимации и анестезиологии.

63 лаборатории (55% от общего числа лабораторий) находятся в городских ЛПУ и 52 лаборатории (45%) находятся в районах (ЦРБ, районные больницы, участковые больницы и врачебные амбулатории).

В 2016 г. общее количество лабораторных исследований, проведенных в РК, увеличилось по сравнению с 2015 г. на 3,4% (977 495 исследования) и составило 29 381 992 исследования.

Количество исследований на одного жителя (табл. 156) в 2016 г. увеличилось по сравнению с 2015 г. на 1,5 исследования (на 4,6%). В территориальном разрезе наиболее низким количество исследований на одного жителя является в Сыктывдинском районе. Районный показатель составляет 12,7, что в 2,7 раза ниже среднереспубликанского уровня.

Из числа сельских районов наиболее высоким количество исследований на одного жителя является в Койгородском (34,6) и Усть-Куломском (32,1) районах.

Среди городских территорий наиболее низким указанный показатель является в г. Ухта (28,0 исследований на 1 жителя), а наиболее высоким - в г. Сыктывкар (48,1 исследования на 1 жителя).

Такая разница в количестве исследований на 1 жителя объясняется как техническими возможностями лабораторий, развитостью лабораторных технологий, соблюдением лечащими врачами стандартов оказания медицинской помощи, так и отсутствием (наличием) на территории районов (городов) альтернативных (частных) лабораторий.

Таблица 156

Динамика числа лабораторных исследований (на 1 жителя в год) в разрезе территорий РК в 2012-2016 гг.

Территории РК / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Вуктыльский	0,0	25,9	25,2	25,5	26,7
Ижемский	20,1	21,3	22,3	16,0	24,7
Княжпогостский	20,8	22,9	20,7	19,8	21,5
Койгородский	23,9	32,7	30,8	35,5	34,6
Корткеросский	18,9	25,4	25,7	26,4	25,5
Печорский	26,2	26,6	29,0	28,9	26,3
Прилузский	26,5	29,4	28,2	29,7	30,1
Сосногорский	18,3	19,6	22,1	24,0	24,4
Сыктывдинский	11,9	11,5	13,4	12,3	12,7
Сысольский	26,4	33,1	19,2	23,8	25,1
Троицко-Печорский	27,8	31,0	25,8	25,5	28,2
Удорский	15,8	18,6	20,8	11,2	26,3
Усинский	24,2	46,7	35,5	36,1	33,6
Усть-Вымский	18,3	19,9	23,4	21,0	22,0
Усть-Куломский	27,8	32,2	34,6	31,6	32,1
Усть-Цилемский	16,7	18,2	21,7	23,5	23,7
Воркута	32,3	35,3	34,8	34,0	37,1
Инта	24,9	31,6	32,9	34,8	35,5
Ухта	31,2	26,3	26,7	25,6	28,0
Сыктывкар	45,1	44,8	48,2	46,6	48,1
РК	31,0	32,2	33,7	32,9	34,4

В 2016 г. отмечается увеличение числа исследований, выполненных в лабораториях амбулаторного звена. Общее количество таких исследований по сравнению с 2015 г. увеличилось на 11,2%, а количество исследований на 100 амбулаторных посещений на приеме - на 12,5% (табл. 157). Значительный объем лабораторных исследований в амбулаторно-поликлиническом звене проводится в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения.

В 2016 г. отмечается незначительное снижение количества лабораторных исследований, выполненных в лабораториях стационаров. Это привело к снижению количества проведенных исследований на 1 пользованного больного на 3,4% с 61,1 до 59,0.

Таблица 157

Динамика числа лабораторных исследований, проведенных в условиях поликлиник и стационаров РК в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Количество лабораторных исследований:					
на 100 амбулаторных посещений на приеме (без посещений к стоматологам)	222,6	218,1	199,8	190,2	213,8
на 1 пользованного больного	56,1	61,1	63,8	61,1	59,0

Структура лабораторных исследований, проведенных в ЛПУ РК представлена в табл. 158. В 2016 г. по сравнению с предыдущими годами отмечается значительный рост

числа общеклинических исследований (на 17,5% по сравнению с 2015 г.) и снижение числа иммунологических исследований (в 2,2 раза по сравнению с 2015 г.). По остальным позициям структура осталась прежней.

Таблица 158

Изменение структуры лабораторных исследований в 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Число всех лабораторных исследований	27 569 372	28361 906	29 361 576	28 404 497	29 381 992
в том числе гематологических	8 041 610	7 927 124	7 893 489	8 009 210	8 111 426
доля в %	29,2	27,9	26,9	28,2	27,6
цитологических	339 985	336 939	323 963	300 040	271 569
доля в %	1,2	1,2	1,1	1,1	0,9
биохимических	6 177 468	6 642 814	7 170 826	6 775 391	7 004 412
доля в %	22,4	23,4	24,4	23,9	23,8
коагулологических	864 888	1 281 253	1 049 171	1 014 371	1 048 338
доля в %	3,1	4,5	3,6	3,6	3,6
иммунологических	1 789 979	1 677 459	1 991 176	1 994 883	901 370
доля в %	6,5	5,9	6,8	7,0	3,1
микробиологических	1 058 905	1 040 582	1 035 924	786 670	855 033
доля в %	3,8	3,7	3,5	2,8	2,9
общеклинических	9 296 537	9 455 735	9 897 027	9 523 932	11 189 844
доля в %	33,7	33,3	33,7	33,5	38,1

Подразделения **службы лучевой диагностики РК** в 2016 г. были развернуты на базе 57 медицинских организаций. Всего в РК эксплуатируется 309 единиц оборудования, используемого для лучевой диагностики, в том числе: 218 рентгеновских аппаратов (на 1, 2 и 3 рабочих места, телеуправляемые, С-дуга, палатные, дентальные), 49 флюорографов (в том числе 13 передвижных), 20 маммографов (в том числе 6 передвижных), 3 ангиографа, 3 аппарата магнитно-резонантной томографии, 15 компьютерных томографов.

Необходимо отметить, что в 2016 г. количество рентгенологической техники сократилось по сравнению с 2013 г. на 29 единиц. Значимая часть аппаратуры, используемой для лучевой диагностики, была приобретена в 2011-2013 гг. в рамках программы модернизации здравоохранения РК и в ближайшее время потребует замены. Для решения этой проблемы с 2019 г. планируется реализация проекта «Развитие и модернизация технической базы лучевой диагностики в Республике Коми на 2019-2021 годы», в рамках которого планируется приобретение современного рентгенологического оборудования для ЛПУ РК.

Начиная с 2013 г. ежегодно отмечается рост числа рентгенологических исследований, проведенных в ЛПУ РК. В частности, за указанный 4-летний период показатель числа исследований (на 1 тыс. населения) вырос на 6,1% и составил в 2016 г. 848,1 (рис. 78). Такая динамика показателя, вероятно, связана с проведением всеобщей диспансеризации населения, включающей в себя обязательное проведение флюорографического и маммографического исследований.

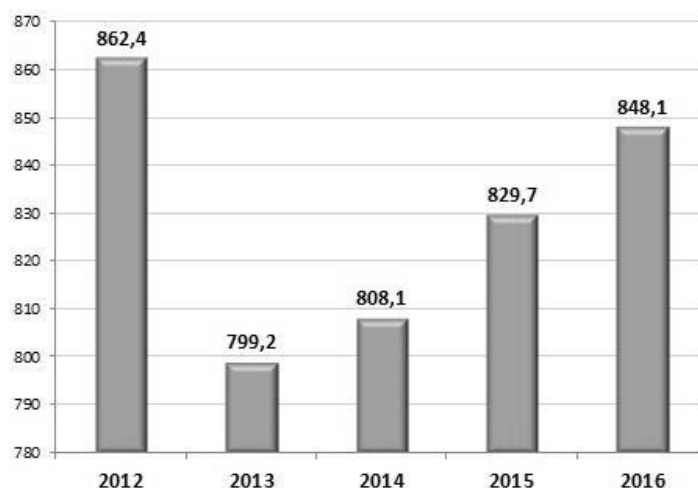


Рис. 78. Динамика числа рентгенологических исследований (на 1 тыс. населения) в 2012-2016 гг.

Динамика интенсивности использования технологий лучевой диагностики в стационарах и амбулаторно-поликлиническом звене в разрезе территорий РК в 2012-2016 гг. представлена в табл. 159. Анализ представленной информации показал, что в 2016 г. по сравнению с 2015 г. более интенсивно применялись технологии лучевой диагностики в амбулаторно-поликлиническом звене. Рост показателя числа рентгенологических исследований на 100 амбулаторных посещений вырос за последний год на 22,4% и составил 6,4. Наибольший прирост указанного показателя в 2016 г. отмечен в Печорском (на 28,8%), Троицко-Печорском (на 41,8%), Сысольском (на 25,2%) районах и г. Сыктывкар (в 1,8 раза). Наиболее значимое снижение показателя произошло в Сосногорском (на 20,7%), Усть-Цилемском (на 20%) районах и г. Усинск (на 17,5%).

За последний год значительно сократилось число рентгенологических исследований, проведенных стационарным пациентам: соответствующий показатель (на 1 тыс. использованных больных) уменьшился в 1,7 раза и составил 793,1. Наибольшее снижение показателя произошло в Ижемском (в 2,5 раза), Троицко-Печорском (в 14,3 раза), Корскеросском (на 39,6%), Удорском (на 33,3%) районах и г. Усинск (на 31,5%) и Сыктывкар (в 2,5 раза). Однако в ряде территорий РК указанный показатель вырос (например, Сосногорский район - рост в 6,4 раза).

Одной из причин указанной в табл. 136 динамики использования технологий лучевой диагностики в стационарах и амбулаторно-поликлиническом звене является перенос акцента в диагностике с госпитального этапа на догоспитальный.

Таблица 159

Динамика использования технологий лучевой диагностики в стационарах и амбулаторно-поликлиническом звене в разрезе территорий РК в 2012-2016 гг.

Территории РК / Показатель / Год	Число рентгенологических исследований											
	на 100 амбулаторных посещений, вкл. посещения к стоматологу						на 1 тыс. использованных больных					
	2012	2013	2014	2015	2016	динамика к 2015 г. (%)	2012	2013	2014	2015	2016	динамика к 2015 г. (%)
г. Вуктыл	2,7	3,6	4,2	3,6	3,5	-3,4	573,8	215,4	236,0	248,8	286,9	+15,3
Ижемский	6,4	5,3	5,2	5,3	5,1	-3,5	675,0	557,5	538,9	1190,4	477,9	-59,9
Княжпогостский	3,4	3,7	2,5	4,2	4,0	-5,4	694,0	719,8	582,1	671,2	757,7	+12,9
Койгородский	7,2	8,0	6,1	6,7	7,0	+3,2	354,8	430,9	465,8	549,2	584,9	+6,5
Корткеросский	12,4	3,6	6,3	7,1	7,0	-1,4	690,5	290,2	1001,8	1273,7	768,9	-39,6
Печорский	3,5	8,1	8,0	8,6	11,1	+28,8	2013,8	538,9	538,5	532,1	657,9	+23,6
Прилузский	5,0	4,6	3,3	4,6	4,3	-6,4	519,8	558,1	685,0	634,4	673,2	+6,1
Сосногорский	4,8	5,4	5,1	5,7	4,5	-20,7	257,4	274,8	301,5	154,0	990,2	+543,1

Сыктывдинский	4,8	0,9	4,0	4,5	5,1	+14,0		142,7	777,6		1185,3	
Сысольский	7,5	5,9	4,4	4,7	5,9	+25,2	476,3	429,3	623,0	669,7	556,0	-17,0
Троицко-Печорский	4,4	5,3	13,7	7,9	11,2	+41,8	1975,5	230,7	254,4	665,7	46,7	-93,0
Удорский	3,7	46,7	3,8	5,1	4,7	-6,9	132,8	191,5	148,2	170,9	114,1	-33,3
г.Усинск	3,8	8,7	6,2	7,5	6,2	-17,5	1962,5	1231,7	778,7	950,8	651,5	-31,5
Усть-Вымский	3,0	4,8	3,9	4,7	4,5	-3,0	1147,6	517,5	488,4	475,0	592,8	+24,8
Усть-Куломский	4,7	6,0	6,0	6,3	6,2	-1,7	283,7	471,9	466,6	601,4	494,2	-17,8
Усть-Цилемский	6,3	8,1	5,9	6,9	5,5	-20,0	451,6	282,0	235,6	304,6	323,0	+6,1
г.Воркута	6,0	5,6	5,0	4,8	4,4	-8,6	1362,0	1001,5	1176,1	1062,2	1147,8	+8,1
г.Инта	9,4	6,6	8,7	7,3	8,1	+11,0	1049,4	2580,0	743,9	1049,1	963,2	-8,2
г.Ухта	8,5	8,7	6,8	7,0	6,9	-1,3	732,2	754,8	759,0	934,0	908,5	-2,7
г.Сыктывкар	7,8	7,1	6,4	3,7	6,6	+81,3	913,2	935,2	942,1	2069,5	813,8	-60,7
РК	6,7	6,7	6,1	5,2	6,4	+22,4	976,1	837,0	803,2	1334,0	793,1	-40,5

Патологоанатомическая служба. Характерной особенностью последнего десятилетия ПАС РФ в целом и РК является постоянный значительный рост прижизненной морфологической диагностики в исследовании биопсийного и операционного материалов.

Объем прижизненной морфологической диагностики в исследовании биопсийного и операционного материала по РК (табл. 160) в 2016 г. составил 80 878 блоков, что выше уровня 2012 г. на 10,8% (2012 г. 73 013 блоков). Объемы работ по прижизненной морфологической диагностике составляют 9,4% от общей численности населения РК. Это весомо показывает значимость патологоанатомической диагностики, особенно в онкопатологии.

Таблица 160

Динамика объемов исследований биопсийного и операционного материалов за 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	% к 2012 г.
Пациентов	228 791	245 949	254 382	261 692	238 935	+4,4%
Исследовано блоков	73 013	80 934	82 361	83 995	80 878	+10,8%

Данные, представленные в табл. 161, демонстрируют, что показатель охвата населения РК прижизненной диагностикой в исследовании биопсионного и операционного материалов в 2016 г. установился выше целевого показателя, что важно и значимо в единой системе диагностической базы, особенно в ранней диагностике ЗНО.

Таблица 161

Некоторые информационные данные по объемам прижизненной диагностики ПАС РФ, СЗФО, РК за 2015-2016 гг.

№	Показатель / Год	2015 г.			2016 г.
		РФ	СЗФО	РК	РК
1.	Количество исследований	42 586 667	5 290 143	261 692	238 935
2.	% пациентов от числа населения	5,0	5,9	9,6	9,4
3.	Среднее количество исследований в 1 год на 1 пациента	4,9	5,7	3,1	2,9
4.	Целевой показатель по количеству прижизненных исследований	50 тыс.на 100 тыс. населения			
5.	Фактический показатель по количеству исследований	29 115,6	38 213,8	29 959,0	27 885,6
6.	Целевой показатель по охвату пациентов прижизненной диагностикой	10 тыс. на 100 тыс. населения			
7.	Фактический показатель охвата пациентов по прижизненной диагностике	4 999,0	5 894,6	9 716,8	9 604,3

Секционная работа в настоящее время в ПАС не менее важна, поскольку является источником информации по структуре смертности населения, показывает узловые точки по оперативному решению назревших лечебно-диагностических задач, является источником информации о дефектах оказания медицинской помощи в ходе проведения патологоанатомической экспертизы умерших, что является важным инструментом в деле повышения ее качества (табл. 162).

Таблица 162

Некоторые показатели по качеству клинической диагностики за 2012-2016 гг. по общему количеству патологоанатомических экспертиз по РФ, СЗФО и РК

№	Показатель, год / Регион	РФ	СЗФО	РК
1.	Проведено вскрытий			
	- 2012 год	294 041	36 026	1 496
	-2013 год	343 780	44 615	1 548
	-2014 год	384 788	43 276	1 631
	-2015 год	412 864	45 751	1 826
	-2016 год	нет данных	нет данных	1 860
2.	Количество расхождений диагнозов			
	-2012 год	34 959	4 904	162
	-2013 год	41 534	6 582	217
	-2014 год	35 366	4 080	231
	-2015 год	31 622	3 331	213
	-2016 год	нет данных	нет данных	185
3.	Процент расхождения диагнозов (%)			
	-2012 год	11,9	13,6	13,9
	-2013 год	12,1	14,8	18,1
	-2014 год	11,3	9,8	17,7
	-2015 год	7,4	7,6	14,6
	-2016 год	нет данных	нет данных	12,2

Для обеспечения должного уровня качества оказания медицинской помощи в ПАС РФ в настоящее время установлен целевой показатель расхождения клинического и морфологического диагнозов (не более 15,0%), обеспечивающий должный уровень контроля качества лечебно-диагностической работы ЛПУ. В 2016 г. указанный показатель в РК достиг уровня 12,2%.

В настоящее время для значимого скачка в улучшении морфологической диагностики требуется привлечение и развертывание трудоемких, высокозатратных, но и высокоинформативных, высокотехнологичных методов морфологической диагностики: иммуноморфологических, гистохимических, электронно-микроскопических, молекулярно-генетических исследований.

Таким образом, силами патологоанатомической службы России в целом и РК в частности выполняется очень большой объем диагностической работы по прижизненной патологоанатомической диагностике заболеваний и как показано выше объемы этих исследований ежегодно растут, что объективно показывает масштабы вклада ПАС в дело охраны здоровья населения РФ и РК.

Секционная работа в настоящее время в ПАС не менее важна, поскольку является источником информации по структуре смертности населения, показывая узловые точки по оперативному решению назревших лечебно-диагностических задач, является источником информации о дефектах оказания медицинской помощи, выявляемых при проведении патологоанатомических экспертиз, что является важным инструментом в деле повышения ее качества.

Все это является достаточным основанием для включения патологоанатомической службы в Федеральные целевые программы модернизации здравоохранения

Судебно-медицинская экспертиза трупов проводится на базе отдела СМЭ трупов ГБУЗ РК «Бюро судебно-медицинской экспертизы», а также всех городских и районных отделений СМЭ.

Динамика числа исследованных трупов за последние 5 лет является волнообразной (рис. 79). В 2016 г. отмечается максимальное количество исследованных трупов за последние 5 лет (4 179 аутопсий). Это выше уровня 2012 г. на 1% (на 42 аутопсии).

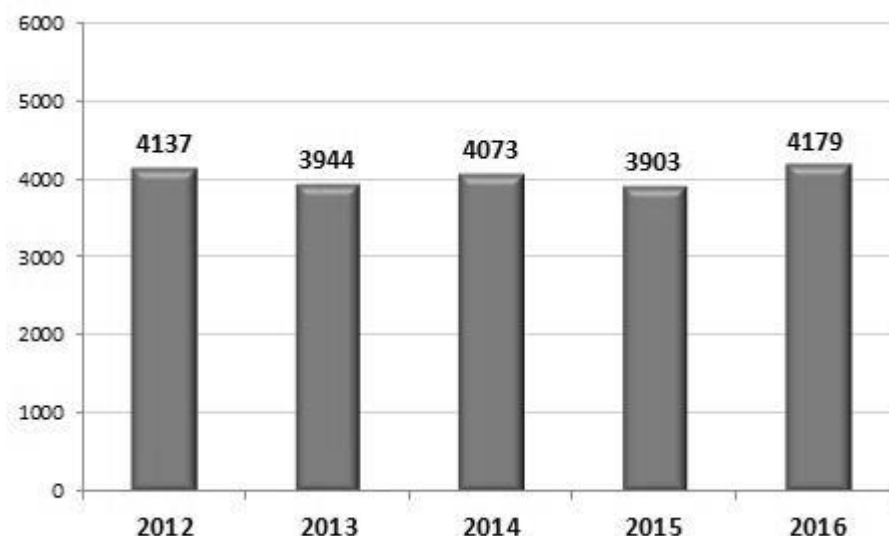


Рис. 79. Динамика количества выполненных судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов за 2012-2016 гг.

Насильственные причины смерти. Динамика количества случаев насильственной смерти сходна с таковой по общему числу исследованных трупов - волнообразное изменение со снижением в 2013 и 2015 гг. (рис. 80). Однако в целом за 5 лет отмечается снижение числа таких случаев. В 2016 г. количество случаев насильственной смерти составило 1 241 случай, что ниже уровня 2012 г. на 16,2% (на 240 случаев), но выше уровня 2015 г. на 0,6% (на 8 случаев).

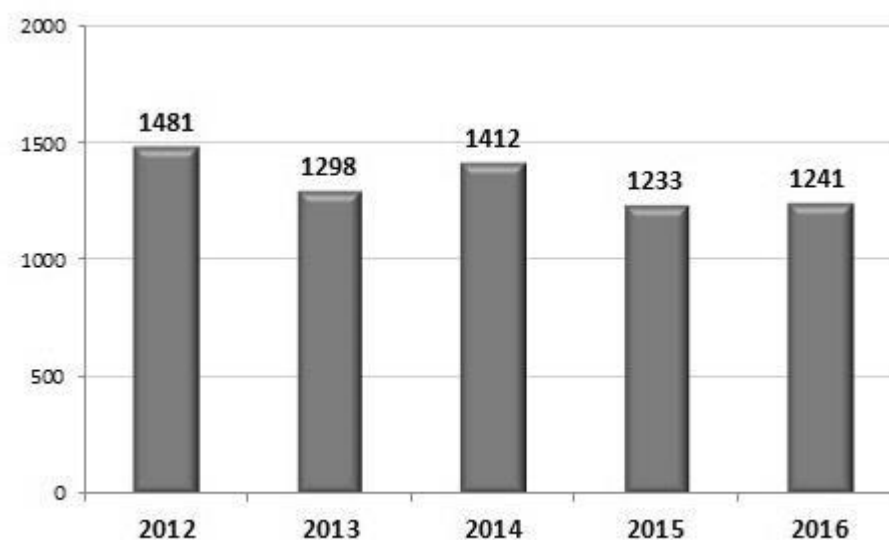


Рис. 80. Динамика количества случаев смерти от насильственных причин по РК за 2012-2016 гг.

При этом доля насильственной смерти в структуре причин смерти составила 33,7%, снизившись на 1,7% по сравнению с 2015 г. и на 5,65% по сравнению с 2012 г. (рис. 81).

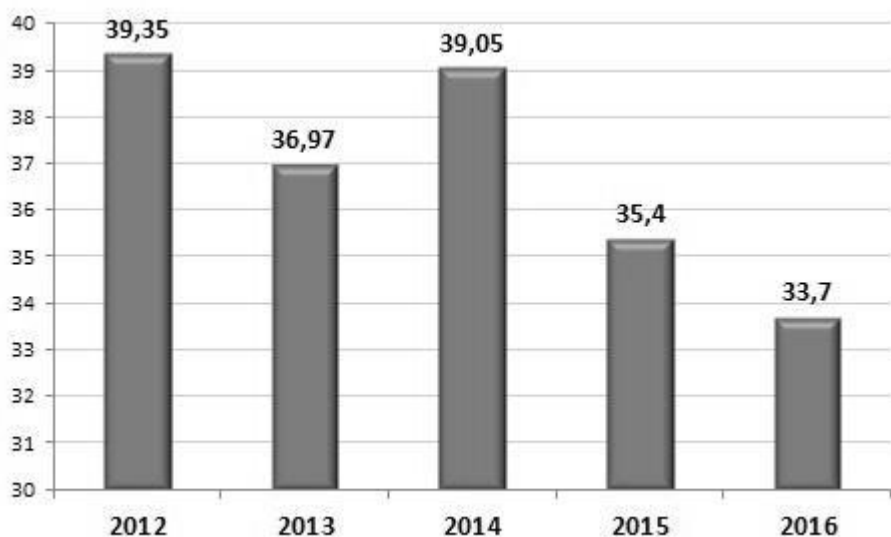


Рис. 81. Динамика удельного веса насильственных причин смерти в структуре всех причин смерти по РК в 2012-2016 гг.

В структуре причин насильственной смерти в РК в 2016 г. (рис. 82) наиболее часто встречалась механическая травма, доля которой в структуре насильственной смерти в 2016 г. составила 39,5% (рост по сравнению с 2015 г. на 2,4% (РК 2015 г. - 37,1%). На втором месте в структуре насильственной смерти находились различные виды отравлений. Их доля в 2016 г. составила 27,8% (снижение по сравнению с 2015 г. на 1,2% (РК 2015 г. - 29,0%). Третье место в структуре насильственной смерти занимали случаи различных видов механической асфиксии, доля которой составила 26,2% (снижение по сравнению с 2015 г. на 1,3% (РК 2015 г. - 28,1%). Четвертое место занимают случаи смерти от действия крайних температур. Их доля в структуре насильственной смертности в 2016 г. составила 5,9%, что выше уровня 2015 г. на 0,2% (РК 2015 г. - 5,7%).

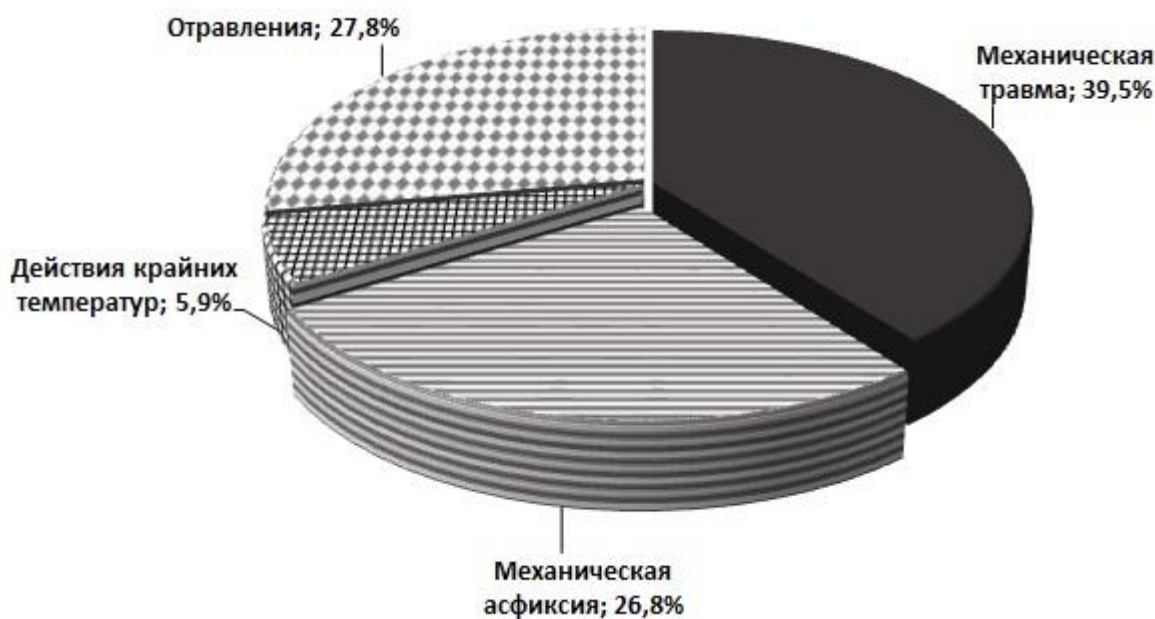


Рис. 82. Структура насильственных причин смерти по РК в 2016 г.

В 2016 г. из 1 241 случая смерти от насильственных причин в 737 (59,4%) умершие находились в состоянии алкогольного опьянения. Это на 3,2% меньше, чем в 2015 г. (табл. 163).

Таблица 163

Доля лиц в состоянии алкогольного опьянения среди умерших от насильственных причин смерти в 2014-2016 гг., %

Показатель / Год	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Механическая травма	44,0%	46,5%	44,1%
Механическая асфиксия	64,1%	65,4%	65,2%
Действие крайних температур	52,9%	54,3%	50,7%
Отравления (без отравлений этанолом)	56,7%	60,3%	48,7%
Прочие	100%	0%	0%
ВСЕГО	62,4%	62,6%	59,4%

Ненасильственные причины смерти. В 2016 г. продолжился рост числа исследованных трупов, умерших от ненасильственных причин (рис. 83). Только за последний год этот рост составил 8,9%.

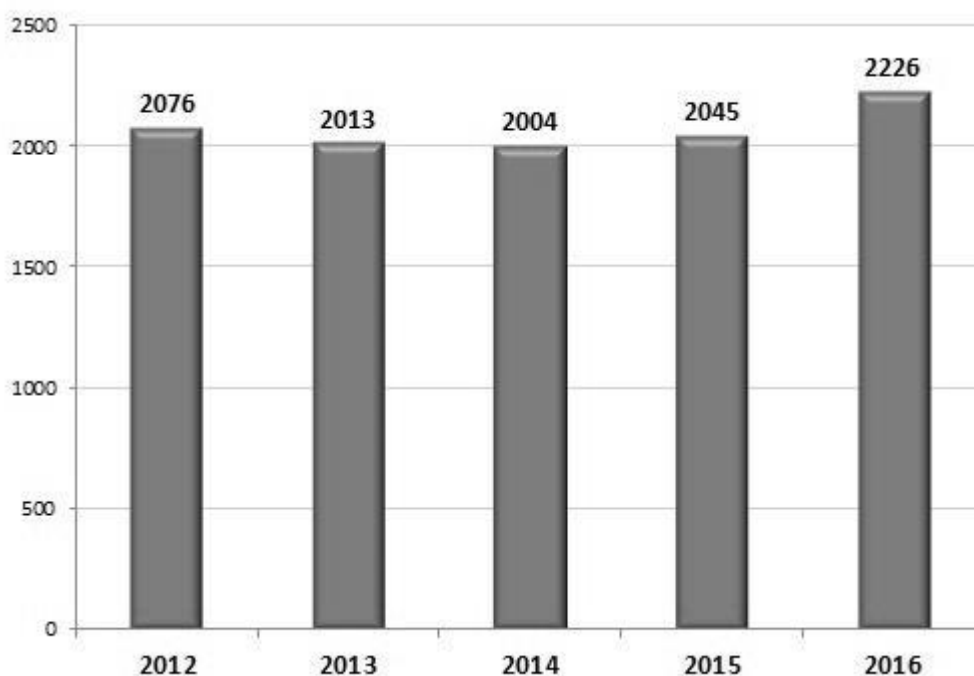


Рис. 83. Количество случаев исследованных трупов в категории ненасильственная смерть по РК за 2012-2016 гг.

Основную массу случаев в категории ненасильственной смерти составляют болезни. В 2016 г. доля указанной причины смерти среди исследованных трупов составила 98,1% (табл. 164). В 2016 г. отмечено увеличение количества случаев смерти детей в возрасте до 1 г. - на 5 случаев.

Таблица 164

Изменение структуры ненасильственных причин смерти в РК за 2012-2016 гг.

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016
Ненасильственная смерть	2 076	2 013	2 004	2 045	2 226
% от общего числа исследованных трупов	55,2%	57,3%	55,4%	58,7%	60,5%
Болезни	2 033	1 982	1 965	2 021	2 183
% от общего числа исследованных трупов	97,9%	98,5%	98,1%	98,8%	98,1%
Смерть при беременности и в послеродовом периоде	0	0	0	0	0
% от общего числа исследованных трупов	0,0%	0%	0%	0%	0%
Смерть детей в возрасте до 1 года	16	10	13	4	9

% от общего числа исследованных трупов	0,8%	0,5%	0,6%	0,20%	0,40%
Прочие	26	17	23	18	30
% от общего числа исследованных трупов	1,3%	0,8%	1,1%	0,88%	1,35%
Мертворожденные	1	4	3	2	4
% от общего числа исследованных трупов	0,1%	0,2%	0,1%	0,10%	0,18%

Ведущей причиной в случаях смерти от болезней были БСК (табл. 165). Их доля имеет волнообразную динамику и в 2016 г. составила 67,3% (с ростом по сравнению с 2012 и 2015 гг.). На втором месте среди причин смерти от болезней - заболевания органов пищеварения (доля в структуре - 14,8%, с ростом по сравнению с 2012 и 2015 гг.). На третьем месте - случаи смерти от новообразований (доля в структуре - 7,8%, с ростом с 2012 и 2015 гг.). На четвертом месте - заболеваний органов дыхания (доля в структуре - 7,2%, со снижением с 2012 и 2015 гг.). Далее в структуре смертей от болезней следуют болезни нервной системы (доля в структуре - 1,9%, со снижением с 2012 и 2015 гг.) и инфекционных болезней (доля в структуре - 1,2%, со снижением с 2012 и 2015 гг.).

Алкогольное опьянение в той или иной степени способствовало наступлению смерти от заболеваний в среднем за пять лет в 26,2% случаев, причем за последние пять лет доля стабильно снижается.

Таблица 165
Структура причин смерти по классам болезней за 2012-2016гг.

Показатель / Год	2012	2013	2014	2015	2016	Динамика к 2012 г.	Динамика к 2015 г.
БСК	1336	1275	1297	1333	1468	+132	+135
доля в структуре (в %)	65,7%	64,3%	66,0%	65,2%	67,3%	+1,6%	+2,1%
Болезни органов дыхания	192	175	179	199	158	-34	-41
доля в структуре (в %)	9,4%	8,8%	9,1%	9,7%	7,2%	-2,2%	-2,5%
Болезни органов пищеварения	272	302	261	256	319	+47	+63
доля в структуре (в %)	13,4%	15,2%	13,3%	12,5%	14,6%	+1,2%	+2,1%
Болезни нервной системы	47	45	44	58	42	-5	-16
доля в структуре (в %)	2,3%	2,3%	2,2%	2,8%	1,9%	-0,4%	-0,9%
Новообразования	151	161	160	138	171	20	33
доля в структуре (в %)	7,4%	8,1%	8,1%	6,7%	7,8%	+0,4%	+1,1%
Инфекционные заболевания	35	24	24	37	25	-10	-12
доля в структуре (в %)	1,7%	1,2%	1,2%	1,8%	1,2%	-0,5%	-0,6%
БОЛЕЗНИ (ВСЕГО)	2033	1982	1965	2021	2183	150	162
<i>из них в состоянии алкогольного опьянения, %</i>	34,9%	28,8%	22,9%	22,5%	22,1%	-12,8%	-0,4%

Судебно-гистологическое исследование трупного материала производится в 99,5% случаев исследования трупов, что является одним из самых высоких показателей по СЗФО и свидетельствует о высоком уровне гистоверификации диагнозов. В 2016 г. произведено 5 295 исследований, что практически соответствует уровню 2015 г. (менее на 14 исследований, на 0,3%). Рост исследований в последние годы происходил, в основном, за счет внедрения в практику иммуногистохимических исследований (позволяющих установить этиологию выявленного патоморфологического процесса) (рис. 84).

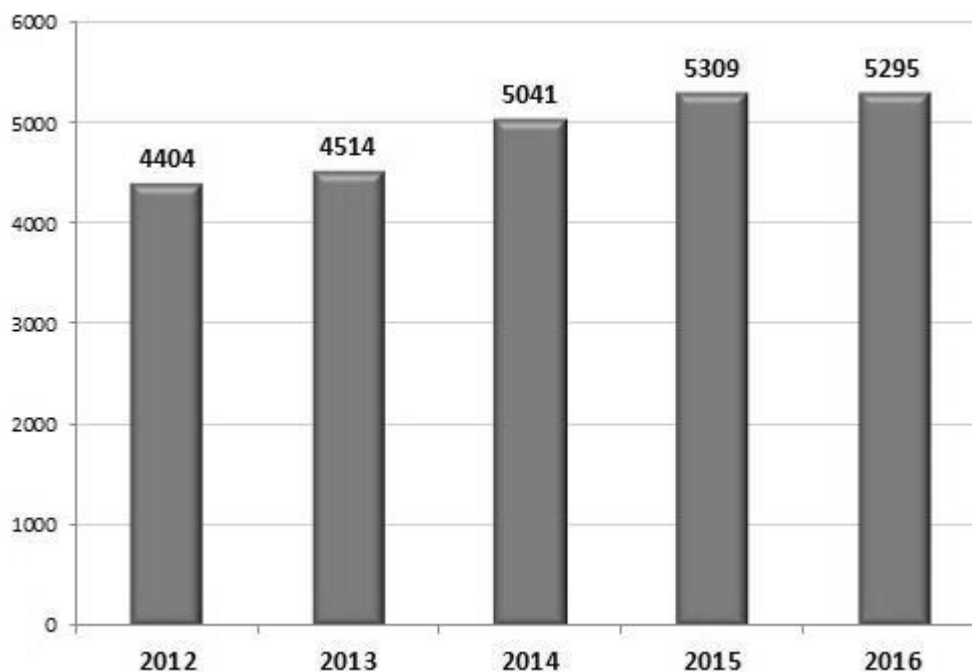


Рис. 84. Динамика количества судебно-гистологических экспертиз и исследований по РК за 2012-2016 гг.

СМЭ потерпевших, обвиняемых и других лиц, являющаяся одной из наиболее важных сфер деятельности судебно-медицинских экспертных учреждений, проводится на базе всех городских и районных отделений СМЭ и в самостоятельном структурном подразделении - отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц.

В 2016 г. впервые за последние 5 лет отмечается повышение числа указанного вида экспертиз - на 195 случаев или 1,3% (рис. 85). Из 15 578 экспертиз 15 343 (98,5%) были закончены в 2016 г. Основной объем выполняемой работы при экспертизах и обследованиях потерпевших обвиняемых и других лиц связан с оценкой вреда здоровью. Доля таких случаев в 2016 г. составила 96,4%.

По сравнению с 2012-2013 гг. количество экспертиз значительно сократилось, что отчасти связано со вступлением в силу изменений в Уголовно-процессуальный кодекс РФ, допускающих назначение экспертиз до возбуждения уголовного дела.

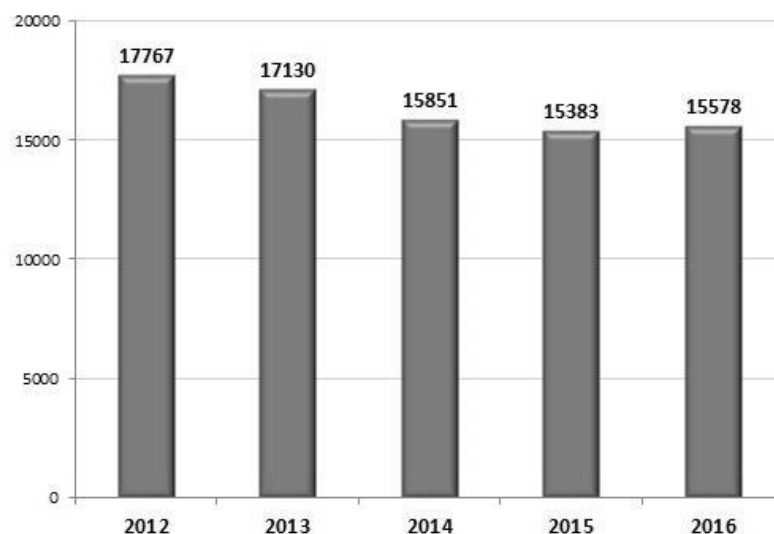


Рис. 85. Количество экспертиз и исследований потерпевших, обвиняемых и других лиц по РК за 2012-2016 гг.

Среди экспертиз потерпевших, обвиняемых и других лиц на втором месте по виду травматического воздействия находятся случаи автомобильной травмы, составляющие за последние 5 лет в среднем 13,1% (рис. 86). При этом за анализируемый период наблюдается снижение абсолютного количества случаев автомобильной травмы. В 2016 г. количество таких случаев на 10,4% меньше, чем в 2015 г., и на 38,7% меньше, чем в 2012 г.

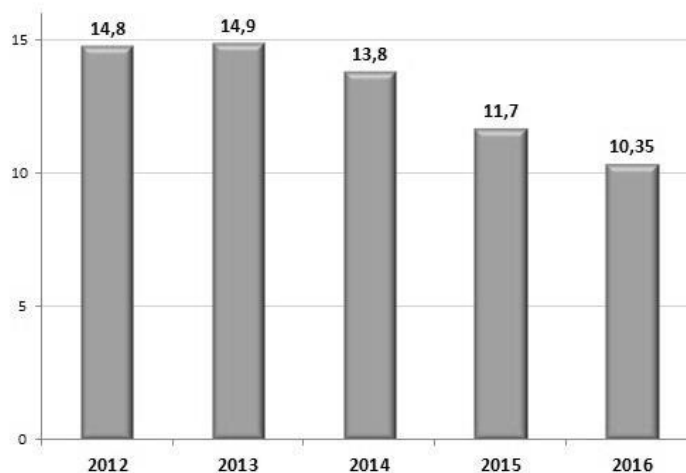


Рис. 86. Динамика удельного веса транспортной травмы от общего числа экспертиз потерпевших, обвиняемых и других лиц по РК в 2012-2016 гг., %

Сложные комиссионные экспертизы. В 2016 г. количество проведенных комиссионных экспертиз составило 228 случаев, что на 70 случаев (23,5%) меньше, чем в 2015 г. (рис. 87).

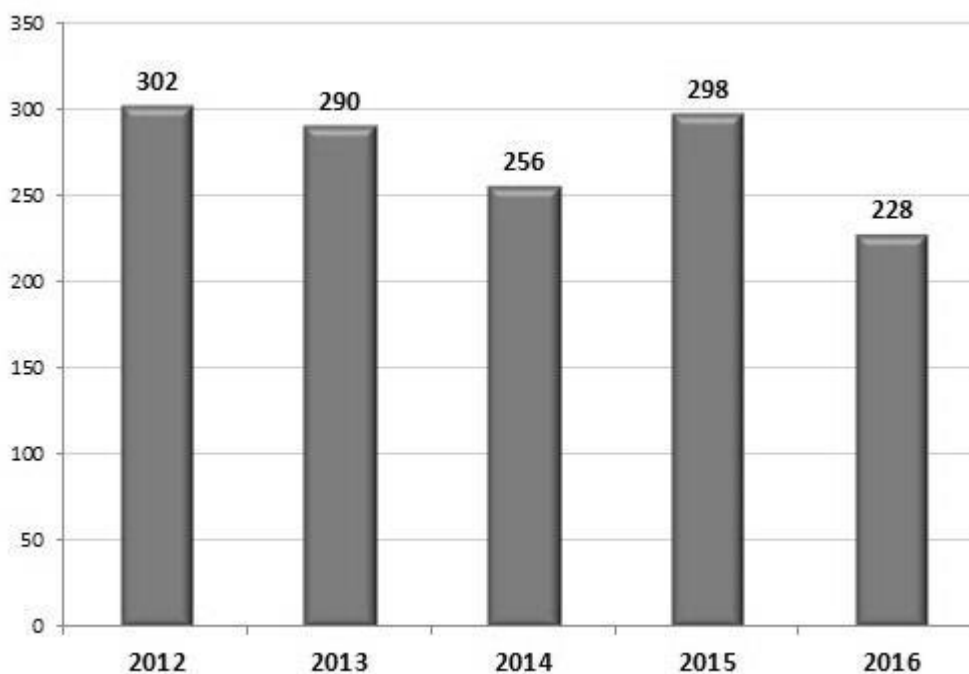


Рис. 87. Динамика числа комиссионных экспертиз по РК за 2012-2016 гг.

Количество экспертиз, проведенных по материалам уголовных дел (рис. 88), имеет тенденцию к росту, что связано и с изменениями в Уголовно-процессуальном кодексе РФ, и с возросшей активностью органов следствия при назначении комиссионных экспертиз.

Количество таких экспертиз в 2016 г. составило 131 случай, что в 1,9 раза больше, чем в 2012 г.

Количество экспертиз, проведенных по материалам гражданских дел, на протяжении последних 5 лет имеет тенденцию к снижению: за последние 5 лет снижение составило 111 случаев экспертиз (в 2,1 раза). Именно снижением количества экспертиз по гражданским делам обусловлено снижение общего числа выполненных комиссионных экспертиз.

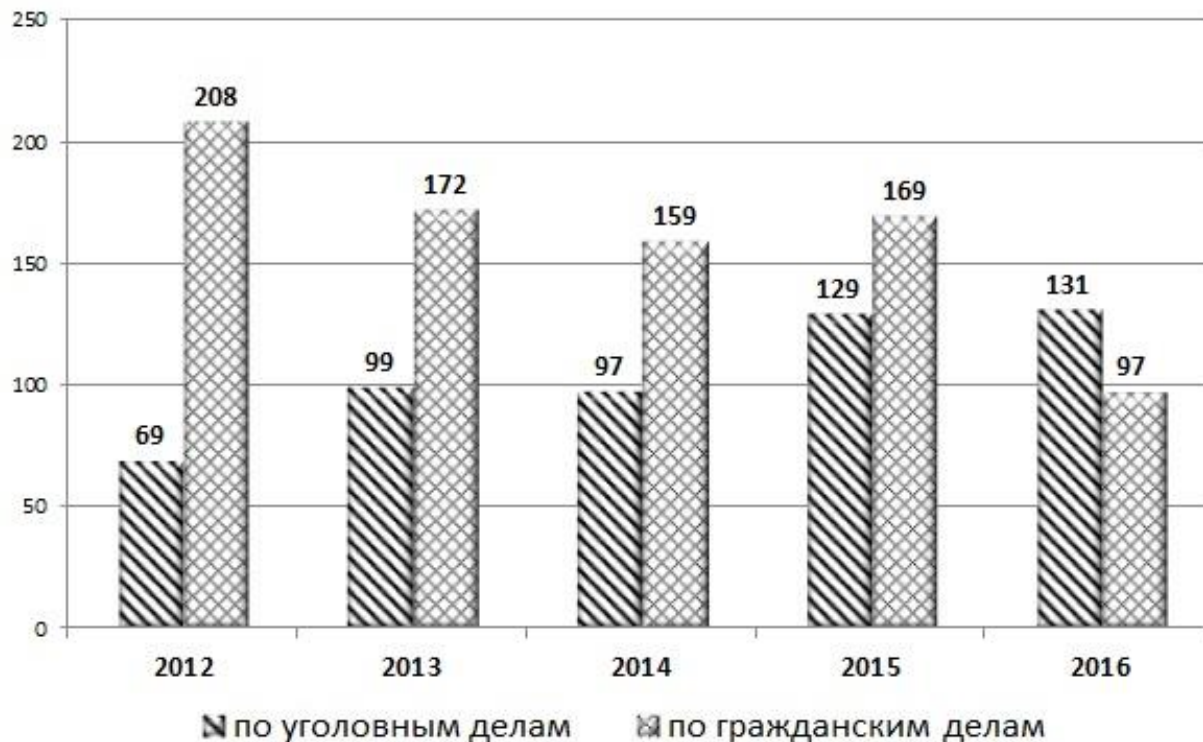


Рис. 88. Динамика количества комиссионных экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел по РК за 2012-2016 гг.

В 2016 г. выполнено 46 экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи (рис. 89), что на 30 случаев (39,5%) меньше, чем в 2015 г. Из общего числа указанного вида экспертиз 20 проведено по уголовным делам, возбужденным в отношении медицинских работников. Это на 9 экспертиз (31,0%) меньше, чем в 2015 г.

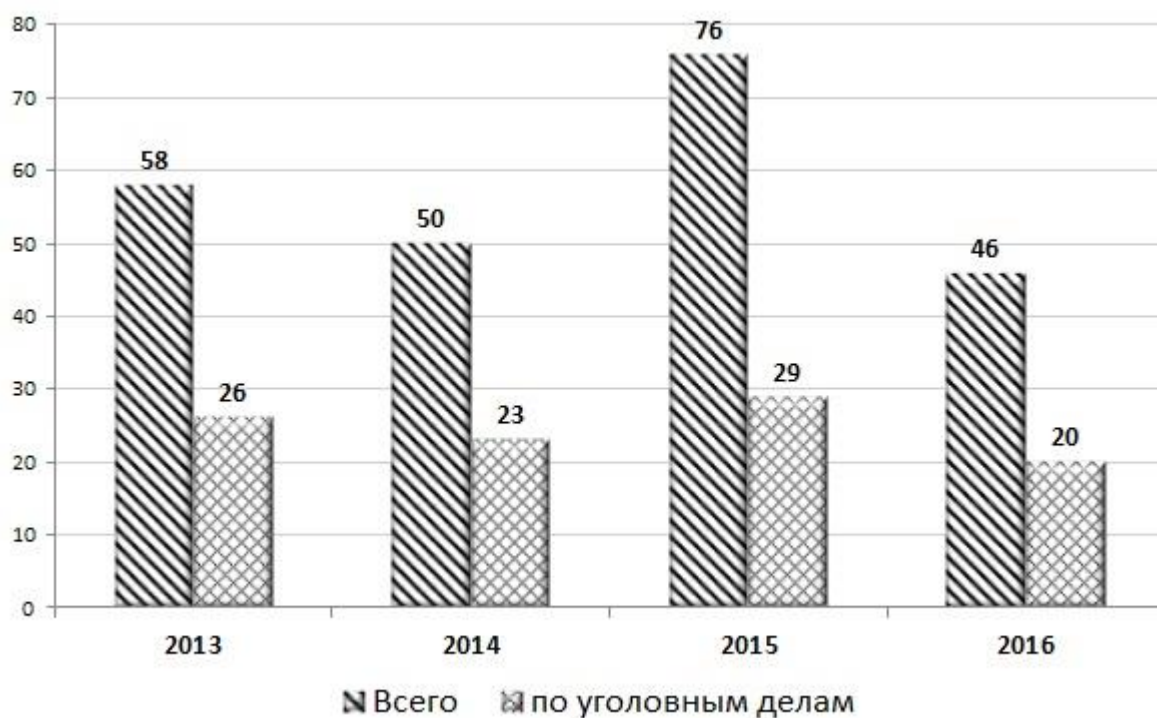


Рис. 89. Количество сложных комиссионных экспертиз по качеству оказания медицинской помощи по РК в 2013-2016 гг.

Структура медицинских специальностей, к которым были предъявлены претензии по качеству оказания медицинской помощи, представлена на рис. 90.

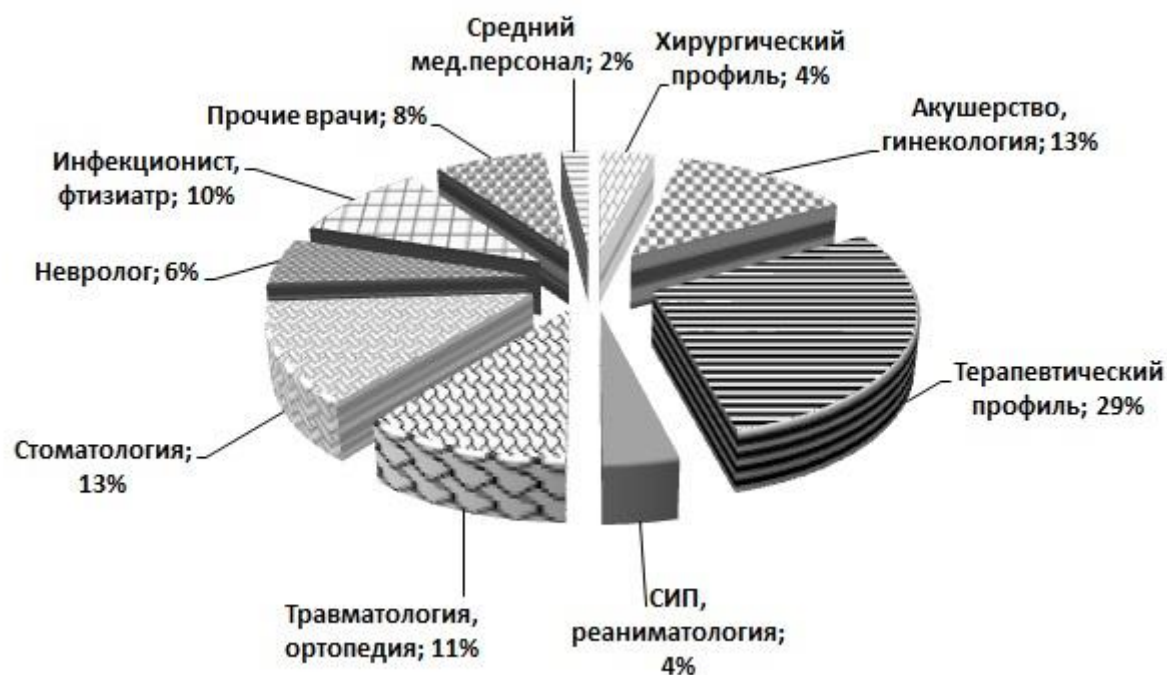


Рис. 90. Структура медицинских специальностей, к которым были предъявлены претензии в 2016 г.

В большинстве случаев (29%) претензии предъявлялись к специалистам терапевтического профиля. На втором месте (13%) - специалисты акушерско-

гинекологического и стоматологического профилей, на третьем - 11% - травматология и ортопедия.

Судебно-химические экспертизы (исследования) производят с целью выделения, идентификации и количественного определения или исключения ядовитых, наркотических и сильнодействующих веществ, продуктов их превращения, главным образом, в органах и биологических жидкостях организма человека, а также в фармацевтических препаратах, пищевых продуктах, напитках и предметах.

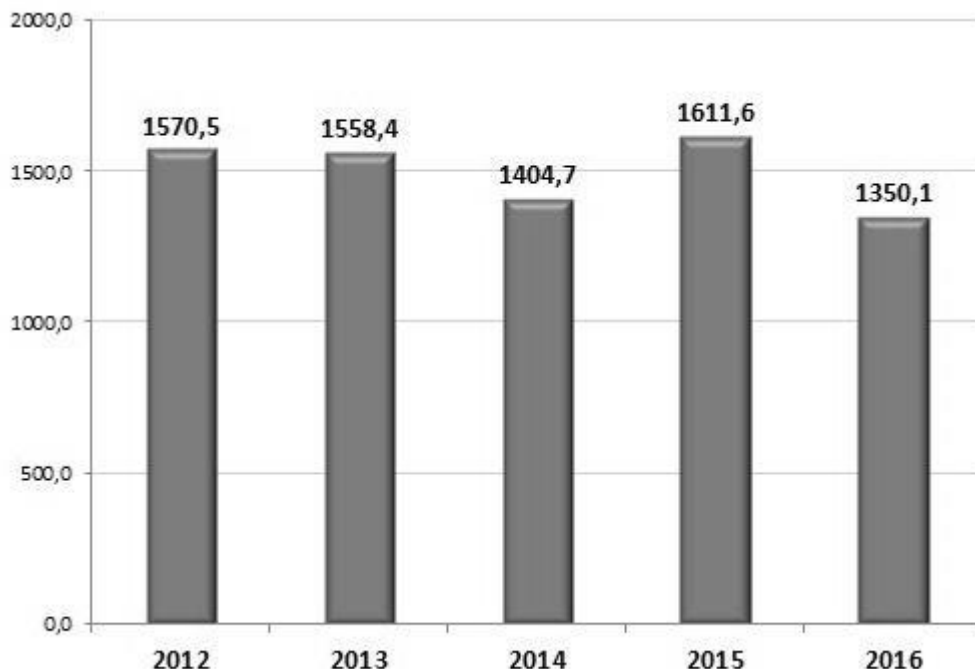


Рис. 91. Динамика количества полных судебно-химических анализов по РК за 2012-2016 гг.

До 2015 г. количество выполненных полных анализов постепенно снижалось, однако в 2015 г. в связи с необходимостью проведения большого количества химико-токсикологических исследований по обращениям граждан, данный показатель резко увеличился. В 2016 г. в связи с возникновением причин, препятствующих проведению химико-токсикологических исследований, количество выполненных полных анализов продолжило снижаться, уменьшившись по отношению к 2015 г. на 261,56 (16,2%), а по отношению к 2014 г. на 54,59 (3,9%) (рис. 91).

Объектами **судебно-биологических экспертиз** и исследований являются вещественные доказательства биологического происхождения: кровь, сперма, слюна, пот, волосы, выделения из носа и влагалища, моча, меконий, сыровидная смазка, околоплодная жидкость, лохии, женское молоко и молозиво, а также кости, различные ткани и органы.

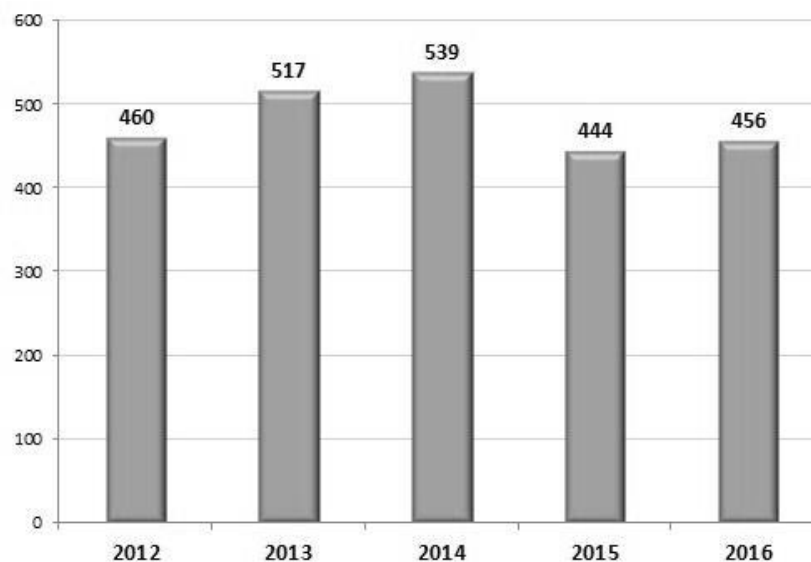


Рис. 92. Динамика количества судебно-биологических экспертиз и исследований по РК за 2012-2016 гг.

Количество судебно-биологических экспертиз и исследований связано с количеством соответствующих правонарушений и имеет волнообразную динамику с повышением в 2012-2014 гг., снижением в 2015 г. и незначительным повышением в 2016 г. В 2016 г. повышение относительно 2015 г. составило 12 экспертиз (2,7%) (рис. 92).

В 2016 г. был окончен этап внедрения молекулярно-генетических методов исследования и судебно-биологическое отделение перешло к рутинному их использованию. Соответственно количество данных исследований увеличилось на 93 случая (71,0%) по сравнению с 2015 г. Большую часть молекулярно-генетических экспертиз составляют экспертизы крови (70,8%), на втором месте - выделения (25,2%). Остальные виды экспертиз составляют менее 5%.

В 2016 г. эксперты учреждения 692 раза выезжали для осмотра трупа на месте происшествия или освидетельствований в случаях половых преступлений. Это на 39 случаев (5,3%) меньше, чем в 2015 г. Доля выездов на места происшествия в случаях убийств от общего числа выездов в 2016 г. составила 13,4%, что на 2,6% больше, чем в 2015 г.

6.10. О лицензировании медицинской деятельности.

В соответствии с подпунктом а) пункта 1 части 1 статьи 15 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с Положением о МЗ РК, утвержденным постановлением Правительства РК от 05.07.2012 г. №283 «О Министерстве здравоохранения Республики Коми», МЗ РК осуществляет переданные полномочия по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти).

Деятельность осуществляется в соответствии с федеральными нормативными актами и нормативными правовыми актами, принятыми на уровне РК:

- Конституция РФ (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.);
- Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 04.05.2011 г. №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- Федеральный закон от 26.12.2008 г. №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

- Федеральный закон от 27.07.2010 г. №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»;
- постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")»;
- постановление Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- постановление Правительства РФ от 23.11.2009 г. №944 «Об утверждении перечня видов деятельности в сфере здравоохранения, сфере образования и социальной сфере, осуществляемых юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью»;
- постановление Правительства РФ от 15.04.2013 г. №342 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам обращения лекарственных средств для медицинского применения»;
- постановление Правительства РФ от 21.11.2011 г. №957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности»;
- приказ МЗ РФ от 11.03.2013 г. №121н «Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»;
- приказ МЗ РФ от 27.12.2011 г. №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- приказ МЗ РФ от 08.10.2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;
- приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.06.1998 г. №186 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием»;
- приказ МЗ РФ от 07.10.2015 г. №700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»;
- приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»;
- приказ МЗ РФ от 03.08.2012 г. №66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»;
- приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2008 г. №176н «О номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»;
- приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 г. №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
- письмо МЗ РФ от 23.07.2013 г. №12-3/10/2-5338 «О некоторых вопросах оказания гражданам лечебно-профилактической помощи»;
- постановление Правительства РК от 05.07.2012 г. №283 «О Министерстве здравоохранения Республики Коми»;

- Указ Главы РК от 18.12.2012 г. №153 «Об утверждении Административного регламента исполнения государственной функции по лицензионному контролю при осуществлении медицинской деятельности медицинскими и иными организациями, индивидуальными предпринимателями»;

- Указ Главы РК от 17.06.2014 г. №60 «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)».

Административные регламенты, федеральные нормативно-правовые акты размещены на официальном сайте МЗ РК в сети "Интернет" по адресу www.minzdrav.rkomi.ru.

По итогам 2016 г. рассмотрено 23 заявления о предоставлении лицензии на медицинскую и фармацевтическую деятельность, предоставлено 23 лицензии, средний срок рассмотрения составил 29 рабочих дней.

Рассмотрено 168 заявлений о переоформлении лицензии, в том числе:

- в связи с изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, в связи с изменением видов работ, оказываемых услуг (127 заявлений);

- в связи с изменением наименования юридического лица и прочие (41 заявление).

Переоформлено всего 168 лицензия, средний срок рассмотрения заявлений составил:

- в случае переоформления лицензии в связи с изменением наименования юридического лица - 8 рабочих дней;

- в связи с изменением адресов мест осуществления деятельности, изменением видов работ, оказываемых услуг - 24 рабочих дня.

В 41 случае приняты решения о прекращении действия лицензии по заявлению лицензиата.

Осуществлялось взаимодействие с Управлением Роспотребнадзора по РК, Управлением Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии РК. Средний срок предоставления информации не превысил 5 рабочих дней.

В 2016 г. проведено 23 выездные проверки в отношении соискателей лицензии, 127 выездных проверок в отношении лицензиатов, по заявлениям о переоформлении лицензии, осуществлена 191 документарная проверка в отношении лицензиатов по заявлениям о переоформлении лицензии.

В соответствии с утвержденным планом проверок на 2016 г. проведено 13 плановых выездных проверок в отношении лицензиатов. По 11 проверкам были выявлены нарушения лицензионных требований: 40 нарушений, в том числе 30 грубых. Принято положительных решений судом в 2016 г. по результатам 10 проверок, общее количество административных наказаний составило 10, в том числе в 6 случаях предупреждения и в 4 случаях административный штраф.

2 плановые проверки были исключены из плана проведения проверок в связи с прекращением осуществления деятельности.

5 проверок не были проведены в связи с прекращением полномочий по контролю за соблюдением лицензионных требований с 03.10.2016 г.

Проведено 23 внеплановые проверка, в том числе 19 - по контролю за исполнением ранее выданного предписания. Проведено 4 внеплановых проверок в отношении лицензиатов по заявлению граждан. При 1 проверке установлено нарушение лицензионных требований. Принято положительных решений судом в 2016 г. в 2 случаях: наложен административный штраф в 1 случаях, в 1 случае - предупреждение. Общая сумма наложенных штрафов составила 136 тыс. руб., взыскано 100%.

Проверок, проведенных лицензирующим органом с нарушением требований законодательства РФ о порядке их проведения, по результатам выявления которых к должностным лицам применены меры дисциплинарного и административного наказания в 2016 г. не было.

Учитывая развитие сеть многофункциональных центров в РК в 2017 г. необходимо продолжить разъяснительную работу с соискателями лицензий и лицензиатами в части предоставления ими заявлений через многофункциональные центры, а также о предоставлении заявлений в электронной форме.

Для установления единого порядка лицензирования отдельных видов деятельности на территории РФ предлагаем разработать на федеральном уровне административный регламент предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук).

6.11. Результаты ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

За 2016 г. проведено 13 комплексных плановых выездных и документарных проверок по ведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе в части соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

Проведено 70 внеплановых проверок по соблюдению порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

Основные типичные нарушения, выявленные в результате ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в части соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

1. Не выполняются требования Федерального Закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- статьи 20: в части отсутствия добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство и отказ от него;

- статьи 48: в части отсутствия проведения консилиума у пациента с неясным диагнозом для установления состояния его здоровья, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию;

- статьи 67: в части отсутствия проведения патологоанатомических вскрытий в случаях до суточной летальности;

- статьи 90: при проведении внутреннего контроля в медицинских организациях не оценивается качество диспансерного наблюдения, соблюдение порядков, клинических протоколов, стандартов. По результатам внутреннего контроля, как правило, не принимаются управленческие решения с целью улучшения качества медицинской помощи.

2. Организация и оказание медицинской помощи не соответствует порядкам, утвержденным приказами МЗ РФ в части формирования штатного расписания и оснащения структурных подразделений. Не соблюдаются требования следующих приказов:

- от 15.11.2012 г. №923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»;

- от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»;

- от 15.11.2012 г. №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»;

- от 16.04.2012 г. №366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»;

- от 20.06.2013 г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;

- от 15.11.2012 г. №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»;

- от 15.05.2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

- от 21.12.2012 г. №1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»;
- от 21.12.2012 г. №1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»;
- от 22.11.2004 г. №255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»;
- от 15.11.2012 г. №928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;
- от 05.05.2012 г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
- от 15.11.2012 г. №918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
- от 13.11.2012 г. №910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями»;
- от 07.12.2011 г. №1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

3. Организация и оказание медицинской помощи не соответствует стандартам, утвержденным следующими приказами МЗ РФ:

- от 09.11.2012 г. № 708н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)»;
- от 17.09.2007 г. №600 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным астмой»;
- от 18.12.2007 г. №774 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом»;
- от 20.12.2012 г. №1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии»;
- от 28.02.2005 г. №169 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным железодефицитной анемией»;
- от 22.11.2004 г. №230 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда»;
- от 02.08.2006 г. №582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда»;
- от 20.12.2012 г. №1283н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при сердечной недостаточности»;
- от 22.11.2004 г. №229 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным стенокардией»;
- от 24.12.2012 г. №1513н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением»;
- от 24.12.2012 г. №1552н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инсулинозависимом сахарном диабете»;
- от 09.11.2012 г. №858н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете»;
- от 09.11.2012 г. №856н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при инсулинозависимом сахарном диабете»;
- от 28.12.2012 г. №1581н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете»;
- от 09.11.2012 г. №773н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки»;
- от 20.12.2012 г. №1282н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при инсульте»;

- от 02.08.2006 г. №582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда»;
 - от 24.12.2012 г. №1441н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи детям при лихорадке»;
 - от 11.09.2007 г. №582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинозависимым сахарным диабетом»;
 - от 11.02.2005 г. №123 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным артрозами»;
 - от 29.12.2012 г. №1658н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести, клинические рекомендации по диагностике и лечению пневмонии»;
 - от 09.11.2012 г. №741н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями»;
 - от 22.11.2004 г. №238 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным варикозным расширением вен нижних конечностей»;
 - от 07.11.2012 г. №684н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого I - II стадии (хирургическое лечение)»;
 - от 07.11.2012 №683н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA-IV стадии (хирургическое лечение)»;
 - от 13.06.2007 г. №419 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с эссенциальной первичной гипертензией (при оказании специализированной медицинской помощи)»;
 - от 29.12.2012 г. №1740н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга»;
 - от 24.12.2012 г. №1441 «Об утверждении стандарта скорой помощи детям при лихорадке»;
 - от 01.07.2015 г. №405 ан «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда»;
 - от 24.12.2012 г. №1387н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST».
4. Организация и оказание медицинской помощи не соответствует нормативным документам, утвержденным МЗ РК и МЗ РФ:
- приказу МЗ РК от 12.03.2010 г. №3/62 «О мерах по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в РК»;
 - приказу МЗ РК от 03.08.2009 г. №8/223 «О мерах по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с острыми нарушением мозгового кровообращения в Республике Коми»;
 - приказу МЗ РФ от 07.07.2015 г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
 - приказу МЗ РФ от 02.04.2013 г. №183н «Правила клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»;
 - методическим указаниям МЗ РФ от 22.06.2000 г. №2000/104 «Методика сердечно-легочной реанимации»;
 - приказу МЗ РК от 22.07.2013 г. №7/323 «Об организации ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;
 - приказу МЗ РК от 26.12.2003 г. №12/738 «Об улучшении оказания медицинской помощи»;
 - приказу МЗ РК от 11.08.2004 г. №8/375 «О показаниях к экстренной транспортировке больных и пострадавших в приемные отделения стационаров»;

- приказу МЗ РК от 26.12.2006 г. №12/185 «О совершенствовании деятельности республиканских реанимационно-консультативных центров для взрослых»;
- приказу МЗ РК от 24.07.2003 г. №7/458 «О единой хирургической тактике диагностики и лечения острых заболеваний брюшной полости».

По результатам проверок вынесено 43 предписания об устранении выявленных недостатков. Информация о выявленных нарушениях направлена в сектор лицензирования МЗ РК и Росздравнадзор по РК для принятия мер в рамках полномочий. Для проведения плановых и внеплановых проверок были привлечены главные внештатные специалисты МЗ РК, а также врачи, обладающие достаточным опытом работы в практическом здравоохранении.

В 2016 г. проведено 54 внеплановые документарные проверки по контролю исполнения предписаний. По результатам проверок 30 предписаний сняты с контроля как исполненные, по остальным предписаниям сроки выполнения были продлены (по ходатайствам руководителей медицинских организаций).

ГЛАВА 7. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Обеспечение населения в РК бесплатными лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания в 2016 г. осуществлялось в рамках:

- Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федерального Закона от 17.07.1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

- постановления Правительства РФ от 30.07.1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»;

- постановления Правительства РФ от 26.12.2011 г. №1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»;

- распоряжения Правительства РФ от 26.12.2015 г. №2724-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»;

- Закона РК от 12.11.2004 г. №55-РЗ «О социальной поддержке населения в РК»;

- постановления Правительства РК от 22.12.2015 г. №544 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов».

Реализация программы обеспечения населения необходимыми лекарственными средствами в рамках программы ОНЛП. В соответствии с Федеральным законом от 18.10.2007 г. №230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» с 2008 г. полномочия в части лекарственного обеспечения федеральных льготников переданы субъектам РФ.

Для реализации таких полномочий в республике создана система льготного лекарственного обеспечения населения.

Определена схема взаимодействия участников реализации программы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан республики.

Ежегодно по результатам торгов определяется уполномоченная фармацевтическая организация, которая оказывает услуги по товаросопровождению. Данная организация имеет аптечные учреждения во всех муниципальных образованиях республики.

В РК повсеместно введена компьютерная система учёта выписки и отпуска льготных лекарственных препаратов, введена электронная выписка льготных рецептов с формированием штрих-кодов, что позволяет оперативно выписывать льготные рецепты и осуществлять по ним отпуск лекарственных препаратов в аптеках.

В постоянном режиме реализуется комплекс мероприятий по оперативному перераспределению лекарственных препаратов для вновь выявленных больных, при смене схем лечения, убытию больных в случаях смены постоянного места жительства.

Внедрена система мониторинга реализации программы ОНЛП.

Количество «федеральных льготников» в течение последних лет сохраняется примерно на одном уровне (на начало года) с увеличением общего количества пациентов к концу года за счёт определения группы инвалидности гражданам (на 01.01.2010 г. -

33 434 чел., на 01.01.2011 г. - 34 433 чел.; на 01.01.2012 г. - 33 228 чел.; на 01.01.2013 г. - 32 093 чел.; на 01.01.2014 г. - 30 729 чел.; на 01.01.2015 г. - 29 020 чел.; на 01.12.2015 г. - 30 317 чел.; на 01.01.2016 г. - 27 668 чел. (всего на 01.01.2016 г. - 84 487 чел.); на 01.12.2016 г. - 28 514 чел.). Число пациентов, сохранивших право на получение социальной помощи, уменьшилось на 4,6%.

Динамика изменения количества льготных категорий граждан, сохранивших за собой право на получение набора социальных услуг в части бесплатного лекарственного обеспечения в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 г. №178-ФЗ (рис. 93).

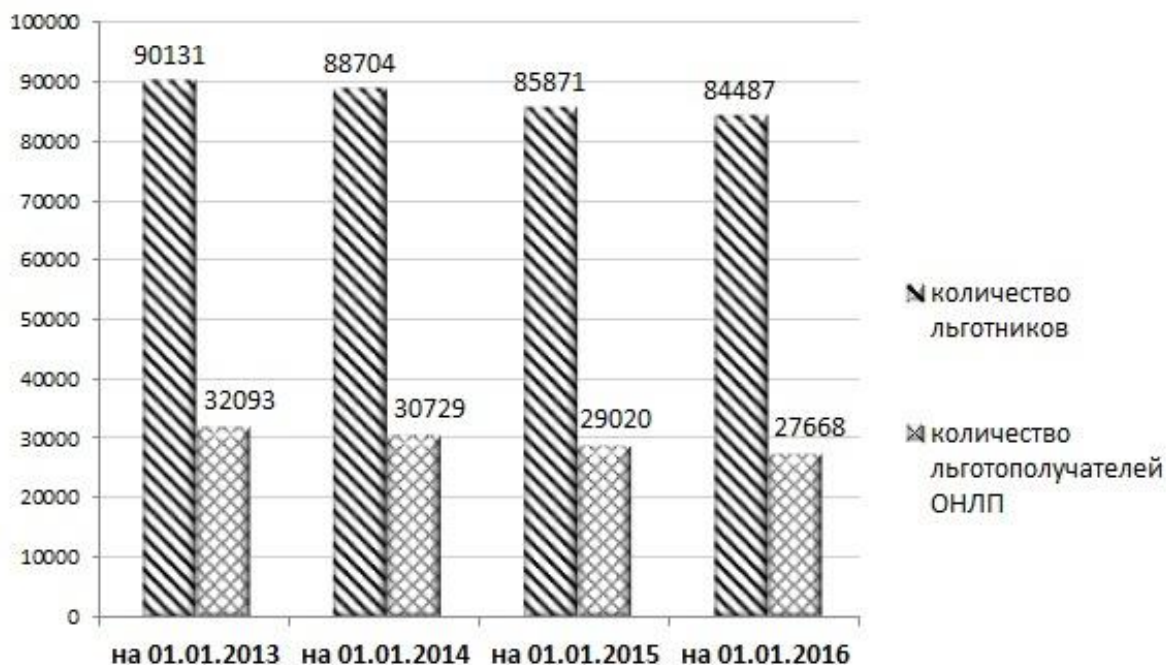


Рис. 93. Изменение численности льготополучателей РК за 2013-2016 гг. (ОНЛП)

Причины отказа от предоставления набора социальных услуг:

- не востребованность набора социальных в части бесплатного лекарственного обеспечения услуг частью граждан;
- потребность в медикаментах ниже суммы денежной компенсации;
- возможность одновременного получения денежной компенсации при отказе от набора социальных услуг в рамках программы ОНЛП и необходимых лекарственных препаратов в рамках постановления Правительства РФ от 30.07.1994 г. №890.

Основной проблемой обеспечения льготных категорий граждан в рамках федеральной программы ОНЛП можно отнести возможность отказа льготных категорий граждан от права на получение государственной социальной помощи в виде бесплатного лекарственного обеспечения и замена на денежную компенсацию.

Реализация данного права ведёт к увеличению нагрузки на республиканский бюджет РК, так как за такими пациентами сохраняется возможность получения бесплатных медикаментов в рамках реализации постановления Правительства РФ от 30.07.1994 г. №890. Замена пакета социальных услуг на денежный эквивалент не позволяет сохранять принцип солидарности при реализации Федерального закона от 17.07.1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Единый для всех территорий РФ норматив финансовых затрат на 1 льготника, установленный на федеральном уровне и рассчитываемый без учёта структуры заболеваемости в разных регионах РФ, не позволяет в полной мере обеспечить отдельные категории граждан всеми необходимыми для лечения пациентов препаратами в полном объёме.

Таблица 166

Динамика финансирования программы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан на территории РК в 2012-2016 гг.

Годы	Объем финансирования, млн. руб.	Количество пациентов, сохранивших право на получение социальной помощи, чел. По состоянию на 01 января	Подушевой норматив, руб.
2012	364,13	33 228	604
2013	373,60	32 093	638
2014	369,34	30 729	671
2015	357,26	29 020	707
2016	378,9	27 668	758

Для реализации программы ОНЛП в 2016 г. в РК в виде субвенций и межбюджетных трансфертов поступили средства федерального бюджета в размере 378,9 млн. руб., в том числе для оплаты государственных контрактов на оказание услуг по товаросопровождению в размере 22% от общей суммы финансирования (2015 г. - 357,26 млн. руб., 2014 г. - 369,20 млн. руб., 2013 г. - 373, 20 млн. руб., 2012 г. - 364,00 млн. руб.).

Общая сумма заключенных в 2016 г. контрактов на поставку лекарственных препаратов и медицинских изделий в рамках программы ОНЛП составила более 237,76 млн. руб. (2015 г. - 258,16 млн.руб., 2014 г. - 364,7 млн. руб., 2013 г. - 290,47 млн. руб., 2012 г. - 322,72 млн. руб.). Поставлено медикаментов на сумму 234,25 млн. руб. (2015 г. - 252,02 млн.руб., 2014 г. - 319,67 млн. руб., 2013 г. - 288,75 млн. руб., 2012 г. - 314,36 млн. руб.).

В 2016 г. более 17,14 тыс. чел. обеспечены бесплатными медикаментами по 278,15 тыс. рецептам (2015 г. – обеспечено 18,6 тыс. чел. медикаментами по 299,91 тыс. рецептам 2014 г. - обеспечено 21,1 тыс. чел. медикаментами по 414,3 тыс. рецептам; 2013 г. - обеспечено 23,3 тыс. чел. по 457,4 тыс. рецептам; 2012 г. - обеспечено 28,5 тыс. чел. по 509,34 тыс. рецептам; 2011 г. - обеспечено 23,0 тыс. чел. по 569,0 тыс. рецептам).

В 2016 г. льготные категории граждан обеспечены лекарственными препаратами на сумму 241 341,34 тыс. руб., средняя стоимость рецепта при этом составила 867,65 руб. (в 2015 г. - сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 288 420,37 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 961,67 руб.; в 2014 г. - сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 265 965,6 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 642 руб.; в 2013 г.- сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 296 720,0 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 648 руб.; в 2012 г. - сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 294 354,04 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 578 руб.; в 2011 г. – сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 316 441,42 тыс. руб., средняя стоимость рецепта - 556 руб.).

Среднее количество обеспеченных рецептов на 1 обеспеченного льготника в год составило 17 (в 2015 г. - 16 рецептов, в 2014 г. - 20 рецептов, в 2013 г. - 20 рецептов, в 2012 г. - 20 рецептов, в 2011 г. - 24 рецепта).

В отношении поставщиков, не исполняющих в полном объеме условия государственных контрактов, МЗ РК проводит претензионно-исковую работу.

Показатель удовлетворенности потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей инвалидов составил по итогам 2016 г. 99,94%.

Лекарственное обеспечение населения в рамках реализации региональной программы льготного лекарственного обеспечения. Финансирование программы осуществляется за счёт средств республиканского бюджета РК. Для реализации постановления Правительства РФ от 30.07.1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского

назначения» на 2016 г. из республиканского бюджета РК были выделены средства в размере 687 569,40 тыс. руб., (в 2015 г. - 688 519,84 тыс.руб., в 2014 г. - 564 638,7 тыс. руб., в 2013 г. – 361 500,0 тыс. руб., в 2012 г. - 198 260,0 тыс. руб., в 2011 г. - 163 440,0 тыс. руб.).

В 2016 г. более 45,51 тыс. чел. обеспечено бесплатными медикаментами по 447,83 тыс. рецептам (2015 г. - обеспечено 43,04 тыс. чел. по 274,4 тыс. рецептам, 2014 г. - обеспечено 41,1 тыс. чел. по 286,86 тыс. рецептам; 2013 г. - обеспечено 35,8 тыс. чел. по 234,3 тыс. рецептам; 2012 г. - обеспечено 35,9 тыс. чел. по 199,9 тыс. рецептам; 2011 г. - обеспечено 21,1 тыс. чел. по 100,6 тыс. рецептам).

В течение 2016 г. льготные категории граждан обеспечены бесплатными медикаментами на сумму 657 561,09 тыс. руб., средняя стоимость рецепта при этом составила 1468,31 руб. (в 2015 г. – на сумму 555 400,00 тыс. руб., средняя стоимость рецепта - 2024,05 руб., в 2014 г. - на сумму 504 080,17 тыс. руб., средняя стоимость рецепта - 1757,20 руб.; в 2013 г. - на сумму 343 361,21 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 1464,00 руб.; в 2012 г. - на сумму 220 334,7 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 1102,00 руб.; в 2011 г. - на сумму 117 244,43 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 1165 руб.).

Среднее количество обеспеченных рецептов на 1 обеспеченного льготника в год в 2016 г. составило 9 рецептов (в 2015 г. - 7 рецептов, в 2014 г. - 7 рецептов, в 2013 г. - 6 рецептов, в 2012 г. - 5 рецептов; в 2011 г. - 5 рецептов).

Количество обеспеченных пациентов постоянно увеличивается, в том числе, за счёт пациентов, которые отказываются от права на бесплатное лекарственное обеспечение в рамках программы ОНЛП.

Реализация программы обеспечения пациентов, страдающих высокочатными нозологиями (программа «7 высокочатных нозологий»). Обеспечение граждан, страдающих заболеваниями, включенными в 7 «высокочатных нозологий», осуществляется в рамках реализации постановления Правительства РФ от 26.12.2011 г. №1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей».

Закуп дорогостоящих препаратов осуществляет МЗ РФ на средства федерального бюджета.

По состоянию на 31.12.2016 г. в региональный сегмент Федерального регистра больных высокочатными нозологиями включено 855 больных, в том числе больных гемофилией 60 чел., гипофизарным нанизмом 39 чел., ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей 393 чел., муковисцидозом 22 чел., рассеянным склерозом 294 чел., после трансплантации органов и (или) тканей 47 чел.

За последние 6 лет рост количества пациентов, включённых в указанный Федеральный регистр, составил 68,6% (в 2011 г. - 507 чел.).

Объёмы поставленных дорогостоящих препаратов составили в 2016 г. более 271,41 млн. руб., в 2015 г. - более 274,30 млн. руб., в 2014 г. - 246,3 млн. руб., в 2013 г. - более 238,0 млн. руб.

Положительным моментом является также тот факт, что заявки субъектов РФ на поставку дорогостоящих препаратов формируются в течение последних 5 лет по потребности пациентов, а не в рамках ограниченного лимита финансирования.

С каждым годом увеличивается количество пациентов, которые имеют возможность и обеспечиваются дорогостоящими препаратами в рамках программы обеспечения больных по 7 «высокочатным нозологиям». Так, в 2013 г. лекарственными препаратами были обеспечены - 377 чел., в 2014 г. - 453 чел., в 2015 г. - 488 чел., в 2016 г. - 457 чел. Снижение стоимости препаратов повлияло и на среднюю стоимость рецепта: в 2013 г. она составляла 64,26 тыс. руб., 2014 г. - 60,48 тыс. руб., 2015 г. - 67,03 тыс. руб. Однако в

2015-2016 гг. имеет место рост средней стоимости рецепта (в 2016 г. до 67,03 тыс. руб.), что связано с колебанием курса валют и неустойчивостью товарных рынков дорогостоящих лекарственных препаратов.

Реализация программы обеспечения больных, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями (рис. 94). С принятием Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочия по организации обеспечения пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями переданы органам государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья.

Для реализации данных полномочий в настоящее время законодательно утверждены только перечень орфанных заболеваний (включает в себя 24 наименования) и порядок ведения федерального регистра лиц, страдающих данными заболеваниями.

В то же время отсутствуют утверждённые стандарты лечения, не утверждён перечень лекарственных препаратов для лечения таких заболеваний, не утверждён порядок обеспечения, в частности, финансовая составляющая процесса лекарственного обеспечения таких пациентов.

По состоянию на 31.12.2016 г. в региональном сегменте Федерального регистра состояло 122 пациента, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями (в 2015 г. - 122 чел., в 2014 г. - 112 чел., в 2013 г. - 91 чел., в 2012 г. - 62 чел.). Медикаментозной терапии лекарственными препаратами, не входящими в льготные перечни, требуют более половины из указанного контингента пациентов.

Для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями в 2016 г. за счёт средств республиканского бюджета РК были закуплены лекарственные препараты и специализированные продукты лечебного питания на сумму 151,0 млн. руб. (22,9% от общей суммы финансирования) (в 2015 г. были закуплены лекарственные препараты и специализированные продукты лечебного питания на сумму 233 млн. руб., в том числе за счёт средств республиканского бюджета РК на сумму 167,93 млн. руб., в 2014 г. - на сумму более 133 млн. руб., в 2013 г. - на сумму более 114,41 млн. руб.; в 2012 г. - на сумму более 86,2 млн. руб.).

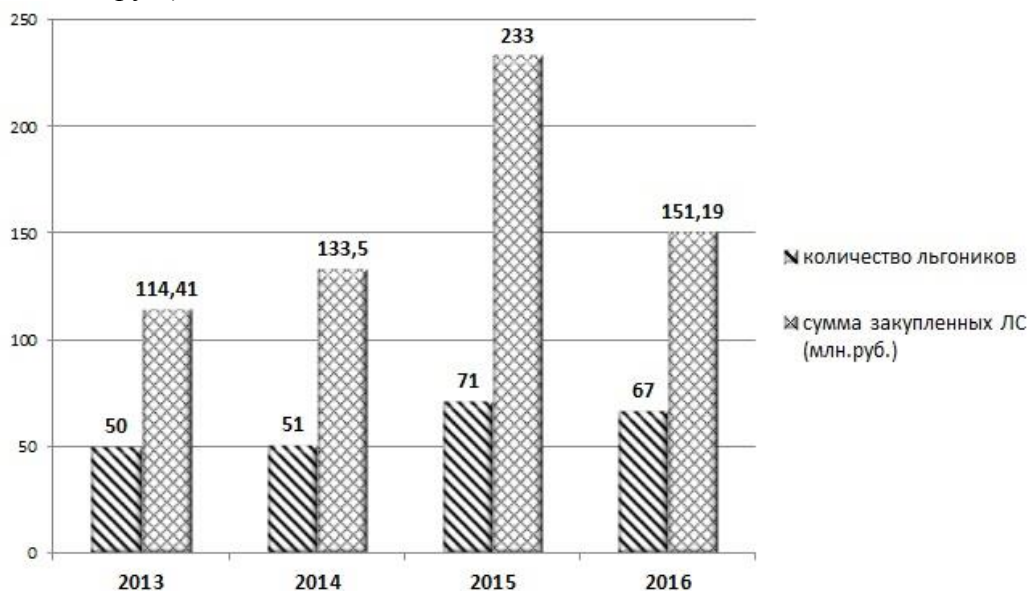


Рис. 94. Реализация переданных полномочий по обеспечению пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями в РК

Лекарственное обеспечение в рамках реализации Республиканского Закона от 12.11.2004 г. №55-РЗ. Для реализации Закона РК от 12.11.2004 г. №55-РЗ «О социальной

поддержке населения в РК» на 2016 г. утверждены бюджетные ассигнования в размере 2 000,0 тыс. руб. (2015 г. – 2 000,0 тыс. руб.). В 2016 г. закуп лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в рамках реализации данного закона МЗ РК не производился.

В связи с ежегодно уменьшающимся количеством пациентов, сохранившим право на получение бесплатных лекарственных препаратов согласно Закону РК от 12.11.2004 г. №55-РЗ, незначительностью суммой формируемых заявок и превышением лимита бюджетных обязательств по необходимым фармакологическим группам, осуществлять закуп лекарственных препаратов для категории граждан «Лица, проработавшие в тылу в тылу в период ВОВ не менее 6 месяцев, награждённые орденами и медалями СССР за самоотверженный труд в период ВОВ» и «Реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий» в рамках реализации Закона РК от 12.11.2004 г. №55-РЗ не представляется возможным.

Как правило, данные категории граждан по заболеванию обеспечиваются лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в рамках реализации постановления Правительства РФ от 30.07.1994 г. №890.

ГЛАВА 8. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Для достижения стратегических целей в области социального развития РК по преодолению тенденции неблагоприятного развития демографических процессов, улучшения здоровья и увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения органами исполнительной власти республики решаются следующие задачи:

- содействие распространению идеи привлекательности ЗОЖ,
- создание условий для развития в РК массового спорта и спорта высших достижений,
- предоставления населению общедоступных социальных оздоровительных, курортных и туристических услуг, услуг учреждений физической культуры и спорта.

В 2016 г. органами исполнительной власти РК (МЗ РК, Министерство образования РК, Агентство РК по физической культуре и спорту, Агентство РК по печати и массовым коммуникациям и др. ведомствами) проводилась работа по формированию ЗОЖ среди населения согласно утвержденным нормативно-правовым актам:

- постановление Правительства РК от 27.03.2006 г. №45 «О Стратегии экономического и социального развития РК на период до 2020 года»;
- распоряжения Правительства РК от 10.03.2016 г. №90-р «Об утверждении Комплексного плана мероприятий Правительства РК по реализации в 2016 году Стратегии социально-экономического развития РК на период до 2020 года и признании утратившими силу некоторых распоряжений Правительства РК»;
- распоряжение Правительства РК от 27.10.2015 г. №402-р «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению демографической ситуации в РК на 2015-2018 годы»;
- Закон РК от 21.12.2007 г. №124-РЗ «О некоторых вопросах в области охраны здоровья граждан в РК»;
- Закон РК от 04.10.2010 г. №115-РЗ «О молодежной политике в РК»;
- Закон РК от 26.11.2013 г. №114-РЗ «О некоторых вопросах в области охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территории РК»;
- Закон РК от 03.07.2012 г. №60-РЗ «Об установлении дополнительных ограничений розничной продажи алкогольной продукции на территории РК»;
- Закон РК от 07.12.2005 г. №135-РЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции на территории РК»;
- постановление Правительства РК от 11.12.2015 г. №524 «Об утверждении региональной программы РК «Обеспечение правопорядка и безопасности в РК на 2016 год»;
- постановление Правительства РК от 28.09.2012 г. №420 «Об утверждении Государственной программы РК «Развитие здравоохранения»;
- постановление Правительства РК от 28.09.2012 г. №411 «Об утверждении Государственной программы РК «Развитие образования»;
- постановление Правительства РК от 28.09.2012 г. №422 «Об утверждении Государственной программы РК «Развитие физической культуры и спорта»;
- распоряжение Правительства РК от 25.04.2016 г. №180-р «О реализации основных положений Послания Президента РФ Федеральному Собранию РФ от 3 декабря 2015 года»;
- распоряжение Главы РК от 26.09.2011 г. №304-р «Об организации взаимодействия территориальных органов федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти РК и органов местного самоуправления в РК с организациями (фондами), занимающимися реабилитацией и профилактикой наркозависимых граждан на территории РК»;

- распоряжение Правительства РК от 20.08.2014 г. №294-р «Об утверждении Плана мероприятий по профилактике пьянства и алкоголизма в РК на 2015-2017 годы»;
- распоряжение Правительства РК от 24.07.2014 г. №266-р «Об утверждении Плана профилактических мероприятий в муниципальных образованиях по предупреждению распространения туберкулеза на территории РК на 2014-2016 годы»;
- распоряжение Правительства РК от 08.05.2014 г. №143-р «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Основ государственной политики в области здорового питания населения на период до 2020 г. в РК на 2014-2020 годы».

Кроме того, в муниципальных образованиях РК утверждены и реализуются комплексные планы по формированию ЗОЖ, муниципальные программы по развитию физической культуры и спорта, возрождению традиционных видов спорта.

С 2009 г. в республике начато осуществление нового направления приоритетного национального проекта «Здоровье» по формированию ЗОЖ. В указанном направлении реализуются мероприятия, направленные на сохранение здоровья населения, пропаганду ЗОЖ, мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей, разработку индивидуальных подходов по формированию ЗОЖ, в том числе детям, борьбу с факторами риска развития заболеваний, просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем, предотвращение социально-значимых заболеваний, в том числе, среди детского населения, увеличение продолжительности активной жизни.

В рамках реализации указанного направления в РК организовано 5 Центров здоровья: 3 для взрослого населения в гг. Сыктывкар, Ухта, Воркута и 2 - для детей в гг. Сыктывкар, Ухта. Врачи-специалисты Центров здоровья прошли обучение на циклах тематического усовершенствования по формированию ЗОЖ и медицинской профилактике.

В течение 2016 г. в центрах здоровья было принято 18,5 тыс. чел., в том числе 7,4 тыс. детей. Факторы риска развития ХНИЗ выявлены у 65,9% из числа обратившихся. В учреждения здравоохранения ОЛС для консультации врачами-специалистами из центров здоровья было направлено 6,3 тыс. чел. В школах здоровья центров было обучено 23,8 тыс. чел., в том числе 11,6 тыс. детей.

Школы здоровья представлены следующими направлениями:

- школа артериальной гипертензии;
- профилактики костно-мышечной системы;
- профилактики бронхиальной астмы;
- профилактики сахарного диабета;
- школа здорового питания;
- прочие школы: профилактика табакокурения и алкоголизма, здоровье девушки и юноши, часто болеющих детей и др.

На базе Центра здоровья при Сыктывкарской детской поликлинике №3 функционируют «Школа избыточного питания», «Школа рационального питания» и «Школа недостаточного питания», в которых проводятся комплексные занятия с детьми (обучено в 2016 г. 317, 392 и 417 пациентов соответственно).

В дополнение к стационарным центрам здоровья в РК организована деятельность мобильных диагностических комплексов, обслуживающих население труднодоступных сельских районов.

В настоящее время в республике функционируют пять мобильных медицинских комплексов, закрепленных за ЦРБ и имеющих статус сельских межрайонных центров. За 2016 г. осуществлено 102 выезда, осмотрено 7,07 тыс. пациентов. С 2013 г. мобильные диагностические комплексы стали широко использоваться для целей всеобщей диспансеризации населения. В сельских территориях сформированы мобильные медицинские бригады, приобретено портативное диагностическое оборудование (ультразвуковое, электрокардиографическое, лабораторное и другое).

Помимо мобильных комплексов функционируют передвижные диагностические установки для проведения маммографического и флюорографического обследования. В 2016 г. маммографическое исследование на передвижных установках проведено в отношении 5 876 женщин, флюорографическое исследование - в отношении 27 651 чел.

В РК профилактика является приоритетом в сфере охраны здоровья населения и развития первичной медико-санитарной помощи.

С 2013 г. в регионе реализуется Государственная программа РК «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. №420, одним из направлений которой является реализация мероприятий по профилактике заболеваний и формированию ЗОЖ.

Основными мероприятиями Комплексного плана действий по реализации Государственной программы РК «Развитие здравоохранения» на 2016 г. и плановый период 2017 и 2018 гг. в части развития профилактики являются следующие:

- создание современной структуры медицинской профилактики и раннего выявления факторов риска основных ХНИЗ;
- профилактика вредных привычек у детей, формирование основ ЗОЖ среди детей и подростков в РК;
- ограничение потребления табака в РК;
- снижение распространенности факторов риска, связанных с питанием, у населения РК;
- повышение уровня физической активности населения РК;
- организация и проведение массовой диспансеризации населения в декретированных возрастных группах с целью обеспечения диагностики заболеваний на ранних стадиях патологического процесса.

Служба профилактической медицины в РК представлена одним центром медицинской профилактики, расположенном в г. Сыктывкаре на базе ГУ «Республиканский лечебно-физкультурный диспансер», и 10 отделениями медицинской профилактики, расположенными на базе ГБУЗ РК «Центральная поликлиника» г. Сыктывкара, ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3», ГБУЗ РК «Эжвинская городская поликлиника», ГБУЗ РК «Воркутинская поликлиника», ГБУЗ РК «Интинская ЦРБ», ГБУЗ РК «Княжпогостская ЦРБ», ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ», ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ», ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника», ГБУЗ РК «Усть-Куломская ЦРБ», а также 27 кабинетами медицинской профилактики, 5 Центрами здоровья (3 - для взрослых и 2 - для детей, размещенными в гг. Сыктывкар, Ухта, Воркута).

В целях совершенствования деятельности по организации и осуществлению профилактики ХНИЗ и проведению мероприятий по формированию ЗОЖ приказом МЗ РК от 10.03.2016 г. №3/110 на территории РК организован мониторинг деятельности медицинских организаций по профилактике заболеваний среди населения региона.

Во всех медицинских организациях проводится активная работа по профилактике ХНИЗ и формированию ЗОЖ, созданы и работают Школы здоровья (профилактики бронхиальной астмы, профилактики сахарного диабета, профилактики артериальной гипертензии, профилактики заболеваний костно-мышечной системы, коронарные клубы и др.).

Все кабинеты, отделения, центр медицинской профилактики, а также школы здоровья ведут постоянную работу:

- по информированию населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- по групповой и индивидуальной пропаганде ЗОЖ, профилактике возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.), формированию у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких, профилактике потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- по обучению граждан гигиеническим навыкам и мотивированию их к отказу от

вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;

- по обучению населения РК основам ЗОЖ, включая правила оказания первой медицинской помощи.

Сотрудниками медицинских организаций республики проводится санитарно-просветительская работа по здоровому питанию и обучение пациентов принципам рационального питания при заболеваниях.

В части профилактики ХНИЗ важная роль принадлежит всеобщей диспансеризации и профилактическим осмотрам взрослого населения. В 2016 г. завершен 1 этап диспансеризации в отношении 128 150 чел. (90,5% от годового плана). 2 этап диспансеризации проведен в отношении 28 387 чел. (22,2% от общего числа прошедших 1 этап диспансеризации).

В 2016 г. осуществлялся ежемесячный мониторинг факторов риска развития ХНИЗ по результатам диспансеризации. В динамике по сравнению с 2015 г. распространенность поведенческих факторов риска снизилась и составила:

- нерациональное питание - 22,4% (в 2015 г. - 34,7%);

- избыточная масса тела - 18,0% (в 2015 г. - 25,4%);

- потребление табака - 13,2% (в 2015 г. - 19,6%);

- низкая физическая активность - 12,2% (в 2015 г. - 21,2%);

- высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск (по шкале SCORE) - 8,1% (в 2015 г. - 12,8%);

- очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск (по шкале SCORE) - 2,9% (в 2015 г. - 4,4%);

- пагубное потребление алкоголя - 2,2% (в 2015 г. - 3,5%).

В соответствии с Федеральным законом от 23.02.2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», законом РК от 28.11.2013 г. №114-РЗ «О некоторых вопросах в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территории РК», приказами МЗ РФ от 30.09.2015 г. №683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию ЗОЖ в медицинских организациях» и от 30.06.2016 г. №446н «Об утверждении Порядка создания и функционирования «горячих линий», способствующих прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости» в 2016 г. продолжалась работа с жителями республики по преодолению привычки к табакокурению.

Приказом МЗ РК от 14.11.2016 г. №11/512 «О совершенствовании организации медицинской помощи населению РК по отказу от курения» предусмотрена подготовка специалистов по вопросам профилактического консультирования, направленного на прекращение потребления табака, а также на открытие и функционирование в медицинских организациях кабинетов оказания медицинской помощи и «горячих линий» по прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости. Начата широкомасштабная работа с несовершеннолетними по профилактике потребления табака, в т.ч. электронных сигарет.

Специалистами центров (отделений, кабинетов) медицинской профилактики активизирована работа в части координации деятельности по пропаганде медико-гигиенических знаний, формированию ЗОЖ и профилактике неинфекционных заболеваний между органами здравоохранения и заинтересованными министерствами, ведомствами, общественными организациями, обеспечено информационное сопровождение мероприятий по формированию ЗОЖ в средствах массовой информации.

Силами медицинских организаций республики с привлечением органов местного самоуправления в 2016 г. проведено более 100 акций, приуроченных к дням календаря ВОЗ, а также к 95-летию РК: 7 апреля - Всемирный день здоровья, 31 мая - Всемирный день без табака, 29 сентября - Всемирный день сердца, 14 октября - Всемирный день спирометрии и легочного здоровья, 29 октября - Всемирный день борьбы с инсультом.

В 2016 г. профилактической службой РК реализованы следующие проекты:

- проект «Тренинги Здоровья» - профилактика вредных привычек у детей, формирование основ ЗОЖ среди детей в РК (проведено 23 семинара-тренинга по вопросам «Профилактика потребления алкоголя, табака, наркотиков, спайсов» с охватом 880 учащихся).

- проект профилактической медицины «Автобус Здоровья», главной целью которого являлось повышение информированности населения г. Сыктывкара об основах здорового питания, как одного из основных факторов профилактики ХНИЗ, таких как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, заболевания органов пищеварения, онкологические заболевания. Проект реализован совместно с автономным научным объединением «Коми научный медицинский центр Северо-Западного отделения Российской Академии наук».

- проект «Здоровье-ТВ»: в медицинских организациях развернуто 26 телемедицинских комплексов, используемых для работы телевидения невестательного характера. На телевизионных панелях указанных комплексов постоянно демонстрируются ролики по формированию приверженности к ЗОЖ и профилактике вредных привычек (в 2016 г. проведен показ более 9 тыс. информационных и мотивирующих видеороликов антиалкогольной, антинаркотической и антитабачной направленности, а также по здоровьесберегающему поведению и ЗОЖ; ежедневный охват населения около 8,55 тыс. чел.).

- «Медицинский Вестник» - ведомственное печатное издание (в 2016 г. издано 3 выпуска общим тиражом 150 тыс. экземпляров). В издании нашли отражение аспекты ведения ЗОЖ, профилактической и клинической медицины, размещалась информация о развитии и достижениях отрасли здравоохранения РК. В соавторстве с главными внештатными специалистами МЗ РК освещены темы сохранения и укрепления здоровья, даны рекомендации по профилактике ХНИЗ.

Центром медицинской профилактики организованы и постоянно поддерживаются и наполняются контентом:

- 1 паблик в социальной сети «ВКонтакте»: Центр медицинской профилактики - https://new.vk.com/rcmp_rvfd (создан в 2016 г.);

- 4 группы в социальной сети «ВКонтакте», где размещаются актуальные материалы по профилактике ХНИЗ и ЗОЖ.

Профилактической службой республики в 2016 г. прочитано 47 456 лекций с охватом 256 145 чел.; проведено 63 радиопередачи, 6 087 телевизионных сообщений, 215 954 публикаций в печатных изданиях, 2 905 публикаций в интернете, 711 круглых столов, пресс-конференций с охватом 19 974 чел., 238 тематических вечеров и выставок с охватом 17 438 чел. Выпущено и размещено 9 106 санбюллетеней и плакатов, подготовлено 4 159 методических рекомендаций для медицинских работников, распространено буклетов, брошюр, памяток и листовок для населения в количестве 82 332 шт. по 59 темам.

В целях повышения квалификации медицинских работников в 2016 г. в рамках дистанционного обучения по профилактическим направлениям ведущими специалистами ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» проведены циклы «Планирование, осуществление и оценка научно обоснованных программ профилактики ХНИЗ», «Организация диспансерного наблюдения за больными с ХНИЗ и пациентами с высоким риском их развития», «Профилактика основных ХНИЗ», «Раннее выявление лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, и оказание им медико-профилактической помощи», «Организация и оказание помощи населению по преодолению потребления табака в системе здравоохранения», «Роль питания в профилактике ХНИЗ».

Основными задачами на 2017 г. в части профилактики являются:

1. Совершенствование и приведение в соответствие с приказом МЗ РФ от 30.09.2015 г. №683н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики ХНИЗ и проведения мероприятий по формированию ЗОЖ в медицинских организациях» структуры

регионального Центра медицинской профилактики.

2. Повышение квалификации медицинских работников по профилактическим направлениям.

3. Повышение уровня информированности населения о принципах формирования ЗОЖ, факторах риска развития ХНИЗ, необходимости ответственного отношения к своему здоровью и здоровью детей (в период проведения Акции, посвященных Дням, отмечаемых Организацией объединенных наций и Всемирной организацией здравоохранения).

4. Раннее выявление ХНИЗ и факторов риска их развития у взрослых и детей в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи при проведении диспансеризации и профилактических осмотров.

5. Диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ врачами терапевтического профиля и специалистами в рамках первичной медико-санитарной помощи.

6. Диспансерное наблюдение в кабинетах/отделениях медицинской профилактики пациентов со второй группой здоровья, у которых при отсутствии ХНИЗ имеется высокий риск их развития.

7. Повышение доступности и совершенствование помощи населению по отказу от потребления табака, в том числе тренинги с несовершеннолетними по профилактике табакокурения и потребления электронных сигарет, маршрутизация беременных, потребляющих табак, в кабинеты/школы отказа от курения, организация «горячих линий» по отказу от потребления табака.

8. Профилактика нерационального питания и ожирения среди населения.

9. Совершенствование профилактического направления деятельности с лицами старшего поколения и их родственниками.

10. Совершенствование методологии углубленного группового консультирования (школы здоровья): «Семейная школа профилактики сахарного диабета», «Семейная школа профилактики гипертонии», Школа «Стоп - стресс», «Школа для родственников граждан со снижением памяти и других когнитивных функций», «Школа профилактики ожирения».

11. Расширение межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики.

Иммунизация населения. В 2016 г. в РК не регистрировались случаи заболевания населения корью, полиомиелитом, дифтерией и эпидемическим паротитом. С 2012 г. не регистрируются случаи заболевания краснухой.

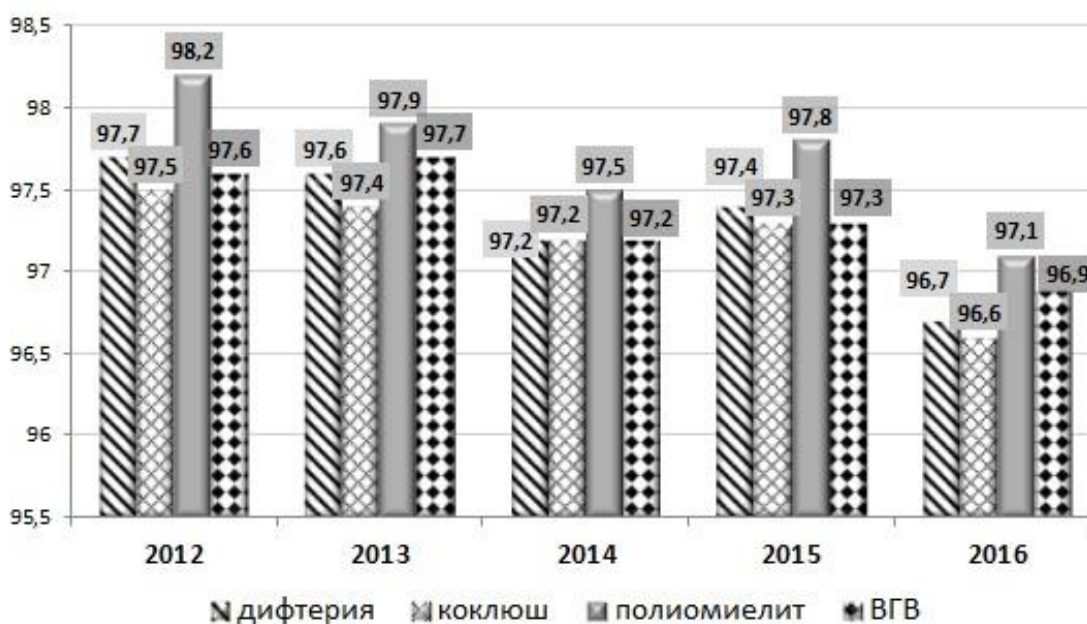


Рис. 95. Динамика своевременности проведения профилактических прививок в декретированные возраста к возрасту 12 мес. за 2012-2016 гг. (в %)

Складывающаяся ситуация по инфекционным заболеваниям, управляемым средствами специфической профилактики, является следствием огромной работы по организации и проведению иммунизации населения республики. Показатели своевременности проведения профилактических прививок в целом по республике в декретированные возраста (рис. 95) находятся выше рекомендованного 95%-ного уровня. Так, в возрасте 12 месяцев вакцинацию против дифтерии получили 96,7% детей, против коклюша - 96,6%, против полиомиелита - 97,1%, против вирусного гепатита В - 96,9%. К 24 месяцам ревакцинацию против коклюша имеют 96,5% детей, против дифтерии - 96,6%, вторую ревакцинацию против полиомиелита - 96,2%, вакцинацию против кори, эпидпаротита и краснухи - 97,9%. Вместе с тем, отмечается тенденция к снижению показателей (рис. 96).

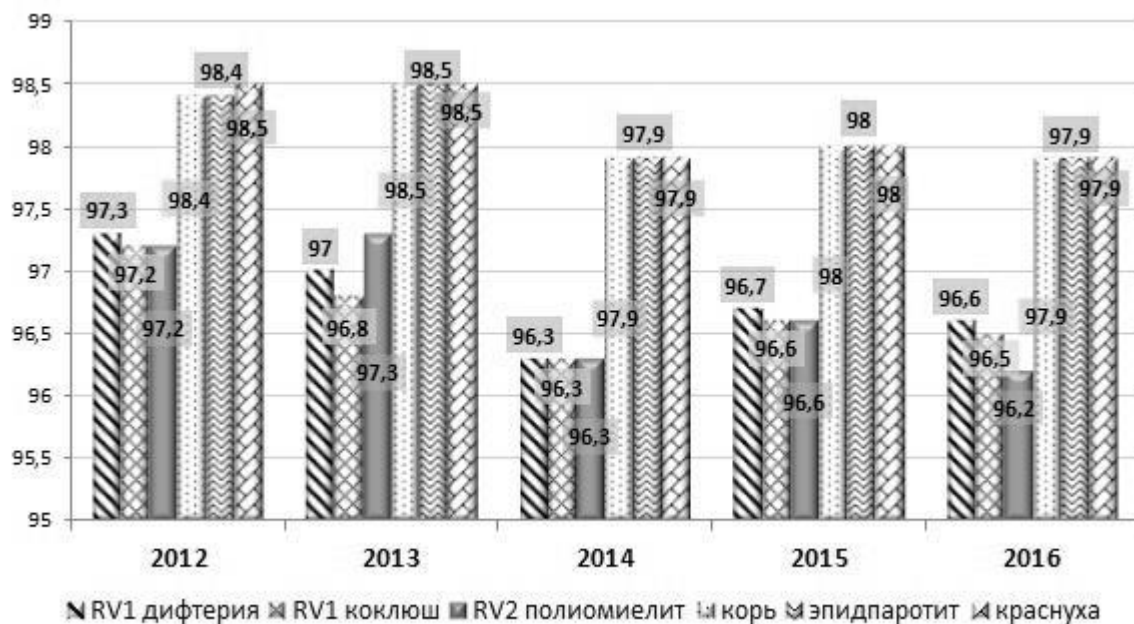


Рис. 96. Динамика своевременности проведения профилактических прививок в декретированные возраста к возрасту 24 мес. за 2012-2016 гг. (в %)

Наиболее проблемными моментами в организации иммунопрофилактики населения являются отказы от профилактических прививок и труднодоступные группы населения.

По состоянию на 31.12.2016 г. в соответствии с формой №6 «Сведения в соответствии о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» охват прививками против дифтерии детей до 14 лет составил 98,9%, подростков 15-17 лет - 99,96%, взрослых - 96,9%. Законченный курс вакцинации к 12 месяцам получили - 96,7% детей, законченный курс вакцинации и первую ревакцинацию к 24 месяцам - 96,6%.

За 2016 г. охват иммунизацией против полиомиелита детей до 15 лет составляет 99%. Законченный курс вакцинации против полиомиелита к 12 месяцам получили - 96,3% детей, законченный курс вакцинации, первую и вторую ревакцинацию к 24 месяцам - 96,3% детей. Охват третьей ревакцинацией детей 14 лет составил 97,7%.

Ежегодно проводится плановый серологический мониторинг уровня коллективного иммунитета к полиомиелиту в соответствии с требованиями нормативных и методических документов. Результаты серологического мониторинга за 2016 г.:

- 3-4 года - к первому типу полиовируса серопозитивных 100%, к III типу - 98,2% (108 из 110) серопозитивных, серонегативных - 2;

- 16 лет - к первому типу полиовируса серопозитивных 100%, к III типу - 91,3% (94 из 103) серопозитивных, серонегативных - 9.

В рамках Национальной программы профилактики кори в период верификации и элиминации в РФ, приоритетного национального проекта «Здоровье» в РК в 2016 г.

вакцинировано против кори 1 021 чел., ревакцинировано 3 439 взрослых до 35 лет, не привитых, привитых однократно и не имеющих сведений о прививках. Анализ состояния привитости взрослого населения республики в возрасте 18-35 лет в 2016 г. показал, что имеют ревакцинацию 95,7% при нормативном показателе 90% и рекомендуемом 95%.

Охват иммунизацией против кори детей выше рекомендованного 95%-ного уровня. Так, в возрасте 12 месяцев вакцинацию против кори в 2016 г. получили 96,5% детей, ревакцинацию в 6 лет получили 96,8% детей

В 2016 г. проведена вакцинация против кори 65 детей и 168 взрослых, против краснухи - 63 детей и 4 взрослых, вынуждено переселившихся с территории Украины.

В результате реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в РК в 2016 г. полностью завершена иммунизация против вирусного гепатита В контингентов взрослых, подлежащих прививкам в 2015 г. и не завершивших курс иммунизации. По данным формы №5 государственного статистического наблюдения «Сведения о профилактических прививках» вакцинировано против вирусного гепатита В 18 148 чел., в том числе детей - 10 932. В 2016 г. законченный курс вакцинации против вирусного гепатита В к 12 месяцам получили 96,4% детей. В возрасте 18-35 лет имеют иммунизацию 95,6% чел., 36-59 лет - 75,7%.

В 2016 г. охвачены вакцинацией против гриппа из всех источников финансирования 351 319 чел. или 41% от общей численности населения. В рамках национального календаря профилактических прививок были привиты против гриппа 100 800 детей и 236 160 взрослых. За счет других источников привиты 14 359 чел. (взрослые).

259 500 чел. (или 30% от общей численности населения РК) были привиты в рамках Национального календаря профилактических прививок за счет средств федерального бюджета, в том числе 79 000 детей и 180 500 чел. взрослых контингентов.

Из средств республиканского бюджета РК выделено 12 974,834 тыс. руб. на приобретение вакцин против гриппа. Приобретено 77 460 доз вакцин, из них 21 800 доз вакцины для детей и 55 660 доз вакцины для взрослых.

В соответствии с приказом МЗ РФ от 21.03.2014 г. №125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» и с целью снижения заболеваемости внебольничными пневмониями в 2015 г. была начата иммунизация против пневмококковой инфекции. В 2016 г. охвачено вакцинацией против пневмококковой инфекции 18 843 чел., в том числе 14 162 детей, ревакцинацией 6 325 чел., в том числе 6 238 детей.

Иммунизация детей до двух лет против пневмококковой инфекции проводилась в рамках национального календаря профилактических прививок за счет средств федерального бюджета.

МЗ РК были выделены целевые субсидии за счет средств республиканского бюджета РК государственным учреждениям здравоохранения для приобретения вакцин против пневмококковой инфекции для вакцинации детей от 2 до 5 лет, взрослых лиц, страдающих ХОБЛ, сердечной недостаточностью, СД и лиц, планируемых призыву на военную службу. Было охвачено вакцинацией детей от 2 до 5 лет - 5 000 детей (100% от плана), взрослых лиц старшего возраста, страдающих хроническими обструктивными болезнями легких - 1 421 чел. (94,7% от плана), хронической сердечной недостаточностью - 1 378 чел. (91,8% от плана), сахарным диабетом - 300 чел. (100% от плана), лиц, планируемых к призыву на военную службу - 1 635 чел. (96,2% от плана).

В рамках Национального календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям в РК проводится иммунизация населения против вирусного клещевого энцефалита, туляремии, бешенства, вирусного гепатита А, пневмококковой инфекции, сибирской язвы, ветряной оспы и менингококковой инфекции. В 2016 г. за счет средств республиканского бюджета РК было выделено 10 900,0 тыс. руб. на приобретение вакцины против гепатита А, 11 310,0 тыс. руб. - вакцины против клещевого энцефалита, 1 676,70 тыс. руб. - вакцины против туляремии, 15 000,0 тыс. руб. - вакцины против

пневмококковой инфекции, 462,00 тыс. руб. - вакцины против бешенства, 2 550,0 тыс. руб. - вакцины против менингококковой инфекции, 3 150,0 тыс. руб. - вакцины против ветряной оспы.

Иммунизация против клещевого вирусного энцефалита.

Во исполнение постановлений Главного государственного санитарного врача по РК от 25.03.2011 г. №4 «О дополнительных мерах, направленных на предупреждение заболеваний клещевым вирусным энцефалитом населения в РК» и от 21.03.2013 г. №2 «О включении в перечень эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту территорий Усть-Вымского района РК» в 2012-2016 гг. из средств республиканского бюджета РК медицинским организациям для проведения вакцинация против клещевого энцефалита населения 7 эндемичных территорий (г. Сыктывкар, Сыктывдинский, Койгородский, Сысольский, Прилузский, Усть-Куломский, Усть-Вымский районы) было выделено 57 607,0 тыс. руб., в том числе в 2012 г. - 2 367,6 тыс. руб., в 2013 г. - 14 868,0 тыс. руб., в 2014 г. - 19 794,3 тыс. руб., в 2015 г. - 9 267,1 тыс. руб., в 2016 г. - 11 310,0 тыс. руб.

За 2012-2016 гг. в целом по республике охвачены вакцинацией против клещевого энцефалита 82 018 чел., в том числе 19 648 детей, ревакцинацией 69 634 чел., в том числе 15 481 ребенок.

В целом иммунная прослойка в эндемичных территориях составляет 109 747 чел. или 40,7% от подлежащего населения (табл. 167, 168).

Таблица 167

Иммунная прослойка вакцинированных против клещевого энцефалита в 2016 г. в разрезе территорий РК

Территория РК / Показатель	Охват вакцинацией и ревакцинацией против клещевого энцефалита за 2014-2016 г (чел.)	Иммунная прослойка от подлежащего населения (%)
Сыктывкар	61932	34,5
Сыктывдинский	5806	32
Сысольский	7635	71,6
Койгородский	2779	52,9
Прилузский	11797	77,6
Усть-Вымский	9920	44,5
Усть-Куломский	9878	46,6

Таблица 168

Охват вакцинацией населения в эндемичных по клещевому энцефалиту территориях за 2012-2016 гг.

Территория РК / Показатель / Год	Иммунизация населения									
	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	V	RV	V	RV	V	RV	V	RV	V	RV
Сыктывкар	1807	2321	5434	1683	13884	3602	11722	12472	10399	9853
Сыктывдинский	1272	306	1677	1090	1468	1460	620	1270	234	754
Сысольский	1718	436	1125	1918	1629	1238	593	1779	549	1847
Койгородский	623	295	141	1157	550	429	51	673	254	822
Прилузский	1923	1097	2710	2484	1977	2432	1846	2264	301	2977
Усть-Куломский	2262	437	548	844	1707	1104	2006	1943	1088	2030
Усть-Вымский	4	137	318	133	2766	56	1596	1479	2383	1640
РК	9928	5459	12379	9810	24557	10989	18978	22596	16176	20780

В 2016 г. вакцинация против клещевого вирусного энцефалита проведена в отношении 16 176 чел., в том числе 4 488 детей, ревакцинировано 20 780 чел., из них 5 859 детей.

Иммунизация населения против вирусного гепатита А

На основании постановления заместителя Главного государственного санитарного врача по РК от 06.10.2014 г. №8 «О проведении вакцинации по эпидемическим

показаниям против вирусного гепатита А» для создания устойчивой эпидемиологической ситуации по вирусному гепатиту А на территории РК в 2016 г. продолжена вакцинация лиц из групп риска против вирусного гепатита А. В 2016 г. было привито 12 540 чел., в том числе 10 203 ребенка, что позволило регистрировать только спорадическую заболеваемость.

Иммунизация населения против туляремии

В целом по республике в 2016 г. охвачено вакцинацией против туляремии 1 052 чел. (105,2% от годового плана) и ревакцинацией 2 416 чел. (71% от годового плана).

Иммунизация против бешенства людей

Во исполнение постановления заместителя Главного государственного санитарного врача по РК от 27.03.2014 г. №3 «О проведении вакцинации по эпидемическим показаниям против бешенства» с 2014 г. проводится профилактическая иммунизация против бешенства контингентов риска на территории МОГО «Воркута», «Усинск», «Инта», МОМР «Ижемский», «Усть-Цилемский».

В 2016 г. охвачено профилактической вакцинацией против бешенства 434 чел. и ревакцинацией 184 чел. из групп риска.

Иммунизация против ветряной оспы и менингококковой инфекции

В 2016 г. иммунизация против ветряной оспы и менингококковой инфекции проводилась лицам, подлежащим призыву на военную службу. Всего было привито против ветряной оспы 344 призывника и против менингококковой инфекции 762 чел.

Иммунизация против сибирской язвы

В 2016 г. в связи со сложившимся эпидемиологическим неблагополучием по сибирской язве в Ямало-Ненецком автономном округе и в соответствии с постановлением Государственного санитарного врача по РК от 05.08.2016 г. №8 «О вакцинации населения РК против сибирской язвы» проводилась иммунизация против сибирской язвы контингентов, проживающих на территории стационарно неблагополучных пунктов по сибирской язве, оленеводов и членов их семей. Всего охвачено вакцинацией 996 чел. и ревакцинацией 34 чел.

Вопросы реализации национального календаря профилактических прививок ежегодно рассматриваются в ходе работы иммунологической комиссии РК, республиканских совещаниях с руководителями учреждений здравоохранения, районных и городских СПЭК, медицинских советах и на медицинских конференциях.

На республиканской СПЭК в 2016 г. были заслушаны следующие вопросы:

- Об итогах эпидемического подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ в сезоне 2015-2016 гг. и задачах на сезон 2016-2017 гг.;
- О предупреждении заболеваемости населения природно-очаговыми инфекциями на эндемичных территориях;
- Об усилении мероприятий, направленных на профилактику сибирской язвы в РК.

МЗ РК ежегодно организовываются и проводятся мероприятия в рамках Европейской недели иммунизации.

За 2016 г. было опубликовано 292 информации по вопросам иммунопрофилактики в городских и районных газетах и на Интернет-ресурсах. Проведены 3 пресс-конференции с участием главных внештатных специалистов МЗ РК по вопросам иммунопрофилактики инфекционных заболеваний. На всех сайтах медицинских организаций размещена информация по вопросам иммунопрофилактики. В течение 2016 г. специалистами медицинских организаций проведено 2 549 бесед с охватом 18 770 родителей в детских образовательных учреждениях, 289 лекций с охватом 2 089 родителей в школах по вопросам вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний. Проведен патронаж 85 семей, отказывающихся от прививок по религиозным соображениям и 226 социально неблагополучных семей.

ГЛАВА 9. РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения в медицинских организациях РК осуществляется в тесной взаимосвязи с Коми филиалом ФГБОУ ВО «Кировская ГМА» Минздрава РФ и медицинского института ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина».

Научно-исследовательские работы проводятся по приоритетным направлениям РАН в области медико-биологических наук «Фундаментально-прикладные аспекты адаптации человека на Севере. Географическая патология» как в рамках программ международного, федерального и регионального уровней, так и по инициативным планам и осуществляются в тесном сотрудничестве с Институтом физиологии, Институтом химии, Институтом Биологии, Институтом языка, литературы и истории Коми Научного центра УрО РАН, АНО «Коми научный медицинский центр» СЗО РАМН и ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина». Научные сотрудники этих организаций заведуют кафедрами и ведут преподавательскую деятельность в образовательных медицинских организациях.

Для Коми филиала ФГБОУ ВО «Кировская ГМА» Минздрава РФ и медицинского института ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина» традиционными являются следующие направления научных исследований:

- перинатология и репродуктивное здоровье женщин в условиях Европейского Севера;
- совершенствование системы медицинского сопровождения глубококондоношенных новорожденных с учетом условий региона;
- качество жизни больных с заболеваниями почек и сердечно-сосудистой системы;
- остеопороз;
- оказание экстренной помощи больным с ОКС;
- новые методы диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы;
- геропротекция сосудистой патологии нижних конечностей у северян;
- болезнь Гиршпрунга: инновации и методики;
- временные аспекты адаптации человека к условиям Севера;
- морфологические корреляты патологии в условиях Севера;
- метаболические основы здоровья человека на Севере;
- физиолого-биохимические закономерности формирования тканевой гипоксии у человека на европейском Севере;
- электрофизиологические механизмы адаптации сердца;
- совершенствование оказания неврологической и профпатологической помощи жителям Северных территорий (Республика Коми);
- проблемы нарушений эмоционального статуса у жителей высоких широт.

Функционирует научная школа д.м.н. Г.О. Пениной, основным направлением работы которой является «Совершенствование оказания неврологической и профпатологической помощи жителям Северных территорий (Республика Коми)». Исследования, проводимые в указанном направлении, позволяют научно обосновать организационные мероприятия по совершенствованию системы профпатологической медицинской помощи жителям Севера, работающим на горнодобывающих предприятиях.

Основными научными темами научной школы Г.О. Пениной являются следующие:

- Научное обоснование организационных мероприятий по совершенствованию системы профпатологической медицинской помощи жителям Севера, работающим на горнодобывающих предприятиях.

- Клиническое течение, качество жизни, повседневная активность и трудоспособность пациентов с мигренью (на примере Республики Коми).

- Клинико-эпидемиологическая характеристика, оптимизация диагностики когнитивных функций и качество жизни у пациентов с хронической ишемией головного мозга (дисциркуляторной энцефалопатией) в Республике Коми.

- Клинико-эпидемиологическая характеристика симптоматической эпилепсии у взрослых северян и качество жизни пациентов (на примере Республики Коми).

В течение 2016 г. было опубликовано 6 научных статей в рецензируемых научных изданиях, 26 статей в региональных журналах, 4 статьи в сборниках научных работ, в том числе, зарубежных. На съездах, конференциях и других научно-практических мероприятиях различного уровня сделан 41 доклад.

Кафедрами Коми филиалом ФГБОУ ВО «Кировская ГМА» Минздрава РФ в 2016 г. были организованы 3 научно-практических конференции, в том числе, совместно с Коми научным медицинским центром СЗО РАМН.

Реализация научной продукции осуществляется в форме внедрения результатов научно-исследовательских работ в практическое здравоохранение, учебный процесс, в выступлениях на научных форумах, в издании печатной продукции.

Основные научные направления, реализуемые в РК, в полной мере соответствуют профилю подготовки специалистов с высшим медицинским образованием. Наиболее значимые результаты научно-исследовательских работ находят отражение в лекционных курсах, практических занятиях со студентами. С целью совершенствования методик преподавания различных дисциплин и создания условий для наиболее полного овладения студентами методами диагностики, лечения и профилактики заболеваний кафедральными коллективами разрабатываются и издаются учебно-методические материалы.

В Коми филиале ФГБОУ ВО «Кировская ГМА» Минздрава РФ и медицинском институте ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина» систематически планомерно проводятся конференции по результатам научных исследований, тематические конференции по направлениям с изданием программ, материалов, тезисов. Ежегодно сотрудники указанных ВУЗов проводят региональную конференцию СЗФО совместно с Геронтологическим обществом при РАН. Традиционной стала научная конференция студентов и интернов.

ГЛАВА 10. РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РК

Государственная программа РК «Развитие здравоохранения» утверждена постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. №420, охватывает все направления деятельности отрасли здравоохранения региона. Реализация программы осуществляется по 10 подпрограммам с целью обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения РК, передовым достижениям медицинской науки.

В 2016 г. обеспечивалось повышение доступности и качества медицинской помощи населению РК. Основными направлениями в оказании медицинской помощи являлись развитие медицинской профилактики и специализированной медицинской помощи.

Медицинская помощь оказывалась гражданам в рамках ППГ. Установленные ППГ нормативы обеспечения населения медицинской помощью, позволяющие оценить доступность оказываемой медицинской помощи, исполнены на достаточном уровне.

В связи с организацией службы неотложной помощи в поликлиниках и переводом части объемов неотложной медицинской помощи со СМП на амбулаторно-поликлинический этап количество выполненных посещений в неотложной форме выросло на 13% в сравнении с 2015 г.

В сравнении с 2015 г. количество выполненных посещений с профилактической целью увеличилось на 2% и составило 98,5% от утвержденного норматива. Обеспечение приоритета профилактики и развития первичной медико-санитарной помощи позволило снизить количество обращений к врачу в связи с заболеваниями. В сравнении с 2015 г. количество обращений в связи с заболеванием снизилось на 7,7% и составило 99,8% от утвержденного норматива.

В стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществлялось внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи за результат - законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний. В результате средняя длительность лечения в условиях дневного стационара снизилась на 3,5%, в стационарных условиях - на 1,7%, выросла интенсивность использования коечного фонда. Норматив количества случаев лечения в условиях дневного стационара выполнен на 101,5% от утвержденного норматива и на 3% выше уровня 2015 г., норматив количества госпитализаций выполнен на 101,7%.

Увеличение объемов стационарозамещающих видов помощи, применение современных технологий в лечении больных позволило снизить количество госпитализаций в стационар на 1,7% в сравнении с 2015 г.

Развитие трехуровневой системы организации медицинской помощи на территории РК, предусматривающей создание межмуниципальных центров на втором уровне и концентрацию специализированной помощи на 3 уровне, позволило увеличить объем ВМП в 2016 г. на 14%.

Средний показатель укомплектованности в государственных учреждениях здравоохранения врачами на 01.01.2017 г. составляет 51,8%, средним медицинским персоналом - 67,9% (на 01.01.2016 г. - 51% и 71,8% соответственно). Основной причиной сохраняющейся неблагоприятной кадровой ситуации является «старение» медицинских кадров, приток молодых специалистов не перекрывает убытие медицинских работников.

В рамках реализации программы «Земский доктор» на работу в учреждения здравоохранения прибыло 45 врачей (в учреждения, расположенные в сельской местности), 11 средних медицинских работников ФАПов, 29 врачей наиболее востребованных (дефицитных) специальностей. Реализация программы «Земский доктор» позволила значительно повысить укомплектованность медицинских организаций,

расположенных в сельской местности, врачами (с 18,2 человек на 10 тыс. населения в 2011 г. до 22,5 человек на 10 тыс. населения по итогам 2016 г.).

В результате проведения всеобщей диспансеризации населения 34 ЛПУ РК, в том числе 5 негосударственными, завершена диспансеризация в отношении:

128,2 тыс. чел. из числа определенных групп взрослого населения (90,5% от годового плана), из них: работающих граждан - 71 940 чел., неработающих граждан - 53 764 чел., обучающихся в образовательных организациях по очной форме - 2 446 чел., инвалидов и участников Великой Отечественной войны - 880 чел., представителей коренных малочисленных народов Севера - 12 чел.;

1 389 детей из числа детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях (100% от годового плана).

В 2016 г. всеми учреждениями здравоохранения ОЛС проведено 1,6 тыс. выездных акций с охватом медицинскими осмотрами, диагностическими исследованиями и консультациями специалистов более 116,8 тыс. человек, проживающих в сельской местности.

В 2016 г. в государственную собственность было приобретено 5 ФАПов в 4 муниципальных образованиях РК (ФАП в пст. Студенец Усть-Вымского района, ФАП в м. Ачим Княжпогостского района, ФАП в пст. Яснэг Сыктывдинского района, ФАПы в пст. Поляна и пст. Вис Сосногорского района).

В целом из 221 мероприятия государственной программы в полном объеме выполнены 209 (91,8 % от общего числа мероприятия госпрограммы). Эффективность реализации подпрограммы оценивалась по 72 показателям. По итогам 2016 г. достигнуто целевое значение по 55 показателям (76,4% от общего числа показателей госпрограммы). Общее освоение средств республиканского бюджета РК по итогам реализации госпрограммы в 2016 г. составило 97,4% (плановое финансирование - 12 609 089,8 тыс. руб., фактическое исполнение - 12 280 962,9 тыс. руб.), в том числе в разрезе главных распорядителей бюджетных средств:

МЗ РК: освоение - 97,5% (плановое финансирование - 12 375 734,0 тыс. руб., фактическое исполнение - 12 065 865,6 тыс. руб.);

Министерство архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РК: освоение - 91,5% (плановое финансирование - 208 605,7 тыс. руб., фактическое исполнение - 190 791,1 тыс. руб.).

Министерство РК имущественных и земельных отношений: освоение - 98,2% (плановое финансирование - 24 750,0 тыс. руб., фактическое исполнение - 24 306,0 тыс. руб.).

Освоение средств республиканского бюджета РК по итогам 2016 г. в разрезе подпрограмм следующее:

подпрограмма 1: освоение - 92,9% (плановое финансирование - 776 320,7 тыс. руб., фактическое исполнение - 721 088,4 тыс. руб.);

подпрограмма 2: освоение - 98,2% (плановое финансирование - 2 305 566,1 тыс. руб., фактическое исполнение - 2 264 955,2 тыс. руб.);

подпрограмма 3: освоение - 98,0% (плановое финансирование - 303 851,3 тыс. руб., фактическое исполнение - 297 688,6 тыс. руб.);

подпрограмма 4: освоение - 95,6% (плановое финансирование - 520 761,3 тыс. руб., фактическое исполнение - 497 996,6 тыс. руб.);

подпрограмма 5: освоение - 85,8% (плановое финансирование - 223 158,3 тыс. руб., фактическое исполнение - 191 514,7 тыс. руб.);

подпрограмма 6: освоение - 81,0% (плановое финансирование - 99 955,1 тыс. руб., фактическое исполнение - 81 008,5 тыс. руб.);

подпрограмма 7: освоение - 88,6% (плановое финансирование - 1 154 955,2 тыс. руб., фактическое исполнение - 1 023 852,8 тыс. руб.);

подпрограмма 8: освоение - 99,7% (плановое финансирование - 7 224 521,7 тыс. руб., фактическое исполнение - 7 202 858,2 тыс. руб.).

Освоение средств территориального государственного внебюджетного фонда составило 99,9% (плановое финансирование - 14 104 530,6 тыс. руб., фактическое исполнение - 14 086 945,2 тыс. руб.).

Во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» МЗ РК проводится работа по обеспечению достижения целевых индикаторов следующих показателей:

- смертность от БСК;
- смертность от новообразований (в том числе от злокачественных);
- смертность от туберкулеза;
- смертность от ДТП;
- младенческая смертность.

Смертность от болезней системы кровообращения. Плановый показатель на 2016 г. составил 504,1 на 100 тыс. населения, фактический показатель - 551,0. Отклонение от планового значения составляет +9,3%, в сравнении с аналогичным периодом 2015 г. показатель уменьшился на 4,2% (575,4).

Факторы, негативно влияющие на показатель:

- дефекты наблюдения за диспансерной группой пациентов;
- дефекты организации раннего выявления БСК;
- достаточно высокий уровень алкоголизации населения, что обуславливает алкоголь-ассоциированные причины смерти от БСК;
- отсутствие здоровьесберегающего поведения;
- недостаточная работа ОЛС в части диагностики и лечения пациентов с БСК;
- отдаленность некоторых районов РК от сосудистых центров и отделений;
- дефицит медицинских кадров.

Необходимые меры, обеспечивающие достижение:

- широкое информирование населения о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, здоровьесберегающем поведении;
- пациентоориентированная модель развития первичной медико-санитарной помощи;
- организация и развитие сети сосудистых центров;
- развитие санитарной авиации;
- дальнейшая реализация мероприятий по подготовке и привлечению квалифицированных врачебных кадров.

Мероприятия по снижению смертности от БСК реализуются с использованием принципов проектного управления. Утверждена проектная инициатива «Организация и развитие сети сосудистых центров в Республике Коми». Проектом предусмотрена организация ПСО в г. Инта, реализация возможности консультирования в круглосуточном режиме данных компьютерной томографии и коронарной ангиографии специалистами РСЦ, модернизация сосудистых центров (приобретение ангиографов).

Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных). Плановый показатель на 2016 г. составил 188,8 на 100 тыс. населения, фактический показатель - 204,8. Отклонение от планового значения составляет +8,5%, в сравнении с аналогичным периодом 2015 г. показатель уменьшился на 0,5% (205,9).

Факторы, негативно влияющие на показатель:

- дефекты организации раннего выявления ЗНО;
- недостаточная доступность специализированной онкологической помощи.

Необходимые меры, обеспечивающие достижение:

- реализация программ повышения квалификации медицинских работников ОЛС;
- повышение эффективности ранней диагностики ЗНО;

- оснащение оборудованием для проведения скринингов;
- повышение доступности специализированной онкологической помощи с организацией проведения химиотерапии в городах Печора, Усинск, Инта;
- организация проведения удаленных консультаций;
- строительство корпуса онкологического диспансера.

Мероприятия по снижению смертности от новообразований реализуются с использованием принципов проектного управления. Утверждена проектная инициатива «Повышение эффективности ранней диагностики злокачественных новообразований и доступности специализированной онкологической помощи в Республике Коми в 2016-2018 гг.», в рамках которой предусмотрено приобретение в 2017 г. оборудования (маммографов стационарных УЗИ-аппаратов, эндоскопического оборудования) для учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, организация дистанционного консультирования больных.

Смертность от туберкулеза. Плановый показатель на 2016 г. составил 12,5 на 100 тыс. населения, фактический показатель - 8,3. Целевое значение показателя достигнуто с улучшением (ниже планового значения в 1,5 раза), показатель уменьшился в сравнении с аналогичным периодом 2015 г. на 24,5% (11,0).

Для сохранения тенденции к снижению показателя необходима реализация плана мероприятий по снижению смертности от туберкулеза на 2017 г., а также Комплексного плана взаимодействия с ГУФСИН России по РК.

Смертность от ДТП. Плановый показатель на 2016 г. составил 11,8 на 100 тыс. населения, фактический показатель - 11,7. Целевое значение показателя впервые за пять лет достигнуто (фактическое значение показателя ниже целевого на 0,8%), показатель уменьшился в сравнении с аналогичным периодом 2015 г. на 22,5% (15,1).

Для сохранения тенденции к снижению показателя необходима реализация следующих мер:

- совершенствование организации службы СМП, предусматривающее создание единой центральной диспетчерской службы в каждой территории РК;
- соблюдение схем маршрутизации пострадавших при ДТП в травмоцентры в соответствии с утверждёнными схемами территориального зонирования;
- оказание медицинской помощи пострадавшим при ДТП в строгом соответствии с клиническими рекомендациями;
- повышение квалификации медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим с различными травмами, полученными в результате транспортных несчастных случаев.

Младенческая смертность. Плановый показатель на 2016 г. составил 5,7 на 1 тыс. родившихся живыми, фактический показатель - 5,4. Целевое значение показателя достигнуто с улучшением (ниже планового значения на 5,3%), однако вырос в сравнении с аналогичным периодом 2015 г. на 17,1% (4,61).

Факторы, негативно влияющие на показатель:

- преждевременные роды;
- удельный вес женщин с тяжёлой экстрагенитальной патологией и отягощённым акушерским анамнезом;
- кадровый дефицит специалистов перинатальной службы;
- недостаточное техническое оснащение перинатальной службы;
- дефицит площадей в родовспомогательных учреждениях, что сдерживает развитие новых технологий.

Необходимые меры, обеспечивающие достижение:

- реализация медицинских и экономических мер стимулирования рождаемости (ЭКО, социальные выплаты и прочее);

- наличие регулярного транспортного сообщения, маршрутизации беременных с угрозой преждевременных родов и наличие в медицинских организациях первого уровня антагонистов окситоцина;

- экономические меры стимулирования рождения первого ребёнка, поддержка студенческих семей и др., реализация комплекса мероприятий по снижению абортов;

- социальные меры поддержки молодых специалистов, обеспечение служебным жильём;

- регулярное обновление парка реанимационного и реабилитационного оборудования, реконструкция и строительство учреждений родовспоможения и детства.

Проектная деятельность. В целях повышения эффективности организации деятельности федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов РФ по достижению их целей и решению поставленных задач с 2014 г. в РФ стало внедряться проектное управление. С 2016 г. проектное управление в органах исполнительной власти стала внедрять РК. Одним из первых в систему управления проектной деятельностью включилось МЗ РК.

С учетом сложившейся демографической ситуации, фактической стагнации показателя общей смертности населения, МЗ РК было принято решение о первоочередной реализации проектов, связанных с повышением качества и доступности медицинской помощи при той патологии, которая является наиболее частой причиной смертности населения, то есть при БСК и ЗНО.

В августе 2016 г. Главой РК были утверждены две проектные инициативы, фактическая реализация которых началась с 01.09.2016 г.:

- Организация и развитие сети сосудистых центров в Республике Коми;

- Повышение эффективности ранней диагностики злокачественных новообразований и доступности специализированной онкологической помощи в Республике Коми в 2016-2018 годах.

Целью проекта *«Организация и развитие сети сосудистых центров в Республике Коми»* является повышение доступности для населения РК специализированной медицинской помощи при ОКС и ОНМК в соответствии с порядками и стандартами.

Для этого запланировано расширение сети сосудистых отделений в РК с достижением охвата их деятельностью не менее 92% населения, проживающего на территории региона. С этой целью в 2017 г. планируется организация ПСО в г. Инта.

Кроме того, в рамках проекта запланировано приобретение современного лечебно-диагностического оборудования для действующих сосудистых отделений на сумму 131,75 млн. руб. (приобретение аппаратов ИВЛ, 1 компьютерного томографа и 2 ангиографов), включение компьютерных томографов и ангиографов, расположенных на базе сосудистых отделений, к системе дистанционного консультирования в круглосуточном режиме данных компьютерной томографии и коронарной ангиографии специалистами РСЦ.

После завершения мероприятий, связанных дооснащением действующих сосудистых отделений медицинским оборудованием планируется проведение работы по расширению зоны обслуживания РСЦ в г. Сыктывкар и ПСО в г. Ухта, что повысит доступность специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при ОКС и ОНМК.

В 2016 г. в рамках указанного проекта было приобретено медицинское оборудование на сумму 2 500,0 тыс. руб. (2 аппарата ИВЛ для ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ», ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ»).

Целью проекта *«Повышение эффективности ранней диагностики злокачественных новообразований и доступности специализированной онкологической помощи в Республике Коми в 2016-2018 годах»* является повышение доступности для населения РК специализированной онкологической помощи и повышение эффективности ранней диагностики ЗНО.

В рамках проекта запланировано:

- дооснащение медицинских организаций, в том числе работающих в ОЛС, медицинским оборудованием для повышения эффективности ранней диагностики ЗНО (эндоскопическим оборудованием, УЗИ-аппаратами, маммографами);

- организация дистанционного консультирования онкологических больных и результатов дополнительных методов исследования посредством видеоконференцсвязи;

- организация проведения химиотерапевтического лечения при ЗНО в территориях вне г. Сыктывкар;

- внедрение новых форм непрерывного повышения квалификации и стимулирования медицинских работников ОЛС по вопросу ранней диагностики ЗНО.

В 2016 г. в рамках указанного проекта было приобретено 5 единиц оборудования на сумму 7 960,0 тыс. руб. (для ГБУЗ РК «Ижемская ЦРБ», ГУЗ РК «Койгородская ЦРБ», ГБУЗ РК «Интинская ЦГБ», ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ», ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий»). Кроме того, было организовано проведение химиотерапевтического лечения при ЗНО в гг. Инта, Усинск и Печора.

В 2016 г. Правительством РК было принято решение об участии республики в реализации приоритетного проекта «Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации». С этой целью подготовлена региональная программа «Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Республики Коми, на 2017-2019 годы», утвержденная постановлением Правительства РК от 30.12.2016 г. №636. Реализация региональной программы началась с 01.01.2017 г.

Целью указанной региональной программы является повышение обеспечения своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах РК. По итогам реализации программы планируется увеличить до конца 2019 г. долю лиц, госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток, до 90%. Успешная реализация программы окажет существенное позитивное влияние на динамику показателей смертности от БСК и ДПТ.

В рамках реализации программы в 2017 г. планируется приобретение вертолета МИ-8, оснащённого медицинским модулем. Это позволит увеличить количество вылетов для оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах РК, практически в 2 раза по сравнению с 2016 г. Также в перспективе планируется строительство вертолетной площадки вблизи ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница №1».

Для более успешной реализации программы с 01.01.2017 г. организована деятельность филиала Центра медицины катастроф в г. Ухта, начата работа по выполнению санитарных заданий.

Реализация указанной региональной программы предусматривает софинансирование из федерального бюджета. Согласно правилам предоставления субсидий из федерального бюджета в 2017 г. субсидируется до 95% покупки авиационной услуги, в 2018 и 2019 гг. - 49%. На 2017 г. РК выделена субсидия из федерального бюджета в размере 152,8 млн. руб. Ориентировочный объем субсидий из федерального бюджета на 2018 и 2019 гг. по 78 млн. руб.

Обзор законодательной базы. В 2016 году продолжалась работа по созданию правовой базы документов, направленных на дальнейшую организацию и совершенствование системы профилактических и лечебных мероприятий в целях сохранения и укрепления здоровья граждан, проживающих на территории РК, в том числе приняты акты, регулирующие вопросы проведения диспансеризации определенных групп населения, организации медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, организации медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий на территории РК, обеспечения отдельных категорий граждан

лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания. Всего по указанным вопросам принято 27 приказов МЗ РК.

Кроме того, в целях приведения нормативных правовых актов РК в соответствие с федеральным законодательством МЗ РК инициировано внесение изменений в Закон РК от 21.12.2007 г. №124-РЗ «О некоторых вопросах в сфере охраны здоровья граждан в Республике Коми», постановление Правительства РК от 05.07.2012 г. №283 «О Министерстве здравоохранения Республики Коми», постановление Правительства РК от 14.02.2012 г. №45 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников с высшим образованием и средним профессиональным образованием, работающих в сельских населенных пунктах и поселках городского типа» и в иные нормативные правовые акты РК.

В целях оперативного обмена информацией о происшествиях, связанных с воспрепятствованием деятельности медицинских работников, исполняющих свои обязанности по оказанию помощи, в том числе экстренного характера, произошедших на территории РК, и принятия мер по устранению обстоятельств, им способствовавших, использования имеющихся информационных, правовых, научных и организационных ресурсов в планировании и реализации совместных мероприятий между МЗ РК и Следственным комитетом РФ по РК заключено соглашение о взаимодействии. Аналогичное соглашение заключено с Северо-Западным следственным управлением на транспорте Следственного комитета РФ.

ГЛАВА 11. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Расходы по отрасли «Здравоохранение» (рис. 97) в 2016 г. за счет всех источников финансирования составили 21 086,7 млн. руб., что на 4,2% меньше, чем в 2015 г. и на 9,3% больше, чем в 2014 г., в том числе:

1) за счет средств федерального бюджета - 515,4 млн. руб. со снижением на 30,2% по отношению к 2015 г., со снижением на 8,3% - к 2014 г.;

2) за счет средств республиканского бюджета РК (без учета трансфертов) - 5 131,1 млн. руб., с уменьшением на 6,1% по отношению к 2015 г., с увеличением на 0,7% - к 2014 г., из них:

- расходы на оплату труда и начисления - 2 888,1 млн. руб. (меньше по отношению к 2015 г. - на 14,3%, к 2014 г. - на 18,2%);

- на текущее содержание - 1 297,8 млн. руб. (по отношению к 2015 г. - больше на 12,9%, к 2014 г. - больше на 12,1%);

- на увеличение стоимости основных средств - 124,0 млн. руб. (по отношению к 2015 г. - больше на 8,6%, к 2014 г. - меньше на 4,7%);

- капитальный ремонт учреждений - 110,4 млн. руб. (на 23,1% меньше, чем в 2015 г. и на 82,8% больше, чем в 2014 г.);

3) за счет расходов территориальных государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования - 13 797,4 млн. руб., с уменьшением на 3,6% по отношению к 2015 г. и с ростом на 14,6% - к 2014 г.;

4) за счет средств от оказания платных услуг - 1 642,8 млн. руб., рост на 4,5% по отношению к 2015 г., на 3,2% - к 2014 г.

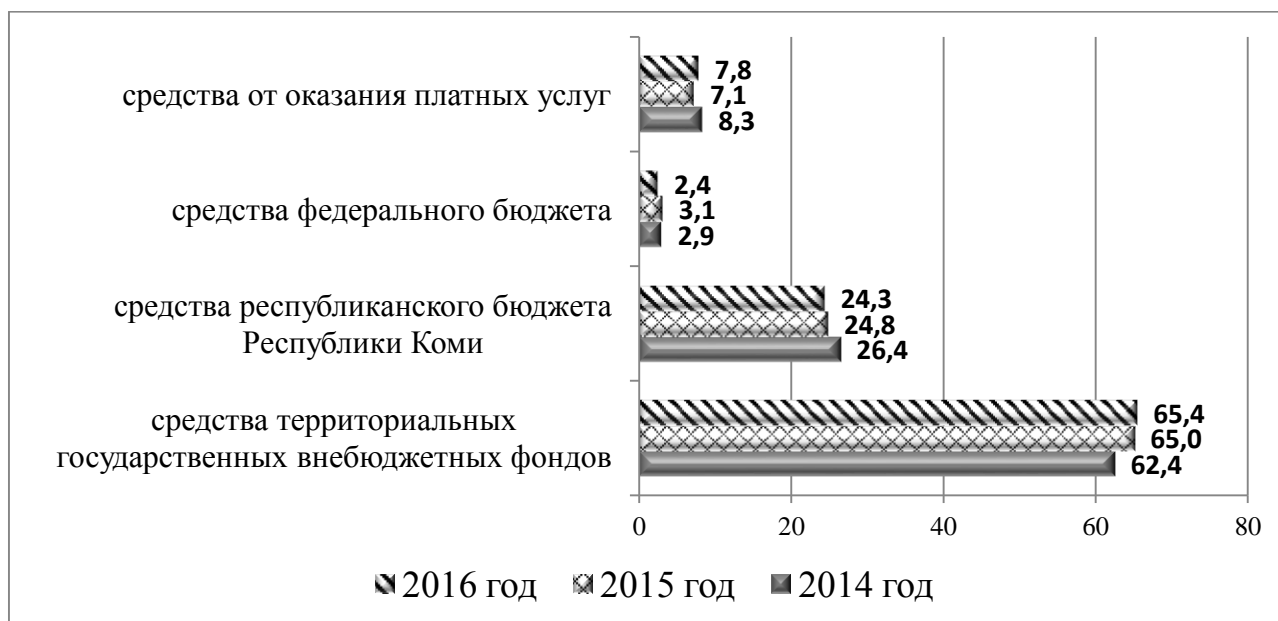


Рис. 97. Структура расходов по отрасли «Здравоохранение» по источникам финансирования в 2014-2016 гг. (в % от общего объема средств)

Учитывая ограниченность доходной части республиканского бюджета РК в 2016 г., произошло снижение доли расходов за счет средств республиканского бюджета РК.

Утвержденная стоимость ПГГ в 2016 г. снизилась на 1% по сравнению с 2015 г. и составила 19 276,1 млн. руб. Доля финансирования ПГГ за счет средств консолидированного бюджета РК составила 26% от общего объема финансирования ПГГ.

Расходы на финансирование ПГГ за счет средств ОМС снизились на 0,19% по сравнению с утвержденным уровнем 2015 г. Доля средств ОМС в общем объеме финансирования ПГГ составила 74%.

Подушевой показатель финансового обеспечения ПГГ в 2016 г. составил 21 190,58 руб. на 1 жителя и снизился на 0,5% по сравнению с аналогичным показателем в 2015 года.

В 2016 г. утверждены следующие финансовые нормативы ПГГ:

Скорая медицинская помощь. Стоимость одного вызова составила 3 832,69 руб., что незначительно ниже уровня 2015 г. (на 0,8%).

Амбулаторно-поликлиническая помощь. Финансовый норматив по амбулаторно-поликлинической помощи утвержден по целям посещений. На 2016 г. утверждены следующие нормативы по амбулаторно-поликлинической помощи:

- на 1 посещение с профилактической и иными целями за счет средств республиканского бюджета РК - 769,34 руб., за счет средств ОМС - 630,15 руб.;

- на 1 обращение по поводу заболевания за счет средств республиканского бюджета РК - 2 670,75 руб., за счет средств ОМС - 1 765,56 руб.;

- на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме за счет средств республиканского бюджета РК - 806,71 руб., за счет средств ОМС - 806,71 руб.

Стационарная помощь. Финансовый норматив по стационарной помощи утвержден на 1 случай госпитализации. За счет средств республиканского бюджета РК составил 128 301,73 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования - 38 708,05 руб. В сравнении с 2015 г. стоимость 1 случая госпитализации за счет средств бюджета РК увеличилась на 25%, за счет средств ОМС - снизилась на 0,8%.

Паллиативная помощь. Стоимость 1 койко-дня для оказания паллиативной помощи за счёт средств республиканского бюджета РК в 2016 г. составил 2 937,06 руб., что на 5% выше в сравнении с 2015 г.

Стационарозамещающая помощь. В 2016 г. финансовый норматив по стационарозамещающей помощи утверждён на 1 случай лечения. За счет средств республиканского бюджета РК норматив утвержден в размере 22 100,60 руб., за счет средств ОМС - 20 846,51 руб. В 2015 г. финансовый норматив утверждался на 1 пациенто-день, количество случаев лечения на 2015 г. не утверждалось. В связи с этим посчитать корректные отклонения стоимости 1 случая лечения с 2015 г. невозможно.

Утвержденные финансовые нормативы стоимости единицы объема медицинской помощи на 2016 г. в части ОМС соответствуют установленным федеральным нормативам, за исключением стоимости 1 случая госпитализации. В части республиканского бюджета РК существуют отклонения.

На 2016 г. ПГГ утверждена с дефицитом (на 0,92% меньше расчетной стоимости).

При реализации ПГГ в 2016 г. медицинскими организациями учитывались приоритетные направления в оказании медицинской помощи:

- профилактическая направленность в оказании медицинской помощи;
- повышение доступности специализированной медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Состояние здоровья населения отражает как многостороннее взаимодействие социальных, экономических, культурно-нравственных и медико-экологических факторов, так и результаты деятельности системы здравоохранения по укреплению, восстановлению и поддержанию общественного здоровья.

Несмотря на разнообразие ситуаций в территориях РК, для большинства из них характерны общие проблемы. Это, прежде всего, высокая смертность от БСК, запущенность онкологической патологии, выше среднероссийского уровня смертность от внешних причин и ряд других. Также, для большинства территорий характерно сокращение численности и постарение населения, ухудшение уровня здоровья поколения родившихся, высокий уровень преждевременной смертности в трудоспособном возрасте.

Учитывая разнообразие территориальных показателей здоровья населения, возникает необходимость проведения комплексного изучения здоровья населения в территориях РК по единой методике с применением современных информационно-коммуникационных технологий, программного обеспечения и методов статистического анализа. Комплексное изучение здоровья населения должно стать основой для разработки и определения приоритетов социально-экономического развития региона.

Дальнейшее движение по пути укрепления здравоохранения и усиления его влияния на здоровье населения требуют решения следующих задач:

- мобилизация и координация межсекторального взаимодействия в области сохранения и укрепления здоровья населения;
- дальнейшее перераспределение объемов медицинской помощи в пользу стационарозамещающих технологий;
- повышение эффективности использования ресурсов и научное обоснование перспектив их наращивания;
- совершенствование нормативно-правовой базы здравоохранения региона;
- совершенствование информационного обеспечения принятия решений на всех уровнях управления и обратной связи при их реализации;
- оперативный доступ всех заинтересованных лиц к полной, наглядной, достоверной и сопоставимой информации о ключевых аспектах общественного здоровья.

В последнее время внимание к проблемам здравоохранения значительно возросло. Ширится осознание значения здоровья населения и здравоохранения как важного фактора социально-экономического развития республики.

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

Совместная работа и согласованное взаимодействие всех уровней власти РК позволит существенно повысить доступность и качество медицинской помощи.