

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД

**О состоянии здоровья населения
РК в 2014 году**

**г. Сыктывкар
2015**

Государственный доклад «О состоянии здоровья населения РК в 2014 году» – Сыктывкар: Министерство здравоохранения РК, 2015. – 287с.

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 2014 году.

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

Под общей редакцией Н.А.Арнаутовой

Составители: И.Д. Бабушкина, В.В.Бакланов, А.В.. Братинков, С.А.Водопьянов, И.Н.Вьялкова, В.Н.Вдовина, С.В.Габова, А.П.Галин, Т.Н.Домашич, С.И.Зайцев, Н.Г. Иваненко, Е.Н. Иванова, А.О. Игушев, Н.П. Илларионова, И.А.Ипатко, С.А. Каракина, В.В. Катков, С.Ю.Князева, В.А. Колесников, М.А. Колесников, И.А. Кондратьева, М.С.Комягин, В.Г.Коннова, Е.Г. Котова (к.м.н.), О.Н.Лебедев, В.Е.Ломов, В.В. Лукина, И.И.Лысенков, В.А.Метелев, Р.С. Мухаметшина, Э.С.Наумов, Н.В. Никулина, Н.А.Овчинникова, С.В.Парнев, Е.Е. Петрова, С.С. Поган, Е.Н Помаскина, И.В. Потапова, А.В. Северинов, В.И. Салий, С.В.Стариков, Е.А.Сухорукова, Т.А.Спеськова, Е.В. Ткаченко, А.С. Фридман, Н.Н., Е.Э.Чернова, Н.В. Цанг (к.м.н.), А.В.Шатрова, И.В. Югова.

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

СОКРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ДОКЛАДЕ	4
ГЛАВА 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	6
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	12
ГЛАВА 3. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	97
ГЛАВА 4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА	113
ГЛАВА 5. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	124
ГЛАВА 6. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ	141
ГЛАВА 7. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ	238
ГЛАВА 8. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	244
ГЛАВА 9. РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	254
ГЛАВА 10. РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РЕСПУБЛИКИ КОМИ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»	259
ГЛАВА 11. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ	283

СОКРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ДОКЛАДЕ

1.	АГ	артериальная гипертензия
2.	БИТ	бригада интенсивной терапии
3.	БОМЖ	без определенного места жительства
4.	БСК	болезни системы кровообращения
5.	ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
6.	ВН	временная нетрудоспособность
7.	ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
8-	ВОП	врачи общей практики
9.	ВПИ	впервые признанные инвалидами
10.	ВТП	высокотехнологическая помощь
11.	ВУТ	временная утрата трудоспособности
12.	г.	год
13.	г.название	город
14.	ГЛПС	геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
15.	ГУ	государственное учреждение
16.	ВУЗ	высшее учебное заведение
17.	ВЦП	ведомственная целевая программа
18.	ГБУЗ РК	государственное бюджетное учреждение здравоохранения РК
19.	ДДУ	детское дошкольное учреждение
20.	ДС	дневной стационар
21.	ДТП	дорожно-транспортное происшествие
22.	ДХПП	домовые хозяйства первой помощи
23.	Ж.ф.в.	женщина фертильного возраста
24.	ЗНО	злокачественное новообразование
25.	ИБС	ишемическая болезнь сердца
26.	ИВЛ	искусственная вентиляция легких
27.	ИППП	инфекции передающиеся половым путем
28.	ил.	иллюстрация
29.	ИБ	имунный блотинг
30.	ИПР	индивидуальная программа реабилитации
31.	КВУ	кожно-венерологическое учреждение
32.	КВЭ	клещевой вирусный энцефалит
33.	КРОД	коми республиканский онкологический диспансер
34.	КРПБ	коми республиканская психиатрическая больница
35.	КМС	костно-мышечная система
36.	КПУ	(количество) кариозных, пломбированных, удаленных (зуюов)
37.	МЗ РК	Министерство здравоохранения РК
38.	МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
39.	Минздравсоцразвития РФ	Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
40.	МБТ	микобактерия туберкулеза
41.	МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
42.	МО	муниципальное образование
43.	нас.	население
44.	ОВП	острый вялый паралич
45.	ОИМ	острый инфаркт миокарда

46.	ОНМК	острое нарушение мозгового кровообращения
47.	ОМС	обязательное медицинское страхование
48.	ПГГ	Программа государственных гарантий
49.	ПСО	первичное сосудистое отделение
50.	ПИ	первичная инвалидность
51.	ПИН	потребление инъекционных наркотиков
52.	ПРП	программа реабилитации пострадавшего
53.	рис.	рисунок
54.	РК	Республика Коми
55.	РКВД	республиканский кожно-венерологический диспансер
56.	РНК	рибонуклеиновая кислота
57.	РСЦ	республиканский сосудистый центр
58.	РФ	Российская Федерация
59.	СЗФО	Северо-западный федеральный округ
60.	СМП	скорая медицинская помощь
61.	СПИД	синдром приобретенного иммунного дефицита
62.	ССУЗ	средне-специальное учебное заведение
63.	табл.	таблица
64.	тыс.	тысяча
65.	УЕТ	условная единица трудоемкости
66.	УПТ	утрата профессиональной трудоспособности
67.	ТСР	технические средства реабилитации
68.	ФБУЗ	Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения
69.	ФЗ	Федеральный закон
70.	ФКУ	Федеральное казенное учреждение
71.	ХИБС	хроническая ишемическая болезнь сердца
72.	ЦВЗ	церебро-васкулярные заболевания
73.	ЦРБ	центральная районная больница
74.	чел.	человек

ГЛАВА 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

За последние пять лет в РК продолжалось сокращение численности жителей вследствие миграционной и естественной убыли. Ключевую роль в динамике численности населения играла миграция. Вместе с тем, наблюдался рост рождаемости и снижение смертности, в результате уменьшились естественные потери населения, а в городской местности естественная убыль сменилась приростом.

1.1. Численность и возрастно-половой состав населения республики. По оценке, численность населения на начало 2015 г. составила 864,4 тысячи человек. За 2014 г. число жителей республики уменьшилось на 7,6 тысячи человек, или на 0,9 %. В большей степени сокращение численности населения наблюдалось в сельской местности, где количество жителей уменьшилось на 1,7 %, горожан стало меньше на 0,6 %.

Причиной сокращения численности населения республики являлся миграционный отток населения. Численные потери населения частично компенсировал естественный прирост, который наблюдается с 2011 года. В городской местности превышение числа родившихся над числом умерших отмечалось с 2008 г., в сельской с 2012 года. Свыше трех четвертей (78%) жителей республики проживает в городской местности. Из общего количества горожан третья часть (36%) живет в столице, четверть (24%) - в Ухте и Воркуте, пятая часть (20%) в городах с населением от 20 до 50 тысяч человек, 15% - в поселках городского типа. Почти половина населения (45%), проживающего в городских поселках, сконцентрирована в наиболее крупных из них: Воргашоре, Нижнем Одесе, Краснозатонском, Северном и Жешарте.

Таблица 1.1.

**Оценка численности постоянного населения на РК
(по состоянию на 1 января 2013-2014 г.г. в тыс. чел. и в %)**

Год / Показатель	Всего			В % к общей численности населения	
	Все население	городское	сельское	городское	сельское
2014	872,1	675,7	196,3	77,5	22,5
2015	864,4	671,5	192,9	77,7	22,3
2014 в % к 2013	99,1	99,4	98,3	х	х
Справочно по данным переписей населения					
2002	1018,7	766,6	252,1	75,3	22,7
2011	899,2	692,7	206,5	77	23

За прошедший год сокращение численности населения отмечено во всех городах и районах республики, кроме Сыктывкара и Сыктывдинского района. В Сыктывкаре численность увеличилась за счет естественного прироста, превышавшего миграционную убыль, в Сыктывдинском районе - за счет естественного и миграционного приростов. В Воркуте, Сосногорске, Усинске, Ухте, Ижемском, Койгородском, Корткеросском, Сысольском, Удорском, Усть-Куломском и Усть-Цилемском районах естественный прирост частично компенсировал миграционные потери населения. В Вуктыле общая убыль обусловлена миграционной убылью (при балансе рождений и смертей), в остальных городах и районах - обоими факторами уменьшения численности населения.

Наибольшее сокращение численности населения за 2014 г. наблюдалось в Вуктыле, Инте, Княжпогостском, Койгородском, Троицко-Печорском, Удорском районах. Численные потери населения этих территорий обусловлены интенсивным миграционным оттоком населения. Миграционная убыль (в расчете на 1 000 населения) в 2014 г. составила в Вуктыле 41,0 ‰, в Троицко-Печорском, Удорском, Койгородском, Княжпогостском районах 28,4 ‰-29,1 ‰, Инте 23,4 ‰ при среднереспубликанском показателе 10,7 ‰.

Произошли изменения в административно-территориальном устройстве. За 2014 г. число сельских населенных пунктов сократилось с 720 до 718: были упразднены поселки сельского типа Речной в Троицко-Печорском районе и Верхняя Седка в Прилузском районе.

1.2. Общая характеристика воспроизводства населения. За последние пять лет в республике наблюдались некоторые позитивные изменения в ситуации с воспроизводством населения: ежегодно (за исключением 2010 г.) росло число родившихся и сокращалось число умерших, в результате в 2008-2010 гг. наблюдалось уменьшение естественных потерь населения, а в 2011 г. естественная убыль сменилась естественным приростом. В прошедшем году естественный прирост сохранил положительную динамику, однако несколько возросла смертность и уменьшилась рождаемость. В городской местности превышение числа родившихся над числом умерших отмечалось с 2008 г. и ежегодно увеличивалось (с 34 до 1476 человек в 2014 г.). Третий год подряд естественный прирост зарегистрирован и в сельской местности (194 человек).

Таблица 2.1.

**Общие итоги естественного движения населения
РК в 2010-2014 гг.**

	2010	2011	2012	2013	2014	2014 в % к 2013
Человек						
Все население						
Родившихся	11648	11720	12418	12436	12291	98,8
умерших	11819	11065	10830	10484	10621	101,3
в том числе до 1 года	59	51	73	74	63	85,1
Естественный прирост, убыль (-)	-171	655	1588	1952	1670	85,6
Браков, единиц	8177	9406	7822	8043	7578	94,2
Разводов, единиц	4648	4795	4707	4924	4841	98,3
Городское население						
Родившихся	8536	8377	8752	8900	8850	99,4
Умерших	7980	7549	7492	7346	7374	100,4
в том числе до 1 года	38	33	52	50	41	82,0
Естественный прирост	556	828	1260	1554	1476	95,0
Сельское население						
Родившихся	3112	3343	3666	3536	3441	97,3
Умерших	3839	3516	3338	3138	2147	68,4
в том числе до 1 года	21	18	21	24	22	91,7
Естественный прирост, убыль (-)	-727	-173	328	398	194	48,7

Естественный прирост населения за прошедший год отмечен в 14 из 20 (в 2013 г. в 14 территориях). Самый высокий коэффициент естественного прироста (6,5‰) в 2014 г. зафиксирован в Усинском районе. Из 6 территорий республики, где наблюдалось превышение числа умерших над числом родившихся, наибольшие естественные потери населения были зафиксированы в г. Инта (3,5‰), Троицко-Печорском (3,0‰), Усть-Вымском (2,6‰), Княжпогостском (2,4‰), Прилузском (0,8‰), и Печорском районах (0,7‰).

В последние годы в республике наблюдается рост показателей рождаемости. В 2014 г. в республике отмечался самый высокий за последние 30 лет уровень рождаемости (14,2‰). Однако в расчете на 1000 жителей число родившихся за 2014 г. по сравнению с предыдущим годом снизилось на 0,2%, в том числе в сельской местности - на 1,0%, в городской местности + 0,2%.

Среди административных территорий республики наибольший коэффициент рождаемости сложился в Усть-Куломском (22,6 младенца в расчете на 1000 населения), Ижемском (21,3), Корткеросском (19,7), Сысольском (18,2) и Сыктывдинском (18,0) районах; наименьший - в Инте (10,6), Ухте (12,1) и в Вуктыльском районе (12,8).

Наглядное представление о репродуктивных установках семей дает структура новорожденных по очередности рождений. В 2006 г. (до начала действия такой меры государственной поддержки как материнский капитал) первенцами для своих родителей были 59% появившихся на свет малышей, в 2014г. - 41%, соответственно, доля повторных рождений за данный период возросла на 18 процентных пунктов. Удельный вес детей, родившихся по порядку вторыми, в прошедшем году составил 42%, третьими - 13%, четвертыми и последующими - 4%. Вторых по счету детей чаще рожали горожанки (в общем числе рождений - 43% против 38% на селе), а третьих и более - сельские жительницы (21% против 16% в городской местности).

На фоне роста числа родившихся продолжилось сокращение доли родившихся у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке.

По сравнению с 2009 г. доля внебрачных рождений в общем числе родившихся уменьшилась на шесть процентных пунктов (с 36% до 30 %). Абсолютное число рождений вне зарегистрированного брака в 2014 г. составило 3,7 тысячи, из них 61% рождений были зарегистрированы по совместному заявлению родителей, 39% - по заявлению одной матери. В сельской местности удельный вес внебрачной рождаемости традиционно выше, чем в городской (в 2014 г. - 39% и 26% соответственно).

Важнейшим демографическим процессом, так же как и рождаемость, является смертность населения.

За прошедший год уровень смертности по сравнению с 2013 г. увеличился на 1,7 %, в том числе в городской местности - на 0,9 %, сельской - на 5,0 %. Общие показатели смертности по республике ниже, чем в среднем по России, за счет более молодой возрастной структуры населения.

Самый низкий общий коэффициент смертности в 2014 г. наблюдался в Усинске, Воркуте и Сыктывкаре. Усинск и Воркута выделяются более высокой долей трудоспособного и низкой - пожилого населения. Для этих городов с более молодым возрастным составом населения характерен низкий уровень смертности от болезней системы кровообращения, свойственных в основном лицам преклонного возраста. В Сыктывкаре выше уровень медицинского обслуживания населения.

Особенно неблагоприятное положение с общим уровнем смертности населения в прошедшем году наблюдалось в сельских районах: Усть-Куломском, Корткеросском, Сысольском, а также Троицко-Печорском районе. Общий коэффициент смертности в этих территориях превысил среднереспубликанский показатель в 1,4-1,5 раза и составил 17-18 ‰.

В сельской местности ниже уровень материального достатка и качества жизни, меньше развита социальная инфраструктура - медицинское обслуживание, торговля, коммунальное хозяйство (центральное отопление, канализация, водопровод). Многие сельские жители не имеют возможность получать экстренную (скорую) медицинскую помощь в связи с удаленностью сельских населенных пунктов, а также отсутствием автомобильных дорог.

Для показателей смертности населения республики характерна высокая смертность мужчин. Ежегодно их умирает больше, чем женщин (за прошедший год - соответственно 55 % и 45 % от общего числа умерших, за 2009 г. - 56 % и 44 %), что усугубляет неблагоприятную ситуацию с диспропорцией полов.

Основными причинами смерти населения остаются заболевания органов кровообращения, новообразования и внешние причины (несчастные случаи, отравления и травмы). За 2014 г. они составили 76,1 % всех смертельных исходов (в 2013 г. - 75,5 %, 2009 г. - 76,1 %). За прошедший год по сравнению с 2013 г. по смертности от внешних причин зафиксирован рост на 8,3 %, от новообразований - на 7,7 %, болезней системы кровообращения - снижение на 0,3 %. В группе внешних причин на 30,4 % увеличился коэффициент смертности от случайных отравлений алкоголем, на 11,8 % - от всех видов транспортных несчастных случаев, на 7,1 % - от убийств, на 7,0 % - от самоубийств.

Остается высоким уровень преждевременной смертности населения. Среди всех умерших в 2014 г. 35 % приходилось на лиц трудоспособных возрастов, из них 80 % -

мужчины. Первое место среди причин смерти трудоспособного населения занимали внешние причины, второе - болезни системы кровообращения. В группе внешних причин преобладали отравления алкоголем, самоубийства, транспортные травмы и убийства. Они составляли 63 % умерших от всех внешних причин смерти (в 2013 г. – 59 %).

В структуре причин смерти в республике за 2014 г. в сравнении с предварительными показателями по России наблюдался более низкий уровень смертности от болезней системы кровообращения, органов дыхания, некоторых инфекционных и паразитарных болезней и более высокий - от болезней органов пищеварения, новообразований и внешних причин.

По предварительным данным, в расчете на 100 000 населения уровень смертности от болезней органов пищеварения в республике за 2014 г. превысил среднероссийский показатель в 1,4 раза, от внешних причин - в 1,5 раза, в том числе от случайных отравлений алкоголем - в 5,5 раза, убийств - в 2,1 раза и самоубийств - в 1,9 раза.

Существенное влияние на общий уровень смертности оказывает злоупотребление алкоголем и его суррогатами. В структуре неестественных причин смерти случайные отравления алкоголем по республике в 2014 г. составили пятую часть смертельных исходов от данных причин. Суммарно от всех причин, связанных с воздействием на организм алкоголя (случайные отравления алкоголем, пагубное употребление алкоголя, хронический алкоголизм, алкогольный психоз, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная болезнь печени, хронический панкреатит алкогольной этиологии, другие и неуточненные психические расстройства поведения, обусловленные употреблением алкоголя), в 2014 г. погибло 823 человека, что составило 8 % всех смертей. По сравнению с 2013 г. коэффициент смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, увеличился на 16,0 % (по сравнению с 2009 г. - на 4,9 %).

Состояние здоровья населения и уровень развития здравоохранения наиболее объективно отражает младенческая смертность. В целом в 2009-2014 гг. наблюдалось улучшение динамики показателей младенческой смертности. В 2012-2013 гг. младенческая смертность увеличивалась в связи с расширением критериев живорождения (с 1 апреля 2012 г. регистрации подлежат рождения и смерти новорожденных с массой тела от 500 до 1000 граммов). В 2014 г. число детей, не доживших до возраста 1 года, составило 63 человека, или 5,1 ‰ (на 1 000 родившихся живыми). По сравнению с 2013 г. значение коэффициента младенческой смертности снизилось на 14,3 %.

В структуре смерти младенцев до 1 года преобладали тесно связанные со здоровьем матери заболевания перинатального периода (от 28 недель беременности, включая роды, и первые 7 дней жизни ребенка) (в 2014 г. - 59%) и врожденные аномалии (19%). По сравнению с 2013 г. отмечался рост числа умерших первого года жизни (в расчете на 10 тысяч родившихся живыми) от синдрома внезапной смерти грудного ребенка (в 2,7 раза), врожденных аномалий (на 21,3%). Снижился уровень смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (в 6 раз), от болезней нервной системы (в 5 раз), внешних причин смерти (в 1,7 раза), от отдельных состояний, возникающих в перинатальный период (на 15,3 %).

Сохраняется превышение показателя младенческой смертности в сельских поселениях над уровнем смертности младенцев в городской местности. Это свидетельствует о низком качестве медицинской помощи и социального уровня населения в сельской местности.

В последние годы динамика младенческой смертности в республике более благоприятная, чем в целом по России.

Важнейшим критерием состояния системы здравоохранения и службы охраны материнства и детства является не только младенческая, но и материнская смертность. В 2014 г., так же как и в 2013 г., в республике был зарегистрирован один случай материнской смертности.

Уровень благополучия детей, то есть качество питания, доступность медицинской помощи, охват вакцинопрофилактикой, положение детей в семье, характеризует детская смертность. В 2014 г. умерло 54 ребенка в возрасте от 1 до 14 лет (в 2013 г. - 37, в 2012 г. - 57, 2011 г. - 54, 2010 г. - 47, 2009 г. - 46).

Если в структуре смерти младенцев до года преобладают заболевания перинатального периода, то причины гибели детей старше года обусловлены чаще всего внешними факторами, условиями жизни, воспитания и ухода. В 2014 г. от несчастных случаев, отравлений и травм погибло 50% от всех умерших в возрасте 1-14 лет детей (в 2013 г. - 46%, в 2012 г. - 56%, в 2011 г. - 43%, 2010 г. - 57%, 2009 г. - 30%). Из 27 детей, погибших от внешних причин в 2014 г., 7 погибли от утоплений и столько же - от транспортных несчастных случаев, по 3 - от убийств, случайных механических удушений, случайных отравлений, 2 - от самоубийств, по 1 - от несчастных случаев с огнем и прочих несчастных случаев.

Таблица 3.1.

**Младенческая смертность в РК 2013-2014 гг.
(умершие в возрасте до одного года в абсолютных цифрах
и на 1 000 родившихся живыми)**

	Число детей, умерших в возрасте до 1 года			Коэффициент младенческой смертности (умершие в возрасте до 1 года, на 1000 родившихся живыми)		
	2013	2014	прирост, снижение (-)	2013	2014	2014 в % к 2013
РК	74	63	-11,9%	6,0	5,1	85,0
Городское население	50	41	-18%	5,6	4,6	82,1
Сельское население	24	22	+8,3%	6,7	6,4	95,5

1.3. Общая характеристика миграционной ситуации в республике. РК характеризуется как регион с интенсивным оттоком населения. На протяжении последних лет среди субъектов Российской Федерации она была одним из лидеров в миграционных потерях населения. В целом по России наблюдается миграционный прирост населения.

За десять лет численность населения РК сократилась на 118,5 тысячи человек, из них миграционные потери составили 115,8 тысячи, или 98 %. С 2011 г. естественный прирост населения частично компенсировал миграционную убыль населения.

В 2014 г. в республику прибыло 14,5 тысячи человек, а выбыло за ее пределы - 23,8 тысячи человек. В результате миграционных передвижений республика потеряла 9,3 тысячи человек. Этот показатель учитывает срочных мигрантов (-2,7 тысячи человек), которые, по существу, не является базовым источником для формирования постоянного населения.

По сравнению с 2013 г. миграционная убыль населения уменьшилась на 11,7 %, в том числе в городской местности - на 16,7 %, в сельской - на 2,3 %.

В 2014 г. более высокую активность в смене места жительства проявляли жители Усинска и Удорского района. Низкая миграционная подвижность отмечалась в Сыктывкаре, Ухте, Прилузском и Ижемском районах.

В 2014 г. отрицательное сальдо миграции имело место во всех городах и районах республики, кроме Сыктывдинского района. Наиболее существенные миграционные потери (в расчете на 1000 населения) понесли Вуктыл (41,0 ‰), Троицко-Печорский (29,1 ‰), Удорский (28,8 ‰), Койгородский (28,6 ‰), Княжпогостский (28,4 ‰) районы.

В потоках миграции существуют два основных направления: внутрирегиональная и внешняя для республики миграция. В структуре миграционных потоков внешняя миграция составила 51,0 %, в том числе с регионами России - 46,7 %. В миграционном обмене со странами СНГ участвовало 4,1 % мигрантов, 0,3 % выехали или приехали из стран дальнего зарубежья.

Внутрирегиональная миграция охватывает ежегодно около половины объема миграционных потоков. В 2014 г. в целом по республике на нее приходилось 49 %

оборота мигрирующего населения, в том числе для городского населения - 39 %, сельского - 79 %.

По сравнению с 2013 г. произошло уменьшение отрицательного сальдо миграционных связей республики с регионами России (на 16 %).

В составе **международной миграции** основную долю составляет обмен со странами СНГ. В 2014 г. положительное сальдо миграционного обмена республики со странами СНГ составило 373 человека (в 2013 г. - 988).

В структуре миграционных потоков республики со странами СНГ лидером по числу прибывших и выбывших является Украина - 35 % от общего числа прибывших из стран СНГ и 25 % от общего числа выбывших в эту страну. Миграционные связи **со странами дальнего зарубежья** не оказывают существенного влияния на итоги миграции в республике. В общем объеме миграции оборот со странами дальнего зарубежья составляет менее 1 %.

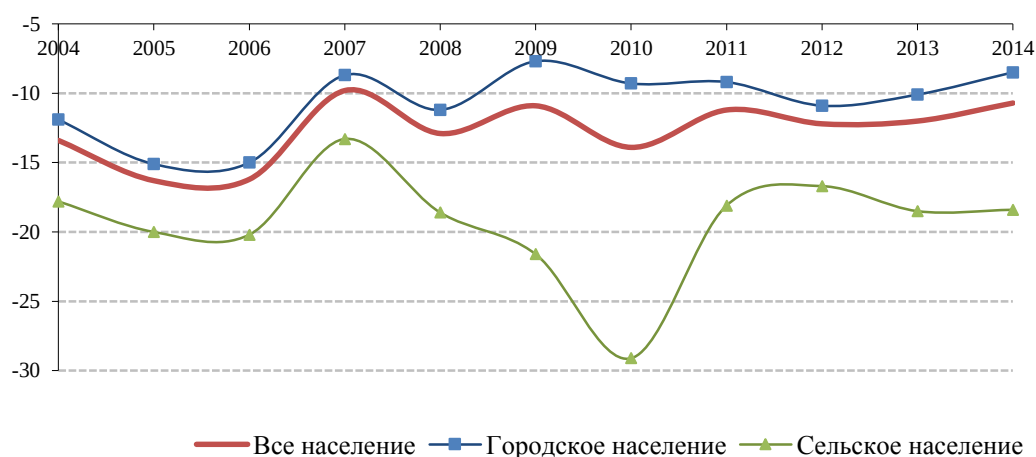


Рисунок 1.1. Динамика миграционной убыли населения в РК

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 2014 г. среди указавших уровень образования мигрантов в возрасте 14 лет и более каждый третий, покинувший республику, имел высшее или незаконченное высшее образование. На 100 прибывших специалистов с высшим, неполным высшим, средним и начальным профессиональным образованием приходилось 170 выбывших с аналогичным уровнем подготовки. За 2014 г. республика потеряла около 5,8 тысячи квалифицированных кадров.

Среди причин, вызвавших необходимость смены места жительства, основными оставались четыре: обстоятельства личного, семейного характера (39 % в обороте мигрантов в возрасте 14 лет и более, указавших причину выбытия или прибытия), смена работы (20 %), учеба (19 %) и возвращение к прежнему месту жительства (5 %). При смене места жительства в 2014 г. отток занятого населения отмечался во всех видах экономической деятельности.

ГЛАВА 2. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

2.1. Показатель общей (исчерпанной) заболеваемости всего населения в РК в 2014 г. составил 2191,4 на 1000 человек. В динамике с 2010 г. имеет место рост показателя на 10,0 % в основном за счет сельских районов. Рост заболеваемости зарегистрирован во всех возрастных группах. Исследуемый год дал самую высокую заболеваемость за последние 5 лет. Показатель общей заболеваемости превышает аналогичный показатель Российской Федерации более чем в 1,31 раза.

Таблица 2.1

Общая заболеваемость населения РК в разрезе городов и районов в 2010-2014гг. (на 1000 нас.)

Города и районы / Год	Всего заболеваний					
	2010	2011	2012	2013	2014	Отклонение от 2010 (%)
Вуктыльский	2014,7	2067,2	1969,8	1894,5	2201,2	+9,3
Ижемский	1825,7	2336,0	2662,4	2699,9	2686,1	+47,1
Княжпогостский	1601,9	1663,0	1585,7	1840,4	1851,5	+15,6
Койгородский	2325,1	2495,9	2423,5	2540,9	2493,5	+7,2
Корткеросский	1474,3	1822,3	1862,4	2560,8	2429,5	+64,8
Печорский	1557,0	1707,3	1753,6	1682,3	1841,6	+18,3
Прилузский	2395,1	2401,0	2489,2	2821,0	2816,8	+17,6
Сосногорский	1493,6	1510,2	1513,6	1470,5	1444,9	-3,3
Сыктывдинский	1397,3	1384,4	1328,8	1326,8	1505,3	+7,7
Сысольский	1652,8	1851,0	1816,2	1650,2	1720,7	+4,1
Троицко-Печорский	2362,4	2455,5	2259,2	2326,2	2080,6	-11,9
Удорский	1209,3	1409,8	1439,7	1441,8	1415,4	+17,0
Усинский	1866,5	2101,2	1987,8	1913,4	1884,1	+0,9
Усть-Вымский	1223,7	1303,6	1404,7	1467,0	1539,7	+25,8
Усть-Куломский	1717,9	1960,7	1996,8	2196,4	2240,8	+30,4
Усть-Цилемский	1955,6	5057,9	1871,1	1980,1	1940,2	-0,8
Воркута	1470,2	1569,0	1513,6	1515,2	1483,9	+0,9
Инта	1922,4	2098,8	2308,5	2437,8	2430,8	+26,4
Ухта	1698,1	1789,7	1801,5	1731,7	1775,0	+4,5
Сыктывкар	2589,6	2594,5	2719,5	2790,5	2995,2	+15,7
РК	1906,4	2019,7	2063,5	2110,3	2191,4	+14,9
РФ	1588,3	1603,9	1604,1	1612,4	н/д	

Уровень заболеваемости превышает среднереспубликанский показатель в 8 из 20 муниципальных образований, наиболее высокие значения зарегистрированы в г. Сыктывкар, Прилузском и Ижемском районах. За последние 5 лет наибольший темп роста показателя (более 30%) отмечен в Корткеросском, Ижемском и Усть-Куломском районах. Устойчивая тенденция снижения уровня заболеваемости отмечена в городах Воркута и Сосногорск, а так же Троицко-Печорском районе.

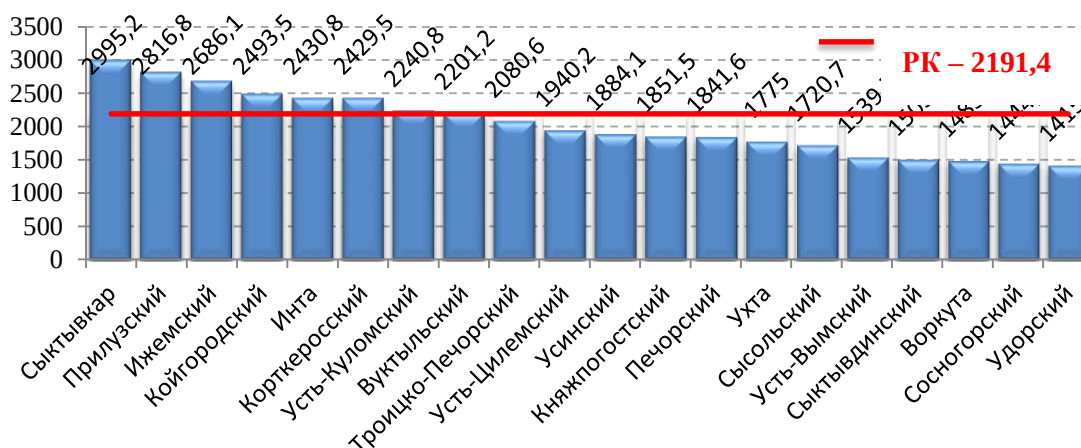


Рис. 2.1 Показатели общей заболеваемости населения РК в разрезе городов и районов по территориям в 2014 г. (на 1000 нас.)

В структуре заболеваемости первые три ранговых места занимают последовательно болезни органов дыхания (25 процента), болезни системы кровообращения (11,5 процента), болезни костно-мышечной системы (11 процентов). Структура общей заболеваемости в РК отличается от российской, в которой на первом месте находятся болезни системы кровообращения, на втором - болезни органов дыхания.

Прирост общей заболеваемости к уровню 2010 г. у взрослого населения в динамике за 5 лет составил 9,5 процента, у детей 8,9 процента, у подростков 12,5 процента.

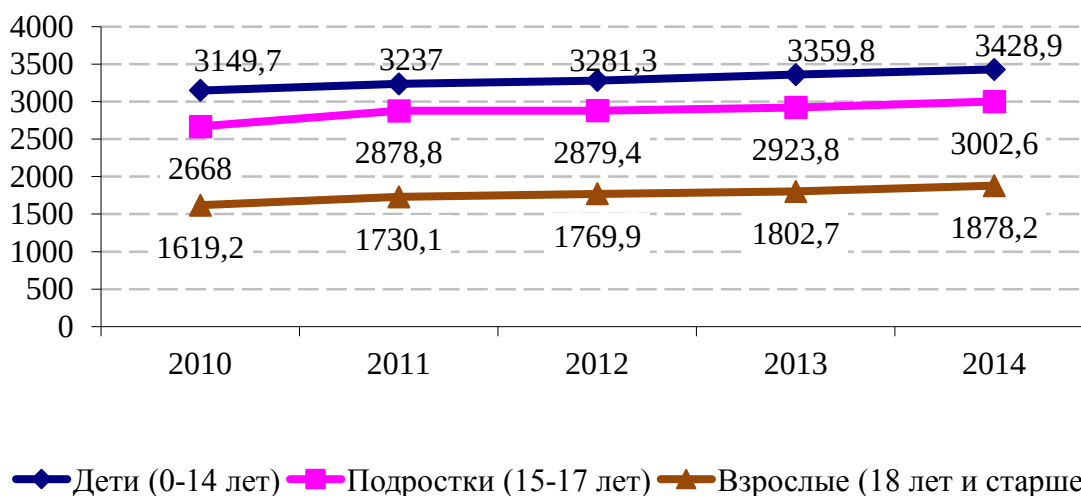


Рис. 2.2 Показатели общей заболеваемости отдельных возрастных групп населения РК в динамике в 2010-2014 гг. (на 1000 нас.)

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

**Показатели общей заболеваемости населения РК в 2014 г.
по основным классам болезней
(на 1000 постоянного населения соответствующего возраста)**

Ранги	Дети (от 0 до 14 лет)		Подростки (15-17 лет)		Взрослые (18 лет и старше)	
	Классы заболеваний	Показатель	Классы заболеваний	Показатель	Классы заболеваний	Показатель
I	Болезни органов дыхания	1901,2	Болезни органов дыхания	973,3	Болезни системы кровообращения	314,0
II	Болезни кожи и подкожной клетчатки	170,0	Болезни глаза и придатков	362,2	Болезни костно-мышечной системы	259,9
III	Болезни глаза и придатков	187,8	Болезни костно-мышечной системы	286,6	Болезни органов дыхания	223,9
IV	Болезни органов пищеварения	160,0	Болезни кожи и подкожной клетчатки	192,9	Болезни мочеполовой системы	188,6
V	Болезни костно-мышечной системы	149,5	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	186,9	Болезни глаза и придатков	130,9

Общая заболеваемость населения в РК значительно выше, чем в РФ.

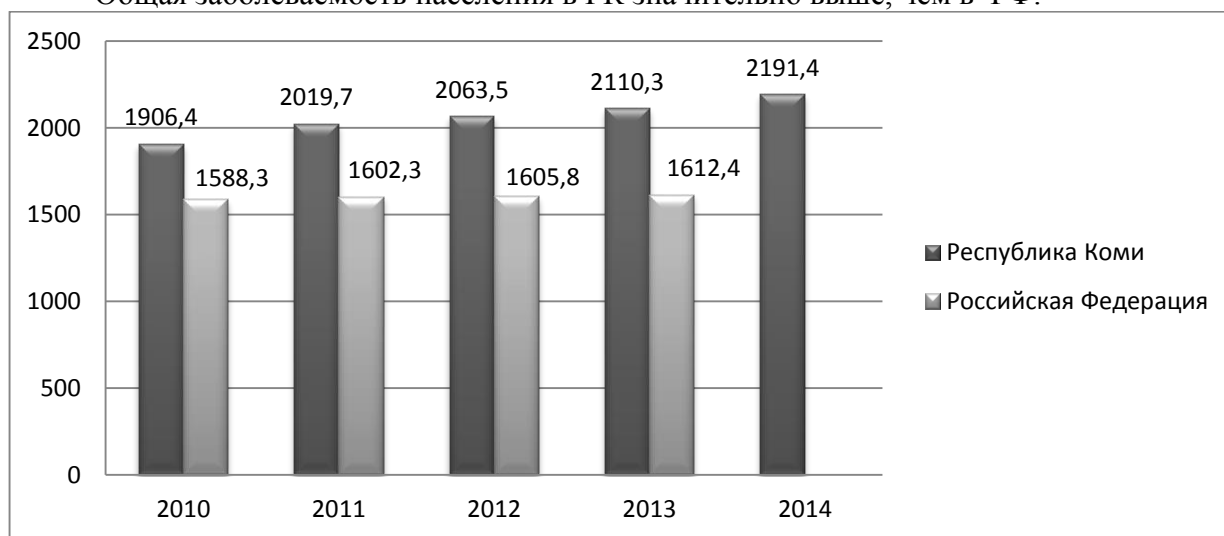


**Рис. 2.3 Динамика общей заболеваемости населения РК и РФ в 2010-2014 гг.
(на 1000 населения)**

2.2. Первичная заболеваемость. Впервые в жизни зарегистрированная (инцидентная) заболеваемость в анализируемый пятилетний период имеет четкую тенденцию к росту, в 2014г. данный показатель на 6,5 % выше уровня 2010 г.

Таблица 2.3

**Динамика показателей первичной заболеваемости населения РК
в разрезе городов и районов в 2010-2014 гг. (на 1000 населения)**

Города и районы / Год	Всего заболеваний					
	2010	2011	2012	2013	2014	Отклонение к 2010 (%)
Вуктыльский	942,3	969,3	886,1	867,0	991,9	5,3
Ижемский	1020,4	1291,9	1373,3	1413,5	1434,0	40,5
Княжпогостский	643,0	683,0	654,4	817,3	821,7	27,8
Койгородский	1278,2	1224,5	1125,4	1245	1206,0	-5,6
Корткеросский	612,4	738,1	768,5	921,6	963,4	57,3
Печорский	779,6	856,0	841,9	860,7	926,4	18,8
Прилузский	1286,8	1249,3	1335,6	1428	1429,2	11,1
Сосногорский	702,3	706,2	714,4	691,8	663,7	-5,5
Сыктывдинский	910,7	901,2	853,4	854,8	976,8	7,3
Сысольский	859,7	958,2	959,4	909,9	878,9	2,2
Троицко-Печорский	1405,5	1277,7	1085,7	991,1	807,6	-42,5
Удорский	603,3	724,1	731,0	720,5	656,9	8,9
Усинский	960,6	1116,8	1039,6	996,3	988,0	2,9
Усть-Вымский	588,1	644,9	684,5	687	735,6	25,1
Усть-Куломский	815,6	929,7	918,6	1015,9	1018,3	24,9
Усть-Цилемский	787,4	833,7	827,8	869,6	876,1	11,3
Воркута	689,1	749,0	782,3	727,3	693,0	0,6
Инта	962,0	1069,1	1163,0	1194,5	1167,7	21,4
Ухта	969,9	1020,7	1010,4	888,8	835,2	-13,9
Сыктывкар	1372,4	1365,0	1380,8	1390,9	1429,0	4,1
РК	985,7	1041,1	1048,1	1042,3	1050,2	6,5
РФ	782,6	797,4	793,9	800,3	н/д	

Среднереспубликанский уровень показателя превышен на 5 административных территориях. Самые высокие показатели первичной заболеваемости зарегистрированы в Ижемском и Прилузском районах, а так же в г.Сыктывкар. Этот показатель в указанных территориях коррелирует с показателем общей заболеваемости.

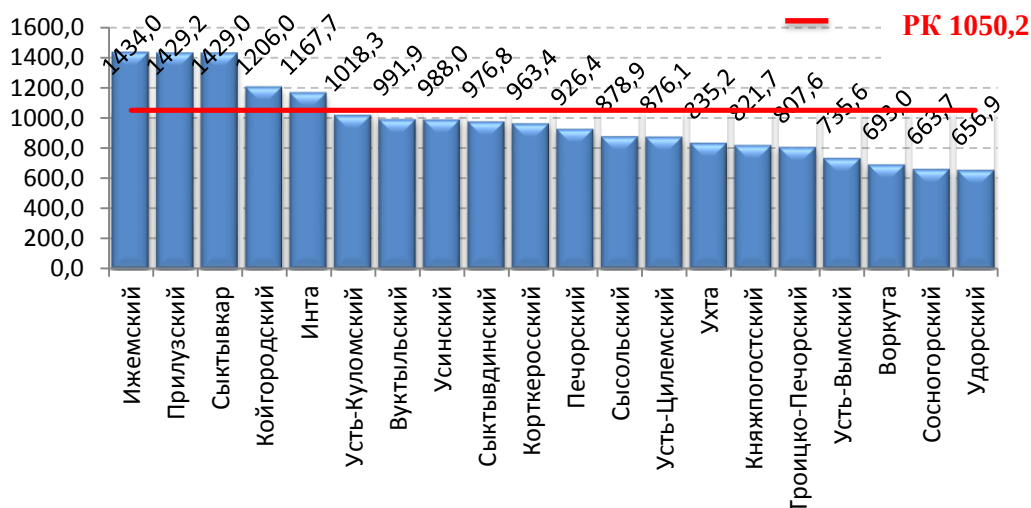


Рис. 2.4 Первичная заболеваемость населения в РК в 2014 г.(на 1000 нас.)

Наибольшую долю в структуре впервые выявленной заболеваемости занимают болезни органов дыхания (54,1%). Данный показатель обусловлен высоким уровнем ежегодной регистрации острых респираторных вирусных заболеваний в осенне-весенний период. На долю этих заболеваний приходится около 30,0 процентов всех

зарегистрированных заболеваний. Второе ранговое место занимают травмы и отравления (9,9%). Травмы и отравления, также как и ОРВИ, дают ежегодный прирост впервые зарегистрированной патологии (острые состояния). Третье ранговое место (6,6%) занимают болезни кожи и подкожной клетчатки, которые в большинстве случаев тоже 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 состояния, регистрируемые ежегодно.

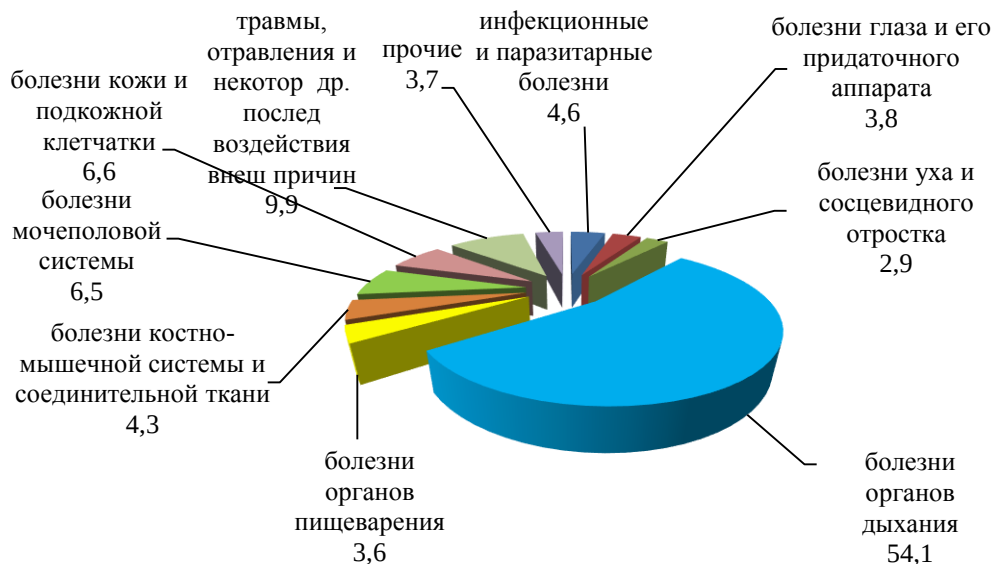


Рис. 2.5 Структура первичной заболеваемости населения РК в 2014 г. (в %)

Динамика показателя первичной заболеваемости в отдельных возрастных группах неоднозначна. Высокий уровень первичной заболеваемости складывается в основном за счет высоких показателей впервые зарегистрированной патологии у детей и подростков. Первичная заболеваемость взрослого населения в динамике с 2010 г. выросла на 0,4 %, у детей и подростков этот показатель вырос на 6,5 % и 6,0 % соответственно.

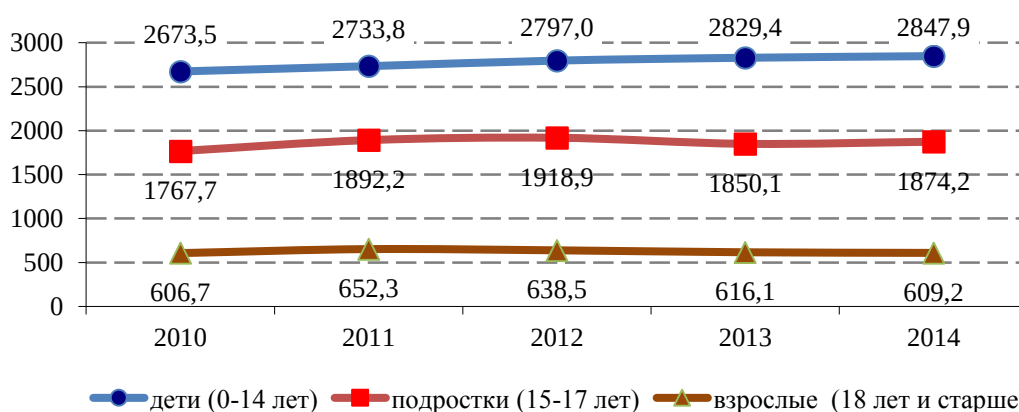


Рис. 2.6 Динамика первичной заболеваемости отдельных возрастных группах населения РК в 2010-2014гг. (на 1000 населения соответствующего возраста)

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

Таблица 2.4

**Показатели первичной заболеваемости основных групп населения РК
на 1000 постоянного населения соответствующего возраста
по основным классам болезней в 2014 г.**

Ранги	Дети (от 0 до 14 лет)		Подростки (15-17 лет)		Взрослые (18 лет и старше)	
	Классы заболеваний	Показатель	Классы заболеваний	Показатель	Классы заболеваний	Показатель
I	Болезни органов дыхания	1824,2	Болезни органов дыхания	869,1	Болезни органов дыхания	162,3
II	Болезни кожи и подкожной клетчатки	144,9	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	181,4	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	94,5
III	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	132,1	Болезни кожи и подкожной клетчатки	137,0	Болезни мочеполовой системы	66,7
IV	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	125,7	Болезни мочеполовой системы	125,2	Болезни кожи и подкожной клетчатки	49,9
V	Болезни органов пищеварения	117,8	Болезни костно-мышечной системы	115,8	Болезни костно-мышечной системы	37,7

Таким образом, в динамике с 2010 г. по 2014 г. в РК отмечен рост как общей, так и первичной заболеваемости. Показатели заболеваемости в РК существенно превышают аналогичные показатели в Российской Федерации. Рост заболеваемости у детей обусловлен приростом преимущественно острой патологии, тогда как у взрослых старше 18 лет прирост заболеваемости связан с высокой выявляемостью хронических заболеваний при обращении в лечебные учреждения, о чем говорит структурное распределение показателей заболеваемости (общей и первичной) по основным классам болезней.

Заболеваемость болезнями системы кровообращения (БСК).

В РК на протяжении последних лет по классу БСК отмечается неуклонная тенденция роста общей заболеваемости и незначительным ростом первичной заболеваемости.

Заболеваемость взрослого населения БСК по РК увеличилась с 310,0 до 314,0; впервые выявленная заболеваемость БСК с 22,9 до 23,8; заболеваемость ИБС не изменилась (48,1); в т.ч. впервые выявленная незначительно выросла с 5,0 до 5,1; заболеваемость ОИМ увеличилась с 1,5 до 1,6 на 1000 взрослого населения.

Высокая заболеваемость БСК: Княжпогостский, Прилузский, Вуктыльский, Троицко-Печорский, Усть-Куломский, г.Сыктывкар.

Низкая заболеваемость БСК: гг.Воркута, Ухта, Печора, Инта, Сосногорский, Сыктывдинский, Удорский, Усинский, Усть-Вымский районы.

Таблица 2.5

**Динамика заболеваемости БСК в РК в 2010-2014 гг.
(на 1000 взрослого населения)**

Нозология / Год	РФ 2013	2010	2011	2012	2013	2014	% откл
БСК	276,0	270,2	292,6	299,8	310,0	314,0	1,3
Общая заболеваемость	34,6	22,8	26,4	24,79	22,9	23,8	3,9
Впервые выявленная заболеваемость							
АГ	107,1	101,6	109,7	112,2	117,9	120,7	2,4
Общая заболеваемость	7,5	5,0	5,8	4,2	4,3	4,7	9,3
Впервые выявленная заболеваемость							
ИБС	62,5	45,0	50,2	48,5	48,1	48,1	0,6
Общая заболеваемость	9,6	4,3	5,3	4,87	5,0	5,1	2,0
Впервые выявленная заболеваемость							
ИМ	1,58	1,83	1,9	2,07	1,94	2,01	5,8
В.т. ОИМ	1,3	1,44	1,5	1,7	1,5	1,6	13,3

Рост общей заболеваемости БСК имеет место практически во всех районах РК, в том числе за счет проведения дополнительной диспансеризации населения. Превышение среднереспубликанского показателя (314,0 на 1000 взр.нас.) отмечается в Койгородском (485,1), Прилузском (416,7), г.Сыктывкаре(405,1), Ижемском(353,4), Усть-Куломском(382,8), Корткеросском (375,5), Усть-Цилемском (359,5), г. Инте (365,7), Троицко-Печорском (399,8), Вуктыльском (401,7) районах.

В структуре общей заболеваемости преобладает артериальная гипертония (АГ): в 2014г. - 83112 случаев или 120,7 (в РФ в 2013 г. заболеваемость АГ также выросла и составила 107,1 на 1000 взр. населения).

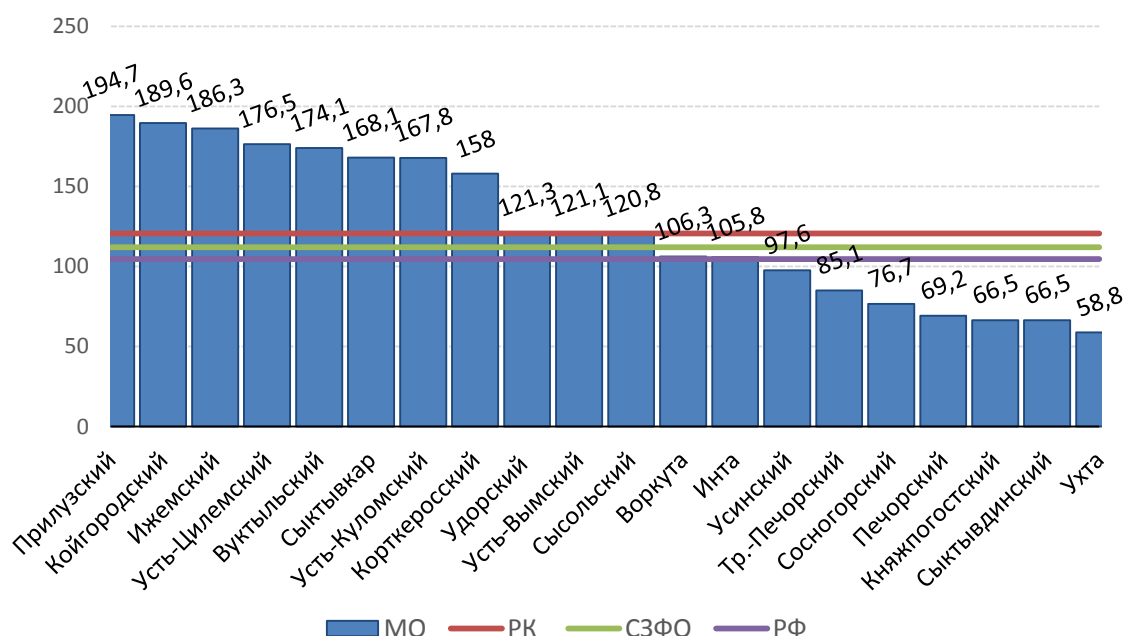


**Рисунок 2.7 Заболеваемость АГ в РК в 2014 г. по территориям
(на 1000 взрослого населения)**

ИБС в 2014 г. зарегистрировано 33087 случаев или 48,1 (2013г.-33630 случаев или 48,1) на 1000 взрослого населения, в РФ в 2013г. составила 62,5. Высокая заболеваемость

ИБС в Койгородском (118,9), Усть-Цилемском (89,7) и Прилузском (65,4) районах, а так же городах Инта (56,6), Вуктыла (60,5), Сыктывкар (58,8). Относительно низкая заболеваемость ИБС в Сыктывдинском (28,7), Усинском (21,1), Усть-Вымском (29,2) и Удорском (40,6) районах, что свидетельствует о недостаточном выявлении в этих районах данной патологии.

Заболеваемость ЦВЗ по РК выросла и составила в 2014 году 91,0 (2013- 90,9) на 1000 взрослого населения и значительно превышает показатель по РФ (2013г.- 59,9). Значительное превышение общереспубликанского показателя отмечено по Троицко-Печорскому 133,4, Усть-Куломскому 130,8, Прилузскому 106,0, Койгородскому 135,6 районам, г.Сыктывкару 119,9 и г.Инте 143,1. Относительно низкая заболеваемость ЦВЗ зарегистрирована в г.Воркуте 19,5, Усть-Цилемском 55,6, Сыктывдинском 65,2, Сысольском 40,2, Усть-Вымском 55,6 и Усинском 43,2 районах.

Первичная заболеваемость БСК по РК(23,8) ниже, чем по РФ (34,6), что связано с недостаточным выявлением указанной группы заболеваний в регионе. Впервые зарегистрировано БСК 16395 или 23,8 (2013г.- 16014 или 22,9) на 1000 взр.нас., что также свидетельствует о низкой выявляемости БСК, а также отдельных нозологий БСК (ИБС, АГ, ЦВЗ) в РК.

Первичная заболеваемость артериальной гипертонией в 2014 г. выросла незначительно и составила 4,7 (2013-4,3) на 1000 взрослого населения, и ниже уровня по РФ в 2013 г. – 7,5 на 1000 взрослого населения.

Первичная заболеваемость ИБС выросла незначительно и составила 5,1 (2013-5,0), РФ 2013г.-9,6. Высокая первичная заболеваемость ИБС в Сыктывдинском 9,4, Сысольском 10,3 и Усть-Вымском 12,9 районах; низкая - среди территорий Воркута 3,0, Ухта 5,1, Печора 4,4, Сыктывкар 4,2, Ижемский район 3,0.

Первичная заболеваемость ЦВЗ выросла и составила 7,4 (2013- 6,9) и ниже, чем по РФ (в 2013г.- 8,3). Высокая первичная заболеваемость ЦВЗ в Сыктывдинском 16,1, Инте 13,8, Печорском 13,5 районах. Относительно низкая первичная заболеваемость ЦВЗ в Вуктыльском -3,4, Корткеросском- 3,8, Усинском -4,1, Сыктывкаре -5,6.

Инфарктов миокарда зарегистрировано в абс. цифрах 1095 или 1,6 (2013г.- 1078 или 1,5) на 1000 взр. населения, РФ 2013г. - 1,3).

Заболеваемость повторным ИМ на уровне прошлого года и составила 0,41 (2013-0,4) на 1000 взр. населения, но выше чем показатели по РФ в 2013г. - 0,28 и СЗФО- 0,24. В г. Сыктывкаре повторный инфаркт миокарда в 2014г. развился у 114 (2013г.-108) чел. или 0,56 случая на 1000 взр. населения.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) от БСК (в днях). Заболеваемость с временной утратой трудоспособности от БСК (в днях) немного снизилась и составила в абс. цифрах в 2014 г. 242005 дней (в 2013- 246804 дней). Показатели ВУТ от БСК по РК ниже, чем в целом по Российской Федерации.

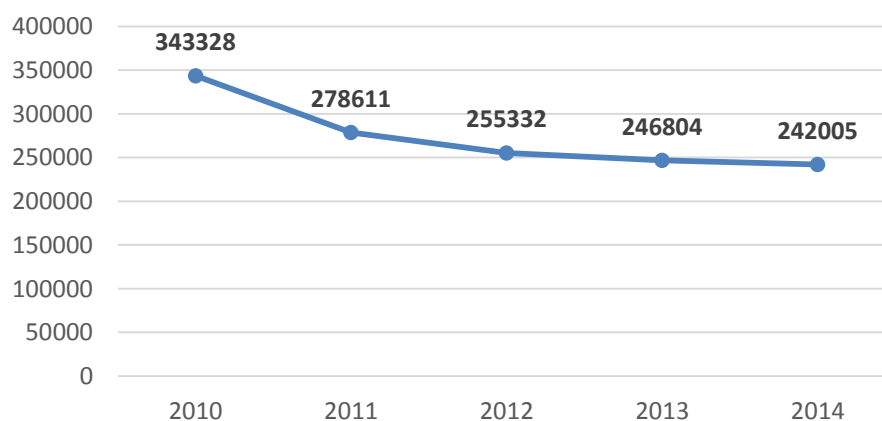
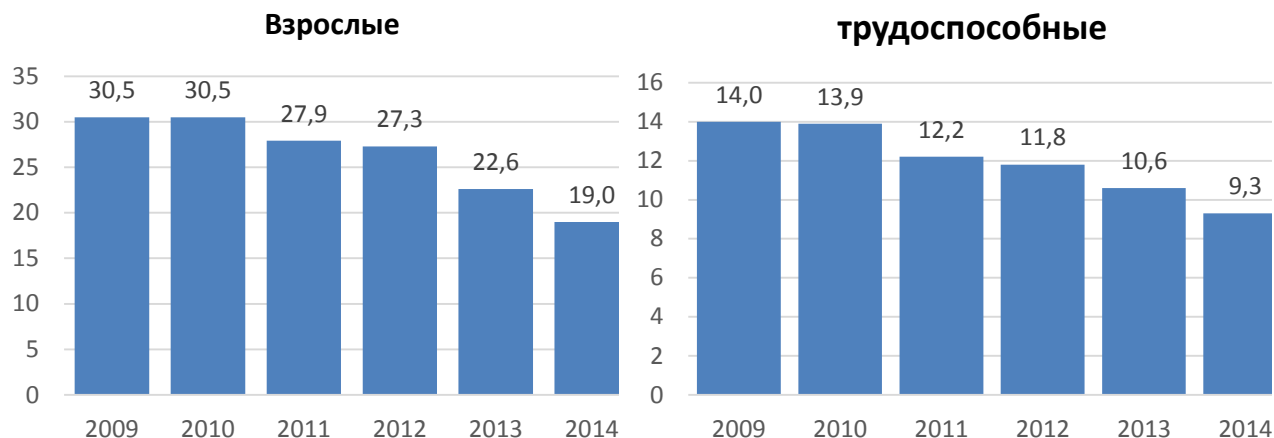


Рисунок 2.8 ВУТ от БСК в РК в 2010-2014 гг. (в днях)

Первичная инвалидность от БСК в 2014 г. снизилась и составила 19 на 10 тыс.нас. взрослого населения (2013г.-22,6), в трудоспособном возрасте снизилась и составила 9,3 (2013г.-10,6).

В целом первичный выход на инвалидность от БСК в структуре первичной инвалидности в целом стоит на 1 месте и составляет 30,5%.

**Рисунок 2.9 Первичная инвалидность от БСК в РК в 2014 г. (на 10 тыс. взрослого (1) и трудоспособного (2) населения)**

В РК повысилось понимание врачей к проблемам артериальной гипертензии. Более активно проводятся профилактические мероприятия: «Дни здорового сердца», «Всемирный День здоровья». Проводятся лекции для населения по тематикам здорового образа жизни; выступления в средствах массовой информации (табл.).

Таблица 2.6**Профилактические мероприятия в РК в 2014 г.**

Мероприятия	Количество 2013г.
Республиканские научно-практические конференции по вопросам профилактической кардиологии	13
Школы для врачей	9
Школы для среднего медперсонала	17
Школы обучения для больных (Коронарная школа для больных после ОКС, Школа ревматического больного, Школа артериальной гипертензии), Школа для больных с ХСН, индивидуальные и групповые консультации для желающих бросить курить для беременных (роддом КД), Школа борьбы с курением.	187
Обучено больных в Школах всего	38915
Дни здорового сердца	75
Выступления в прессе, по ТВ, интервью для радио, памятки для пациентов, тематические стенды, альбомы.	11317
Количество проведенных совещаний, конференций, медсоветов, круглых столов по проблемам БСК	87

2.4. Социально-значимые заболевания.

2.4.1. Заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО). Заболеваемость населения РК в течение последних пяти лет имеет четкую тенденцию к росту. Темп прироста заболеваемости за последние пять лет имеет 5,1% в год, причины роста показателя заболеваемости, как и прежде, обусловлены улучшением диагностики и

доступностью медицинской помощи, увеличением количества первично-множественных форм рака, в доле первично выявленных злокачественных новообразований, а также снижением численности населения постоянно проживающего на территории республики и старением населения. Так за последние пять лет, самый угрожаемый возраст по раку (60 лет и старше) вырос на 2,1%.

Таблица 2.7

Динамика обычного и стандартизованного показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями населения РК в 2010-2014 гг. (на 100 тыс. жителей)

Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	РФ 2013	СЗФО 2012
Обычный	311,6	334,1	348,9	364,1	390,7	373,4	388,1
Стандартизованный	237,5	246,8	251,5	258,2	275,3	229,2	н/д

Анализируя повозрастную заболеваемость раком среди мужчин, можно сделать вывод, что в 2014 году продолжает увеличиваться заболеваемость раком 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 года увеличилась на 65,5%. 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 за счет половозрастных особенностей распространения рака, массовым курением среди мужчин, злоупотреблением алкоголя и др. причинами.

В 2014 году у женщин отмечается рост заболеваемости практически во всех возрастных группах. В целом по итогам 2014 года заболеваемость у женщин выросла на 8,0% в сравнении с прошлым годом. С 2000 года заболеваемость у женщин выросла на 74,8%. За 15 лет более значимый рост заболеваемости наблюдается в возрастных группах до 29 лет, 40-49 лет. До 50 лет случаи рака у женщин встречаются чаще, чем у мужчин за счет заболеваний шейки матки и молочной железы.

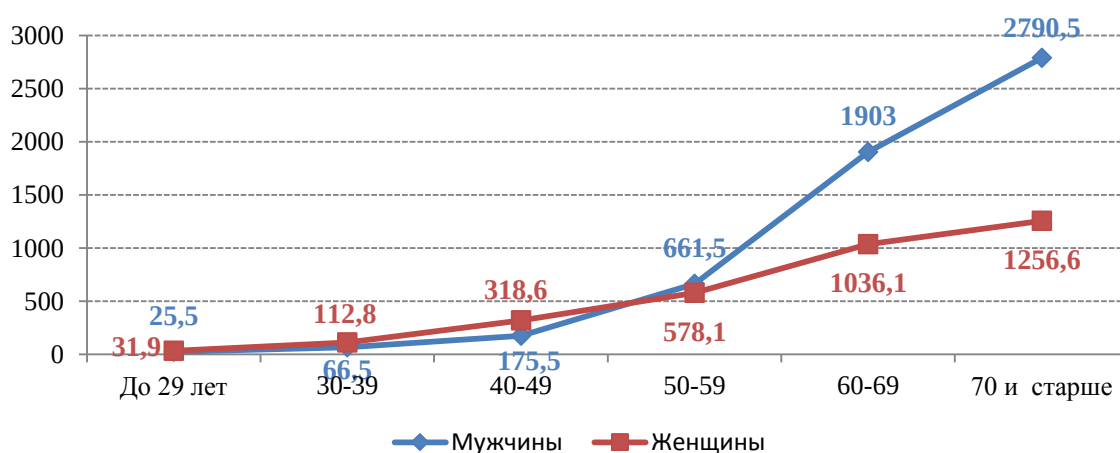


Рис. 2.10 Повозрастная заболеваемость злокачественными опухолями населения РК в 2014 году (на 100 тысяч населения)

Как и прежде, многие годы, первое место в структуре заболеваемости у мужчин занимает рак легкого – 19,6%. На втором месте колоректальный рак – 12,0%, впервые в тройку лидеров вышли ЗНО предстательной железы – 10,2% (у рака предстательной железы имеется динамика роста, что в дальнейшем обязательно отразится на распределении мест), рак желудка с 9,8% занимает четвертую строчку в структуре ЗНО,

Далее по рангу расположились ЗНО почек – 5,3%, гемобластозы – 4,6%. У мужчин существенную группу злокачественных образований формируют ЗНО органов пищеварения и дыхания, 34,5%, 19,6% соответственно.

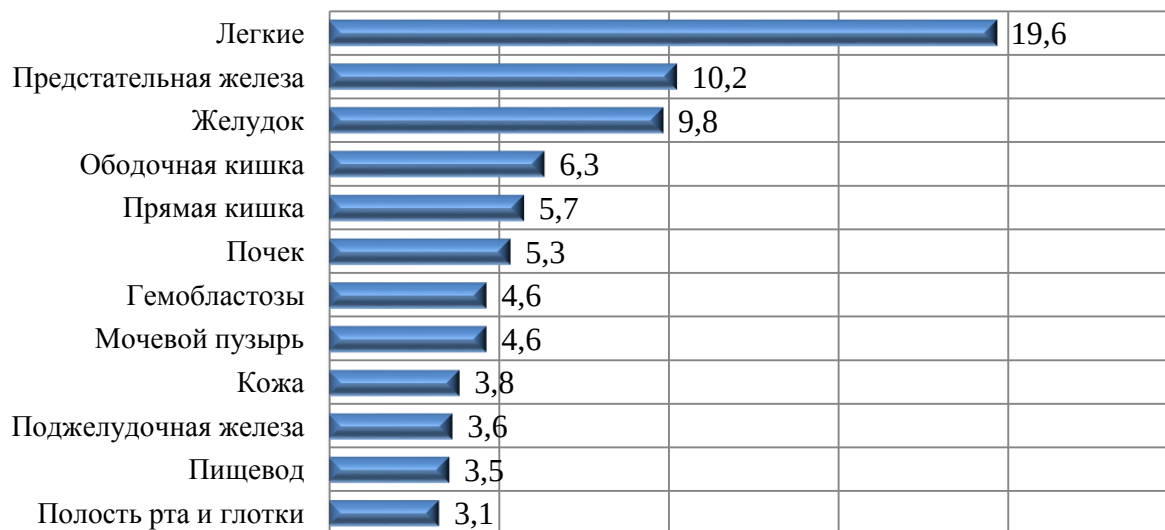


Рис. 2.11 Структура заболеваемости ЗНО мужского населения РК (%) за 2014 г.

У женщин в структуре заболеваемости наибольший удельный вес приходится на злокачественные опухоли молочной железы – 21,9%, на 2^{ом} месте – колоректальный рак 10,9%, на третьем – ЗНО кожи 6,9%, далее ЗНО желудка – 6,7%, тело матки 6,6%, шейки матки – 6,1%, яичников – 5,3%. Наибольший удельный вес в структуре онкологических заболеваний женщин имеют органы репродуктивной и половой сферы, а также молочной железы, на их долю приходится 39,9%. При этом на опухоли половых органов приходится 18,0% это на 1,3% меньше прошлого года, на органы пищеварения 23,3%, что на 0,1% меньше чем за аналогичный период прошлого года.

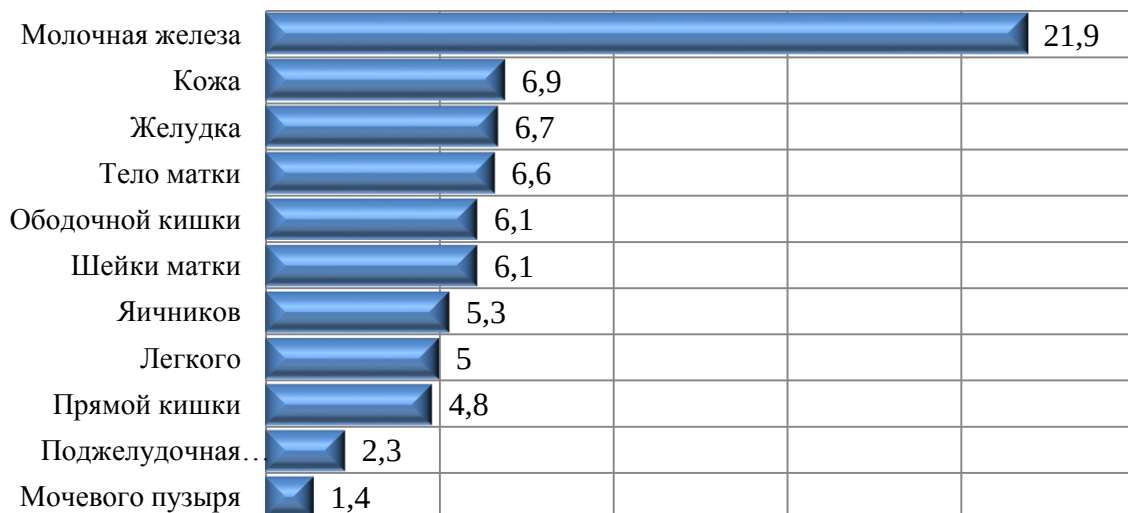


Рис. 2.12 Структура заболеваемости ЗНО женского населения РК (%) за 2014 г.

По темпу роста заболеваемости среди районов РК самый высокий прирост, за последние пять лет, отмечается в Корткеросском районе, Сыктывдинском районе, Троицко-Печорском районе и в Воркуте. Самый низкий темп роста по уровню заболеваемости отмечается в районах Сыктывкар, Усть-Цилемский район, Удорский район в свою очередь в 2014 году ни одна территория не показала уровень заболеваемости ниже пятилетнего.

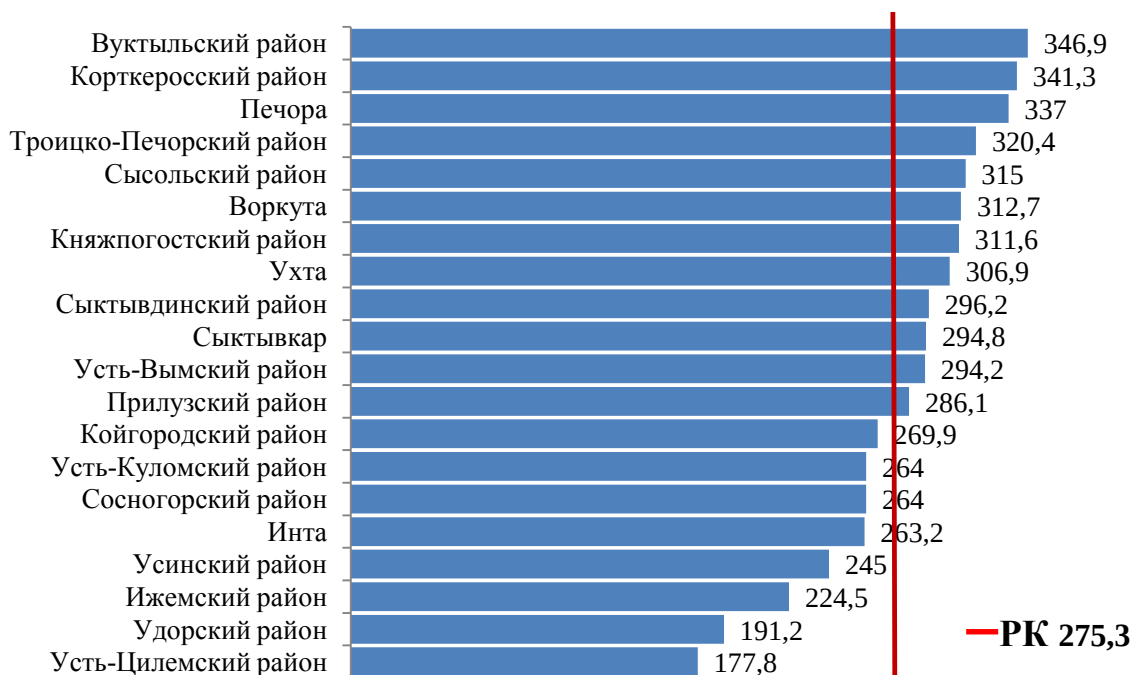


Рис. 2.13 Стандартизованная заболеваемость ЗНО по территориям РК 2014 г. (на 100 000 населения)

2.4.2. Заболеваемость психическими расстройствами. В 2014 г. в амбулаторно-поликлинические психиатрические учреждения республики обратился за психоневрологической помощью 25952 человека. По сравнению с 2013 г. их число снизилось на 58 человек. Показатель общей заболеваемости психическими расстройствами (число зарегистрированных больных в расчете на 100 тыс. населения) по сравнению с 2013 г. незначительно увеличился с 2968,0 до 2976,0 (на 0,3%), а по сравнению с 2010г. – на 9,8% (2685,7). По РФ показатель общей заболеваемости составлял в 2013 г. - 2858,7 на 100 тыс. населения.

В структуре контингентов зарегистрированных больных в республике по-прежнему преобладают больные непсихотическими психическими расстройствами (51,3%); на втором месте – больные умственной отсталостью (25,2%) и на третьем – больные психозами и состояниями слабоумия (23,5%).

Рост показателя общей заболеваемости с 2010г. по 2014г. отмечался практически по всем нозологическим группам психических расстройств: психозы и состояния слабоумия на 4,4% - с 669,1 до 700,1 на 100 тыс. населения; шизофрения на 5,5% - с 335,7 до 355,1 на 100 тыс. населения; непсихотические формы психических расстройств на 14,4% (с 1305,3 до 1525,2 на 100 тыс. населения); умственная отсталость на 5,2% (с 711,3 до 750,6 на 100 тыс. населения).

Таблица 2.8

Контингенты зарегистрированных больных и общая заболеваемость психическими расстройствами в РК с 2010 по 2014 годы (форма 10) .

Группа психических расстройств, регион		2010г.		2011г.		2012г.		2013г.		2014г.	
		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	6364	669,1	6099	678,3	6126	688,4	5969	681,4	6105	700,1
	Р	н/д	777,8	н/д	770,9	н/д	762,3	н/д	759,5	н/д	н/д
	Ф										
-в т.ч. шизофренией	РК	3193	335,7	3232	359,4	3225	362,4	3110	354,9	3097	355,1
	Р	н/д	401,2	н/д	397,3	н/д	392,5	н/д	390,3	н/д	н/д

	Ф										
Непсихотические формы псих. расстройств	РК	12415	1305,3	12686	1410,8	12627	1419,0	13287	1516,2	13301	1525,2
	РФ	н/д	1507,7	н/д	1477,9	н/д	1460,0	н/д	1475,1	н/д	н/д
Умственная отсталость	РК	6766	711,3	6924	770,0	6777	761,6	6754	770,7	6546	750,6
	РФ	н/д	655,6	н/д	643,6	н/д	633,5	н/д	624,2	н/д	н/д
ВСЕГО	РК	25545	2685,7	25709	2859,0	25530	2884,0	26010	2968,0	25952	2976,0
	РФ	н/д	2941,1	н/д	2892,5	н/д	2855,7	н/д	2858,7	н/д	н/д

В 2014 году число психических заболеваний зарегистрированных учреждениями среди детского населения (от 0-14 лет) составило 4832 в абсолютных числах или 3086,3 на 100 тыс. детского населения (в 2013г. 4245 ребенка или 2748,7 на 100 тыс. детского населения; в 2012г. 4270 ребёнка или 2809,4 случаев на 100 тыс. населения). В структуре заболеваемости детского населения по нозологии первое место занимают психические расстройства не психотического характера – 72,7%, второе место - умственная отсталость (24,0%) и далее психозы и состояния слабоумия (3,2%).

Число психических заболеваний, зарегистрированных у подростков, составило в отчетном году 1624 подростка или 6029,8 на 100 тыс. подросткового населения (в 2013 г. - 1939 подростков или 7151,0 на 100 тыс. подросткового населения). В структуре заболеваемости подросткового населения (15-17 лет) по нозологии первое место занимают психические расстройства не психотического характера (72,7%), второе место - умственная отсталость (24,0%) и третье место - психозы и состояния слабоумия (3,2%).

Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами по районам РК в 2014г. по своей величине различались в несколько раз. Наиболее высокие показатели общей заболеваемости имели место в Ижемском районе, Койгородском, Троицко-Печорском и Сысольском районах, при этом они значительно превышали уровень показателя по России. В течение последних пяти лет (с 2010г. по 2014г.) показатели заболеваемости по районам так же, как и в целом по республике, имеют тенденцию к увеличению: Койгородский - рост на 34,3%, Усть-Цилемский – 19,9%, Усинский – 19,4%, Удорский – 17,6%, Усть-Вымский – 16,2%, г. Сыктывкар – 15,9%, Сыктывдинский – 15,6%, г. Воркута – 12,8%, г. Инта – 11,7%, Ижемский – рост на 8,2%, Корткеросский – 7,1%, Вуктыльский район – рост на 6,9%, Усть - Куломский – 6,6%, Троицко-Печорский – 5,3%, Прилузский – 5,1%, Сысольский – 3,3%.

Таблица

2.9

Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами по районам РК с 2010 г. по 2014г на 100 тыс. человек (по форме 10).

Наименование городов и районов	2010г.	2011г	2012г	2013г	2014г
Вуктыльский	2645,4	2745,2	2821,4	2824,2	2842,9
Ижемский	7268,3	7694,8	7672,8	7849,8	7913,8
Княжпогостский	2633	2392,1	2486,5	2605,3	2663,5
Койгородский	3229,4	3348	3408,5	3516,8	4917,2
Корткеросский	3203,4	2783	3013,6	3184,8	3448,3
Печорский	3084,2	3273,9	3288,3	3324,9	3109,3
Прилузский	3155,9	2297,5	2669,7	2530,8	3325,1
Сосногорский	1800,7	1895,4	1807,3	1886,5	1821,8
Сыктывдинский	2994,4	3343	3771,5	3742,9	3546,2
Сысольский	4559,9	3840,6	3745,9	4280,4	4713,8
Троицко-Печорский	4552,9	5211	5138,6	5295,5	4809,0

Удорский	3153,4	3414	3536,2	3721,0	3825,2
Усинский	1479	1595,4	1739,4	1694,1	1835,9
Усть-Вымский	2425,5	2621	2749,8	2896,0	2893,2
Усть-Куломский	4139,9	5020,6	4358,8	4368,0	4431,8
Усть-Цилемский	2791	2734,9	2631,2	2606,4	2235,6
г. Воркута	2443,7	2581,3	2329,3	2558,8	2802,6
г. Инта	2678,7	2733,4	2155,6	2292,6	2364,08
г. Ухта	1543,2	1495,1	1477,4	1588,1	1582,0
г. Сыктывкар	2788,9	3223,8	3381,3	3454,5	3315,0
РК	2685,7	2859,0	2869,1	2968,0	2976,0
РФ	2941,1	2892,5	2855,7	2858,7	н/д

По сравнению с данными 2010г. практически не изменились показатели распространенности психическими заболеваниями в Княжпогостском и Сосногорском районах, г. Ухте; а в Усть-Цилемском районе наблюдается снижение на 19,9%. Низкие показатели заболеваемости психическими расстройствами зарегистрированы в Сосногорском (1821,8 на 100 тыс. населения) и Усинском районах (1835,9 на 100 тыс. населения), в г. Ухте (1582,0 на 100 тыс. населения), что может быть обусловлено недостаточной доступностью специализированной психиатрической помощи.

По сравнению с данными по Российской Федерации, показатели распространенности по РК с 2010 года имеют тенденцию к увеличению, в то время как общероссийские – к снижению.

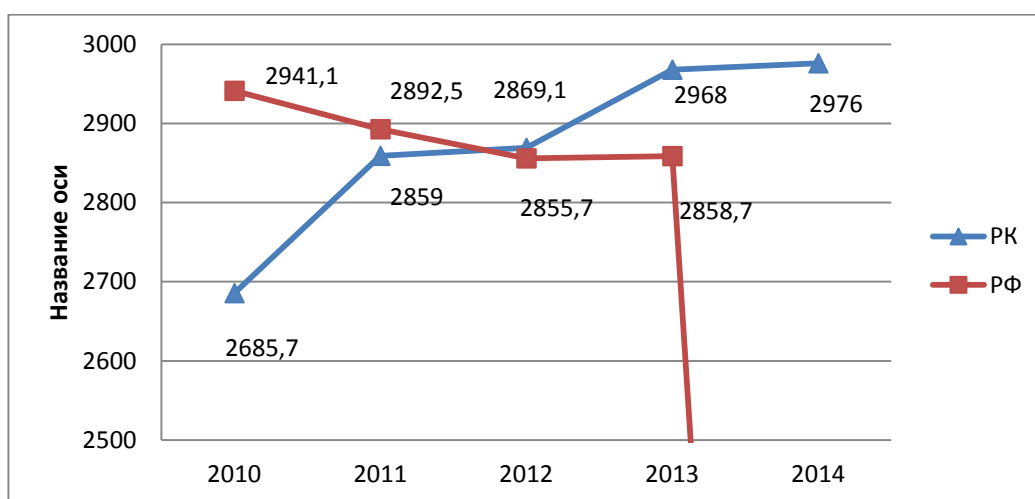


Рис. 2.14 Распространённость психических расстройств и расстройств поведения на 100 тыс. населения за 2010 - 2014 годы по РК в сравнении с данными по РФ

Контингент больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, находящихся на диспансерном наблюдении, в 2014 г. составил 7655 человек или 877,8 на 100 тыс. населения. В структуре заболеваемости диспансерной группы пациентов ведущее место занимают психозы и состояния слабоумия – 396,6 на 100 тыс. населения, из них шизофрения и шизофреноподобные расстройства - 281,2 на 100 тыс. населения; далее следует умственная отсталость (336,7 на 100 тыс. населения) и психические расстройства непсихотического характера (144,5 на 100 тыс. населения). В течение последних пяти лет отмечается снижение контингента больных диспансерной группы с 980,8 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 877,8 на 100 тыс. населения в 2014 году, т.е. на 10,5%. Снижение пациентов диспансерной группы в этом периоде наблюдается по следующим нозологиям: умственная отсталость – на 13,4% (с 388,8 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 336,7 на 100 тыс. населения в 2014г.), психические расстройства непсихотического характера – на

23,4% (с 188,7 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 144,5 на 100 тыс. населения в 2014 г.). Вместе с тем, увеличился контингент диспансерной группы пациентов с шизофренией и шизофреноподобными расстройствами на 13,4% (с 276,4 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 281,2 на 100 тыс. населения в 2014 г.).

Таблица 2.10

Контингенты больных психическими расстройствами и расстройствами поведения на 100 тыс. населения наблюдаемых психиатрической службой с 2010 по 2014гг. (форма 36)

На 100 тыс. населения		2010 г.	2011 г.	2012г	2013г	2014 г
Контингенты больных, находящихся на диспансерном наблюдении	РК	980,8	946,6	906,0	892,6	877,8
	РФ	1146,0	1122,9	1103,2	н/д	н/д
из них с диагнозом:						
Психозы и состояния слабоумия	РК	403,2	401,3	393,0	394,6	396,6
	РФ	513,2	508	502,2	н/д	н/д
в том числе шизофрения, шизоаффектные психозы, шизотипическое расстройство, аффективные психозы с неконгруэнтным аффекту бредом	РК	276,4	286,7	284,2	282,2	281,2
	РФ	332,7	329,8	327,1	н/д	н/д
Психические расстройства непсихотического характера	РК	188,7	172,6	154,5	149,9	144,5
	РФ	254,1	245,9	239,4	н/д	н/д
Умственная отсталость	РК	388,9	372,2	358,5	348,2	336,7
	РФ	378,8	369	360,8	н/д	н/д
Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь:	РК	1485,9	1672,7	1649,7	1713,1	1794,8
	РФ	1505,0	2147,8	1510,9	н/д	н/д
Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь и находящиеся на диспансерном наблюдении	РК	2466,7	2620,2	2555,7	2605,7	2672,7
	РФ	2652,1	2624,3	2614,1	н/д	н/д

Контингент больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, получающих консультативно-лечебную помощь в 2014 году составил 15652 человека или 1794,8 на 100000 населения РК. В течение последних пяти лет отмечается увеличение числа пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь, на 17,2%.

Из всего контингента пациентов, находящихся под наблюдением психиатрической службы РК, 32,8 % составляют больные, находящиеся под диспансерным наблюдением и 67,2% пациенты, получающие консультативно-лечебную помощь. В течение последних пяти лет отмечается снижение количества пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением (на 7%) и увеличение количества пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь.

Таблица 2.11

Соотношение диспансерной и консультативной группы пациентов с психическими расстройствами с 2010 г. по 2014г. (в %)

		2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Диспансерное наблюдение	РК	39,8	36,1	35,4	34,3	32,8
Консультативная группа		60,2	63,9	64,6	65,7	67,2
Диспансерное наблюдение	РФ	43,2	42,8	42,2	н/д	н/д
Консультативная группа		56,8	47,2	57,8	н/д	н/д

Соотношение консультативной группы и диспансерного наблюдения в целом по РК (2:1) и по России (1,4:1) меняется в сторону сокращения диспансерного наблюдения, что связано с прогрессивными изменениями в обществе и стремлением психиатрических служб уменьшать стигматизацию психических расстройств, и шире

использовать реабилитационные направления в работе, сокращая тем самым социальные последствия для пациентов.

Выявляемость психических расстройств. В 2014 г. число заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, зарегистрированных психиатрическими учреждениями на территории республики, составило 4131 в абсолютных числах, или 473,7 на 100 тыс. населения РК. В динамике, в течение последних пяти лет наблюдается увеличение показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами на 5,9%. По Российской Федерации данный показатель в 2013 г составлял 320,2 случая на 100 тыс. населения.

Таблица 2.12

Контингенты зарегистрированных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства на конец соответствующего периода в РК 2010г. по 2014г. (форма 10)

Группа психических расстройств, регион		2010г.		2011г.		2012г.		2013г.		2014г.	
		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	551	57,9	621	69,1	537	60,3	610	69,6	573	65,7
	РФ	X	63,8	X	61,9	X	61,3	X	61,6	X	н/д
-в т.ч. шизофренией	РК	115	12,1	97	10,8	87	9,8	94	10,7	74	8,5
	РФ	X	13,0	X	12,2	X	11,7	X	11,3	X	н/д
Непсихотические формы псих.расстройств	РК	3389	356,3	3175	353,1	2742	308,1	3179	362,8	3311	379,7
	РФ	X	261,4	X	250,0	X	244,1	X	236,5	X	н/д
Умственная отсталость	РК	315	33,1	277	30,8	239	26,9	296	33,8	247	28,3
	РФ	X	25,1	X	23,7	X	22,8	X	22,1	X	н/д
ВСЕГО	РК	4255	447,4	4073	453,0	3518	395,4	4085	466,1	4131	473,7
	РФ	X	350,4	X	335,6	X	328,0	X	320,2	X	н/д

По нозологическим формам рост числа первичной заболеваемости психическими расстройствами с 2010 года по 2014 год отмечался: психозы и состояния слабоумия – на 13,5%; непсихотические формы психических расстройств – 6,6%. В тоже время отмечается снижение первичной заболеваемости по шизофрении на 29,8%, умственной отсталости – 14,5%.

Таблица 2.13

**Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами
по территориям республики в 2014 году на 100 тысяч населения**

Города и районы	Всего психические расстройства	Психозы		Псих. расстройства непсихотичес-кого характера	Умственная отсталость
		Всего	из них шизофрения		
Вуктыльский	158,4	15,1	0	135,7	7,5
Ижемский	237,1	28,2	5,6	146,8	62,1
Княжпогостский	603,4	99,0	4,7	476,1	28,3
Койгородский	1768,7	175,6	12,5	1593,1	0
Корткеросский	850,3	93,9	5,2	667,7	88,7
Печорский	326,0	18,4	0	305,8	1,8
Прилузский	598,8	47,3	0	520,0	31,5
осногорский	128,4	31,0	8,9	77,5	19,9
Сыктывдинский	804,0	114,3	8,5	651,7	38,1
Сысольский	844,2	254,0	7,5	582,7	7,5
Тр.-Печорский	201,0	56,3	16,1	136,7	8,0
Удорский	183,6	21,0	0	146,9	15,7
Усинский	212,0	13,1	0	190,1	8,7
Усть-Вымский	304,9	72,6	3,6	217,8	14,5
Усть-Куломский	117,6	11,8	7,8	62,7	43,1
Усть-Цилемский	132,0	41,2	8,2	74,2	16,5
г.Воркута	164,1	40,1	5,9	112,2	11,8
г.Инта	245,7	41,5	19,1	156,3	47,9
г.Ухта	205,3	96,9	19,0	96,0	12,4
г.Сыктывкар	865,8	81,4	9,7	737,4	46,9
РК	473,7	65,7	8,5	379,7	28,3

Показатели распространенности психических расстройств по районам РК в течении последних лет (с 2010 г. по 2014г.) также имеют тенденцию к увеличению, так процент роста составил: Вуктыльский район – 6,9%, Ижемский – 8,2%, Койгородский – 34,3%, Корткеросский – 7,1%, Прилузский – 5,1%, Сыктывдинский – 15,6%, Сысольский – 3,3%, Троицко-Печорский – 5, 3%, Удорский – 17,6%, Усинский – 19,4%, Усть-Вымский – 16,2%, Усть-Куломский – 6,6%, Усть-Цилемский – 19,9%, г. Воркута – 12,8%, г. Инта – 11,7%, г. Сыктывкар – 15,9%. По сравнению с данными 2010 года практически не изменились показатели распространенности психическими заболеваниями в Княжпогостском и Сосногорском районах, г. Ухте; а в Усть-Цилемском районе наблюдается снижение на 19,9%. Низкие показатели заболеваемости психическими расстройствами зарегистрированы в Сосногорском (1821,8 на 100 тыс. населения) и Усинском районах (1835,9 на 100 тыс. населения), в г. Ухте (1582,0 на 100 тыс. населения), что может быть обусловлено недостаточной доступностью специализированной психиатрической помощи.

В структуре первичной заболеваемости по РК первое место занимают психические расстройства непсихотического характера (80,2%) и составляют 379,7 на 100 тыс. населения, далее 13,9% и 6,0% занимают психозы и умственная отсталость.

Анализ первичной заболеваемости показал, что наиболее высокие показатели наблюдаются в Койгородском районе - 1768,7, Корткеросском - 850,3, Сыктывдинском - 804,0, Сысольском - 844,2 и г. Сыктывкаре - 865,8 на 100 тысяч населения.

Выводы:

1. Показатель общей заболеваемости психическими расстройствами в отчетном году по сравнению с предыдущим годом увеличился на 0,3%, а по сравнению с 2010г. – на 9,8%. По Российской Федерации показатель общей заболеваемости составлял в 2013 г. - 2858,7 на 100 тыс. населения, т.е. ниже уровня РК.

2. В течение последних пяти лет отмечается снижение контингента больных диспансерной группы на 10,5%. Снижение пациентов диспансерной группы в этом периоде наблюдается по следующим нозологиям: умственная отсталость – на 13,4%, психические расстройства непсихотического характера – на 23,4%. Вместе с тем, увеличился контингент диспансерной группы пациентов с шизофренией и шизофреноподобными расстройствами на 13,4%.
3. В течение последних пяти лет отмечается увеличение числа пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь на 17,2%.
4. В динамике, в течение последних пяти лет наблюдается увеличение показателя первичной заболеваемости психическими расстройствами на 5,9%.
5. Инвалидность в связи с психическими расстройствами по сравнению с 2010 годом увеличилась на 4,8%. Однако, показатель общей инвалидности по РК ниже общероссийского показателя.
6. По сравнению с данными 2010г. наблюдается увеличение первичной инвалидности среди несовершеннолетних на 27,9%. В структуре детской инвалидности на умственную отсталость приходится 74,1% случаев, на шизофрению - 1,2%, прочие психические заболевания - 24,7%.
- 7.

2.4.3. Заболеваемость населения наркологическими расстройствами. В 2014 г. общая заболеваемость наркологическими расстройствами в регионе составила 1894,7 больных на 100 тыс. населения, что по сравнению с 2013 годом (1941,4 на 100 тыс.) ниже на 2,4%, а по сравнению с 2010 годом (2553,1 на 100 тыс.), данный показатель снизился на 25,8%.

Среди отдельных территорий РК максимальный уровень общей заболеваемости (5505,8 на 100 тыс. населения) зарегистрирован в Сысольском районе, минимальный- (870,1 на 100 тыс. населения) - в городе Воркута.

Таблица 2.14

Территории РК с максимальными и минимальными уровнями показателя общей заболеваемости наркологическими расстройствами в 2014 году (на 100 тыс. населения)

Максимальный уровень		Минимальный уровень	
Сысольский район	5505,8	г. Воркута	870,1
Ижемский район	5097,1	г. Ухта	1072,0
Троицко-Печорский р-он	5010,1	Усть-Вымский район	1212,5
Прилузский район	3872,1	г. Сыктывкар	1552,8
Усть-Цилемский район	3365,8	Койгородский район	1680,9
Княжпогостский район	2908,6	Удорский район	1857,5
г. Инта	2852,2		

Уровень первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в 2014 году составил 219,8 на 100 тыс. населения, что на 9,5% выше аналогичного показателя 2013 года (1768 человек или 200,8 на 100 тыс. населения). По отдельным территориям РК максимальный уровень показателя (986,1 на 100 тыс. населения) зарегистрирован в Сысольском районе, минимальный- (58,2 на 100 тыс. населения) - в городе Сыктывкар.

Среди лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства в 2014 году на долю пациентов с диагнозом наркомания пришлось 5 %.

Таблица 2.15

Территории РК с максимальными и минимальными уровнями показателя первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в 2014 году (на 100 тыс. населения)

Максимальный уровень		Минимальный уровень	
Сысольский район	986,1	г. Сыктывкар	58,2

Койгородский район	664,8	Удорский район	115,4
Ижемский район	598,3	Вуктыльский район	150,8
Прилузский район	567,3	Усть-Цилемский район	156,7
Корткеросский район	432,9	г. Ухта	152,3
Сыктывдинский район	385,1	Усть-Вымский район	211,4

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных - это лица больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями (89,1% от общего числа зарегистрированных пациентов). На пациентов с наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, пришлось 10,2%, токсикоманией и лиц, злоупотребляющих ненаркотические психоактивные вещества – 0,76%.

Число пациентов с алкоголизмом и алкогольными психозами, зарегистрированных наркологической службой в 2014 году, составило 11829 человек, показатель составил 1356,4 на 100 тыс. населения.

В 2014 году впервые обратились за наркологической помощью 928 человек с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы. Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом составил 106,4 на 100 тыс. населения, что по сравнению с 2013 годом ниже на 2,6%.

Число пациентов с алкогольными психозами с впервые в жизни установленным диагнозом увеличилось со 188 человек до 214, или на 13,8%. Первичная заболеваемость алкогольными психозами в РК увеличилась с 21,4 до 24,5 на 100 тыс. населения, или также на 14,5%.

В 2014 году зарегистрировано 984 человека с диагнозом наркомании или 112,8 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2013 годом (117,4) данный показатель снизился на 3,9%. Кроме того, в 2014 г. 695 человек были зарегистрированы с диагнозом «употребление наркотиков с вредными последствиями», в расчете 100 тыс. населения показатель в 2014 году составил 79,7. По сравнению с 2013 годом, количество лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами увеличилось с 494 до 695 человек. Показатель так же увеличился на 42,1%. Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков (включая лиц, больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями) в 2014 году составило 1679 человек, или 192,5 на 100 тыс. населения, по сравнению с 2013 годом данный показатель увеличился на 10,8% (173,7 на 100 тыс. человек).

Из общего числа потребителей наркотиков в 2014 году 40,9% человек употребляли наркотики инъекционным способом, в расчете на 100 тыс. населения показатель составил 78,7. Число зарегистрированных человек, употребляющих наркотики инъекционным способом за последний год уменьшилось с 794 человек в 2013 году до 686 человек в 2014 году. При этом показатель учтенной распространенности лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, по республике в целом снизился на 12,7%.

Из общего числа зарегистрированных человек, употребляющих наркотики инъекционным способом, инфицированы ВИЧ 45 человек (в 2013 г. - 27 человек).

Структура зарегистрированных пациентов, больных наркоманией по виду употребляемого вещества по сравнению с предыдущим периодом практически не изменилась: подавляющее большинство составили больные с опийной зависимостью (76,4%), второе ранговое место заняла группа пациентов, включающая больных полинаркоманией и зависимых от других наркотиков, - 16,3%. На третьем месте, как и в предыдущие годы, группа пациентов с зависимостью от психостимуляторов (амфетамины, кокаин и т.п.) – 5,3%. Больные с зависимостью от каннабиса заняли четвертое ранговое место – 1,9%.

В 2014 году динамика числа пациентов с болезнями зависимости по видам наркотиков имела различные тенденции: число больных опийной наркоманией уменьшилось на 5,9% (799 человек в 2013 году и 752 - в 2014 году); каннабиноидной

наркоманией уменьшилась в 2,6 раза (соответственно 50 и 19 человек); при этом наблюдался значительный рост числа больных с зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией - на 40,4% (со 114 до 160 человек). Больных с зависимостью от психостимуляторов в 2014 году стало меньше - на 26,4% (соответственно 72 и 53 человека).

Таким образом, как и в предыдущие годы, наиболее часто за наркологической помощью обращаются больные опийной наркоманией. Наряду с этим, в течение последних лет, наблюдается увеличение показателей общей заболеваемости зависимости от других наркотиков и сочетаний наркотиков различных химических групп (полинаркоманией). Больных каннабиноидной наркоманией в 2014 стало меньше.

В 2014 году впервые в жизни обратились за наркологической помощью по поводу наркомании 95 человек. Показатель первичной заболеваемости наркоманией в 2014 году по сравнению в 2013 годом увеличился в 1,6 раза и составил 10,9 на 100 тыс. населения. Самый высокий уровень этого показателя с 2007 года отмечался в 2010 году (24,5 на 100 тыс. населения), при этом с 2011 года наблюдалось его неуклонное снижение.

Абсолютное число пациентов с диагнозом токсикомания, зарегистрированных наркологической службой в 2014 году, составило 34 чел., из них 1 ребенок до 14 лет и 3 подростка 15-17 лет. (2013г.-42, 2012г.-55, 2011г.-61, 2010г.-77). Показатель общей заболеваемости токсикоманией в РК в 2014 году по сравнению с уровнем 2013 года снизился на 18,8%, а за последние 5 лет- в 2,1 раза и составил 3,9 на 100 тыс. населения.

2.4.4. Заболеваемость отдельными кожными и венерическими болезнями.

Сифилис. В сравнении с 2013 годом в целом по РК отмечается снижение заболеваемости в 1,7 раза. Однако рост заболеваемости сифилисом наблюдается среди населения г. Сосногорск (в 1,4 раза), Удорского, Сыктывдинского, Прилузского районов (в 2,0 раза), в Койгородском районе.

Не регистрировались случаи сифилиса в гг. Инта, Вуктыл, Койгородском и Княжпогостском районах. Заболеваемость подростков осталась на прежнем уровне – 1 случай в течение года. В течении последних пяти лет на территории РК отмечается стабильное снижение заболеваемости сифилисом. Показатели заболеваемости последних лет значительно ниже уровня и России и Северо-Западного Федерального округа.

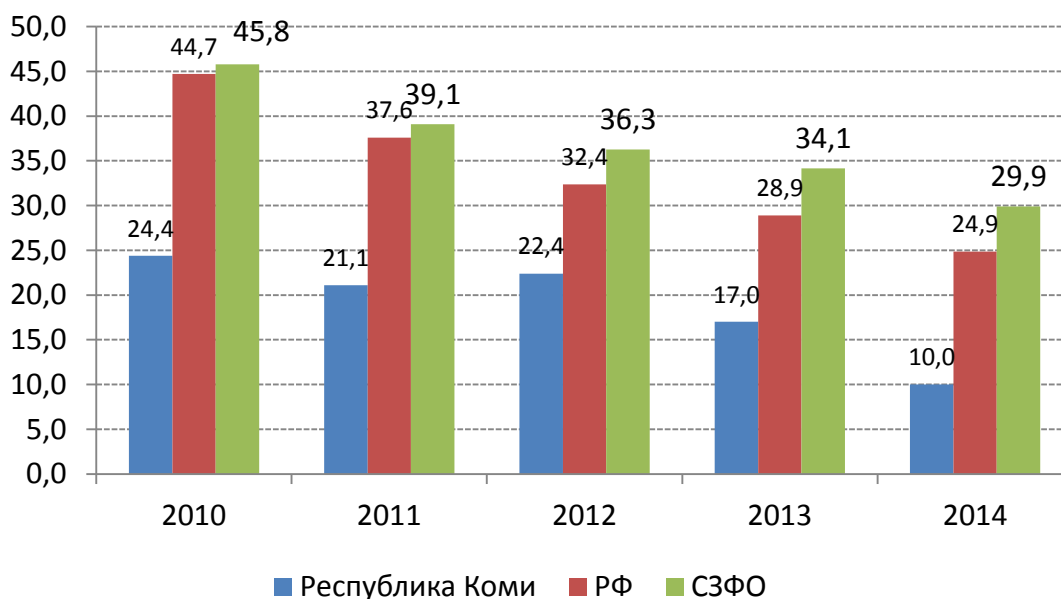


Рис. 2.15 Заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения по РК, РФ и СЗФО в 2010-2014 гг.

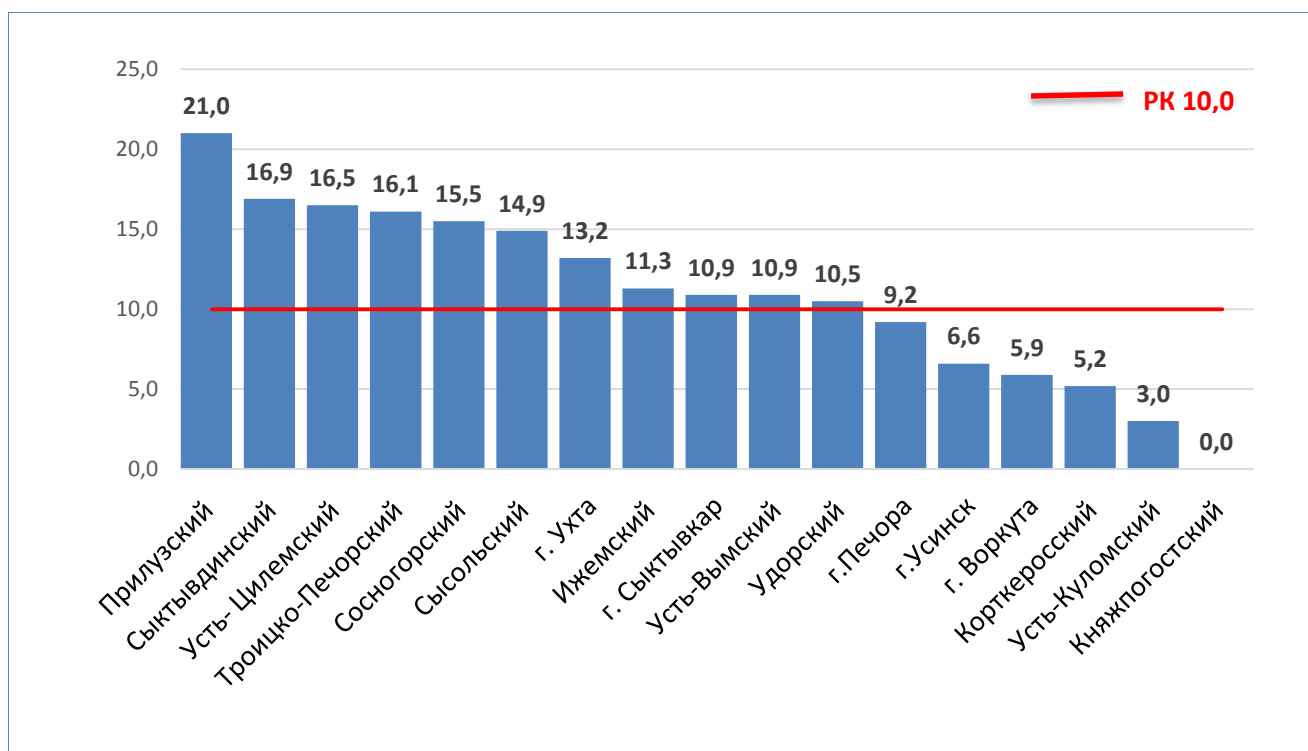


Рис.2.16. Заболеваемость сифилисом за 2014г. по территориям РК

Заболеваемость сифилисом среди городского населения на 11,5% выше, чем уровень заболеваемости сифилисом сельского населения.

Таблица 2.16

Заболеваемости сифилисом за 5 лет в разрезе территорий РК

Территория	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Сыктывкар	24,7	16,3	18,3	19,5	10,9
г. Ухта	33,8	37,7	22,1	14,0	13,2
г. Воркута	11,8	22,1	65,1	37,5	5,9
г. Инта	11,0	5,7	0	3,1	0
г. Печора	18,0	19,3	24,5	16,3	9,2
г. Усинск	11,9	12,7	21,2	8,7	6,6
г. Вуктыл	12,7	6,8	0	14,5	0
Усть-Куломский	23,4	15,0	11,2	15,5	3,9
Сыктывдинский	44,5	30,8	22,0	8,5	16,9
Корткеросский	9,0	5,1	20,5	46,9	5,2
Сысольский	25,9	0	14,4	7,4	14,9
Койгородский	22,2	11,9	0	12,3	0
Тр.-Печорский	26,2	36,2	21,7	0	16,1
Усть-Вымский	13,0	23,9	6,8	7,1	10,9
Княжпогостский	8,0	0	8,6	0	0
Прилузский	13,7	43,7	9,7	10,3	21,0
Ижемский	46,6	26,8	16,1	5,6	11,3
Усть-Цилемский	80,8	7,7	15,5	56,7	16,5
Удорский	17,6	0	0	0	10,5

Сосногорский	61,6	47,2	30,1	10,9	15,5
РК	24,6	21,1	22,4	17,0	10,0
РФ	44,7	37,6	32,37	28,9	24,8

Рост заболеваемости сифилисом в 2014 году, по сравнению с 2013 годом, отмечался среди населения Сосногорского, Сыктывдинского, Сысольского и Прилузского районов (в 2 раза).

Таблица 2.17

Структура заболеваемости сифилисом по возрастам в динамике за 5 лет.

Показатели	2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.	2014 г.
Всего по РК	234	190	201	150	87
0-14 лет	1 (0,4%)	1(0,6%)	2(1,0%)	1 (0,6%)	0
15-17 лет	6 (2,3%)	3(1,6%)	1(0,5%)	1 (0,6%)	1 (1,1%)
18-19 лет	13 (5,6%)	8(4,2%)	7(3,5%)	6 (4,0%)	4 (4,6%)
20-29 лет	115 (49,3%)	81(42,6%)	75(37,3%)	47(31,3%)	31 (35,7%)
30-39 лет	45 (19,2%)	55(28,9%)	54(26,9%)	57 (38,2 %)	30 (34,5%)
40 лет и старше	54 (23,2%)	42(22,1%)	62(30,8%)	38 (25,3%)	21 (24,1%)

В показателях на 100 тыс. самый высокий уровень заболеваемости сифилисом отмечается в возрастной группе 20-29 лет, где уровень превышает в 1,85 раза заболеваемость сифилисом по республике в целом.

Уровень заболеваемости сифилисом среди мужчин и женщин в 2014 году составил 12,38 и 7,34 на 100 тыс. населения соответственно, а в 2013 году был приблизительно одинаков (соответственно 18,9 и 15,4 на 100 тыс. населения мужского и женского пола). Число заболевших сифилисом подростков за 2014 год составило 1 случай или 3,4 на 100 тыс. нас., что соответствует уровню 2013 года. Заражение произошло половым путем. Случаев сексуального насилия не было. Среди детей, в истекшем 2014 году, сифилис не регистрировался, а в 2013 году был выявлен один случай сифилиса в г. Сыктывкаре (сифилис скрытый ранний), ребенок из социально неблагополучной семьи, путь передачи половой (сексуальное насилие).

В сравнении с 2013 годом на число **беременных женщин**, больных сифилисом, уменьшилось в сравнении с предыдущим годом на 4 случая и составило 6 человек. В 2013 году зарегистрировано 10 случаев сифилиса у беременных (2012 год – 9 случаев, 2011 год- 20 случаев, 2010 год- 29 случаев). В 2014 году беременность закончили родами 4 женщины, вставших на учет в 2014 году и 3 женщины, состоящих на учете с 2013 года, прервали беременность – 3 женщины.

Таблица 2.18

Структура выявленного сифилиса по формам в динамике за 5 лет

нозология	2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.	2014 г.
Первичный	43(18,8%)	36(19,0%)	23(11,4%)	18 (11,6%)	11 (13,3%)
Вторичный	59 (25,2%)	45(23,7%)	68(33,7%)	36 (23,4%)	22 (26,5%)
Ранний скрытый	117 (50,0%)	99(52,1%)	94(46,4%)	67(45,65%)	29 (34,9%)
Поздний скрытый	1 (0,4%)	1(0,5%)	1(0,5%)	-	1(1,2%)
Скрытый неуточненный	9 (3,9%)	5(2,6%)	5(2,5%)	1 (0,7%)	-
Нейросифилис с симптомами	5 (2,12%)	4(2,1%)	10(5,0%)	28(18,65%)	20 (24,1%)
Врожденный	-	-	1(0,5%)	-	-

Несмотря на рост заболеваемости нейросифилисом, 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 нейросифилиса больной должен оставаться в стационаре и получать наряду с симптоматической терапией полноценную специфическую антибиотикотерапию по назначению консультанта-дермато-венеролога.

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

Таблица 2.19

Качественные показатели работы службы за 5 лет.

показатели	2010г.	2011 г.	2012г.	2013г.	2014 г.
% активно выявленных больных	78,6	79,1	79,9	86,7	79,3
% выявленных больных сифилисом при обследовании контактных	23,5	23,9	23,4	34,6	17,0
Количество контактов обсл. на 1 больного	1,8	1,8	1,9	2,1	1,7
% обследованных от подлежащих	81,2	81,3	80,1	77,1	78,8
% обследованных от подлежащих в течении до 7-ми дней	65,0	66,0	62,2	57,2	59,2
Выявлено источников заражения	37,5	36,9	36,1	36,0	36,2

Качественные показатели работы дерматовенерологической службы на протяжении последних лет практически идентичны и, в целом, соответствуют средним российским показателям.

Таблица 2.20

Структура заболеваемости сифилисом в РК по занятости за 2013-2014 годы

Отрасль	2013 г.	2014 г.
---------	---------	---------

	Абс.	Уд. вес	Абс.	Уд. вес
ВСЕГО:	150	100	87	100
Соц. защита				
Прочие мин-ва и отрасли	5	3,2	3	3,4
Промышленность	12	7,8	12	14,1
Сельское хозяйство	1	0,7	1	1,1
Транспорт	10	6,7	6	6,8
Строительство	1	0,7	1	1,1
Торговля и общепит	17	11,0	14	17,1
Жилкомхоз и бытовое обслужив.	5	3,2	4	4,6
Здравоохранение	1	0,7	-	
Образование	3	2,1	2	2,2
Учащиеся всего, в т.ч.:	4	2,7	4	2,6
ВУЗов	2	1,4	2	1,3
ССУЗов	1	0,65	2	1,3
Школ	1	0,65	-	
Неработающие	82	55,3	29	34,3
БОМЖи	2	1,4	2	2,2
Прочие	11	7,3	9	10,7
Неорганизованные подростки	-			
Неорганизованные дети	-			
Дети ДДУ	-			

Таблица 2.21

Структура выявления больных сифилисом специалистами разных учреждений

Учреждение/ период	2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК
Обратились самостоятельно	23,4	24,4	22,9	19,6	22,7	13,5		20,7
Медицинские организации КВ профиля	22,4	28,5	23,1	31,5	23,4	41,5		31,1
Другие м/о	19,2	16,4	19,6	13,9	19,5	16,2		14,9
Стационары	18,8	15,9	16,8	21,1	17,8	16,7		26,4
Мед. осмотры	17,1	14,8	17,7	13,9	16,6	12,1		5,7

В сравнении с данными по Российской Федерации обращает на себя внимание значительное превышения показателя выявляемости в медицинских учреждениях кожно-венерологического профиля РК. В тоже время среднереспубликанский показатель выявляемости при медицинских осмотрах значительно ниже среднего по России.

Таблица 2.22

Структура активного выявления больных сифилисом специалистами разных профилей (в % из числа всех активно выявленных)

№	показатели	2010г.	2011г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
1.	В КВУ при обследовании, в т.ч. обследовании контактов	37,5	36,9	38,7	48,0	38,2
2.	Акушер-гинекологами (амбулаторно)	13,0	8,2	6,8	8,5	7,1
3.	Акушер-гинекологами (стационарно)	1,6	2,1	3,7	1,5	4,1
4.	Урологами	0,5	2,1	2,5	0,7	1,2
5.	В стационарах различных профилей, кроме акушер-гинекологов	20,1	18,4	22,2	17,7	27,0
6.	В амбулаторно-поликлинических учреждениях, кроме акушер-гинекол.	7,1	13,1	10,4	10,0	17,1
7.	При обследовании доноров	0,5	0,7	1,2	0	0
8.	Периодические проф. осмотры	6,5	5,4	6,2	10,8	4,1
9.	При прочих проф. осмотрах	7,6	3,5	2,5	1,4	0
10.	При поступлении на работу	6,0	9,6	7,4	1,4	1,2

Из приведенных 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 заболевания сифилисом, необходимо обратить внимание на то обстоятельство, что совместным приказом Министерства здравоохранения РК и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РК» № 10/ 500280 от 28 октября 2013 года отменен совместный приказ № 5/330/57 от 22.05.2003 года МЗ РК и Центра госсанэпиднадзора в РК «Об утверждении перечня контингентов, подлежащих обязательному обследованию на венерические заболевания».

Совместный приказ МЗ РК и ЦГСЭН от 2003 года 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 11 лет с 2003 по 2014 годы, действительно удалось снизить заболеваемость сифилисом в почти в 8 раз (с 81,1 до 10,0 на 100 тыс. населения) и гонореей (с 125,5 до 52,4 на 100 тыс.). Показатели заболеваемости по сифилису значительно ниже и Российских показателей, и уровня заболеваемости в Северо-Западном федеральном округе. Значительное количество венерических заболеваний среди населения за истекшие десять лет было выявлено именно среди контингентов, установленных совместным приказом № 5/330/57 от 22.05.2003 года. Поскольку «группа риска» находилась под постоянным мониторинговым контролем, помимо общего снижения заболеваемости, удалось избежать серьезной всплывающей заболеваемости, заболеваемости среди учащихся средних специальных учебных заведений, пациентов стационарных отделений ЛПУ и оперативно выявлять и прерывать эпидемиологическую цепь заболеваний. Таким образом, приказ № 5/330/57 от 22.05.2003 года оказал существенное позитивное влияние, как на уровень заболеваемости венерическими болезнями, так и на социальную ситуацию в республике. Целевые показатели, предусмотренные республиканской программой по профилактике социально-значимых инфекций в 2010-2012 гг., были достигнуты и улучшены еще в 2011 году.

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

Гонорея. Отмечено снижение заболеваемости гонореей среди населения РК в 1,6 раза. Уровень заболеваемости гонореей среди подростков так же снизился на 4,5% в сравнении с показателем 2013 года. Заболеваемость гонореей повысилась по сравнению с

2013 годом в г. Вуктыл (два случая в 2014 году при отсутствии регистрации в 2013), Койгородском (рост в 3 раза), В гг. Сыктывкар, Инта, Койгородском районе отмечается и превышение средне республиканского показателя. Уровень заболеваемости гонореей за 12 месяцев 2014 года среди подростков превышает данные показатели в целом среди населения на 39 %, однако в сравнении с 2013 годом снизился на 4,5. Зарегистрировано два случая заболевания у детей (бытовой путь передачи), показатель выше уровня 2013 года (регистрация 1 случая).

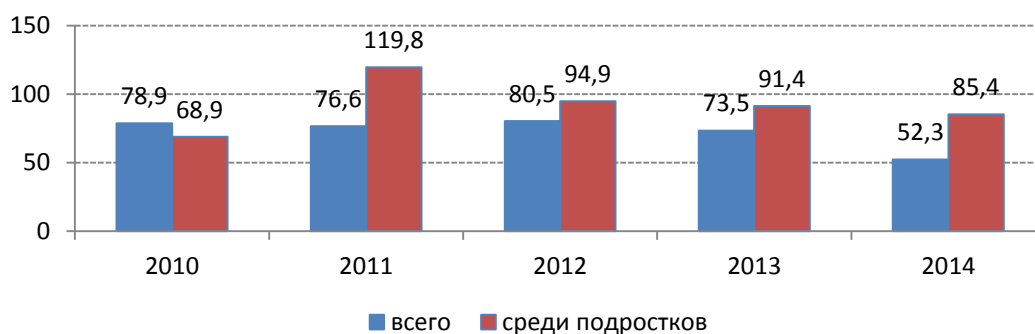


Рис. 2.17 Динамика заболеваемости гонореей в РК в 2010-2014 гг. (на 100 т. населения)

Таблица 2.23

**Данные по заболеваемости гонореей за 5 лет в разрезе территорий РК
(на 100 тыс. нас.)**

Территория	2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.	2014 г.
Сыктывкар	97,6	92,6	86,2	102,7	67,1
г. Ухта	83,4	104,9	91,0	47,0	41,1
г. Воркута	58,8	60,9	58,8	57,9	50,8
г. Инта	104,3	108,9	177,6	120,6	89,3
г. Печора	134,2	113,8	162,8	143,1	95,8
г. Усинск	81,4	65,9	110,5	69,4	37,2
г. Вуктыл	19,0	27,1	13,6	0,0	15,1
Усть-Куломский р-н	50,2	67,4	45,0	73,5	54,9
Сыктывдинский р-н	101,0	74,9	92,5	59,7	67,7
Корткеросский р-н	85,2	66,5	97,2	130,2	62,2
Сысольский р-н	38,8	57,6	36,0	66,3	29,9
Койгородский р-н	44,4	59,6	11,9	24,6	75,3
Тр-Печорский р-н	45,9	28,9	43,4	46,3	16,1
Усть-Вымский р-н	114,1	44,4	37,6	21,4	25,4
Княжпогостский р-н	43,9	64,5	43,0	32,0	4,7
Прилузский р-н	104,7	48,6	106,9	72,0	57,8
Ижемский р-н	15,5	32,2	42,9	27,9	22,6
Усть-Цилемский р-н	22,0	7,7	7,7	16,2	8,2
Удорский р-н	57,1	49,3	29,6	35,9	15,7
Сосногорский р-н	24,6	25,8	19,3	21,9	22,1
По РК	79,5	76,6	80,5	73,5	52,3
Российская Федерация	42,5	38,2	35,96	29,58	23,4

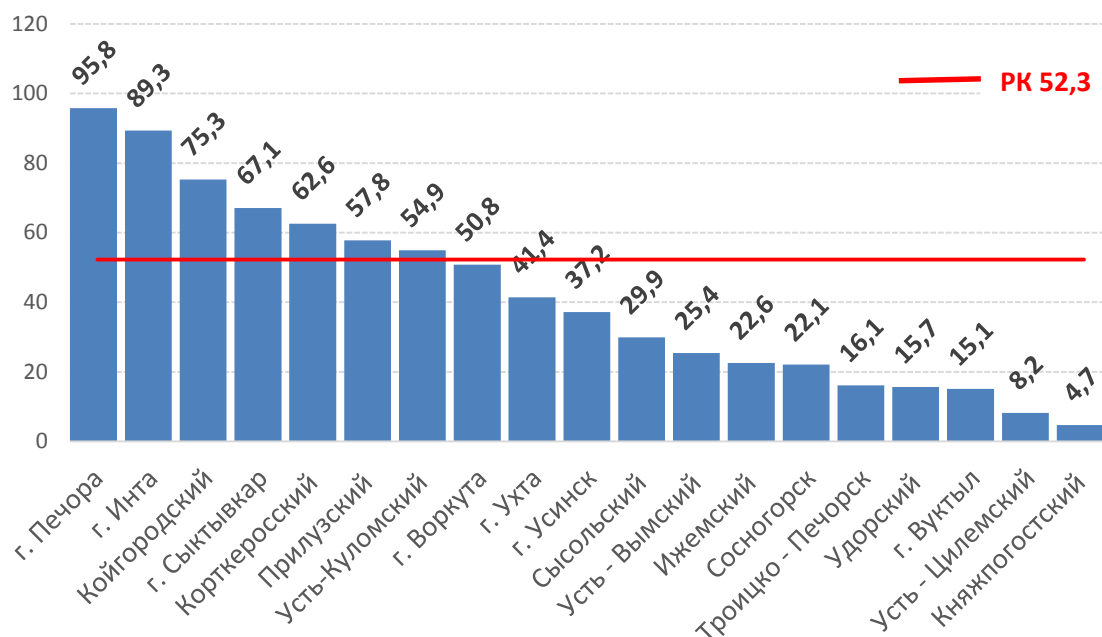


Рис.2.18 Заболеваемость населения РК гонореей в 2014 году.

Превышение республиканского уровня отмечается в г. Печора (на 83%), г. Инта (70,7%), Сыктывдинском (43%), Койгородском (45%) районах.

Самый высокий уровень заболеваемости гонореей отмечается среди возрастных групп населения 20-29 лет (превышение среднереспубликанского показателя в 3,5 раза) и среди 15-19 лет (превышение в 1,6 раза).

Таблица 2.24

Структура заболеваемости гонореей по возрастам.

Показатели	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014 г.
Всего по РК	756	689	724	647	456
0-14 лет	1 (0,1%)	3(0,4%)	1(0,1%)	1(0,1%)	2(0,2%)
15-17 лет	25 (3,3%)	35(5,1%)	27(3,7%)	26(4,0%)	22 (4,8%)
18-19 лет	58 (7,7%)	23(3,3%)	36(5,0%)	29(4,4%)	47 (10,3%)
20-29 лет	489 (64,7%)	464(67,3%)	490(67,7%)	431(66,7%)	259(56,8%)
30-39 лет	139 (18,4%)	127(18,4%)	117(16,2%)	120(18,6%)	90 (19,7%)
40 лет и старше	44 (5,8%)	37(5,3%)	53(7,3%)	40(6,2%)	36(7,9%)

Уровень заболеваемости гонореей за 12 месяцев 2014 года среди подростков превышает данные показатели в целом среди населения на 39 %, однако в сравнении с 2013 годом снизился на 4,5 (см. диаграмму 4). Зарегистрировано два случая заболевания у детей (бытовой путь передачи), показатель выше уровня 2013 года (регистрация 1 случая).

Заболеваемость гонореей среди городского населения на 32,8% выше, чем среди сельского населения.

Таблица 2.25

Распределение больных гонореей по полу (в %).

	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014 г.
мужчины	77,9	78,8	75,3	74,1	75,2
женщины	22,1	21,2	24,7	25,9	24,8

Таблица 2.26

**Структура заболеваемости гонореей в РК
за 2012-2014 годы по типу занятости**

Отрасль	2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Абс.	Уд. вес	Абс.	Уд. вес	Абс.	Уд. вес
ВСЕГО:	724	100,0	647	100,0	456	100,0
Соц. защита	0	-	0			
Прочие мин-ва и отрасли	34	4,7	31	4,8	29	6,6
Промышленность	92	12,7	88	13,6	76	16,8
Сельское хозяйство	2	0,3	2	0,3	2	0,5
Транспорт	27	3,8	24	3,7	17	3,7
Строительство	20	2,8	17	2,6	13	2,8
Торговля и общепит	78	10,8	69	10,7	61	13,7
Жилкомхоз, быт. обслуж.	11	0,4	10	1,5	8	1,8
Здравоохранение	14	1,9	8	1,2	7	1,7
Народное образование	15	2,1	13	2,0	11	2,4
Учащиеся в т.ч.:	79	11,0	73	11,3	68	14,9
ВУЗов	23	3,2	19	2,9	18	3,9
ССУЗов	43	6,0	41	6,4	40	8,8
Школ	13	1,8	13	2,0	10	2,2
Неработающие	247	34,1	221	34,2	96	21,3
Прочие	103	14,2	91	14,1	57	12,6
Дети ДДУ	1	0,15	0	0	0	0

Таблица 2.27

Качественные показатели службы за 5 лет

Показатели	2010г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Удельный вес активно выявленных больных от общего числа больных	31,8	35,5	38,1	33,1	30,9
Удельный вес выявленных больных гонореей при обследовании членов семей и контактов заболевших (в %)	15,6	21,6	24,8	28,3	16,5
Количество контактов обсл. на одного больного	1,3	0,8	0,9	0,7	0,89
Полнота обследования (в% ко всем подлежащим)	64,2	64,7	66,3	69,1	68,6
Оперативность обследования до 7-ми дней (в % ко всем подлежащим обследованию)	71,0	70,7	70,8	69,9	69,7
Выявлено источников заражения	24,6	24,8	24,9	27,7	26,8

Структура заболеваемости за 2014 год практически не изменилась в сравнении с предыдущим годом. В структуре заболеваемости гонореей, по прежнему, значительное количество случаев приходится на безработных – 21,3%, работников промышленности – 16,8%, учащихся – 14,9%. Качественные показатели по выявлению больных и по работе в очагах остаются на прежнем уровне.

При некотором снижении активности выявления больных гонореей в учреждениях кожно-венерологического профиля выросла выявляемость при проведении медицинских осмотров (1,4 % в 2013 году и 4,3 % в 2014 году).

Таблица 2.26

**Заболеваемость инфекциями, передающимися половым путём,
в РК в 2009-2013гг. (на 100 тыс. нас.)**

Нозология/год	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2013 РФ
Хламидиоз	105,7	85,4	68,9	72,9	56,8	53,2
Кандидоз	166,1	169,9	165,6	171,0	172,5	
Гарднереллез	206,4	224,5	191,2	177,8	151,8	
Кондиломатоз	37,5	38,9	37,9	36,9	32,3	23,7
Трихомониаз	137,1	111,1	97,2	81,3	74,1	82,1
Урогенитальный герпес	23,3	21,5	21,0	21,7	26,9	15,4
Уреаплазмоз	264,9	187,7	263,2	258,8	195,3	

По заболеваемости хламидиозом и трихомониазом, в течение пяти лет отмечается стабильный тренд к снижению, хламидиозом на 95,2%, а трихомониазом практически в два раза.

Хламидиоз. Наиболее высокие показатели заболеваемости **хламидиозом**, превышающие среднереспубликанский уровень, наблюдаются среди населения Сыктывкара (на 55%), Сыктывдинского (в два раза), Прилузского (на 39%) и Сосногорского (37%) районов. Однако статистические данные по хламидиозу в целом по республике не являются полностью корректными из-за отсутствия качественных лабораторных методов исследований в территориях, кроме гг. Сыктывкара, Воркуты, Печоры и Ухты. Только единичные случаи зарегистрированы в Ижемском, Удорском и Усть-Цилемском районах.

Трихомоноз. Наиболее «неблагополучные» территории **по трихомонозу**: г. Инта, Удорский, Корткеросский, Княжпогостский, Троицко-Печорский и Прилузский районы (превышение в два 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.

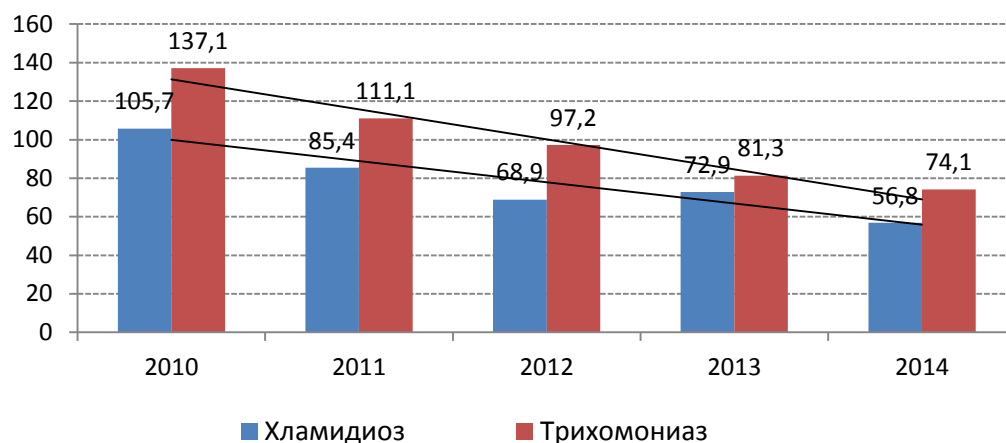


Рис. 2.19 Динамика заболеваемости хламидиозом и трихомониазом по РК за 5 лет

Заболеваемость заразными кожными заболеваниями.

Чесотка. По показателям 2014 года отмечается стабильное снижение пораженности населения **чесоткой** с 165,4 в 2009 году до 29,5 в истекшем году, снижение более чем в 5,6 раза. Снижение заболеваемости в истекшем году – в 1,6 раза. Выше среднереспубликанского показателя пораженности чесоткой отмечается среди населения г. Сыктывкар (в 1,6 раза), Корткеросского, Сысольского районов (в 1,8 раза), Усть-Куломского (в 3 раза), Прилузского (в 3,9 раза), и Ижемского (в 2,1 раза) районов. Не регистрируется чесотка в г. Вуктыл.

Таблица 2.27

Заболеваемость чесоткой за 5 лет в разрезе территорий РК (на 100 тыс. нас.)

Территории/год	2010	2011	2012	2013	2014
г. Сыктывкар	176,4	133,5	87,8	63,3	45,4
г. Ухта	72,4	63,1	39,3	11,5	5,8
г. Инта	107,0	68,8	48,7	21,6	3,2
г. Воркута	79,6	89,3	28,4	38,6	11,8
г. Печора	75,3	70,0	73,5	43,5	9,2
г. Усинск	162,8	93,5	36,1	19,5	4,4
г. Вуктыл	76,1	33,9	6,8	0	0
Сыктывдинский	177,8	88,1	79,3	42,7	38,1
Корткеросский	107,7	133,0	87,0	26,0	47,0
Сысольский	245,8	331,5	180,1	103,1	52,2
Койгородский	144,3	119,1	35,7	36,9	25,1
Усть-Куломский	134,0	97,4	112,4	61,9	94,0
Усть-Цилемский	235,0	54,1	108,2	64,8	24,7

Троицко-Печорский	59,0	101,3	79,6	61,8	56,3
Усть-Вымский	55,4	78,6	34,2	17,9	18,2
Княжпогостский	103,7	43,0	25,8	13,7	9,4
Прилузский	214,0	306,0	116,6	174,8	115,6
Ижемский	150,2	182,4	166,3	223,1	67,7
Удорский	210,8	177,3	152,7	77,0	36,7
Сосногорский	28,7	32,2	30,1	17,7	13,3
По РК	124,4	104,6	67,5	47,6	29,5
РФ	64,9	49,5	38,2	36,1	н/д
СЗФО	75,3	56,4	43,9	40,2	н/д

Таблица 2.28

**Удельный вес активно выявленных больных чесоткой
в % от числа больных**

2010г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
40,5%	45,3%	46,0%	51,6%	49,1%

Таблица 2.29

**Структура активного выявления больных чесоткой
(в % от общего числа активно выявленных)**

Показатели/год	2010г.	2011 г.	2012г.	2013г.	2014 г.
В КВУ по поводу интеркуррентных заболеваний	66,3	69,9	70,8	75,0	76,1
В стационарах различных профилей	9,0	6,6	2,9	3,8	7,1
При периодических проф.осмотрах	4,9	4,9	7,7	3,3	2,4
При прочих проф.осмотрах	9,3	11,1	8,8	9,9	10,2
В амбулаторно-поликлинических учреждениях (прочими специалистами)	9,0	7,5	8,8	8,0	4,2

Таблица 2.30

**Количество обследованных контактов на одного
больного чесоткой (в % от числа больных)**

2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.	2014 г.
13,8	11,2	13,2	11,5	13,9

Микроспория. Заболеваемость микроспорией за пять лет практически остается на одном уровне. Пик выявляемости, как и в прошлые годы, был зарегистрирован в осенний период, что объясняется большим количеством завозных случаев микроспории.

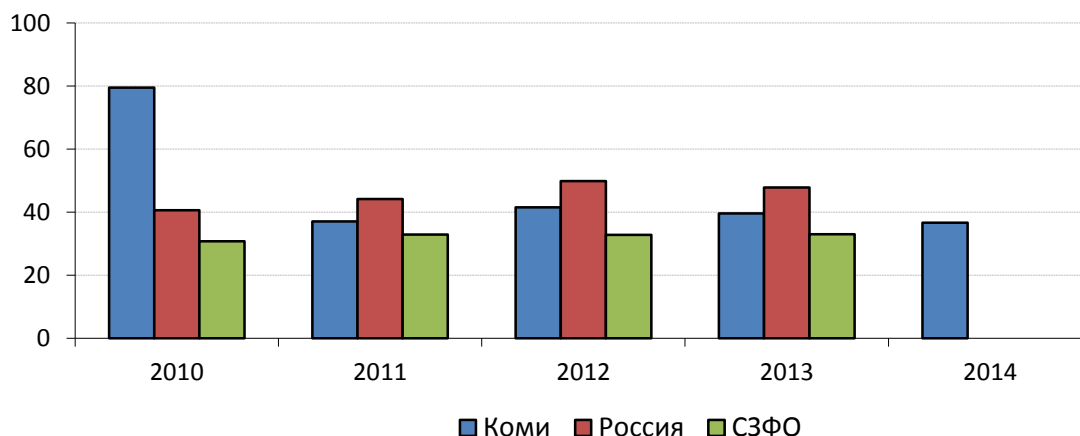


Рис.2.20 Динамика заболеваемости микроспорией в РК за 2010-2014 годы в сравнении с Российской Федерацией и СЗФО

Высокий уровень заболеваемости микроспорией, с превышением среднего республиканского показателя, отмечается в г. Сыктывкар, Воркута (в 1,5 раза), Корткеросском (1,5 раза), Троицко-Печорском (в 1,8 раза) и Прилузском (в 3,6 раза), районах. Не регистрируются случаи заболеваний микроспорией в г. Вуктыл, Княжпогостском, Ижемском, Усть-Цилемском районах.

Таблица 2.31

**Заболеваемость
микроспорией за 5 лет в разрезе территорий РК (на 100 тыс. населения)**

Территории	2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.	2014 г.
г. Сыктывкар	66,9	53,7	63,7	51,5	60,9
г. Ухта	21,2	17,2	5,8	4,1	6,6
г. Инта	8,2	34,4	17,9	3,1	3,2
г. Воркута	39,8	63,0	98,5	79,5	64,9
г. Печора	1,6	3,5	1,8	23,6 v	27,6
г. Усинск	17,9	34,0	53,6	88,9 v	21,9
г. Вуктыл	25,4	-	-	-	-
Сыктывдинский р-н	60,6	39,6	51,8	29,9	63,5
Корткеросский р-н	4,5	-	72,9	67,7	31,3
Сысольский р-н	58,2	57,6	14,6	51,6 v	29,9
Койгородский р-н	55,5	59,6	72,8	73,9	138,0
Усть-Цилемский р-н	-	-	-	-	-
Усть-Куломский р-н	6,7	26,2	15,2	30,9 v	43,1
Усть-Вымский р-н	78,2	82,0	21,0	14,3	3,6
Троицко-Печорский р-н	118,1	108,6	37,5	46,3 v	56,3
Прилузский р-н	63,8	43,7	100,0	138,8 v	52,5
Ижемский р-н	-	-	-	-	-
Княжпогостский р-н	-	-	-	-	-
Удорский р-н	-	9,9	10,1	10,3	5,2
Сосногорский р-н	2,1	17,2	15,2	15,3	15,5
РК	79,5	37,0	41,5	39,6	36,6
Российская Федерация	40,6	44,2	49,8	47,8	н/д
Северо-Западный ФО	30,7	32,9	32,8	33,0	н/д

Таблица 2.32

Удельный вес активно выявленных больных

	2010г	2011г	2012 г	2013г	2014 г.
Трихофития	-	-	-	-	-
Микроспория	24,0	47,8	31,4	47,0	42,1

2.4.5. Эпидемические показатели по туберкулезу. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в РК имеет тенденцию к стабилизации.



Рис.2.20 Динамика территориального показателя заболеваемости туберкулезом в РК в период 2010-2014 г.г в сравнении с РФ (на 100 тыс. населения (ф.№8)).

Территориальный показатель заболеваемости туберкулезом в динамике за 5 лет снизился на 20,3% (с 74,5 в 2010 году до 59,4 на 100 тыс. населения в 2014 году). В 2014 году в сравнении с 2013 годом территориальный показатель заболеваемости снизился на 13,2%. В ф.8 включаются все впервые выявленные больные туберкулезом независимо от ведомственного подчинения, в том числе больные ГУФСИН России по РК, лица БОМЖ, лица, у которых диагноз установлен посмертно и др.



Рис.2.21 Количества новых случаев туберкулеза в гражданском и пенитенциарном секторах в период 2010-2014 г.г в РК (в абс. числах).

В абсолютных числах среди постоянного населения республики в 2014 году выявлено 402 больных туберкулезом, среди контингентов ГУФСИН России по РК 99 человек, кроме этого у 17 человек диагноз туберкулеза установлен посмертно.

Пенитенциарный сектор вносит существенный вклад в общее количество новых случаев туберкулеза, в формирование показателей заболеваемости по республике.

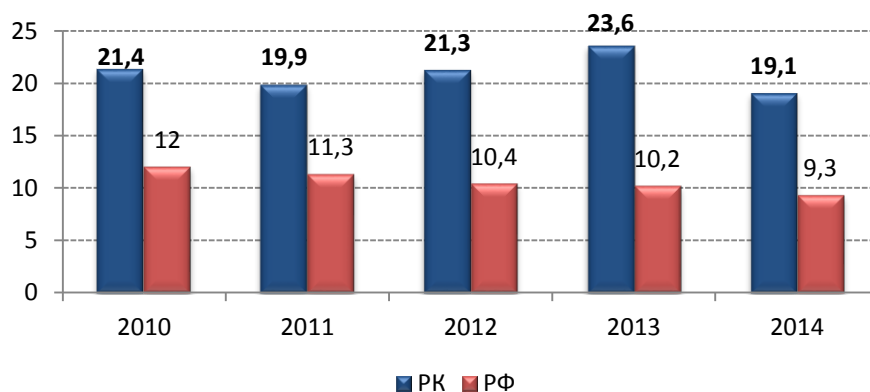


Рис 22. Доля пенитенциарного сектора в общем количестве новых случаев заболевания туберкулезом в РК в период 2010-2014 г.г. в сравнении с Российской Федерацией (%).

По итогам 2014 года доля лиц, выявленных в системе ГУФСИН РФ по РК в общем количестве новых случаев заболевания туберкулезом по республике составила 19,1%.

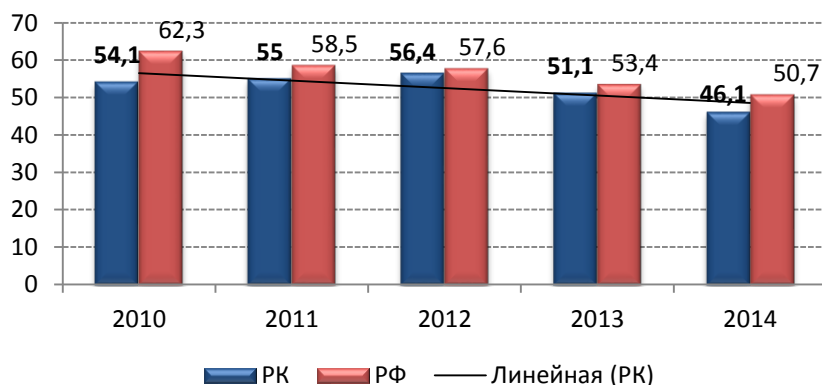


Рис. 2.22 Динамика показателя заболеваемости туберкулезом постоянного населения РК в период 2010-2014 г.г. в сравнении с РФ (на 100 тыс. населения (ф. 33)).

По итогам работы в период с 2010 –2014 годы в РК показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения (ф. 33) снизился с 54,1 на 100 тыс. постоянного населения республики в 2010 году до 46,1 на 100 тыс. населения в 2014 году или на 14,8%.

В 2014 году наиболее высокие показатели заболеваемости туберкулезом со значительным превышением республиканских значений зарегистрированы в Сысольском (89,6 на 100 тыс. населения), Корткеросском (83,3 на 100 тыс. населения), Усть-Цилемском (82,6 на 100 тыс. населения), Удорском (78,5 на 100 тыс. населения), Княжпогостском (75,5 на 100 тыс. населения) районах.

Среди заболевших туберкулезом в 2014 году 264 больных (65,7%) – лица мужского пола. Максимальный уровень заболеваемости зарегистрирован у лиц трудоспособного возраста (18-59 лет) – 338 человек, показатель заболеваемости трудоспособного населения составил 63,3 на 100 тыс. трудоспособного населения. Показатель заболеваемости туберкулезом мужчин в трудоспособном возрасте в 2014 году составил 90,6 на 100 тыс. трудоспособного мужского населения, показатель заболеваемости женщин в трудоспособном возрасте составил 50,1 на 100 тыс. трудоспособного женского населения. Таким образом, заболеваемость мужчин в трудоспособном возрасте в 1,8 раза превышает заболеваемость женщин.

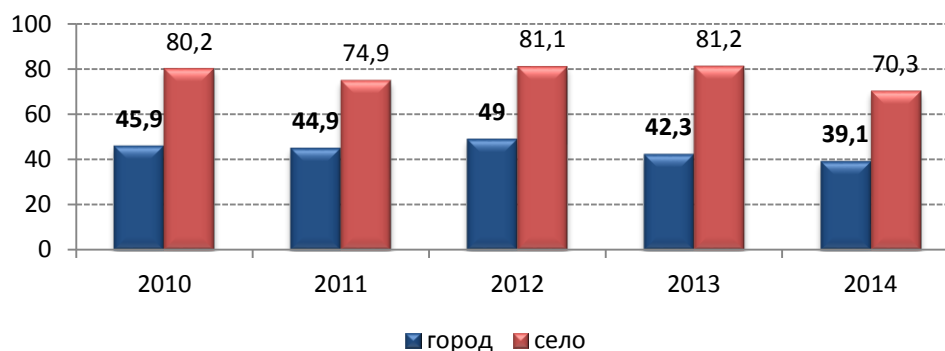


Рис. 2.23 Заболеваемость туберкулезом жителей города и села в РК в период 2010-2014г.г. (на 100 тыс. соответствующего населения)

Стабильно высокий показатель заболеваемости туберкулезом отмечается среди жителей села и он превышает заболеваемость городских жителей в 1,8 раза.

Таблица 2.33

Анализ структуры впервые выявленных больных по профессиональной принадлежности и социальному составу.

Профессиональная принадлежность	2012 год		2013 год		2014 год	
	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. числа	%
1. Рабочие	112	22,3	107	23,8	79	19,7
2. Служащие	27	5,4	42	9,3	24	6,0
3. Учащиеся школы	11	2,2	9	2,0	8	2,0
4. Учащиеся сред. уч. заведений	4	0,8	5	1,1	1	0,2
5. Учащиеся высших уч. заведений	3	0,6	3	0,7	3	0,7
6. Дошкольники организованные	7	1,4	8	1,8	8	2,0
7. Дошкольники неорганизованные	1	0,2	3	0,7	3	0,7
8. Пенсионеры	74	14,7	59	13,1	60	14,9
9. Инвалиды	48	9,6	34	7,6	35	8,7
10. Неработающие трудоспособного возраста	203	40,4	167	37,1	171	42,5
11. Безработные	12	2,4	13	2,9	10	2,5
Всего:	502	100,0	450	100,0	402	100,0

Социальными группами риска по заболеванию туберкулезом в РК по-прежнему являются неработающие трудоспособного возраста, инвалиды и безработные (в сумме они составили 53,7%).

Обращает на себя внимание рост показателя заболеваемости туберкулезом ВИЧ-инфицированных лиц, так в 2014 году показатель вырос в 2 раза.

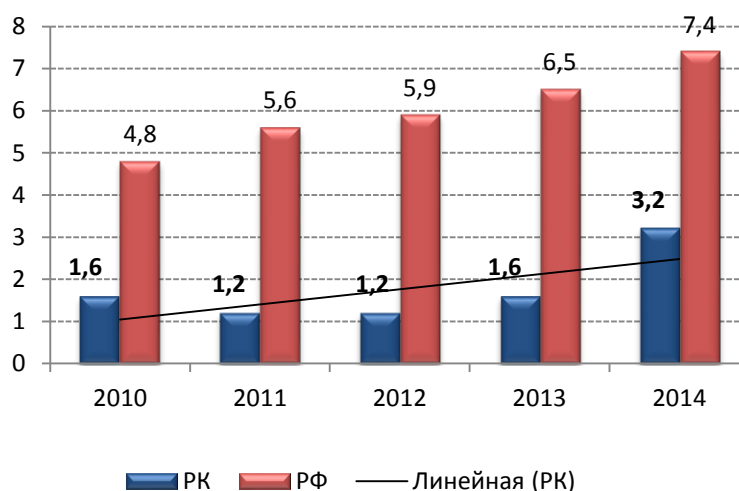


Рис.2.24 Динамика показателя заболеваемости ВИЧ-инфицированных лиц туберкулезом на 100 тыс. населения в РК в период 2010-2014 г.г. в сравнении с РФ

За 2013 год было зарегистрировано 14 случаев впервые выявленного туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных (3,1% от впервые зарегистрированных больных), за 2014 год – 28 случаев (7% от впервые зарегистрированных больных).



Рис.2.25 Динамика показателя заболеваемости туберкулезом детей 0-14 лет в РК в период 2010-2014 г.г. в сравнении с РФ (на 100 тыс. детского населения).

Эпидемические показатели по туберкулезу среди детей и подростков. В РК показатель заболеваемости туберкулезом детей за последние пять лет снизился с 14,1 на 100 тыс. детского населения в 2010 году до 10,2 в 2014 году, снижение составило 27,6%. Показатели заболеваемости туберкулезом детей в республике ниже показателей Российской Федерации, что обусловлено высоким уровнем организации работы по раннему выявлению и профилактике туберкулеза.

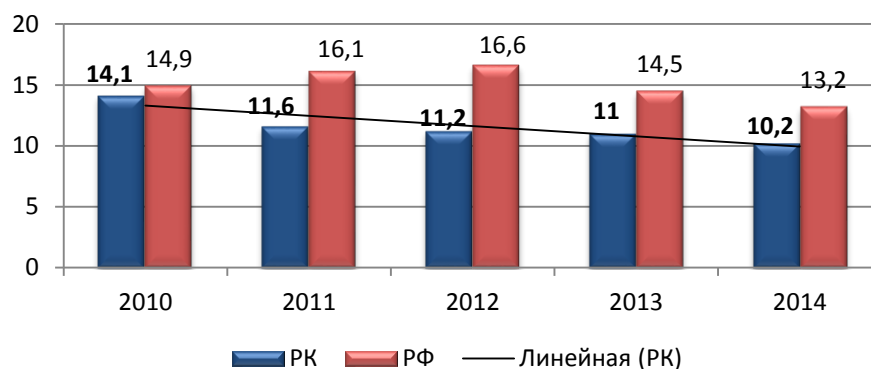


Рис. 2.26 Заболеваемость туберкулезом детей 0-14 лет в РК в период 2010-2014 г.г. в сравнении с РФ (на 100 тыс. детского населения)

Случаи заболевания туберкулезом детей 0-14 лет выявлены в г. Сыктывкаре – 4 случая, Княжпогостский район – 3 случая, Вуктыльский район – 2 случая, Усть-Цилемский район – 2 случая, г. Воркуте – 1 случай, г. Ухта – 1 случай, Корткеросский район – 1 случай, Сыктывдинский район – 1 случай, Сысольский район – 1 случай.

Туберкулез у детей в большинстве случаев выявляется профилактически (методом туберкулинодиагностики), в 2014 году профилактически выявлено 100% случаев заболевания туберкулезом детей. В структуре заболеваемости преобладают малые формы первичного туберкулеза, которые в большинстве случаев представлены туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов.

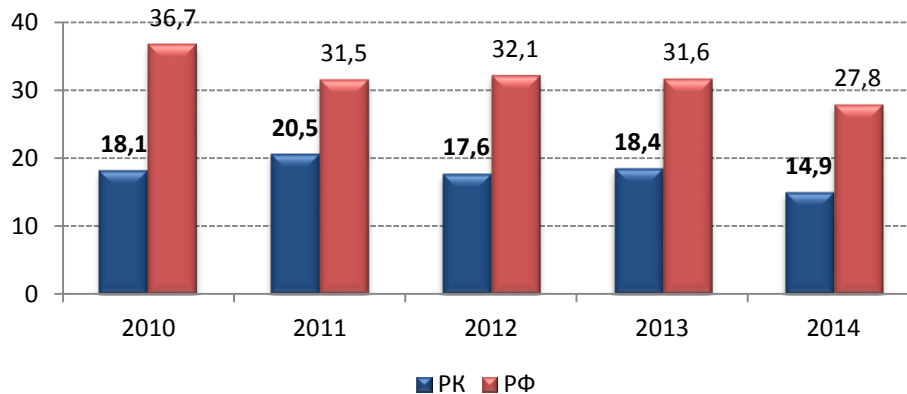


Рис. 2.27. Показатель заболеваемости активным туберкулезом детей 15-17 лет в РК и РФ в период 2010-2014 г.г (на 100 тыс. детей 15-17 лет)

Показатель заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 15-17 лет в период с 2010 по 2014 годы снизился на 17,7% , по итогам 2014 года в сравнении с 2013 годом снижение показателя составило 19% (в 2012 году заболело 5 детей, в 2013 году – 5 детей, в 2014 году – 4 детей). Данный показатель ниже, чем по Российской Федерации в 1,8 раза.

Туберкулез у детей 15-17 лет выявляется профилактически, так в 2014 году профилактически выявлено 100% случаев.



Рис. 2.28 Показатель распространенности туберкулеза в РК и РФ в период 2010-2014 г.г. (на 100 тыс. населения)

На фоне проводимой работы за последние годы снизился показатель распространенности туберкулеза среди жителей республики, за 2014 год в сравнении с 2013 годом снижение показателя составило 11,9%. Показатель распространенности туберкулеза на протяжении ряда лет сохраняется на уровне ниже, чем по Российской Федерации.

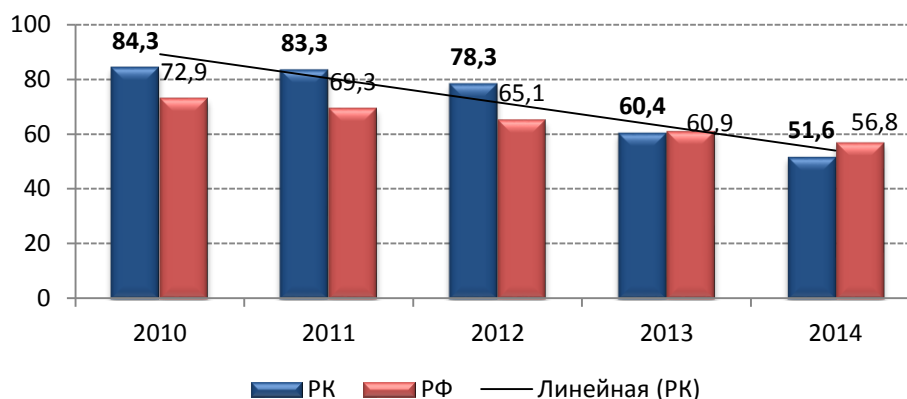


Рис.2.29 Показатель распространенности бациллярного туберкулеза в РК и РФ в период 2010-2014 г.г. (на 100 тыс. населения)

Показатель распространенности бациллярного туберкулеза с 2010 по 2014 год снизился на 38,8%, за 2014 год в сравнении с 2013 годом, показатель снизился на 14,6% (с 60,4 на 100 тыс. населения за 2013 год до 51,6 на 100 тыс. населения за 2014 год).

Существенно выше среднереспубликанского показателя распространенность бациллярного туберкулеза в Вуктыльском (105,6 на 100 тыс. населения), Корткеросском (99,1 на 100 тыс. населения), Троицко-Печорском (96,5 на 100 тыс. населения), Княжпогостском (89,6 на 100 тыс. населения), Удорском (78,7 на 100 тыс. населения), Сыктывдинском районах (71,9 на 100 тыс. населения).

Показатель распространенности бациллярного туберкулеза с МЛУ/ШЛУ МБТ в 2014 году снизился с 28,2 на 100 тыс. населения до 26,1 на 100 тыс. населения (снижение составило 7,4%). При снижении показателя распространенности бациллярного туберкулеза с МЛУ/ШЛУ МБТ отмечается рост показателя распространенности туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза, так в 2014 году рост показателя составил 26,8%.

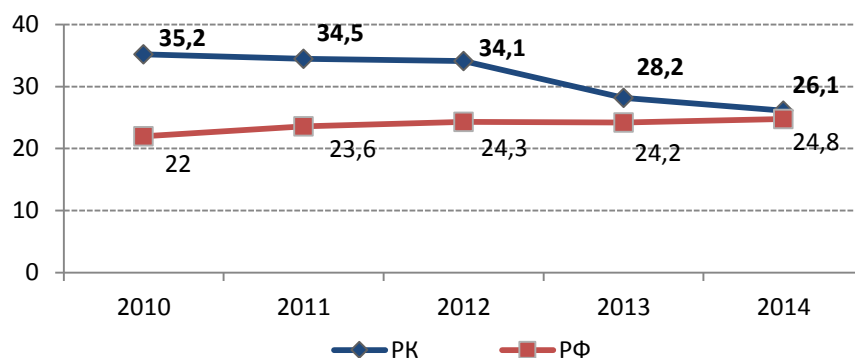


Рис. 2.30 Динамика показателя распространенности туберкулеза с МЛУ/ШЛУ МБТ в РК в период 2010-2014 г.г. в сравнении с РФ (на 100 тыс. населения)

По итогам 2014 года на учете с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью состоит всего 228 бактериовыделителей, в том числе с широкой лекарственной устойчивостью 91 человек. Таким образом, распространенность туберкулеза с ШЛУ МБТ за 2014 год составила 10,4 на 100 тыс. населения (в 2013 году – на учете состояло 72 человека – 8,2 на 100 тыс. населения, в 2012 году на учете с туберкулезом с ШЛУ МБТ состояло 65 человек – 7,3 на 100 тыс. населения).

2.4.6. Сахарный диабет. На 31 декабря 2014 года в РК зарегистрировано 29 511 пациентов в Государственном регистре «Сахарный диабет», что составляет более 3,38% населения республики, практически каждый 30-й болен сахарным диабетом или страдает нарушенной толерантностью к глюкозе, гестационным диабетом, нарушенной гликемией натощак. Количество пациентов с сахарным диабетом непрерывно увеличивается.

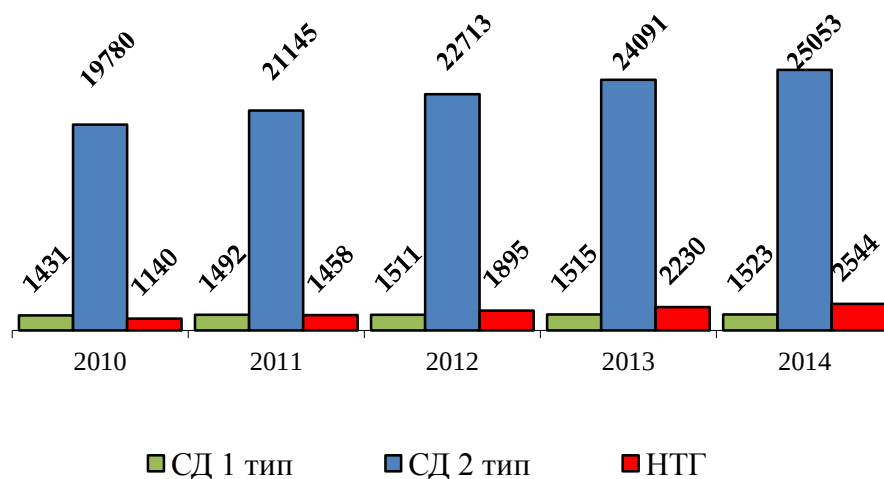


Рис. 2.31 Количество больных сахарным диабетом

Динамика распространенности сахарного диабета I и II типа в РК за 2010-2014гг.

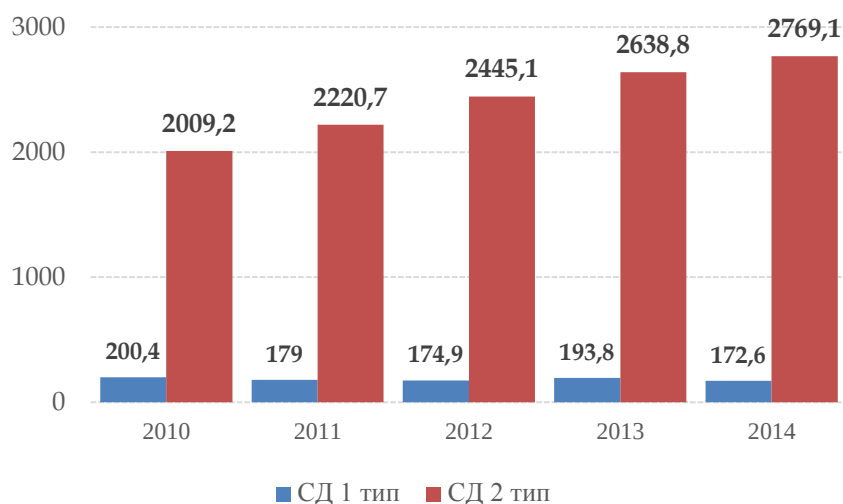


Рис.2.32 Распространенность СД на 100 тыс. населения РК (ф.12)

Уровень распространенности сахарного диабета II типа в регионе имеет четкую тенденцию к росту, так за последний год уровень показателя вырос на 4,9%, а за последние 5 лет на 37,8%.

Распространенность сахарного диабета за последние 5 лет в РК увеличилась как среди взрослого населения, так и среди детей. В подростковом возрасте уровень показателя с 2011 года имеет тенденцию к снижению.

Таблица 2.34

Распространенность СД на 100 тыс. населения в РК с учетом возраста (ф.12)

Возрастная категория/год	2010	2011	2012	2013	2014
дети	76,4	80,4	86,8	93,9	102,8
подростки	235,0	260,2	249,6	236,0	211,6
взрослые	2797,3	2977,8	3266,8	3548,8	3718,6

Заболеваемость сахарным диабетом в мире удваивается каждые 10 – 15 лет, приобретая характер не инфекционной глобальной эпидемии. Высокая заболеваемость и смертность от сахарного диабета является актуальной проблемой для здравоохранения как Российской Федерации в целом, так и для нашего региона в частности.

Первичная заболеваемость в РК в течение ряда лет находилась на одном уровне. За 2014 год количество впервые выявленных пациентов составило 2054 человека. Увеличение количества больных растет, в основном за счет 2 типа СД, т.к. играет роль не только наследственность, стрессы, экология, но и прогрессирование ожирения в популяции. 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 нарушенной толерантностью к глюкозе.

В 2014 году зарегистрировано 306 случаев беременности у пациенток с различными видами СД.

Заболеваемость СД 2 типа в РК с 2010 года снижается, а количество пациентов с другими

типами сахарного диабета, гестационным диабетом и нарушением толерантности к глюкозе растет.

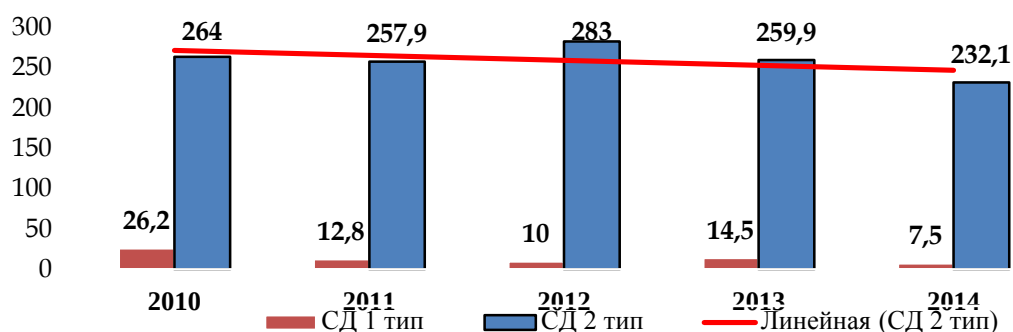


Рис.2.33 Динамика заболеваемости СД на 100 тыс. населения(ф.12)

Сахарный диабет 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 сахарным диабетом порядка 110 – 120 тыс. человек, в том числе около 25 тыс. человек впервые. В РК в 2014 году всего признано инвалидами 3 946 человек, из них 80 человек с сахарным диабетом. На приведенной диаграмме видно, что в сравнении с 2010 годом количество инвалидов с 1 типом СД остается на одном уровне и остается стабильно высоким, а со 2 типом СД снижается.

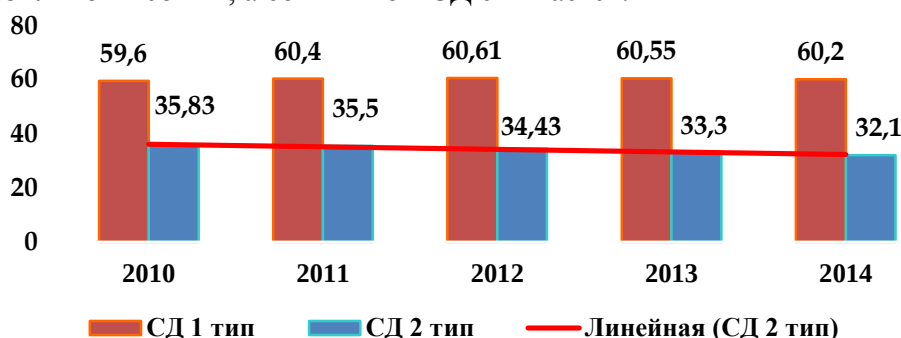


Рис. 2.34 Динамика уровня инвалидности по СД (%) в разрезе типа

Сахарный диабет отличается от всех других эндокринных заболеваний не только значительной распространенностью, но и частотой развития и тяжести течения осложнений. Сахарный диабет приводит в 70-80% случаев к развитию патологии зрения. У больных СД 2 типа в 2-4 раза чаще, чем в общей популяции, регистрируется ишемическая болезнь сердца, в 6-10 раз выше риск развития инфаркта миокарда, в 4-7 раз выше риск ишемического инсульта и в 3-4 раза чаще развивается недостаточность кровообращения, слепота в 10 раз, гангрены и ампутаций нижних конечностей в 15-40 раз чаще. Кроме того, пациенты с Сахарным диабетом 2 типа имеют худший прогноз при цереброваскулярных заболеваниях и поражении периферических артерий. У больных сахарным диабетом в 20 раз чаще развиваются гангрена и ампутация нижних конечностей. 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 сердечно-сосудистыми причинами, приводит к потере 12-14 лет жизни. Такие поздние осложнения диабета, как ретинопатия, нефропатия, синдром диабетической стопы, полинейропатия являются главными причинами инвалидизации больных сахарным диабетом. Высокий ущерб здоровью населения и значительные экономические затраты на дорогостоящее лечение осложнений, реабилитацию больных и инвалидов, определяют сахарный диабет во многих странах, в том числе и в России, в качестве национальных приоритетов среди наиболее важных проблем здравоохранения и социальной защиты.

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

Половина больных со 2 типом сахарного диабета выявляется через 7 – 10 лет от начала заболевания. У 20 – 30 % этих больных уже имеются такие осложнения сахарного диабета, как ретинопатия, нефропатия, нейропатия, ангиопатия различной локализации.

Типичные для сахарного диабета 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.

Таблица 2.35

**Распространенность осложнений
сахарного диабета по данным государственного регистра в РК в отчетных годах
(в % от числа больных)**

Осложнения	Стадия осложнения	2010	2011	2012	2013	2014
Кома		0,02	0,01	0	0	0
Диабетическая катаракта		0,6	0,62	0,21	0,49	0,14
Диабетическая ретинопатия	НПДР	0,5	0,34	0,25	0,35	0,16
	ППДР	0,24	0,16	0,06	0,10	0,07
	ПДР	0,09	0,05	0,07	0,05	0,07
Диабетическая нефропатия	МАУ	0,30	0,43	0,32	0,30	0,22
	Протеинурия	0,26	0,19	0,11	0,18	0,12
	ХБП (без диализа)	0,06	0,04	0,02	0,03	0,01
	ХБП (диализ)	0,01	0,01	0,01	0	0,01
Диабетическая нейропатия	Сенсорная	1,29	1,06	0,80	0,96	0,56
	Полинейропатия	0,01	0,01	0,05	0,05	0,15
	Автономная	0,09	0,06	0,02	0,06	0,01
Диабетическая стопа	Нейроишемическая	0,03	0,02	0	0,02	0
	Нейропатическая	0,04	0,02	0,01	0,03	0,01
	Смешанная	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01
	Без изъязвления	0,01	0,02	0,01	0,03	0,01
	С изъязвлением	0,03	0,01	0,01	0,01	0
Ампутация	В пределах стопы	0,01	0	0	0	0,02
	На уровне голени и выше	0,09	0,03	0,01	0,03	0,06
Стенокардия	Напряжения	0,21	0,17	0,05	0,12	0,04
	Покоя	0,01	0,01	0	0,01	0
Инфаркт миокарда	Единожды	0,09	0,06	0,05	0,05	0,03

	Повторный	0,04	0,02	0	0,04	0,02
	Транзиторное	0,17	0,14	0,08	0,11	0,07
Нарушение Мозгового Кровообращения	С нарушением двигательных функций	0,12	0,08	0,04	0,02	0,05

Данные, представленные в таблице, не отражают реальную ситуацию в регионе, так как во многих территориях регистры стоят в кабинетах статистики и лечащие врачи не всегда своевременно и в полном объеме передают данную информацию. Кроме того, РФ перешла на новую форму государственного регистра, которая еще не до конца разработана и постоянно находится на доработке, что затрудняет получение достоверной информации.

За последние десятилетия изменились причины смертности при сахарном диабете: значительно снизилась смертность больных от острых осложнений (комы), при этом сердечно - сосудистая патология является причиной от 50% до 80% случаев смерти больных сахарным диабетом. Однако статистический анализ летальности имеет свои трудности. Наиболее частой предшествующей причиной смерти оказывается ИБС, которая предворяет почечную недостаточность. Наиболее часто диабет не упоминается при ИБС. Причины смертности у пациентов с СД 1 типа по данным регистра в РК:

1 место при сахарном диабете 1 типа занимают другие причины (не связанные с сахарным диабетом) – 61,76%

2 место – Хроническая почечная недостаточность (14,7%),

3 место – Инфаркт миокарда (8,82%),

4 место – Нарушения мозгового кровообращения (5,88%)

5 место – Хроническая сердечная недостаточность (2,94%)

Причины смертности у пациентов с СД 2 типа по данным регистра в РК:

1 место другие причины (не связанные с сахарным диабетом) – (53,61%)

2 место – Хроническая сердечная недостаточность (19,7%),

3 место – Нарушения мозгового кровообращения (9,86%),

4 место – Инфаркт миокарда (7,08%)

5 место – Онкология (4,72%)

Средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом – один из важнейших показателей эффективности лечебно-профилактической помощи пациентам. Данные свидетельствуют о том, что за период 2010–2014 годов средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом 1 типа увеличилась среди мужчин, а среди женщин практически не изменилась. При 2 типе сахарного диабета отмечается рост средней продолжительности жизни у женщин и снижение продолжительности жизни у мужчин.

2.4.7. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией. В 2014 г. в РК было выявлено 374 новых случая ВИЧ-инфекции. Это в 1,78 раза больше, чем в 2013 г., и в 3,2 раза выше показателя 2009 г.*

Из числа новых случаев ВИЧ-инфекции:

336 – у жителей республики, что в 1,96 раза больше, чем в 2013 г., и в 3,6 раза больше показателя 2009 г.

32 – у жителей других субъектов Российской Федерации (РФ), что на 1 случай больше, чем в 2013 г., в 1,9 раза больше показателя 2009 г.;

6 – у иностранных граждан (в 2013 г. – 8, в 2012 г. – 9, в 2011 г. – 7).

Новые случаи ВИЧ-инфекции в 2014 г. зарегистрированы в 18 муниципальных образованиях республики (далее – МО, субъекты республики), кроме Удорского и Ижемского районов (показатель в 2013 г. – 15 МО, в 2012 г. – 18, 2011 г. – 17).

* наименьшее значение, предшествующее началу роста заболеваемости 2010 – 2014 гг.

В 15 МО республики в 2014 г. зарегистрировано увеличение абсолютного числа новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2013 г.

Интенсивность эпидемического процесса ВИЧ-инфекции и рост заболеваемости в РК в 2014 г. определили 5 МО (г. Сыктывкар, г. Воркута, г. Ухта, Сыктывдинский и Усть-Вымский районы), где суммарно выявлено 277 новых случаев (82,4% новых случаев у жителей республики).

Наибольшее абсолютное число новых случаев в 2014 г. было выявлено в г. Сыктывкаре – 192, что составляет 57,1% всех новых случаев ВИЧ-инфекции у жителей республики в 2014 г., в 3,3 раза выше, чем в 2013 г., и в 9,6 раза выше показателя 2009 г., и определило пиковый подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РК, наибольший за весь период наблюдения с 1990 г.

Число новых случаев ВИЧ-инфекции у жителей из других субъектов РФ и иностранных граждан – на уровне 2013 г.

Интенсивный показатель первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2014 г. составил 42,9 на 100 тыс. населения, что в 1,8 раза больше показателя в 2013 г. – 23,8 (в 2012 г. – 22,8, в 2011 г. – 22,6). Показатель заболеваемости без учета случаев ВИЧ-инфекции у жителей других субъектов РФ и иностранных граждан составляет в 2014 г. 38,5 на 100 тыс. населения, что в 1,98 раза больше показателя в 2013 г. – 19,4 (в 2012 г. – 18,0, 2011 г. – 20,2).

По величине показателя заболеваемости в 2014 г. республика занимает 7 ранговое место среди субъектов Северо-Западного федерального округа (СЗФО).

В 5 МО (г. Сыктывкар, Сыктывдинский район, Троицко-Печорский район, г. Воркута, Усть-Вымский район) интенсивный показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией превышает среднереспубликанский уровень. Наибольшее превышение показателя зафиксировано в г. Сыктывкаре – в 1,9 раза и Сыктывдинском районе – 1,7 раза. По предварительным данным за 2014 г. в РФ уровень заболеваемости составил – 58,4 (в 2013 г. – 54,3, в 2012 г. – 48,8), по СЗФО – 45,8 на 100 тыс. населения (в 2012 г. – 46,4).

Распространенность и пораженность. Кумулятивно за весь период наблюдения* в РК было выявлено 2544 новых случая ВИЧ-инфекции, включая 18 случаев у детей. В том числе 319 – у жителей из других субъектов РФ и 92 – у иностранных граждан.

За весь период наблюдения в ГБУЗ РК "Центр СПИД" было сообщено о 363 случаях смерти среди ВИЧ-инфицированных лиц (на 2013 г. – 314). По сообщенным данным, число людей, живших с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в РК к концу 2014 г., составило 1852 человек (на 2013 г. – 1480). Из них: 1586 – жители республики (на 2013 г. – 1258), в том числе 312 человека (на 2013 г. – 265), содержащихся в учреждениях ГУ ФСИН России по РК (далее – ГУ ФСИН), и 266 – ВИЧ-инфицированные из других субъектов РФ в учреждениях ГУ ФСИН.

На 31.12.2014 лица, живущие с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, составили 0,21% от численности населения республики (2013 г. – 0,17%, 2012 г. – 0,22%, 2011 г. – 0,19%). Данный показатель без учета ВИЧ-инфицированных с других субъектов РФ составляет 0,18% (2013 г. – 0,14%, 2012 г. – 0,14%, 2011 г. 0,13%). В РФ по предварительным данным за 2014 г. – 0,48% (2013 г. – 0,48%, 2012 г. – 0,4%).

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех 20 МО РК. Распространенность инфекции, рассчитанная в процентах ВИЧ-инфицированных от численности всего населения в МО, остается неравномерной.

На конец 2014 г. пораженность населения РК увеличилась со среднего до высокого уровня по шкале В.В. Покровского, и составляет 181,9 ВИЧ-инфицированных в расчете на 100 тыс. населения без учета ВИЧ-инфицированных с других субъектов РФ (на 2013 г. – 142,9, на 2012 г. – 133,3). 4 МО (Ижемский, Удорский, Сосногорский и Усть-Куломский районы), в которых проживает 12,3% населения республики, имеют низкий уровень

* 1990 – 2014 гг., на 31.12.2014

пораженности (от 1 до 50 ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения). 11 МО с 30,3% населения имеют средний уровень пораженности (от 51 до 150 на 100 тыс. населения). Показатель на 2013 г. – 2 МО и 8,9%, 2012 г. – 5 МО и 40,1% населения соответственно. Высокий уровень пораженности (от 151 до 300 на 100 тыс. населения) имеют 4 МО с 47,7% населения: Сыктывдинский, Вуктыльский районы, г. Сыктывкар и г. Ухта. На 2013 г. – те же 4 МО и 47,1% населения, на 2012 г. – 3 МО и 17,9% населения. Очень высокий уровень пораженности (от 301 до 550 на 100 тыс. населения), как и весь период 2010 – 2014 гг., имеет 1 МО (г. Воркута) с 9,7% населения.

Основные факторы риска передачи и заражения ВИЧ. Пути передачи и заражения. В 2014 г., как и весь период наблюдения*, в РК не выявлены случаи заражения ВИЧ при переливании донорской крови, при оказании медицинской помощи (нозокомиально), медицинского персонала, работающего с больными ВИЧ-инфекцией или материалами, содержащими ВИЧ.

Распространение ВИЧ-инфекции в республике в 2014 г. происходило:

- 1) половым путем в результате рискованных половых контактов,
- 2) парентеральным путем в результате потребления инъекционных наркотиков с использованием общих (нестерильных) инъекционных принадлежностей (ПИН), так называемых наркоинъекционных контактов.
- 3) путем "контакт мать-ребенок" с регистрацией спорадических случаев заражения ВИЧ детей от ВИЧ-инфицированных матерей, вследствие наличия и постоянного увеличения в республике определенной когорты ВИЧ-инфицированных.

Таблица 2.35

Структура новых случаев ВИЧ-инфекции в РК по основным известным путям и факторам риска заражения

Путь передачи ВИЧ, фактор риска заражения	Число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции с установленным путем и фактором риска заражения, исключая детей с неустановленным диагнозом									
	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Половой	104	59,4	80	39,3	93	48,4	120	63,1	154	44,9
Парентеральный (в результате потребления инъекционных наркотиков)	69	39,4	124	60,7	97	50,5	67	35,3	186	54,2
Мать – дитя (вертикальный)	2	1,1	0	0,0	2	1,0	3	1,6	3	0,9
Итого с установленным путем заражения	175	98,9	204	97,1	192	90,5	190	90,5	343	91,7
Нет данных	2	1,1	6	2,9	20	9,5	20	11,9	31	8,3
Всего	177	100,0	210	100,0	212	100,0	210	100,0	374	100,0

Доля полового пути в структуре новых случаев заболевания в 2014 г. составляет 44,9%, что меньше на 32,1% 2013 г., на 12,9% – 2012 г. В том числе заражение ВИЧ половым путем у жителей РК в 2014 г. выявлено в 138 новых случаях, что на 34 случая больше, чем в 2013 г. В подавляющем числе случаев половой путь заражения связан рискованными гетеросексуальными контактами. В абсолютном числе и в структуре за весь

* Так же, как и за весь период наблюдения с 1990 г.

период наблюдения* рискованные половые контакты, как основной фактор риска заражения, связаны с 1034 совокупными случаями ВИЧ-инфекции в РК, что составляет 40,6%, в том числе у жителей республики – 886 случаев или 41,5%.

Доля парентерального пути передачи и заражения ВИЧ в результате ПИН в структуре новых случаев увеличилась по сравнению с 2013 г. в 1,53 раза, тогда как было отмечено ее снижение в 2013 – 2012 гг. на 30,5% и на 16,8% соответственно. Статистическое превалирование доли полового пути заражения ВИЧ в 2013 г. сменилось превалированием парентерального наркоинъекционного в 2014 г. (+20,7% к половому пути). За весь период наблюдения парентеральный наркоинъекционный путь заражения был указан в 1392 случаях ВИЧ-инфекции (54,7% в структуре), из них 1146 (53,7%) случаев – у жителей республики.

В 2014 г. установлено 3 случая ВИЧ-инфекции у детей в связи с заражением вертикальным путем "контакт мать-ребенок" (0,9% в структуре новых случаев с известными путями и факторами риска), в 2013 г. – 3 случая (1,6% в структуре).

Таким образом, в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции в 2014 г. отмечается:

- превалирование парентерального пути передачи ВИЧ с наркоинъекционными контактами ПИН, чем обусловлен пиковый подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией.
- значительная статистическая убыль доли полового пути в 2014 г.

Таблица 2.36

Структура новых случаев ВИЧ-инфекции среди жителей РК по основным известным путям и факторам риска заражения

Путь передачи ВИЧ, фактор риска заражения	Число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции с установленным путем и фактором риска заражения, исключая детей с неустановленным диагнозом									
	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Половой	86	62,3	75	42,1	78	51,0	104	65,4	138	44,4
Парентеральный (в результате потребления инъекционных наркотиков)	50	36,2	103	57,9	73	47,7	52	32,7	170	54,7
Мать – дитя (вертикальный)	2	1,4	0	0	2	1,3	3	1,9	3	1,0
Итого с установленным путем заражения	138	98,6	178	97,3	153	96,2	159	93,0	311	92,6
Нет данных	2	1,1	5	2,9	6	9,5	12	11,9	25	7,4
Всего	140	100,0	183	100,0	159	100,0	171	100,0	336	100,0

В показателях за весь период наблюдения в структуре выявленных новых случаях ВИЧ-инфекции по полу превалируют мужчины.

Таблица 2.37

Кумулятивное число и структура новых случаев ВИЧ-инфекции по полу у взрослых в РК по состоянию на 31 декабря*

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2014 г., всего	1682	66,6	844	33,4	2526	100,0
из них жители РК	1325	62,6	790	37,4	2115	100,0
2013 г., всего	1428	66,2	728	33,8	2156	100,0

* 1990 – 2014 гг., на 31.12.2014

* без учета 18 случаев заболевания у детей (мальчиков – 4, девочек – 14)

из них жители РК	1101	61,7	682	38,3	1783	100,0
2012 г., всего	1304	66,9	645	33,1	1949	100,0
из них жители РК	1007	62,4	608	37,6	1615	100,0
2011 г., всего	1167	67,6	583	32,4	1750	100,0
из них жители РК	914	62,7	544	37,3	1458	100,0

Таблица 2.38

Соотношение кумулятивного числа новых случаев ВИЧ-инфекции у мужчин и женщин в РК по состоянию на 31 декабря

	2014 г.	2013 г.	2012 г.	2011 г.
Всего	1,99	1,96	2,0	2,0
из них жители РК	1,7	1,6	1,6	1,7

Таблица 2.39

Структура новых случаев ВИЧ-инфекции по полу в РК, исключая детей с установленным заражением путем "контакт мать-дитя"

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2014 г., всего	254	68,5	117	31,5	371	100,0
из них у жителей РК	224	67,3	109	32,7	333	100,0
2013 г., всего	124	59,9	83	40,1	207	100,0
из них у жителей РК	94	56,0	74	44,0	168	100,0
2012 г., всего	137	65,2	73	34,8	210	100,0
из них у жителей РК	93	59,2	64	40,8	157	100,0
2011 г., всего	127	60,5	83	39,5	210	100,0
из них у жителей РК	104	57,1	78	42,9	182	100,0
2010 г., всего	114	65,1	61	34,9	175	100,0
из них у жителей РК	83	60,1	55	39,9	138	100,0

Таблица 2.40

Соотношение числа новых случаев ВИЧ-инфекции у мужчин и женщин в РК, исключая детей с установленным заражением путем "контакт мать-дитя" в 2010 – 2014 гг.

	2014 г.	2013 г.	2012 г.	2011 г.	2010 г.
Всего	2,17	1,5	1,9	1,5	1,9
из них жители республики	2,0	1,3	1,4	1,3	1,5

Пропорция новых случаев ВИЧ-инфекции у мужчин и женщин в РК в 2014 г. свидетельствует о сохранении неблагоприятного прогноза распространения ВИЧ в республике в связи с поступательным вовлечением в эпидемический процесс женщин.

Структура случаев ВИЧ-инфекции по возрасту. В 2014 г. в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции в РК:

- в целом сохранилось превалирование заболеваемости молодого населения – в 83,6% новых случаев заболевание выявлено среди лиц в возрасте от 21 до 40 лет,
- сохранился тренд уменьшения доли возрастной группы 15 – 20 лет,

- на 12,4% к 2013 г. увеличилась доля возрастной группы 21 – 30 лет,
- на 20% к 2013 г. увеличилась доля возрастной группы 31 – 40 лет,
- несмотря на снижение показателя структуры, сохраняется неблагоприятный тренд увеличения числа новых случаев ВИЧ-инфекции в возрастной группе 41 – 45 лет (+8 случаев к 2013 г.), и возрастной группе 46 и более лет (+6 случаев к 2013 г.)

Доля подростков и молодежи в возрасте 15 – 20 лет в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции в 2014 г.:

- является наименьшим показателем за период 2010 – 2014 гг.,
- на 27,6% меньше показателя 2013 г., в 4,0 раза меньше, чем в 2009 г.

Продолжающееся увеличение доли новых случаев ВИЧ-инфекции среди лиц в возрасте от 31 и более лет подтверждает эскалацию рискованного поведения среди основного населения репродуктивного возраста. Возможно заражение этих людей ВИЧ в более молодом возрасте, вследствие чего они могли продолжительное время являться источниками инфекции для основного населения.

Таблица 2.41

Число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, с подтвержденным диагнозом в РК*

	Кумулятивное число				
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Дети, рожденные ВИЧ+ матерями	126	152	189	222	265
Дети с неокончательным лабораторным результатом (R75)	33	47	58	60	65
Дети с установленным диагнозом инфицирования в перинатальный период	4	4	6	9	10
Показатель риска вертикальной передачи	4,5	4,0	4,8	5,6	5,0

* начиная с 2001 г. по состоянию на 31 декабря

2.4.7. Инфекционная и паразитарная заболеваемость населения. В 2014 г. в РК эпидемиологическую ситуацию можно охарактеризовать как напряженную. По данным государственного статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» зарегистрировано 349758 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 0,6% меньше, чем в 2013 г. (352010сл.) и на 3% больше, чем в 2010 г (338787 сл.).

Из 42 нозологических форм заболеваний снижение уровня заболеваемости за 2014 год отмечается по 22 нозологиям, рост отмечен по 9 нозологическим формам (ОКИ установленной этиологии на 9,1%, ОКИ не установленной этиологии на 4,7%, вирусными гепатитами А и С в 15,2 и 2,2 раза, соответственно, коклюшем на 61,3%, скарлатиной на 71,5%, ветряной оспой на 9,1%, инфекцией, вызванной гемофильной палочкой на 72,2%, ВИЧ-инфекцией на 76,2%).

Как и в предыдущие годы, в общей структуре инфекционных болезней доминирующее значение имеют грипп и острые инфекции верхних дыхательных путей, на долю которых приходится 91,3% (319403 сл.), занимающих 1 ранговое место среди инфекционной патологии. Среди инфекционных заболеваний (без учета гриппа и ОРВИ) удельный вес группы инфекций с воздушно-капельным механизмом передачи возбудителей составляет 41,7% (13067 сл.) (ранг 2), острых кишечных инфекций – 18,9% (5233 сл.) (ранг 3), паразитарных – 16,7% (5066 сл.) (ранг 4), прочие учитываемые не инфекционные состояния (укусы клещами и животными) – 14,4% (4785 сл.) (ранг 5),

социально-обусловленных – 5,8% (1755 сл.) (ранг 6), парентеральных вирусных гепатитов – 2,4% (722 сл.) (ранг 7), зоонозных и природно-очаговых - 0,1% (30 сл.) (ранг 8).

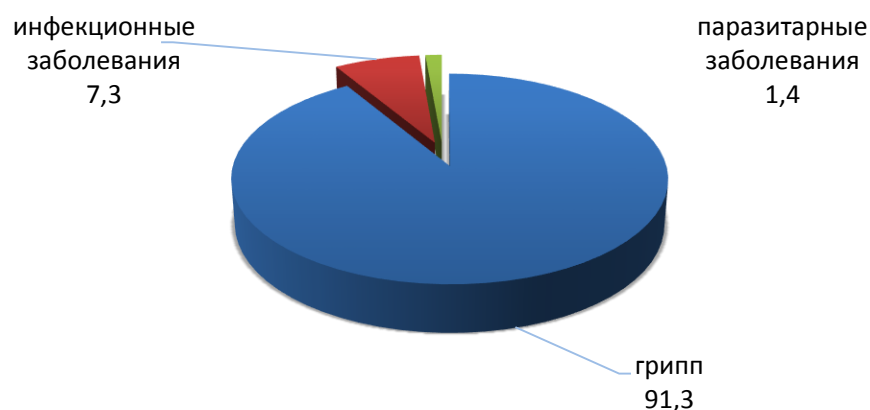


Рисунок 2.35 Структура инфекционной заболеваемости по РК за 2014 год

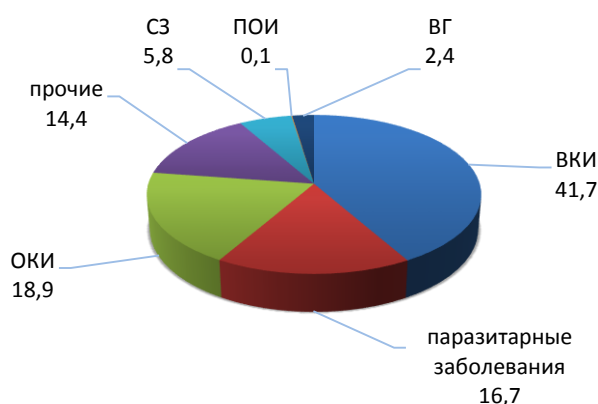


Рисунок 2.36 Структура инфекционной заболеваемости по РК за 2014 год (без учета гриппа и ОРВИ)

Таблица 2.42

Групповые эпидемические очаги инфекционных и паразитарных болезней в 2012-2014г.г в РК

	вспышки, связанные с:	2012 кол-во/ пострададо	2013 кол-во/ пострададо	2014 кол-во/ пострададо
1	Производством и оборотом пищевых продуктов	-	1/179	-
2	Образовательными учреждениями	9/61	8/46	2/14
3	Объектами коммунального хозяйства	-	-	-
4	Лечебно-профилактическими учреждениями	-	1/7	5/43
5	Учреждениями круглосуточного пребывания детей	-	1/5	1/5
6	Среди населения	1/9	3/23	2/138
7	Итого:	10/70	14/260	10/200

За 2014 г. зарегистрировано 10 вспышек с фекально-оральным механизмом передачи, с числом пострадавших 200 человек, в том числе детей до 17 лет – 74. Из общего числа вспышек 50% составили вспышки лечебных учреждений, по 20% - в организованных коллективах и среди населения, в учреждении с круглосуточным пребыванием детей – 10 %. От общего числа пострадавших 69% зарегистрировано во

вспышках среди населения; 21,5% - в медицинских организациях; в детских образовательных учреждениях – 7%.

Наиболее крупные вспышки зарегистрированы среди населения гг. Ухта и Сыктывкар, где в 2014 году вирусным гепатитом А заболело 44 и 94 человека, соответственно. Причинами развития эпидситуации послужили: позднее обращение (после 3-го дня с момента заболевания) заболевших за медицинской помощью; нарушение правил личной гигиены; парентеральное употребление психотропных средств; позднее начало иммунизации контактных в очагах в период начала эпидемического подъёма.

Удельный вес вспышечно-групповой заболеваемости вирусным гепатитом «А» в Ухте составляет 33,1%, в Сыктывкаре – 33,9%.

Вспышечно-групповая заболеваемость кишечными инфекциями в организованных детских коллективах была обусловлена за счет сальмонеллезной инфекции, ведущая роль при которой принадлежит пищевому и контактно-бытовому путям передачи возбудителя.

Из 5 случаев групповой заболеваемости, зарегистрированной в ЛПО, 3 - приходится на ротавирусную, 2 на норовирусную инфекции.

В ГУ «Республиканский кардиологический диспансер» зарегистрирована вспышечно-групповая заболеваемость норовирусной инфекцией с количеством заболевших 20 человек, связанная с пищеблоком учреждения.

Причинами вспышечно-групповой заболеваемости в организованных коллективах послужили нарушения санитарно-противоэпидемического режима в учреждениях здравоохранения, несвоевременное выявление и изоляция больных в детских коллективах, нарушение правил приготовления и сроков реализации готовых блюд.

Кишечные инфекции. В 2014 году в республике зарегистрировано 5778 случая заболеваний острыми кишечными инфекциями, что на 9,9% больше, чем в 2013 г (5257 сл.), и на 10% меньше, чем в 2010 г (6365 сл.).

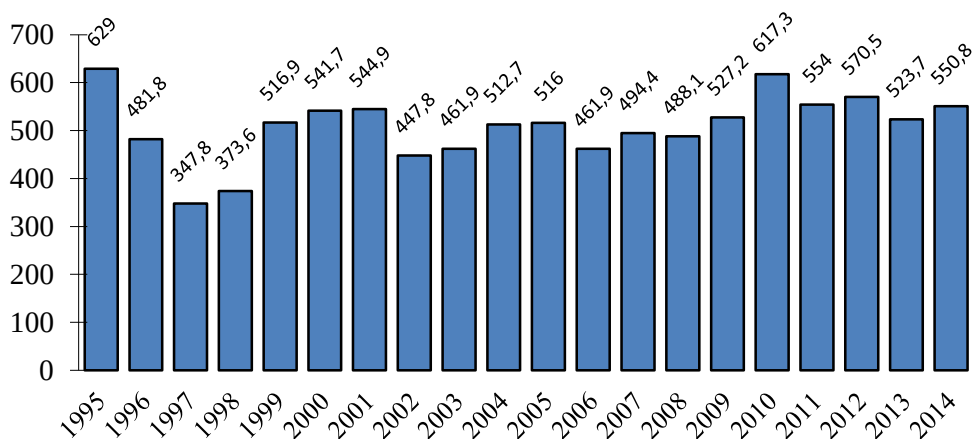


Рис.2.37 Динамика уровня заболеваемости ОКИ в РК за 1995-2014гг.

Среди острых кишечных инфекций в 2014 году на долю дизентерии приходится – 0,5%, сальмонеллёз – 6,6%, ОКИ установленной этиологии – 29,7 %, ОКИ неустановленной этиологии – 53,8 %, вирусные гепатиты «А» - 9,4%.

В 2010 году в сумме острых кишечных инфекций на долю дизентерии приходилось - 1,08%, ОКИ установленной этиологии – 28,5 %, ОКИ неустановленной этиологии – 70,3%.

На протяжении последних лет произошла активизация эпидемического процесса кишечных инфекций вирусной этиологии, высокая контагиозность вирусов

обуславливает ведущую роль в возникновении групповой заболеваемости в организованных коллективах.

В 2014 году в структуре ОКИ установленной этиологии удельный вес кишечных инфекций вирусной этиологии составил – 59,0 % (из них вызванных ротавирусом – 94,8 %, вирусом Норволк – 5,2 %), бактериальной – 41,0 %.

Уровни заболеваемости бактериальной дизентерией в последние годы достигли наиболее низких цифр за весь период наблюдения: с 201,5 на 100 тыс. населения в 1995 г. до 3,1 – в 2014 г. Показатель по Российской Федерации в 2014 году составил 7,5 на 100 тыс. населения.

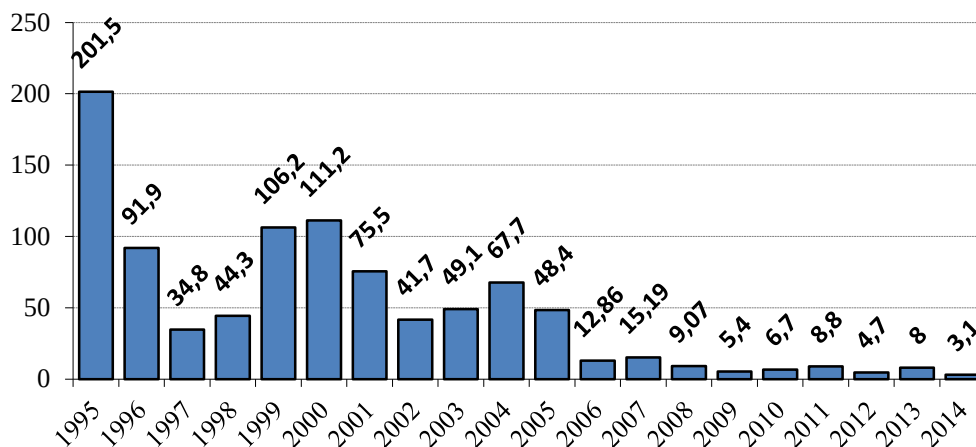


Рис.2.38 Динамика заболеваемости дизентерией по РК

За анализируемый период структуре шигеллезов на долю дизентерии Флекснер приходится 16,7%, дизентерии Зонне – 83,3%. Наиболее поражаемой группой населения бактериальной дизентерией являются дети в возрасте до 14 лет и составляют 66,2 % от всех заболевших.

В 2014 году в структуре кишечных инфекций сальмонеллёз составляет 6,6 % (2013г. – 11,6%, 2012 г. – 8,7%, 2011 г. – 9,7%, 2010 г. – 7,7%). Показатель заболеваемости составил 43,25 на 100 тыс. населения (в 2013 г. – 68,7; 2012 г. – 54,2; 2011 г.- 58,14; 2010 г. – 52,15).

На долю детей в возрасте до 14 лет приходится – 62,5% от всех заболевших сальмонеллезом (2010 г. – 59,7%). В структуре взрослых удельный вес декретированных лиц (пищевики, работники ДОУ, ЛПУ) составил – 2,4% (2010 – 11,5%).

В 2013 г было зарегистрировано 3 очага групповой заболеваемости сальмонеллезной инфекцией с реализацией пищевого пути передачи с количеством пострадавших 193 человека, в том числе – 42 ребёнка (возбудитель *Salmonella enteritidis*):

- среди населения г. Ухты (179 клинических случаев и 6 - бактерионосительства), причиной послужило употребление кондитерско-кремовых изделий;
- в МАДОУ «Детский сад № 88 общеразвивающего вида» г. Сыктывкара (6 случаев среди детей);
- среди населения Троицко-Печорского района (8 случаев).

За последние 5 лет резко возросла заболеваемость вирусным гепатитом А (ВГА) в 45,4 раза и составила 62,2 на 100 тыс. населения (2013 г. - 4,1; 2012 - 1,7; 2011 – 1,58, 2010 – 1,37) Показатель по России – 7,27 на 100 тыс. населения. Случаи, в основном, регистрируются среди взрослого населения (82,8% случаев). В 2014 году наиболее крупные вспышки зарегистрированы среди населения гг. Ухта и Сыктывкар, где

вирусным гепатитом А заболело 44 и 94 человека, 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.

Вирусные гепатиты. В 2014 году заболеваемость вирусным гепатитом В увеличилась на 4 случая по сравнению с 2012 годом, показатель заболеваемости составил 1,25 на 100 тыс. населения (2012 г. – 0,79). В 2010 году данный показатель составлял 1,7 на 100 тыс. населения. В Российской Федерации показатель заболеваемости вирусным гепатитом В в 2014 г. составил 1,3 на 100 тыс. населения. В 2014 году в республике зарегистрировано 11 случаев заболевания острым вирусным гепатитом В, все случаи среди взрослого населения. С 2000 г. показатель заболеваемости вирусным гепатитом В уменьшился с 34,8 до 1,2 в 2014 г., а показатель «носительства» с 84,3 в 2000 г. до 28,7 в 2014 г. Вместе с тем, сохраняется высоким уровень «носительства» возбудителя вирусного гепатита В. На протяжении последних лет уровень «носительства» коррелирует с уровнем заболеваемости острым вирусным гепатитом В.

В 2014 г. показатель заболеваемости вирусным гепатитом С (3,6 на 100 тыс.), РФ – 1,6) увеличился в 2,2 раза по сравнению с 2013 г. (1,7 на 100 тыс.) и уменьшился 1,2 раза по сравнению с 2010 г. (4,21 на 100 тыс.).

Наиболее пораженной возрастной группой по вирусному гепатиту В впервые стала являться группа 30-39 лет, в которой зарегистрировано 45,5% случаев. По вирусному гепатиту С наиболее поражены лица в возрасте 20-39 лет, на долю которых приходится 47% заболеваний. При этом основными путями передачи инфекции являются половой, а также использование инъекционных наркотиков.

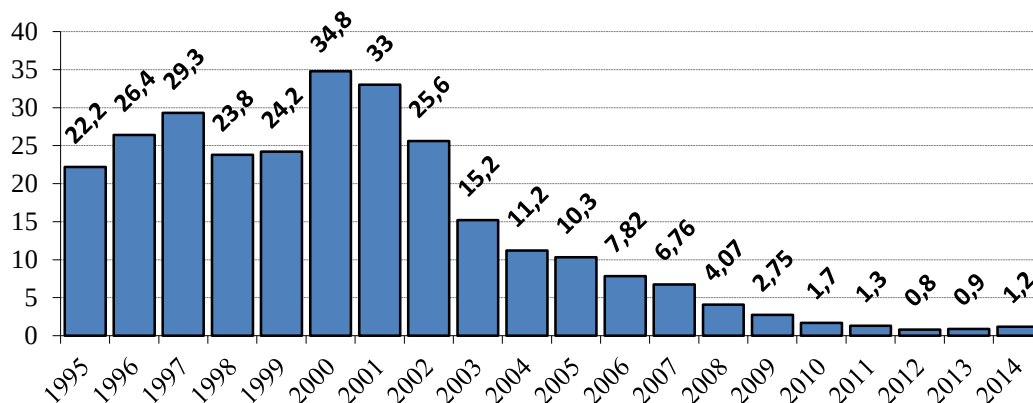


Рис. 2.39 Динамика заболеваемости вирусным гепатитом В по РК

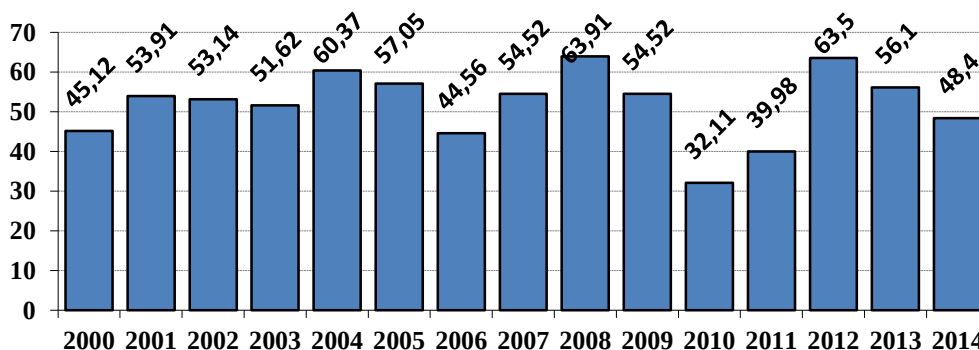


Рис. 2.40 Динамика заболеваемости хроническими вирусными гепатитами по РК

За 15 лет, прошедших с момента официальной регистрации хронических вирусных гепатитов, сформировалась тенденция роста заболеваемости. Отмечается волнообразная

регистрация заболеваемости, когда годы подъема сменяют годы снижения уровня. В общей структуре хронических гепатитов основной удельный вес занимает хронический гепатит С – 82,9%, хронический гепатит В – 16,9%. В структуре заболевших ХГ основной удельный вес составляют взрослые – более 99,6%, на долю детей до 17 лет приходится 0,4%.

Таблица 2.43

**Территории РК, наиболее неблагополучные по
хроническим вирусным гепатитам В и С в 2012-2014гг.**

территории	Хронический ВГВ						Хронический ВГС					
	2014		2013		2012		2014		2013		2012	
	забол.	показ.	забол.	показ.	забол.	показ.	забол.	показ.	забол.	показ.	забол.	показ.
РК	71	8,1	74	8,4	99	10,7	353	40,5	420	47,7	460	49,9
Воркута	14	16,5	13	14,8	24	23,8	93	109,8	85	96,6	95	94,1
Инта			1	3,1	3	8,6	15	47,9	10	30,9	6	17,5
Ухта	24	19,9	26	21,4	44	36,4	61	50,5	86	70,9	196	158
Усинск	23	50,3	17	36,9	3	6,2	107	233,9	138	299,4	56	119
Вуктыл	2	15,1	2	14,5	0	0	7	52,8	20	145,0	4	26,6

Инфекции, управляемые средствами иммунопрофилактики. В 2014 году, как и во время всего анализируемого периода, в РК не регистрировались случаи заболевания населения полиомиелитом, дифтерией и эпидемическим паротитом. С 2012 года не регистрируются случаи заболевания краснухой.

За анализируемый период отмечается рост заболеваемости **коклюшем** в 1,7 раз. В 2014 г зарегистрировано 44 случая, показатель составил 5,0 на 100 тыс. населения, в 2010 г. – 26 случаев или 2,73 на 100 тыс. населения (РФ – 3,3). Случаи коклюша зарегистрированы на 11 территориях муниципальных образований.

Таблица 2.44

Распространение коклюшной инфекции в РК в 2012-2014гг.

территории	Коклюш					
	2014		2013		2012	
	забол.	показ.	забол.	показ.	забол.	показ.
РК	44	5,1	27	3,1	15	1,7
Сыктывкар	28	10,9	6	2,3	8	3,2
Воркута			6	6,8	1	1,0
Инта	2	6,4				
Ухта	6	5,0	1	0,8	1	0,8
Сыктывдинский	2	8,5	1	4,3	3	12,5
Усть-Куломский			7	27,1		
Удорский район			1	5,1		
Тр-Печорский			1	7,7		
Прилузский	2	10,5				
Княжпогостский			1	4,6		
Усть-Цилемский			1	8,1		
Койгородский			1	12,3		
Усть-Вымский	4	14,5				
Сосногорский			1	2,2	1	2,8

Выделены показатели, превышающие республиканский показатель 41 из 44 случаев зарегистрированы у детей до 14 лет, 37 из которых имели полный комплекс прививок по возрасту. 50% случаев заболевания протекали в легкой форме, 45,5% - средне-тяжелой, в 4,5% отмечалось атипичное течение заболевания

Таблица 2.45

Структура клинических форм коклюша

Клинические формы	Возраст							
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-15	16-17	взрослые
Атипичная	0	0	0	0	2	0	0	0
Легкая	2	3	2	1	7	5	1	1
Среднетяжелая	1	2	1	3	6	6	0	1
Тяжелая	0	0	0	0	0	0	0	0
Всего	3	5	3	4	15	11	1	2

За анализируемый период зарегистрировано 6 случаев **кори**.

В 2014 г. был зарегистрирован 1 случай **кори** в г. Сыктывкаре, завозной из Санкт-Петербурга. Показатель составил 0,11 на 100 тыс. населения (РФ- 3,3). Благодаря проведенным противоэпидемическим мероприятиям дальнейшего распространения случаев кори не было.

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

В 2014 году на наличие антител к вирусу кори исследованы сыворотки крови от 439 человек. Процент серонегативных лиц составил: в возрастной группе 3-4 года – 3,9%, в 9-10 лет – 5 %, 16-17 лет – 14,5%., медицинские работники – 4%.

Заболеваемость краснухой, по отношению к 2005 году, сократилась с 358,3 на 100 тыс. до единичных. В 2014 году в региональный центр по надзору за корью и краснухой направлен материал от 8 больных с подозрением на краснуху. Антитела IgM краснухи не обнаружены.

За 2014 год на наличие антител к вирусу краснухи исследованы сыворотки крови от 339 лиц. Процент серонегативных лиц составил: в возрастной группе 3-4 года – 0%, в 9-10 лет – 2,5 %, 16-17 лет – 0,9%.

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

В силу климатических условий и географического местоположения уровень заболеваемости населения РК острыми респираторными вирусными инфекциями (34456,8 - 36261,0 на 100 тыс. населения) традиционно выше показателей по российской федерации (2012 - 2014 гг. – 19818,6-19662,5 на 100 тыс. населения) и северо-западному федеральному округу (27158,4). дети до 17 лет составляют 75,9% заболевших, что выше доли детей в федеральном (72,8%) и окружном (69,2%) показателях.

Благодаря проведению иммунизации населения против гриппа за анализируемый период отмечался невысокий уровень заболеваемости населения республики гриппом и орви.

В 2014 гг. эпидемический подъем орви и гриппа в республике был зарегистрирован с 8 апреля по 28 апреля (3 недели) с общим количеством заболевших 26263 человека, регистрировался на 11 административных территориях. при охвате прививками против гриппа 26,9% населения в предэпидемический период. эпидемическая заболеваемость характеризовалась средней степенью интенсивности, преимущественным поражением детского населения. в этиологии подъема заболеваемости участвовали вирусы гриппа а (h1n1)2009, а (h3n2), а также респираторно-синцитиальные вирусы, аденовирусы и вирусы парагриппа 3 типа.

Эпидемического подъема заболеваемости гриппом в сезоне 2013 - 2014 годов не регистрировалось.

Внебольничные пневмонии в республике начали регистрировать с 2010 года. В 2014 г. уровень заболеваемости населения внебольничными пневмониями ниже уровня заболеваемости 2013 г. на 19,3%, но выше, чем 2010 г. в 1,6 раз и составляет 207,4 на 100 тыс. населения, что ниже федерального показателя (354,1). Следует отметить, что данная нозологическая форма на протяжении последних двух лет является наиболее частой причиной летальных исходов среди всех инфекционных заболеваний. В 2014 году отмечается снижение числа летальных случаев 42 по сравнению с аналогичным периодом прошлого года (47 случаев). За 2013-2014 годы было зарегистрировано 3 случая бактерионосительства токсигенных коринебактерий **дифтерии** *mitis*, выявленных у обследованных с профилактической целью при поступлении в ГБУЗ РК «Коми республиканская психиатрическая больница». В учреждении противоэпидемические мероприятия были проведены.

Полиомиелит, острые вялые параличи и энтеровирусные инфекции. Случаи **полиомиелита** на территории республики не регистрируются длительное время. По результатам серологического мониторинга на иммуноструктуру к полиовирусам установлено, что 15,8% подростков 16-17 лет не имеют защиты к III типу полиовируса.

За анализируемый период количество случаев острого вялого паралича сократилось в 2 раза. В 2014 году зарегистрировано 2 случая **острого вялого паралича**. Показатель заболеваемости составил 0,23 на 100 тыс. населения (РФ-0,19). На территории РК, согласно расчетам, должно регистрироваться 2 случая ОВП в год. Своевременно проведены регистрация случаев, эпидемическое обследование, вирусологическое обследование и доставка материала в региональный центр для исследования, противоэпидемические мероприятия в очаге, заседание комиссии по диагностике случая.

В 2014 году на территории РК зарегистрировано 15 случаев **энтеровирусной инфекции**, показатель заболеваемости составил 1,7 на 100 тысяч населения, что в 2,7 раза меньше, чем в 2013г и 7,5 раз больше, чем 2010 г. (показатель по РФ- 6,4). Из общего количества энтеровирусной инфекции энтеровирусные менингиты составили: в 2014 г – 2 случая, 2013 г. – 26 случаев, и 2012 г – 2 случая, 2011 г – 1 случай, 2010 г – 2 случая.. В 2014 г. показатель заболеваемости серозными менингитами составил 0,23 на 100 тысяч населения (РФ- 2,2). Групповых случаев энтеровирусной инфекции за анализируемый период не зарегистрировано. В 2014 году при обследовании вирусы в материалах от больных выделены Коксаки А1+5 у 1 чел., Коксаки В у 3, Echo тип 13 – у 1. Методом ПЦР РНК энтеровирусов была выделена у 6 человек. При генотипировании выделены РНК Коксаки А тип 6 – 3, Коксаки А1+5 – 1.

Природно-очаговые инфекции. В 2014 году на территории РК регистрировались клещевой энцефалит – 15 случаев (в 2013- 12, 2012 - 22 , 2011 – 17, 2010 - 31), болезнь Лайма – 10 случаев (в 2013 – 10, 2012 – 10, 2011 – 20, 2010 - 15), ГЛПС (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом) – 3 случая (в 2013 – 3, 2012 - 10, 2011 – 1, 2010 - 4).

В эпидемический сезон 2014 года в лечебно-профилактические учреждения республики обратилось 2395 человек по поводу присасывания клещей, что на 50,8% больше, чем в 2013 году (1588 человека) и на 15% больше, чем в 2010 году (2076 человек).

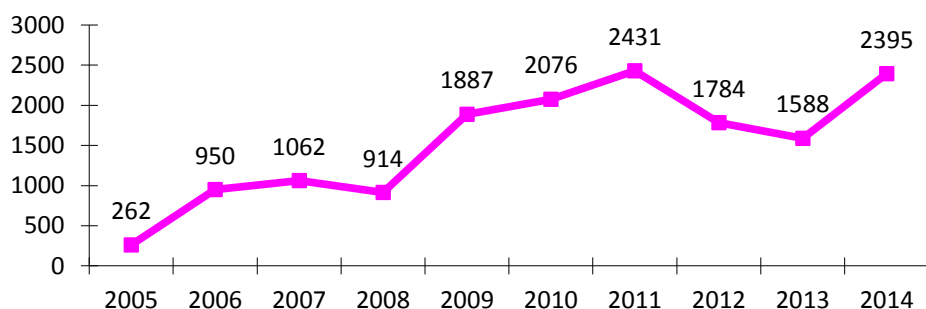


Рис. 2.41 Динамика обратившихся за медицинской помощью по поводу укусов клещами по РК за 2005-2014 гг.

В 2014 году экстренная специфическая профилактика КВЭ была проведена 1516 чел., обратившимся по поводу укусов (63,3%), 473 человека привиты, 406 человек не охвачено средствами экстренной профилактики, из них 213 человек (52,7%) по причине серонегативного результата исследования клеща на наличие антигена вируса.

Таблица 2.46

Охват постэкспозиционной серопротекцией за 2010-2014 гг.

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Число подлежащих, чел.	1825	2178	1509	1311	1638
% от числа обратившихся	87,9	80,9	84,6	82,6	68
Получили серопротекцию, %	54,5	55,8	53,2	65,8	64
Отказались, %	1,5	2,1	3,3	2,8	3,9
Позднее обращение, %	2,5	2,1	3,2	2,3	2,3
Отрицательная вирусность клеща, %	-	-	-	5,5	16,9
Профилактика йодантипирином, %	-	-	-	25,9	28,5
Отсутствие иммуноглобулина, %	27,5	36,7	40,2	0,4	0,24

В 2014 году на территории РК зарегистрированы 15 случаев **клещевого вирусного энцефалита** (в 2013- 12, 2012 - 22 случая, 2011 – 17, 2010 - 31). Показатель заболеваемости по КВЭ 1,7 на 100 тыс. населения, что немного превышает федеральный (РФ 2014 – 1,4).

Наибольшее количество заболевших клещевым вирусным энцефалитом зарегистрировано в г. Сыктывкаре – 8 человек, в Прилузском районе – 4 человека. На территориях Усть-Куломского и Корткеросского районов зарегистрировано 2 и 1 заболевших, соответственно.

Вирусологической лабораторией ЦЛМИ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РК» организовано проведение дифференциальной экспресс - диагностики клещей на вирусность, было исследовано 2190 клещей (в 2013г. – 1317, в 2012г. – 1313). Вирусность клещей в эпидсезоне 2014 года, исследованных от людей, подвергшихся укусам клеща, составила 11,4%, в 2013 году – 10,0%, в 2012 году – 10,7%, 2011 году – 10%, 2010 – 9,6%.

Таблица 2.47

Охват вакцинацией населения в эндемичных по клещевому энцефалиту и приравненных к ним территориях за 2010-2014 г.

	Иммунизация населения				
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.

	V	RV	V	RV	V	RV	V	RV	V	RV
г. Сыктывкар	876	818	2636	711	1807	2321	5434	1683	13884	3602
Сыктывдинский район	26	-	65	51	1272	306	1677	1090	1468	1460
Сысольский район	260	63	984	322	1718	436	1125	1918	1629	1238
Койгородский район	212	378	122	273	623	295	141	1157	550	429
Прилузский район	753	505	276	799	1923	1097	2710	2484	1977	2432
Усть-Куломский район	406	20	111	104	2262	437	548	844	1707	1104
Усть-Вымский район	179	130	78	87	4	137	318	133	2766	56
Всего по РК	3244	2231	4703	2912	9928	5459	12379	9810	24557	10989

Во исполнение постановлений Главного государственного санитарного врача по РК от 25.03.2011 №4 «О дополнительных мерах, направленных на предупреждение заболеваний клещевым вирусным энцефалитом населения в РК» и от 21.03.2013 года №2 «О включении в перечень эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту территорий Усть-Вымского района РК» в 2012-2014 годах из средств республиканского бюджета медицинским организациям для проведения вакцинация против клещевого энцефалита населения эндемичных территорий (г. Сыктывкара, Сыктывдинского, Койгородского, Сысольского, Прилузского и Усть-Куломского, Усть-Вымского районов) было выделено 37029,87 тыс. рублей, в том числе в 2012 году - 2367,6 тыс. рублей, в 2013 году - 14 867,99 тыс. рублей, в 2014 году - 19794,281 тыс. рублей.

За 2012-2014 годы в целом по республике охвачены вакцинацией против клещевого энцефалита 46864 человека, в том числе 9463 детей, ревакцинацией 26258 человек, в том числе 2091 ребенок. В эндемичных территориях охвачены вакцинацией 45948 человек, в том числе 9444 детей, ревакцинацией 25332 человека, в том числе 2091 детей.

В целом иммунная прослойка в эндемичных территориях составляет 71280 человек, или около 19 % от подлежащего населения.

Болезнью Лайма в 2014 году заболели 10 человек (в 2013- 10, 2012 – 10, 2011 – 20, 2010 - 15). Количество заболевших по г. Сыктывкару составило 5 человек, в Прилузском районе - 2, по 1 случаю зарегистрировано в Усть-Куломском, Тр.-Печорском, Койгородском районах. 5 случаев заражения связано с территорией проживания населения республики в сельских районах.

В 2014 году зарегистрированы 5 случаев **кишечного иерсиниоза** (в 2013г. – 6, 2012 – 11). Заболеваемость кишечным иерсиниозом уменьшилась в 2 раза. Число лиц, получивших различные повреждения от животных и обратившихся в ЛПУ, в 2014 году составило 2390 человек (в 2013 году – 2573, 2012 – 2744, 2011 – 2656, 2010 - 2717). В 2014 году наибольшее количество пострадавших зарегистрировано в г. Сыктывкаре – 756 человек, Воркуте – 318 человек, Ухте - 80 человека, Печоре - 216 человек, Усинске – 153 человека, в Прилузском районе – 111 человек.

В 2014 году в республике регистрировались случаи **бешенства** среди животных (олени) в Воркутинском, Интинском и Усинском районах в тундровой зоне.

Вместе с тем, оказание антирабической помощи населению по республике проводится неудовлетворительно на всех административных территориях. В 2014 году из числа обратившихся, курс антирабических прививок получили 570 человек из числа 1849 подлежащих, которым был назначен курс антирабических прививок, что составило 30,8%.

Таблица 2.48

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
2390	1849	481	570

Таблица 2.49

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)
798	490	221	11	36	40

Увеличилось количество укусов дикими животными с 30 в 2013 году до 43 в 2014 г. Во исполнение постановления заместителя Главного государственного санитарного врача по РК от 27.03.2014 № 3 «О проведении вакцинации по эпидемическим показаниям против бешенства» была организована профилактическая иммунизация против бешенства контингентов риска на территории МО ГО «Воркута», «Усинск», «Инта», МО МР «Ижемский», «Усть-Цилемский». В 2014 году охвачено профилактической вакцинацией против бешенства 263 человека и ревакцинацией 21 человек из групп риска в вышеуказанных территориях.

В 2014 году зарегистрирован 1 случай **туляремии** (в 2013 – 1 случай, 2012 – 0). Вместе с тем, имеет место неудовлетворительное выполнение планов иммунизации декретированных групп населения. При ежегодном планировании порядка 2800 – 2900 человек, в 2014 году иммунизировано по данным формы №5 2389 человек.

Паразитарные заболевания. Уровень заболеваемости паразитарными болезнями на территории РК характеризуется как стабильный. Всего было зарегистрировано 6479 случаев, в том числе 1156 случаев педикулеза и 257 чесотки, что на 4,9 % меньше, чем в 2013г, и на 15% меньше, чем 2012 г. В 2014 г. в этиологической структуре паразитарной заболеваемости доля гельминтозов составила 61,7 %, педикулеза- 17,8 %, протозоозов – 16,5 %, чесотки – 4 %.

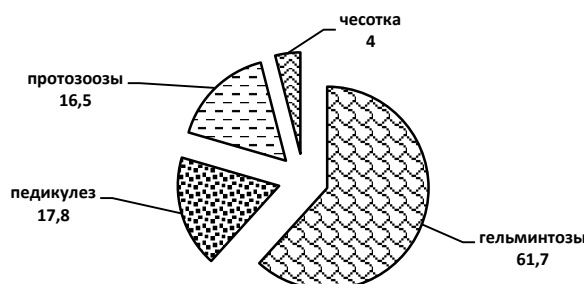


Рис. 2.42 Структура паразитарной заболеваемости РК в 2014г.

Наиболее распространённым гельминтозом остаётся **энтеробиоз**, в 2014г. отмечается рост заболеваемости на 27 % по сравнению с 2010 г., зарегистрировано 3011 инвазированных, в том числе 2902 детей до 14 лет (96,4 %). Заболеваемость по республике составила 345,3 на 100 тыс. населения. Наибольший её уровень, в 1,9 раза превышающий республиканский, зарегистрирован в Усть-Цилемском районе, также превышение наблюдалось на следующих административных территориях республики: гг. Сыктывкар (на 32,1 %), Ухта (на 2,9 %), Сыктывдинский (на 40,9 %), Сысольский (на 55,8 %, при этом заболеваемость выросла в 2,1 раза по сравнению с 2013г.), Усть-Куломский (на 5,5 %), Корткеросский (на 25,4 %), Прилузский (на 64,3 %) районы. Поражённость энтеробиозом детей организованных коллективов определяет высокий уровень заболеваемости в целом по республике (поражённость детей детских дошкольных учреждений составила 2,2 %, детских домов и домов детства – 0,9 %, общеобразовательных школ – 4,3 %, школ-

интернатов – 1,7 %). Имеет место низкий охват организованных детских коллективов обследованием на энтеробиоз (охват обследованием в детских дошкольных учреждениях составил 96,9 %, в общеобразовательных школах – 90,3 %).

Уровень заболеваемости **лямблиозом** в 2014г. в сравнении с 2010г. снизился на 9 %. Структура заболеваемости лямблиозом по возрастам схожа со структурой заболеваемости энтеробиозом. На долю детей до 14 лет приходится 64,8 % от всех инвазированных. Удельный вес инвазированных детей, посещающих детские дошкольные учреждения, составил 32,9 % от общего числа инвазированных детей в возрасте до 14 лет.

Наибольший уровень заболеваемости лямблиозом, превышающий республиканский, зарегистрирован в Корткеросском (в 4 раза), Прилузском (в 2,5 раза), Ижемском (в 3,1 раза) и Сысольском (в 2,6 раза) районах. Также высокая заболеваемость зарегистрирована гг. Сыктывкаре (превышение республиканского показателя составило на 63 %), Инте (на 33 %). Не зарегистрированы случаи лямблиоза на территории Троицко-Печорского и Койгородского районов.

Из других протозойных заболеваний на территории РК зарегистрировано 3 случая **амебиаза** в г. Сыктывкаре среди детей в возрасте до 14 лет.

За анализируемый период заболеваемость **аскаридозом** в республике снизилась на 31 %, уровень составил 46,4 на 100 тыс. населения (в 2010 г. – 67,0). Доля детей до 14 лет в общей заболеваемости аскаридозом составила 63,2 %, на сельское население приходится 48,6 % инвазированных.

Наибольшие показатели заболеваемости, превышающие среднереспубликанский показатель, зарегистрированы в Корткеросском (в 11,2 раза), Ижемском (в 4,7 раза, при этом отмечается увеличение заболеваемости по сравнению с 2013г. на 40,9 %), Удорском (в 4,5 раза), Усть-Вымском (в 3,1 раза) районах. Также превышение республиканских показателей наблюдалось в г. Сыктывкаре на 6,9 %. Не зарегистрированы случаи заболевания аскаридозом в 2014г. среди населения гг. Инта, Вуктыл, Троицко-Печорского, Княжпогостского, Койгородского и Сосногорского районов.

Из других геогельминтозов на территории республики в 2014 году зарегистрированы 2 случая **трихоцефалеза** и 5 случаев **токсокароза**.

В 2014 году в этиологической структуре биогельминтозов доля описторхоза составила 70,8 %, доля дифиллоботриоза – 27,3 %. На остальные биогельминтозы пришлось лишь 1,9 %. Эпидемическая ситуация по данным гельминтозам продолжает оставаться напряжённой.

В 2010 году в этиологической структуре биогельминтозов доля описторхоза составляла 65,9 %, доля дифиллоботриоза – 31,7 %. На остальные биогельминтозы приходилось 2,4%.

Заболеваемость **описторхозом** регистрировалась на территории 15 муниципальных образований республики (в 2010г. – на территории 16 муниципальных образований). Наиболее высокие показатели заболеваемости были зарегистрированы на территории природного очага данного гельминтоза в бассейне реки Вычегды на территории двух муниципальных районов (Усть-Куломский и Корткеросский), уровень заболеваемости в которых в 2,0 и 3,8 раз, соответственно, превысил республиканский. Отмечается снижение заболеваемости данной нозоформой в Усть-Куломском районе на 42,1 % и Корткеросском районе 5,4 %. Продолжает оставаться высокой заболеваемость описторхозом и на крайнем северо-востоке республики (г. Воркута), где население употребляет в пищу рыбу Обского бассейна. Уровень заболеваемости на данной территории в 2,8 раза превышает республиканский показатель. Так же отмечается превышение республиканского показателя отмечается в г. Сыктывкаре (на 72,2 %) и Сыктывдинском районе (на 18,5 %).

На остальных административных территориях республики заболеваемость данной нозоформой существенно не изменилась, показатели заболеваемости не превысили среднереспубликанский. Не регистрировались случаи описторхоза в гг. Ухта, Вуктыл,

Троицко-Печорском, Княжпогостском и Койгородском районах. Основная доля заболевших приходится на взрослое население (93,8 % от всего числа пораженных).

Заболеваемость **дифиллоботриозом** регистрировалась на территории 10 муниципальных образований (в 2010г. – 12), но, в основном, в районах, входящих в бассейн реки Печора. По-прежнему, наибольший уровень заболеваемости дифиллоботриозом, превышающий республиканский в 14,5 раза, был зарегистрирован в Ижемском районе – 259,7 на 100 тыс. населения. Отмечается резкое увеличение заболеваемости данным гельминтозом на территории Удорского района (превышение республиканского показателя в 6,4 раза). Высокие показатели, превышающие республиканский показатель, отмечаются в гг. Печора (в 3,2 раза), Усинск (в 3,5 раза), Вуктыл (в 2,5 раза), Усть-Цилемском районах (на 84,4 %). Основная доля заболевших приходится на взрослое население (94,2 % от всего числа пораженных).

Из других биогельминтозов в 2014 году было зарегистрировано 9 случаев **тениаринхоза** (Прилузский район – 6 сл., Ижемский район – 2 сл., г. Воркута – 1 сл.), 3 случая **тениоза** (г. Воркута, Прилузский и Ижемский районы).

Пораженность населения **чесоткой** снизилась в 4,6 раз по сравнению с 2010 годом, её уровень составил 29,3 на 100 тыс. населения. В структуре пораженных дети до 17 лет составляют 44,4 %. Сельские жители – 37,4 %.

Пораженность **педикулёзом** населения республики снизилась на 42 % по сравнению с 2010 годом, её уровень составил 131,9 на 100 тыс. населения. В структуре пораженных дети до 17 лет составляют 73,8 %. Сельские жители – 20,1 %.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи ИСМП). В 2014 г из общего числа ИСМП 38,6% (2012 - 48%) составляют гнойно-септические заболевания (в т.ч. 11,3% новорожденных и родильниц), 44,4% (2012 - 16%) - острые кишечные инфекции, 17% (2012 – 36%) - другие инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп).

Таблица 2.50

Структура ИСМП в РК за 2010-2014 гг.

Наименование	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	абс. число	%	абс. число	%	Абс. количество	%	Абс. количество	%	Абс. количество	%
ГСИ новорожденных	13	8,8	21	16,1	23	16,3	11	11,6	7	6,6
ГСИ родильниц	6	4,1	18	13,8	15	10,6	9	9,5	5	4,7
Послеоперационные инфекции	3	2,0	2	1,5	9	6,3	7	7,4	6	5,7
Постинъекционные инфекции	14	9,5	10	7,6	14	9,9	14	14,7	13	12,3
Инфекции мочевыводящих путей	3	2,0	1	0,7	4	2,8	2	2,1	2	1,9
Пневмонии	1	0,7	4	3,0	3	2,1	6	6,3	8	7,5
Острые кишечные инфекции	31	21,1	21	16,1	16	11,3	12	12,6	44	41,5
Другие инфекционные заболевания	74	50,3	53	40,7	51	36,1	34	35,8	18	16,9
Сальмонеллезные инфекции	2	1,4	0	-	6	4,2	0		3	2,9
Всего	147		130		141		95		106	

В структуре ИСМП за последние 5 лет отмечается снижение заболеваемости гнойно-септическими заболеваниями новорожденных и родильниц и других

инфекционных заболеваний, увеличение доли острых кишечных инфекций и увеличение количества случаев пневмоний на 7 случаев.

Таблица 2.51

Заболеваемость ИСМП в РК по профилю медицинской организаций

	2010 г.		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.	
	Абс. количество	%	Абс. количество	%	Абс. количество	%	Абс. количество	%	Абс. количество	%
Родильные дома (отделения)	13	8,8	34	26,1	29	20,6	18	18,9	12	11,3
Хирургические стационары (отделения)	2	1,4	1	0,7	11	7,8	11	11,6	6	5,7
Детские стационары (отделения)	100	68,0	75	57,7	86	61	44	46,3	41	38,7
Прочие стационары (отделения)	15	10,2	16	12,3	6	4,2	14	14,8	44	41,5
Амбулаторно-поликлинические учреждения	17	11,6	4	3,0	9	6,4	8	8,4	3	2,9

За 2010-2014 годы отмечается снижение ИСМП в родильных домах и в детских стационарах, амбулаторно-поликлинических учреждениях и рост в прочих стационарах. Низкий уровень регистрации внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах (отделениях).

В Российской Федерации наибольшее число ИСМП в 2013 г. было зарегистрировано в родовспомогательных учреждениях – 33,4 % от всех ИСМП (2012 г. – 35,8 %), хирургических стационарах – 32,5 % (2012 г. – 32,25 %)

Ежегодно в стационарах регистрировались вспышки внутрибольничных инфекций.

В 2014 году было зарегистрировано 5 вспышек ИСМП с числом пострадавших 43 человека.

Из 5 случаев групповой заболеваемости, зарегистрированной в ЛПО, 3 - приходится на ротавирусную, 2 на норовирусную инфекции. В ГУ «Республиканский кардиологический диспансер» зарегистрирована вспышечно-групповая заболеваемость норовирусной инфекцией с количеством заболевших 20 человек, связанная с пищеблоком учреждения.

Причинами возникновения вспышек и групповых инфекционных заболеваний в медицинских организациях явились поздняя диагностика и изоляция инфекционных больных, несвоевременное проведение противоэпидемических мероприятий.

Общая заболеваемость гнойно-септическими инфекциями и внутрибольничная заболеваемость гнойно-септическими инфекциями среди новорожденных и родильниц в целом по РК снизились. Доля внутрибольничного заражения новорожденных ГСИ от общей гнойно-септической заболеваемости новорожденных в среднем составляет 58%. Заболеваемость внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями среди новорожденных снизилась в 3 раза и составила 0,6 на 1000 (в 2012 году – 1,86). В структуре ГСИ новорожденных преобладают заболевания кожи (57%).

Заболеваемость внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями среди родильниц в 2014 г снизилась в 3 раза в сравнении с 2012 г. и составила 0,42 на 1000 родильниц (в 2012 г. – 1,22).

В 2014 году зарегистрировано 28 случаев внутриутробных инфекций (ВУИ) у новорожденных (в 2013 г. – 53, 2012 – 69, 2011 – 62, 2010 - 47), показатель заболеваемости составил 2,3 на 1000 новорожденных (в 2013 г. – 4,3, в 2012 г. – 5,6). Показатель соотношения числа внутрибольничных случаев гнойно-септических инфекций среди новорожденных к числу случаев внутриутробной инфекции за последние 3 года составляет 1:4 (в среднем по Российской Федерации в 2013 году соотношение ВБИ к ВУИ среди новорожденных составляло 1:5).

В 2014 году зарегистрировано 6 случаев послеоперационной ГСИ, на 3 случая меньше, чем в 2012 году. Показатель заболеваемости послеоперационными инфекциями составил 0,15 на 1000 оперированных. Из общего числа зарегистрированных 6 случаев послеоперационных инфекций выявлены в стационарах хирургического профиля – 4 случая и в детских стационарах – 2 случая.

Число внутрибольничных постинъекционных инфекций за 2010 - 2014 гг. оставалось на одном уровне 13 - 14 случаев в год. Постинъекционные абсцессы регистрировались в прочих стационарах (9 случаев), амбулаторно-поликлинических учреждениях (3 случая) и 1 случай в хирургических стационарах.

В 2014 году зарегистрировано 44 случая острых кишечных инфекций и 3 случая сальмонеллеза. Вспышечная заболеваемость в детских и прочих стационарах была вызвана кишечными инфекциями вирусной этиологии (ротавирусы и норовирусы).

За последние 5 лет внутрибольничное инфицирование заболеваниями с воздушно-капельным механизмом передачи (ОРЗ, грипп, ветряная оспа) сократилось в 4 раза. В 2014 году зарегистрировано 18 случаев других инфекционных заболеваний в детских и прочих стационарах.

По данным бактериологических исследований по клиническим показаниям при гнойно-септических заболеваниях у пациентов нередко выделяются микроорганизмы с множественной лекарственной устойчивостью. Однако, противоэпидемический режим в лечебно-профилактических учреждениях при регистрации инфекций любой локализации, вызванной метициллин (оксациллин) – резистентным золотистым стафилококком, ванкомицинрезистентным стрептококком, панрезистентной клебсиеллой не соблюдается.

Основными причинами возникновения и распространения внутрибольничных инфекций остаются нарушения санитарно-противоэпидемического и дезинфекционного режимов, поздняя диагностика и изоляция инфекционных больных, несвоевременное проведение противоэпидемических мероприятий. Недостаток стерилизационного и дезинфекционного оборудования приводят к снижению качества текущей и заключительной дезинфекции и стерилизации в ЛПУ.

В 2014 году охват вакцинацией против вирусного гепатита В медицинских работников в целом по республике составил 97,6% от подлежащих, что выше рекомендованного уровня 95%.

По данным государственных учреждений здравоохранения в целом по республике 222 медработника страдают хроническим вирусным гепатитом В (2010 г — 271 медработник). Хроническим гепатитом С страдают 244 медработника (2010 г — 271 медработник). Наиболее высокая заболеваемость хроническими вирусными гепатитами медицинских работников ГБУЗ РК "Коми республиканская больница", ГБУЗ РК "Коми республиканская психиатрическая больница", ЛПУ г. Ухты, ГБУЗ РК "Печорская ЦРБ", ГБУЗ РК "Усинская ЦРБ", ГБУЗ РК "Прилузская ЦРБ".

За последние 5 лет зарегистрированы 11 случаев профессиональных инфекционных заболеваний среди медработников противотуберкулезных учреждений: в 2010 году – 6 случаев, в 2011 году – 2 случая, в 2012 году – 2 случая, в 2013 году – 1 случай. Всего в

республике у 50 медработников подтверждены профессиональные заболевания туберкулезом, у 3-х - вирусным гепатитом В и одного – микоплазмоз.

ВЫВОДЫ:

1. Эпидемиологическую обстановку на территории РК по итогам 2012-2014 годов можно оценивать как нестабильную, т.к. имеются факторы, способствующие распространению актуальных для республики инфекций:

- произошла активизация эпидемического процесса кишечных инфекций вирусной этиологии ротавирусами и норовирусами, вирусным гепатитом А. Высокая контагиозность вирусов обуславливает ведущую роль в возникновении групповой заболеваемости в организованных коллективах;

- среди воздушно-капельных инфекций актуальным остается грипп. Эпидемический подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ был обусловлен циркуляцией вируса пандемического гриппа А(Н1N1 / swine);

- отмечается активизация природно-очаговых заболеваний: клещевого энцефалита, болезни Лайма;

- в южных регионах республики имеются условия распространения аскаридоза, в районах расположенных по бассейнам рек Печора и Мезень – дифиллоботриоза, по р. Вычегда – описторхоза.

2. Достигнуты показатели заболеваемости на уровне: дифтерией – не регистрируется с 2008 года, острым гепатитом В – 1,2 на 100 тысяч населения, корью – единичные случаи, краснухой - не регистрируется с 2012 года; эпидемическим паротитом – не регистрируется с 2010 года, отсутствие случаев заболеваемости врожденной краснушной инфекцией.

3. Показатель заболеваемости внутрибольничными инфекциями в РК в 6,7 раза меньше, чем по российской федерации;

4. В структуре ВБИ отмечается снижение внутрибольничных гнойно-септических заболеваний новорожденных и родильниц, увеличение доли острых кишечных инфекций и количества случаев пневмоний.

5. Отмечается снижение заболеваемости внутрибольничными инфекциями в родильных домах и в детских стационарах, амбулаторно-поликлинических учреждениях и рост ИСМП в прочих стационарах. Низкий уровень регистрации внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах (отделениях).

6. 97,6% медицинских работников республики охвачены иммунизацией против вирусного гепатита В, проводится ревакцинация против гепатита В медицинским работникам контактирующим с кровью.

2.12. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ). За последние 5 лет отмечается чёткая тенденция снижения показателей ВУТ по РК в случаях (на 10,3%) в днях (на 10,0%). Средняя длительность одного случая в 2014 году осталась на уровне 2010 года (10,5 дней). Наиболее высокие уровни ВУТ традиционно регистрируются в городах Сыктывкар и Инта, а так же в Вуктыльском, Прилузском районах, наименьшие в Усть-Куломском, Троицко-Печорском и Ижемском районах. За последние 3 года наибольший уровень снижения показателя количества случаев ВУТ достигнут в Троицко-Печорском районе, где в расчете на 100 трудоспособного населения он снизился на 39,0%, наибольший прирост в Сысольском районе +12,3%. По количеству дней нетрудоспособности в расчете на 100 трудоспособного населения наибольшее снижение показателя так же зафиксировано в Троицко-Печорском районе на 42,1%, наибольший прирост в 17,0% - в Княжпогостском районе. Длительность одного случая нетрудоспособности варьирует в регионе от 8,5 до 15,6 дней. Превышение среднереспубликанских значений отмечено в 10 из 20 административных территорий

региона. Самый высокий уровень данного показателя в 2014 г. зафиксирован в Усть-Вымском районе, самый низкий - в Усть-Цилемском.

Таблица 2.52

**Показатели временной утраты трудоспособности от всех причин
в городах и районах РК в 2012-2014 гг.**

Города и районы / Показатель	Число случаев ВН на 100 трудоспособного населения			Число дней ВН на 100 трудоспособного населения			Средняя длительность 1 случая ВН в днях		
	2012г.	2013г.	2014г.	2012г.	2013г.	2014г.	2012г.	2013г.	2014г.
Вуктыльский	45,8	46,9	46,2	857,0	637,2	669,7	14,3	13,6	14,5
Ижемский	23,2	24,1	22,1	800,8	272,6	247,3	12,1	11,3	11,2
Княжпогостский	32,7	33,0	31,1	851,8	469,6	476,2	14,6	14,2	15,3
Койгородский	39,6	43,5	37,7	712,9	467,4	436,8	11,5	10,7	11,6
Корткеросский	29,5	30,6	26,2	820,0	366,2	331,3	12,7	12,0	12,7
Печорский	34,9	36,5	34,4	708,1	494,1	503,8	12,9	13,6	14,6
Прилузский	41,4	43,1	44,2	748,6	568,9	627,9	12,6	13,2	14,2
Сосногорский	28,1	26,2	25,3	688,0	358,0	323,5	13,0	13,6	12,8
Сыктывдинский	38,2	41,1	40,0	849,4	527,1	541,6	12,9	12,8	13,5
Сысольский	34,7	42,3	39,4	762,3	498,2	473,5	13,3	11,8	12,0
Троицко-Печорский	28,3	25,9	20,7	748,4	273,1	233,6	13,0	10,5	11,3
Удорский	27,4	28,1	28,1	788,3	379,8	399,0	13,9	13,5	14,2
Усинский	39,3	44,6	35,3	720,7	596,3	495,3	12,8	13,4	14,0
Усть-Вымский	45,6	27,0	25,4	1003,1	411,5	396,6	15,3	15,2	15,6
Усть-Куломский	21,8	22,6	18,7	783,1	256,4	239,2	12,5	11,4	12,8
Усть-Цилемский	17,9	22,9	22,6	556,9	199,9	193,0	9,1	8,7	8,5
Воркута	40,8	40,7	41,4	756,0	578,1	588,6	13,6	14,2	14,2
Инта	44,6	47,0	45,6	727,0	622,0	634,6	14,0	13,2	13,9
Ухта	38,7	40,3	33,5	777,4	563,0	426,9	12,9	14,0	12,8
Сыктывкар	50,9	52,5	52,1	904,0	691,9	699,1	13,7	13,2	13,4
РК	40,4	41,4	39,3	819,4	553,0	531,2	13,4	13,4	13,5

Уровень ВУТ по заболеваниям в РК так же имеет тенденцию к снижению по сравнению с 2010 г., но по сравнению с предыдущим годом отмечено увеличение средней длительности 1 случая ВН в днях.

Таблица 2.53

**Показатели временной утраты трудоспособности от заболеваний в городах и районах
РК в 2012-2014гг. (на 100 трудоспособного нас.)**

Территория / Показатель	Число случаев ВН на 100 трудоспособного населения			Число дней ВН на 100 трудоспособного населения			Средняя длительность 1 случая ВН в днях		
	2012г.	2013г.	2014г.	2012г.	2013г.	2014г.	2012г.	2013г.	2014г.
РК	30,4	31,2	29,2	453,2	463,2	443,4	14,9	14,9	15,2

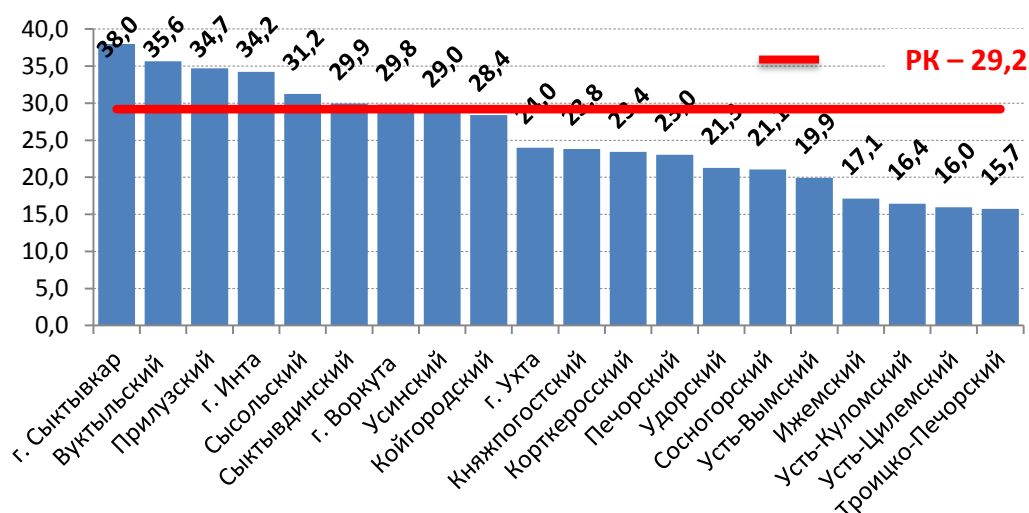


Рис. 2.43 Уровень временной утраты трудоспособности по заболеваниям в РК за 2014 г.
(в случаях на 100 трудоспособного населения)

Ведущие ранговые позиции по наивысшему уровню ВУТ в связи с заболеваниями в 2014 году принадлежат населению города Сыктывкар и в Вуктыльском и Прилузском районах. Наиболее низкие показатели уровня ВУТ зафиксированы в Троицко-Печорском, Усть-Цилемском, Усть-Куломском районах. Самый высокий уровень продолжительности 1 случая заболевания с ВУТ в 2014 г. отмечен в Печорском (18,1), Усть-Вымском (17,3) и Княжпогостском районах (17,1), самый низкий – 8,7 в Усть-Цилемском районе.

Нозологическая структура ВУТ в 2014 г. по сравнению с 2013 г. не изменилась: на первом месте - болезни органов дыхания; на втором месте - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; на третьем месте - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; на четвертом месте - болезни системы кровообращения. По показателю дней ВН структура выглядит следующим образом: на первом месте - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; на втором - болезни органов дыхания; на третьем - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. В нозологической структуре по средней длительности 1 случая ситуация выглядит следующим образом: наиболее длительно, в среднем 28,7 дня длится заболевание по классу «Новообразования», второе место по длительности занимает класс «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» - 25,5 дней, третье - Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

За последние 3 года по некоторым классам болезней произошло значительное изменение продолжительности одного случая заболевания с ВУТ. Так по классу «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» длительность 1 случая увеличилась на 3,7 дня, в 2014 году длительность лечения составила 23,4 дня (2012г. – 19,7 дней); по классу «Врожденные аномалии...» произошло увеличение длительности случая на 3,1 дня, в 2014 году длительность лечения составила 22,3 дня (2012г. – 19,2 дня); по классу «Новообразования» длительность увеличилась на 3 дня и составила; по классу «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» длительность лечения увеличилась на 1,7 дней и составила в 2014 году 22,6 дней (2012г. 21 день). Уменьшение длительности лечения произошли по классу «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ», «Болезни глаза и его придатков» и «Болезни нервной системы».

2.13. Инвалидность. По данным ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по РК» проведено 21813 освидетельствований (2013г. – 24758), в т.ч.:

- среди детей в возрасте до 18 лет – 2166 (2013г. – 2348);
- среди взрослого населения – 19647 (2013г. – 22410).

Сохраняется тенденция к уменьшению количества освидетельствований: по сравнению с 2010 годом. Снижение абсолютного показателя составило 27,8%, при этом большее снижение наблюдается среди взрослого населения (-28,9%), среди детского населения снижение осталось на уровне 2013 года (-16,2%).

Доля освидетельствованных с целью определения инвалидности в 2014 году составляет 77,2% (16835 человек), как и в 2013 году.

Отмечается устойчивая тенденция к снижению обращаемости в Бюро с указанной целью в абсолютных числах. По сравнению с 2013 годом количество освидетельствованных граждан уменьшилась на 2277 человек или на 11,9% (см. диаграмму № 2).

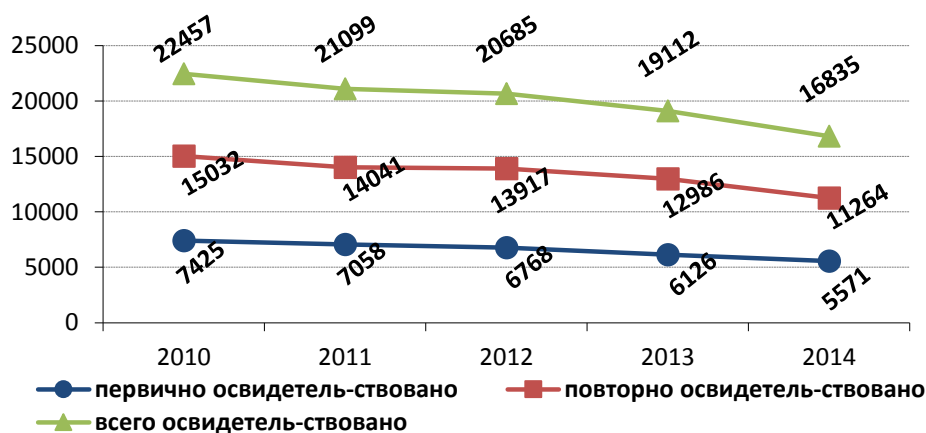


Рис.2.44 Динамика обращений на освидетельствование с целью определения инвалидности за 2010 – 2014г.г.

Таблица 2.54

Результаты освидетельствований с целью определения инвалидности за 2013 – 2014гг.

население	Первично				Повторно			
	освидетельствовано		признано инвалидами		освидетельствовано		признано инвалидами	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
взрослое	5637	5049	4594 (81,5%)	3946 (78,2%)	11330	9810	10877 (96,0%)	9275 (94,5%)
детское (0 – 17л.)	489	522	366 (74,8%)	392 (75,1%)	1656	1454	1559 (94,1%)	1357 (93,3%)
Всего	6126	5571	4960 (81,0%)	4338 (77,9%)	12986	11264	12436 (95,8%)	10632 (94,4%)

После постоянного в течение ряда лет (до 2010 года) увеличения общего количества первично освидетельствованных граждан в бюро медико-социальной экспертизы с целью определения инвалидности его снижение началось с 2011 года (по сравнению с предыдущим годом – на 4,9%). В 2014 году по отношению к 2010 году снижение показателя составило 25,0%. Причем это уменьшение коснулось только взрослого населения (на 27,1%), количество детского населения, освидетельствованного первично с данной целью, увеличилось на 4,8%.

Снижение показателя обращаемости с целью определения инвалидности при повторных освидетельствованиях отмечается на фоне увеличения доли инвалидности без срока переосвидетельствования («бессрочно») до 2013 года.

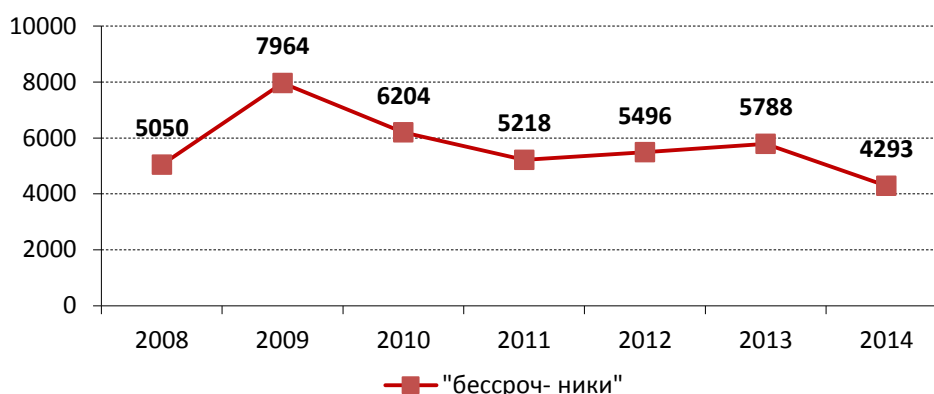


Рис. 2.45 Динамика установления инвалидности «бессрочно» за 2008 – 2014г.г.

Пик «бессрочной» инвалидности приходится на 2009 и 2010 годы, что связано с выходом нормативного акта и усилением контроля за деятельностью Бюро по данному вопросу. В 2011 году отмечается снижение количества освидетельствований с установлением инвалидности «бессрочно», однако показатель остается выше показателей за 2007 и 2008 годы, в 2012–2013 годах увеличение данного показателя продолжилось. В 2014 году произошло снижение показателя (по отношению к 2013 г. – на 25,8%).

Количество впервые признанных инвалидами (ВПИ) вновь уменьшилось с 4960 в 2013 году до 4338 человек в 2014 году (на 622 человека, или 12,5%). Причем это снижение коснулось лиц старше 18 лет и составило 14,1%. Количество ВПИ среди детского населения до 18 лет увеличилось на 7,1%.

По сравнению с 2010 годом количество ВПИ уменьшилось на 34,1% (среди взрослых – на 36,3%, среди детей – на 1,3%).

Анализ показателей инвалидности

По данным Отделения Пенсионного фонда РФ по РК на 01.01.2015г. количество инвалидов старше 18 лет составило 67395 человек (2010г.–71093, 2011г.–71120, 2012г.–70830, 2013г.–69731). **Показатель распространенности инвалидности среди лиц данной возрастной категории равен 978,8 на 10 тысяч взрослого населения (2010г.– 932,7, 2011г.–988,6, 2012г.–998,4, 2013г.–997,5).**

Наиболее **высокие показатели распространенности инвалидности** среди взрослого населения зафиксированы в Прилузском– 1507,5; Сысольском– 1383,2; Корткеросском районе – 1279,9 и Сосногорском районах – 1235,9. **Низкие показатели отмечаются** в городах Усинск – 366,7; Ухта– 635,2 и Инта– 848,7.

Показатели первичной инвалидности. Впервые с целью определения инвалидности в 2014 году в Бюро – филиалы Учреждения было направлено 5049 человек, инвалидами не признано – 1103, показатель необоснованности направления на экспертизу составил 21,8% (2013г.–18,5%). Данный показатель превышает показатель в целом по Российской Федерации (12,8%)(в 2012 году – 12,4%).

Наиболее объективным статистическим показателем, отражающим динамику состояния инвалидности на отдельно взятой территории, является интенсивный показатель первичной инвалидности (далее ИП, или ППИ), то есть отношение количества

лиц впервые признанных инвалидами к численности соответствующего населения, проживающего на данной территории.

В 2014 году количество лиц старше 18 лет, **впервые признанных инвалидами (ВПИ)** составило 3946 человек или 57,3 на 10 тысяч взрослого населения, в том числе: в трудоспособном возрасте – 36,3; в пенсионном возрасте – 120,3.

Таблица 2.55

Показатели первичной инвалидности по РК за 2010 – 2014г.г.

Показатели	Годы						
	2010	2011	2012	2013	2014	2013 РФ	2013 Сев-Зап.
Число ВПИ	6191	5768	5379	4594	3946	753952	73626
ИП на 10 тыс. взр. населения	81,2	80,2	75,8	65,7	57,3	64,8	64,4
в т.ч.: в трудосп. возрасте	3092	2845	2525	2219	1877	363953	-
ИП на 10 тыс. трудосп. населения	51,0	50,8	46,2	41,8	36,3	43,7	-
в пенс. возрасте	3099	2923	2854	2375	2069	389999	39874
ИП на 10 тыс. лиц пенс. возраста	198,9	183,7	174,8	141,6	120,3	117,8	119,0

В целом по РК уровень первичной инвалидности среди взрослого населения снизился по сравнению с 2013 годом на 13%. В сравнении с 2005 годом, когда наблюдался пик уровня ПИ (158,2), общее снижение составило более 60%.

Если сравнивать показатели первичной инвалидности по РК с показателями по Российской Федерации, то видно, что уровень первичной инвалидности в республике выше среди лиц пенсионного возраста, что, по-видимому, связано с тенденцией постарения населения республики.

Таблица 2.56

Удельный вес женского населения из общего числа ВПИ за 2010 – 2014г.г. (в %)

годы	всего	в трудоспособном возрасте	в пенсионном возрасте
2010	49,4	32,2	66,6
2011	46,5	29,5	63,1
2012	46,8	31,2	60,5
2013	47,6	33,0	61,3
2014	44,6	29,8	58,0

Доля лиц женского пола, из числа впервые признанных инвалидами, в возрасте старше трудоспособного превышает данный показатель среди мужчин на 30%, что связано с большей продолжительностью жизни женского населения. В трудоспособном возрасте наоборот – доля лиц мужского пола значительно превышает процент женщин в числе ВПИ.

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

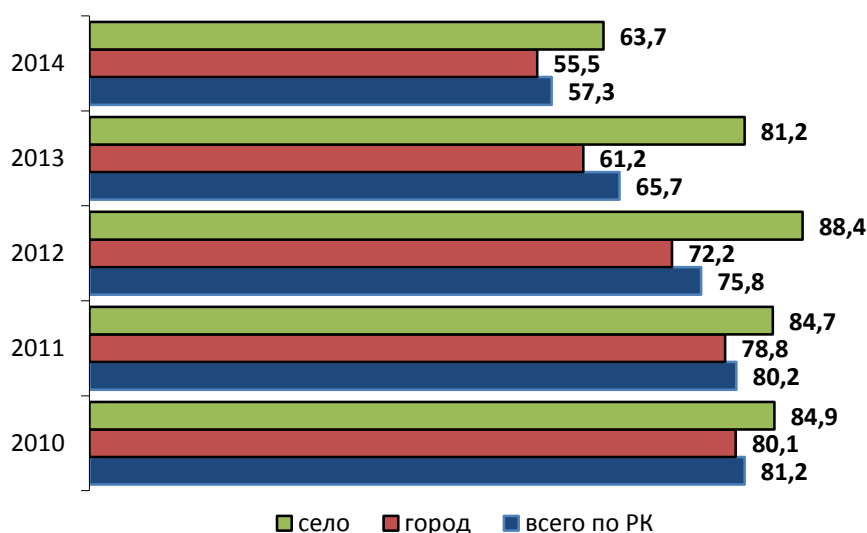


Рис.2.46 Показатели первичной инвалидности по РК, городу и селу за 2010 – 2014 г.г. на 10 тысяч соответствующего населения

Причем, показатели первичной инвалидности в сельской местности превышают показатели первичной инвалидности городского населения за счет инвалидизации трудоспособного населения. ППИ среди лиц пенсионного возраста стал ниже этого же показателя среди лиц городского населения после двух лет его превышения (см. диаграмму № 5).

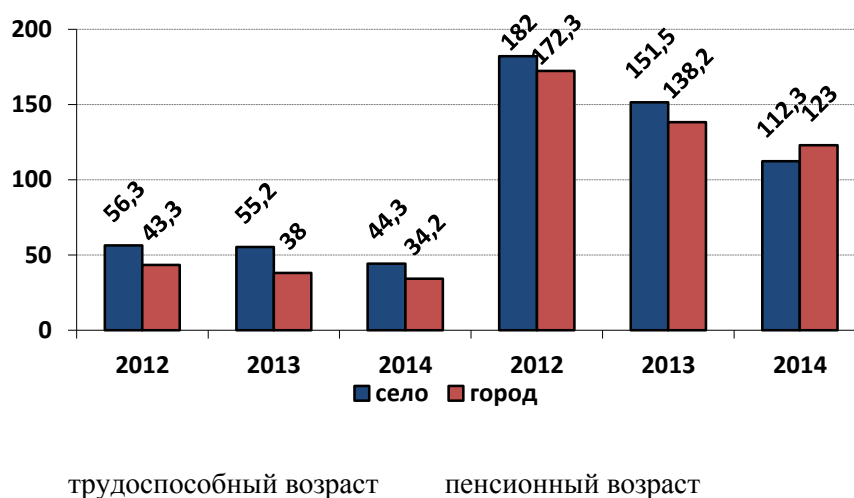


Рис. 2.47 Показатели первичной инвалидности по городскому и сельскому населению по возрастным категориям за 2012 - 2014 г.г.

В структуре инвалидности по причинам в течение ряда лет сохраняется относительная стабильность.

Инвалиды по причине:

- общего заболевания составляют основную долю среди лиц, впервые признанных инвалидами – 97,0% (2013г. - 96,4%);
- вследствие трудового увечья и профессионального заболевания – 1,7% (в 2013г. - 2,0%);
- инвалиды из числа бывших военнослужащих – 0,7% (2013г. - 0,7%);
- инвалиды с детства – 0,7% (2013г. - 0,9%).

Возрастная структура первичной инвалидности в 2014 году представляет следующее:

- I возрастная категория (18 – 44г.) – 18,9% (2013г. – 17,2);
- II возрастная категория (45-54г.-женщины, 45-59л.-мужчины) – 28,7% (2013г. – 31,1%);
- III возрастная категория (жен.–ст. 55л., муж.–ст. 60 л.) – 52,4% (2013г. – 51,7%).

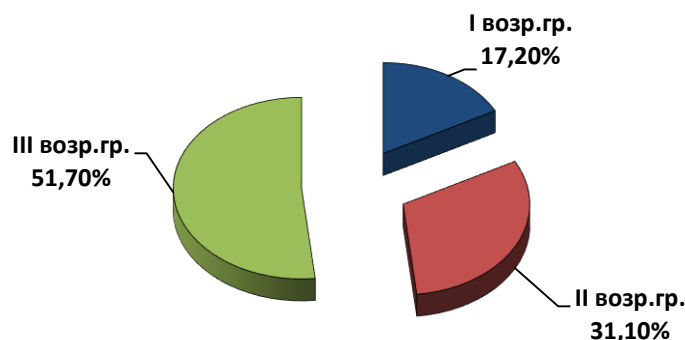


Рис. 2.48 Структура первичной инвалидности по возрастным группам за 2014 год (в %)

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

А в 2012г.-2014г. 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**. Показатели первичной инвалидности по группам в 2014 году: наибольший удельный вес представлен инвалидами III группы, наименьший – I группы, как и в предыдущих годах (см. диаграмму № 7).

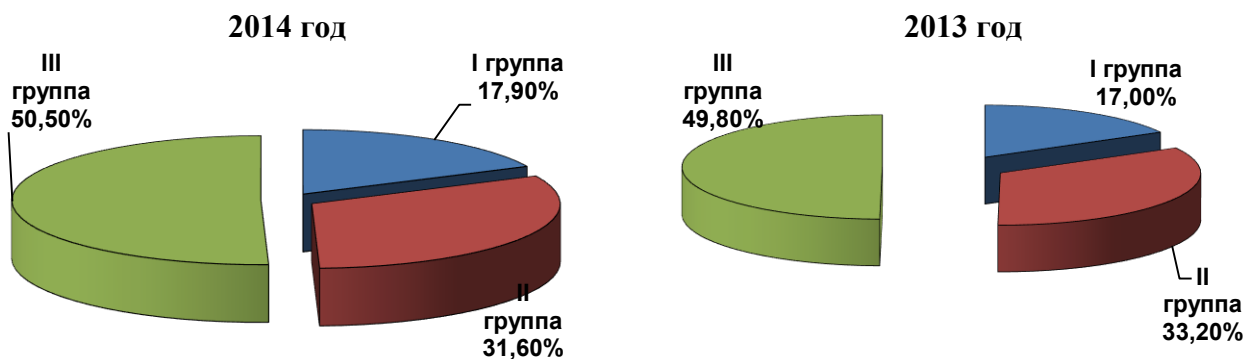


Рис. 2.49 Структура первичной инвалидности по группам (в %)

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

- профессиональные заболевания – 100%;
- болезни уха и сосцевидного отростка – 100,0%;
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ – 87,5%;
- болезни органов дыхания – 83,3%;
- последствия производственных травм – 82,6%;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 82,6%;

- болезни нервной системы – 66,2%;
- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека – 60,0%;
- болезни системы кровообращения – 55,0%;
- последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 55,0%;
- психические расстройства и расстройства поведения – 53,6%.

Среди лиц средней возрастной группы (ж.-45-54 года, м.-45-59 лет) наибольший процент инвалидов с III группой инвалидности по следующим нозологиям: болезни уха и сосцевидного отростка – 100%, профессиональные заболевания – 94,2%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 93,2%, болезни органов дыхания – 87,0%, последствия производственных травм – 82,4%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ – 68,2%,

Наибольший удельный вес инвалидов с третьей группой инвалидности в пенсионном возрасте по следующим нозологиям: болезни уха – 100,0%, болезни органов дыхания – 83,7%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 81,9%.

Инвалиды второй группы в структуре первичной инвалидности по тяжести заболевания во всех трех возрастных группах занимают – от 29,6% до 35,6%. В первой возрастной группе наибольшая доля инвалидов II группы (к общему числу инвалидов с данной нозологической формой) приходится на туберкулез – 78,1%. Во второй возрастной группе: туберкулез – 75,0%, злокачественные заболевания – 40,6%. В пенсионном возрасте: злокачественные новообразования – 43,7%.

Самый большой процент инвалидов с первой группой инвалидности – в пенсионном возрасте – 23,2, наименьший – в первой возрастной группе (9,4%). 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 болезни мочеполовой системы – 50,0%, болезни глаза и его придаточного аппарата – 36,4%, злокачественные заболевания – 18,9%. В возрастной группе - женщины от 45 до 54 лет и мужчины от 45 до 59 лет – злокачественные новообразования – 29,9%, болезни глаза и его придаточного аппарата – 28,6%. В пенсионном возрасте: 53,2% - болезни глаза и его придаточного аппарата, 51,1% - психические расстройства и расстройства поведения.

Структура первичной инвалидности по нозологическим формам.

I место (как и в предыдущие годы) занимают **болезни системы кровообращения**, их доля составила **33,1%** от общего числа впервые признанных инвалидами (2013г.-34,4%). Удельный вес данной нозологической формы в структуре ПИ продолжает снижаться. В структуре данной нозологии, как и прежде, наибольшая доля приходится на цереброваскулярные болезни – 47,4%, ишемическую болезнь сердца – 34,6%.

II место в течение последних лет стабильно занимают **злокачественные новообразования** – **21,7%** (2013г.-20,4%). Как видно, их доля в структуре ПИ по нозологическим формам постепенно возрастает.

III место, начиная с 2005 года, занимают **болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани**. В 2014 году в структуре первичной инвалидности на эти заболевания приходится **11,2%** (2013г. – 11,2%).

IV место – **последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин** – **5,6%** (2010г.-7,7%, 2011г.-6,6%, 2012г.-7,1%, 2013г.-6,4%).

На V место с шестого (в течение ряда лет) переместились психические расстройства и расстройства поведения – **5,4%** (2010г.-4,7%, 2011г.-4,2%, 2012г.-4,1%, 2013г.-4,7%).

На VI место спустились болезни нервной системы – **4,6%** (2010г.-4,4%, 2011г.-4,9%, 2012г.-4,7%, 2013г.-5,0%).

VII место - туберкулез, его процент составил 3,0% (2010г.г.– по 3,3%, 2011г.– 3,4%, 2012г.-2,8%, 2013г.-4,2%). Первичная инвалидность по причине туберкулеза легких в данной нозологии занимает 99,5% (2012г.-86%).

VIII место – прочие болезни с 2,7%. (с 2010г. по 2013г. – от 0,6% до 1,0%).

На **IX место** с восьмого переместились **болезни глаза и его придаточного аппарата с 2,6%** (2010г.-2,9%, 2011г.-3,4%, 2012г.-2,3%, 2013г.-2,7%).

На **X место** с девятого опустились **болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 2,3%** (2010г.-4,5%, 2011г.-4,0%, 2012г.-3,2%, 2013г.-2,5%). Доля сахарного диабета в структуре данной нозологии составила 89,9% (2013г.-87,2%).

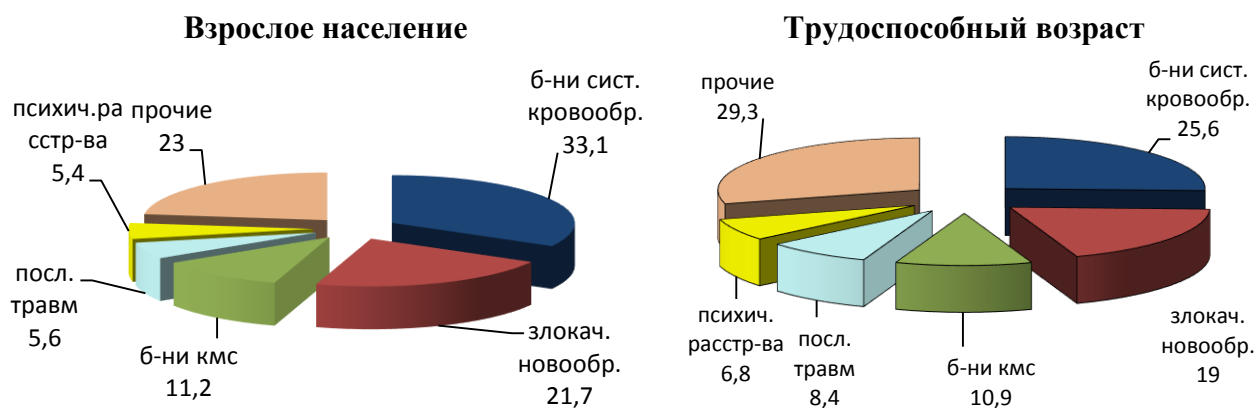
Следует отметить, что изменения по ранговым местам в структуре первичной инвалидности по нозологиям в сравнении с 2013 годом изменились незначительно, начиная с 5 места.

Среди инвалидов трудоспособного возраста основными причинами первичной инвалидности в 2014 году явились следующие заболевания:

- болезни системы кровообращения – 25,6% (2013г.-25,4%);
- злокачественные новообразования – 19,0% (2013г.-18,8%);
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 10,9% (2013г.-10,8%);
- последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 8,4% (2013г.-9,4%);
- психические расстройства и расстройства поведения – 6,8% (2013г.-5,2%);
- болезни нервной системы – 6,6% (2013г.-7,1%);
- туберкулез – 6,0% (2013г.-8,3%);

В пенсионном возрасте удельный вес болезней системы кровообращения в структуре первичной инвалидности снижается восьмой год подряд и составил в 2014 году 40,0% (2013г.-42,8%), однако остается на первом ранговом месте. Цереброваскулярные болезни в данной возрастной категории занимают 51,8%, ишемическая болезнь сердца – 33,1%.

Далее следуют злокачественные заболевания – 24,1% (2013г.-22,0%) и болезни костно-мышечной системы – 11,5% (2013г.-11,5%).



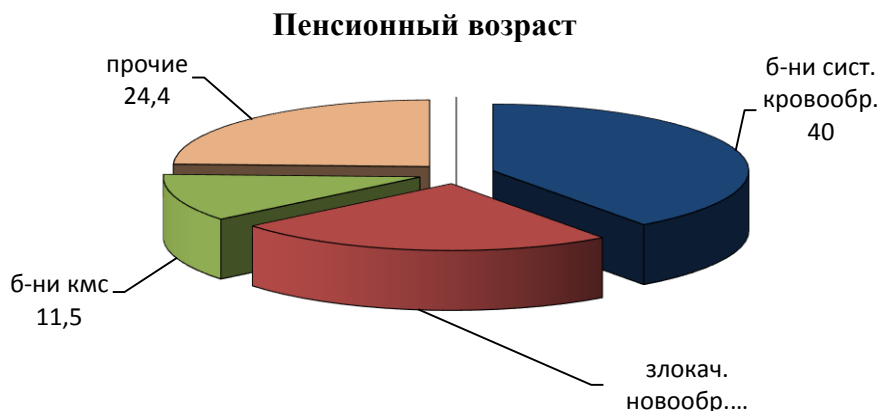


Рис. 2.50 Структура первичной инвалидности по нозологическим формам за 2014 год

ПИ по причине болезней системы кровообращения имеют самый высокий показатель первичной инвалидности среди всех нозологических форм, в целом по Республике он составляет 19,0 на 10 тысяч взрослого населения (2012г.-27,3%, 2013г.-22,6).

Интенсивный показатель первичной инвалидности по причине злокачественных новообразований по республике составляет 12,4 (2012г.-13,5, 2013г.-13,4).

На болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в республике приходится 6,4 случая первичной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения (2012г.-8,7, 2013г.-7,3).

Из числа лиц, впервые признанных инвалидами, группа инвалидности установлена «бессрочно» в 333 случаях, или в 8,4% (2010г.-22,4%, 2011г.-12,2%, 2012г.-12,6%, 2013г.-13,0%).

Результаты переосвидетельствований взрослого населения. В течение 2014 года в Бюро-филиалах ФКУ «ГБ МСЭ по РК» Минтруда России переосвидетельствовано 14158 человек (2011г.-19143, 2012г.-18267, 2013г.-16300) в возрасте 18 лет и старше, в том числе городских жителей – 11359, или 80,2% (2013г.-12802, или 78,5%), сельских – 2799, или 19,8% (2013г.-3498, или 21,5%). Доля повторно освидетельствованных граждан несколько увеличилась среди населения городов и уменьшилась среди сельского населения.

Из общего числа повторно освидетельствованных граждан с целью определения группы инвалидности освидетельствовано 9810, или 69,3% (2012г.-12204, или 66,8%, 2013г.-11330, или 69,5%). Инвалидность установлена в 9275 случаях, что составляет 94,5% (в 2012г.-11818- 96,8%, 2013г.-10877, или 96%).

На первом месте в структуре повторной инвалидности также стоит инвалидность по причине болезней системы кровообращения – 30,8% (2013г.-31,0%);

II место – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 14,9% (2013г.-14,5%);

III место – злокачественные новообразования – 13,5% (2013г.-13,1%);

IV место – психические расстройства и расстройства поведения – 7,9%(2013г.-7,4%);

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

Таблица 2.57

**Показатели повторной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения
за 2012 – 2014г.г.**

год	уровень повторной инвалидности			показатели по тяжести инвалидности (%)			по возрастным категориям (%)		
	всего	трудосп. возраст	пенсион. возраст	I группа	II группа	III группа	I	II	III
2012г.	166,5	135,4	271,1	11,2	34,0	54,8	26,4	36,1	37,5
2013г.	155,6	121,8	262,4	11,1	31,4	57,5	24,8	34,7	40,5
2014г.	134,7	103,7	227,7	12,2	29,4	58,4	24,9	32,9	42,2

Еровень повторной инвалидности снижается, по-видимому, это связано с увеличением количества лиц, признанных инвалидами «бессрочно». Показатели по тяжести инвалидности: в 2014 году несколько увеличилась доля первой и третьей группы и уменьшилась второй группы инвалидности.

По возрастным группам:

- практически не изменилась доля первой возрастной группы (18 -44 года);
- произошло уменьшение доли второй возрастной группы (жен. 45-54г. и муж. 45-59 лет);
- доля третьей возрастной группы (жен. -55 лет и старше и муж. - 60 лет и старше) постепенно возрастает.

Не признано инвалидами при переосвидетельствовании **535 человек** (2010-447, 2011г.-383, 2012г.-386, 2013г.-453).

Показатель полной реабилитации составил 5,5% (2012г.-3,2%, 2013г.-4,0%). Процент реабилитации по сравнению с предыдущим годом возрос как среди инвалидов из числа городских жителей, так и жителей сел и составил соответственно 5,2% и 6,3% (2013г.-3,7% и 4,1%).

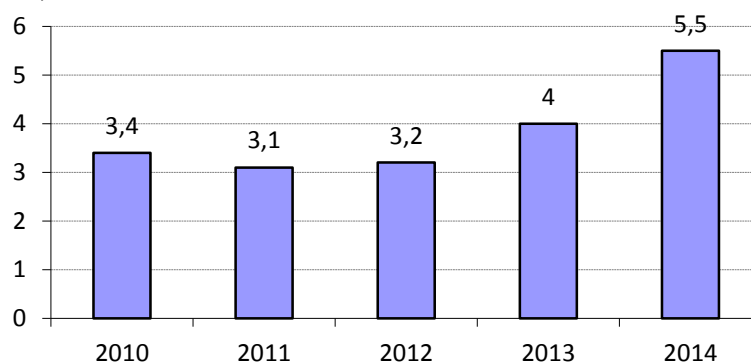


**Рис.2.51 Динамика показателя полной реабилитации инвалидов по республике
за 2010 – 2014г.г. (в %)**

Как видно из представленной диаграммы, показатель полной реабилитации с 2010 года в течение трех лет оставался относительно стабильным, в 2013 году данный показатель незначительно увеличился, в 2014 году вновь возрос.

Группа инвалидности не изменилась у 76,8% лиц, повторно признанных инвалидами (2012г. – 78,0%, 2013г.-78,9%). Более «легкая» группа установлена у 16,0%, более «тяжелая» - у 12,4% (в 2012г. соответственно – 14,0% и 13,3%, в 2013г.-14,9% и 11,8%). **Показатель суммарной реабилитации составил 11,5%** (2010 и 2011г.г.-8,7%, 2012г.-9,0%, 2013г.-10,0%).

При переосвидетельствовании у 39,2% повторно признанных инвалидами группа инвалидности установлена «бессрочно» (2011г.-35,2%, 2012г.-38,3%, 2013г.-43,8%).

Результаты деятельности учреждений МСЭ по разработке ИПР и ПРП. За 2014 год разработано **17632** (2010г.-26043, 2011г.-24655, 2012г.-23350, 2013г.-20623) **программ реабилитации** (в т.ч. **ИПР – 15017** и **ПРП – 2615**), что на 14,5% меньше, чем в 2013 году. Индивидуальные программы реабилитации гражданам, признанным инвалидами, разрабатываются в 100% случаев.

Выдано программ реабилитации всего 17630 (2013г.-20605), или 99,99% (2013г.-99,9%) от общего числа разработанных.

Мероприятия по медицинской реабилитации рекомендованы в 100% случаев в ИПР и в 93,3% ПРП, санаторно-курортное лечение соответственно – в 37,1% и в 84,5%.

Меры профессиональной ориентации рекомендованы в 26,5% ИПР, в 4,4% ПРП, трудоустройство в 65,5% ИПР и в 95,4% ПРП.

Технические средства реабилитации (ТСР) рекомендованы 7283 (2013г.-9338) инвалидам в ИПР или 55,0% (2013г.-60,0%) от числа лиц, признанных инвалидами. В ПРП рекомендации в ТСР получили 655 (2013г.-722) человек.

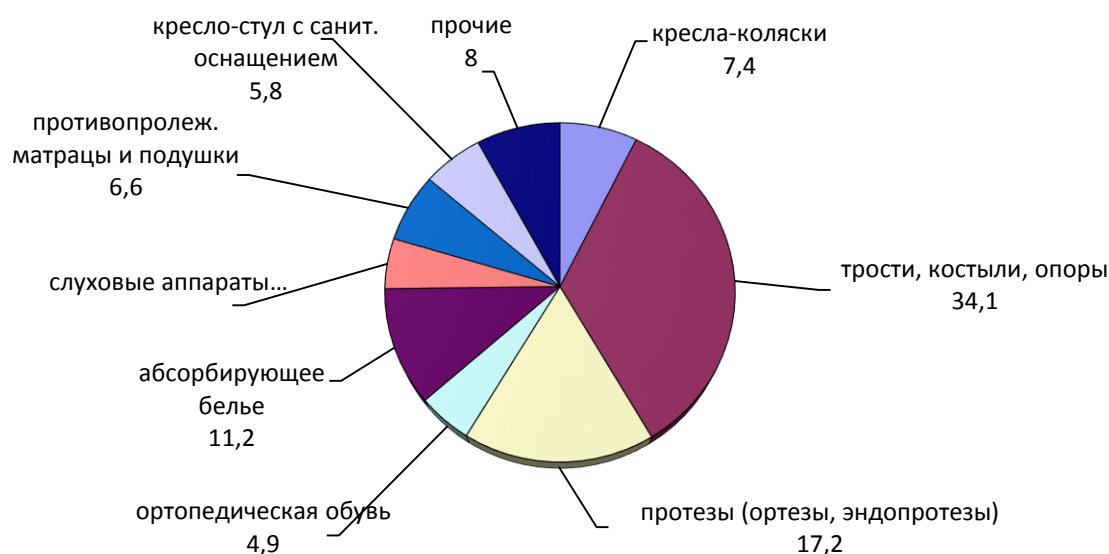


Рис.2.52 Распределение ТСР в ИПР за 2014г. (% от общего числа ТСР)
(раздел III, ф. 7-собес)

Результаты реабилитационной работы по выданным заключениям о выполнении ИПР. Выдано заключений о выполнении индивидуальных программ реабилитации инвалида при переосвидетельствовании 9226 (2012г. – 10668, 2013г.-11520), из них с положительными результатами реабилитации – 5424 или 58,8% (2012г. – 62,6%, 2012г.-50,4%).

В том числе:

- достигнута полная компенсация утраченных функций – 202 (3,7%), в 2013г. – 3,1%;
- достигнута частичная компенсация утраченных функций – 3106 (57,3%), в 2013г. – 57,7%;
- восстановлены нарушенные функции полностью – 152 (2,8%), в 2013г. – 4,1%;
- восстановлены нарушенные функции частично – 612 (11,3%), в 2013г. – 34,9%;
- получена новая профессия – 69 (1,3%), в 2013г. – 1,1%;
- повышена квалификация – 21 (0,4%), в 2013г. – 0,5%;
- повышен уровень общего (профессионального) образования – 103 (1,9%), в 2013г. – 1,5%;
- подобрано подходящее рабочее место – 434 (8,0%), в 2013г. – 12,2%;

- подобрано специальное рабочее место – 52 (1,0%), в 2013г. – 1,8%;
- обеспечена занятость – 299 (5,5%), в 2013г. – 14,8%;
- достигнута полная способность к самообслуживанию – 700 (12,9%), в 2013г. – 9,3%;
- достигнута частичная способность к самообслуживанию – 3484 (64,2%), в 2013г. – 63,9%;
- достигнута возможность самостоятельного проживания – 3133 (57,8%), в 2013г. – 47,4%;
- обеспечена интеграция в семью и общество – 2727 (50,3%), в 2013г. – 35,9%.

Результаты реабилитационной работы по выданным заключениям о выполнении ПРП. Выдано заключений о выполнении программ реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания при переосвидетельствовании 1913 (2013г. – 2048), из них с положительными результатами реабилитации – 1001, или 52,3% (2013г. – 1312, или 64,0%).

В том числе:

- достигнута полная компенсация утраченных функций – 467 (46,6%), в 2013г. – 22,3%;
- достигнута частичная компенсация утраченных функций – 381 (38,0%), в 2013г. – 46,0%;
- восстановлены нарушенные функции полностью – 9 (0,9%), в 2013г. – 9,1%;
- восстановлены нарушенные функции частично – 78 (7,8%), в 2013г. – 4,7%;
- повышена квалификация – 1 (0,1%), в 2013г. – 0,7%;
- повышен уровень профессионального образования – нет, в 2013г. – 0,7%;
- подобрано подходящее рабочее место – 166 (16,6%), в 2013г. – 22,5%;
- подобрано специальное рабочее место – 3 (0,3%), в 2013г. – нет;
- обеспечена занятость – 159 (15,9%), в 2013г. – 25,0%;
- достигнута полная способность к самообслуживанию – 516 (51,5%), в 2013г. – 47,1%;
- достигнута частичная способность к самообслуживанию – 243 (24,3%), в 2013г. – 28,8%;
- достигнута возможность самостоятельного проживания – 812 (81,1%), в 2013г. – 72,3%;
- обеспечена интеграция в семью и общество – 341 (34,1%), в 2013г. – 51,7%.

Результаты освидетельствования и переосвидетельствования для определения степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ). Освидетельствовано первично – 416 человек (2010г.-325, 2011г.-377, 2012г.-342, 2013г.-469), из них установлен процент утраты профессиональной трудоспособности – 362, или 87,0% (2011г.- 96,8%, 2012г.-90,1%, 2013г.-92,8%) от числа обратившихся граждан.

Переосвидетельствовано всего 2264 человека (2010г.-2365, 2011г.-2255, 2012г.-2253, 2013г.-2257), из них для установления процента утраты профессиональной трудоспособности – 959, или 42,4% (2011г.-59%, 2012г.-49,0%, 2013г.-42,2%). Процент УПТ установлен в 99,7% случаев (2011г.-99,8%, 2012г.-98,8%, 2013г.-99,7%).

С целью переосвидетельствования для определения нуждаемости в мерах реабилитации (для разработки ПРП) обратилось 1305 человек, или 57,6% от числа повторно освидетельствованных (2012г.-1150 человек, или 51%, 2013г.-1304, или 57,8%). Нуждаемость в мерах реабилитации определена в 99,5% случаев (2012г.-98,0%, 2013г.-99,9%).

Бессрочно установлена степень УПТ 332 гражданам (2011г.-401, 2012г.-384, 2013г.-482), что составило 25,2% от числа лиц, которым определена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (в 2011г.-23,7%, 2012г.-27,5%, 2013г.-34,8%).

Анализ показателей инвалидности детского населения. По данным Федеральной службы государственной статистики на 01.01.2014 года численность

детского населения РК в возрасте до 18 лет вновь возросла и составила 183497 человек (2006г.– 209256, 2007г.- 200873, 2008г.- 195299, 2009г.-191324, 2010г. – 188945, 2011г. – 179791, 2012г. – 180431, 2013г.-181554). Доля лиц мужского пола в общей численности детского населения осталась на прежнем уровне и составила 51,1%, женского пола – 48,9%.

Таблица 2.58

Возрастные категории детского населения в 2010 – 2014г.г. (%)

возраст	годы				
	2010	2011	2012	2013	2014
«0-3 года»	24,0	24,9	25,1	25,5	25,7
«4-7 лет»	22,9	22,8	22,9	23,0	23,4
«8-14 лет»	35,5	36,1	36,2	36,5	36,2
«старше 15 лет»	17,6	16,2	15,8	14,9	14,7

Как следует из таблицы, продолжает увеличиваться количество детского населения с 0 до 8 лет. Это связано с увеличением рождаемости в РК. Так с 1996г. по 2001г. показатель рождаемости по республике колебался от 8,5 до 9,3, начиная с 2002 г. наметился его рост, в 2010г. он составил 12,9, в 2011г. – 13,1, в 2012г. – 13,9, 2013г. – 14,2, 2014г. – 14,1 на 1000 среднегодового населения республики. Среди детей старшего возраста пока продолжилось снижение их доли в общем количестве детского населения.

По данным Отделения Пенсионного фонда Российской Федерации по РК на 01.01.2015г. в республике насчитывается 3065 детей с категорией «ребенок-инвалид» в возрасте 0 - 17 лет (2010г.-3125, 2011-3150, 2012г.-3146, 2013г.-3157).

Показатель распространённости детской инвалидности в целом по РК составил 167,0 (2013г.-173,9) на 10 тысяч детского населения. Если рассмотреть данный показатель в динамике, то с 2006г. по 2010г. значительных колебаний его не наблюдалось, он, то незначительно снижался, то возрастал. В 2011г. – 2012г. данный показатель резко возрос, что связано с уменьшением общего количества детского населения в республике (снижение населения с 0 до 18 лет в 2012г. по сравнению с 2010г. составило 8500 человек), тогда как абсолютные цифры количества детей-инвалидов практически не изменились (2010г. – 3125, 2012г. – 3146). В 2012 году по сравнению с 2006 годом рост показателя распространённости детской инвалидности составил 7,5%, в 2013 году данный показатель несколько снизился в связи с увеличением количества детского населения, в 2014г. – снижение показателя продолжилось.

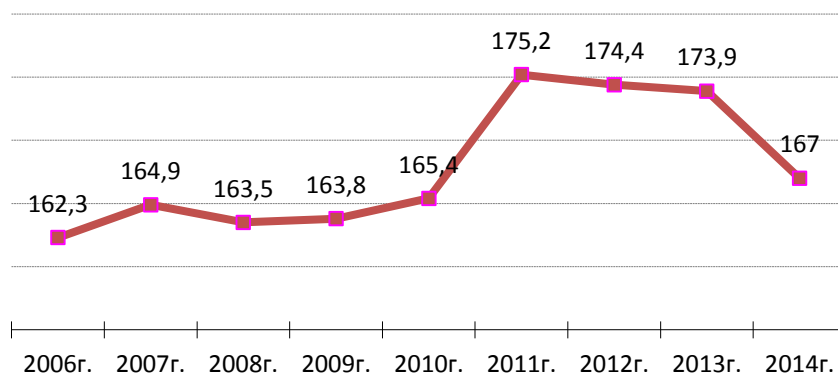


Рис.2.53 Показатель распространённости детской инвалидности в целом по РК

Первичная инвалидность детского населения. За 2014г. первично с целью определения категории «ребёнок-инвалид» в бюро медико-социальной экспертизы было направлено 522 человека (2010г.-498, 2011г.-489, 2012г.-481, 2013г.-489). Первичная обращаемость детей из городов занимает 78,2% (2011г.-78,5%, 2012г.-81,9%, 2013г.79,8%) от общего числа обратившихся в учреждения медико-социальной экспертизы.

Впервые признано инвалидами 392 человека (2010г.-397, 2011г.-389, 2012г.-380, 2013г.-366). Удельный вес детей, впервые признанных инвалидами, составил 75,1% (2013г.-74,8%) от общего числа направленных на МСЭ.

По РФ в 2013 году впервые направлено лиц в возрасте до 18 лет для определения инвалидности 82715 человек, признано инвалидами – 70734, не признано – 11981 (14,5%).

В 2014г. доля детей, необоснованно направленных на медико-социальную экспертизу, по РК по сравнению с 2013годом несколько снизилась и составила 24,9% (2010 – 2012г.г.- 20,9%, 2013г.-25,2%). По отношению к среднероссийскому показателю (14,5% - 2011г., 13,9% - 2012г., 14,5% - 2013г.) показатель по РК остается высоким.

Показатель первичной инвалидности с 2006г. по 2012г. был относительно стабилен, а в 2013 году произошло его снижение до 20,2 человек, в 2014г. вновь произошло его увеличение до 21,4 впервые признанных инвалидами по категории «ребенок-инвалид» на 10 тысяч детского населения (см. диаграмму № 12).

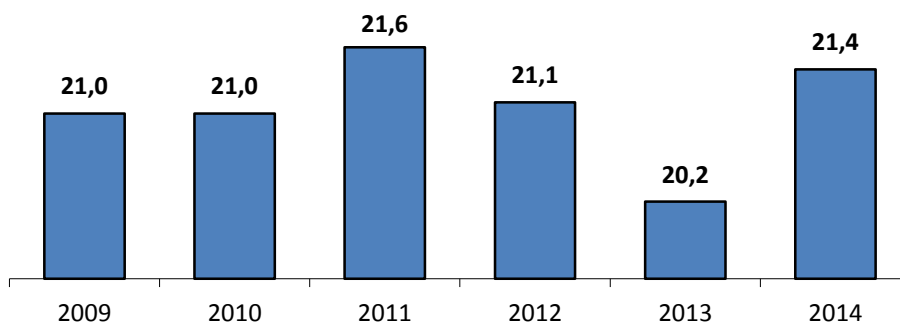


Рис.2.54 Состояние первичной инвалидности детского населения в РК за 2009 – 2014г.г. (на 10 тысяч детского населения)

Данный показатель среди городских детей составляет 21,1 (2011г.-21,9, 2012г.-22,0, 2013г.-20,2), среди детей сельских поселений – 22,3 (2011г.-20,7, 2012г.-18,1, 2013г.-19,9) (см. приложение № 5).

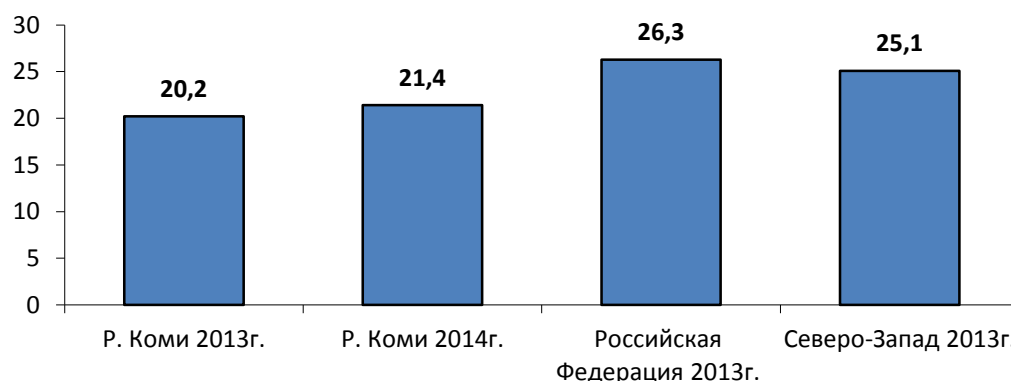


Рис. 2.55 Показатели первичной инвалидности по РК, РФ и СЗФО (на 10 тысяч детского населения)

Показатель первичной инвалидности детского населения в республике остается ниже, чем в целом по Российской Федерации (в 2013г.- на 23%) и Северо-Западному Федеральному округу (2013г.- на 20%).

Таблица 2.58

Уровень первичной инвалидности у детей с учетом пола и возраста на 10 тысяч соответствующего населения в 2014 году

пол	0 – 3 года		4 – 7 лет		8 - 14		15 лет и старше		всего	
	абс. число	уровень	абс. число	уровень	абс. число	уровень	абс. число	уровень	абс. число	уровень
муж.	105	43,4	55	25,1	57	16,8	14	10,2	231	24,6
жен.	76	33,2	39	18,5	34	10,4	12	9,1	161	17,9
оба пола	181	38,4	94	21,9	91	13,7	26	9,7	392	21,4

Как видно из представленной таблицы в общем числе детей, впервые признанных инвалидами, по половому признаку, как и в предыдущих годах, доминируют мальчики. Показатель первичной инвалидности во всех возрастных категориях выше среди детей мужского пола, самые высокие показатели ПИ в возрасте 0-3 года.

Доля лиц мужского пола в общем числе ВПИ составила 58,9% (в 2013г.-61,5%). При анализе отчётной формы «7-д собес» выявлено, что это преобладание наблюдается по всем возрастным категориям:

- в возрасте «0-3 года» – 58,0%;
- в возрасте «4-7 лет» - 58,5%;
- в возрасте «8-14 лет» - 62,6%;
- в возрасте 15 лет и старше – 53,8%.

Мальчиков больше зарегистрировано вновь практически по всем нозологическим формам: психические расстройства и расстройства поведения – 60 из 83, болезни нервной системы – 42 из 77, болезни глаза и его придаточного аппарата – 8 из 9, болезни уха и сосцевидного отростка – 7 из 12, болезни системы кровообращения – 3 из 4, болезни органов пищеварения – 4 из 6, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – 50 из 88, травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин – 8 из 9, прочие – 8 случаев из 13.

В структуре первичной инвалидности детского населения по возрастным категориям преобладание возраста от 0 до 4 лет сохраняется и составляет 46,2% (2013г.-42,9%), 4-7 лет – 24,0% (2013г.-21,9%), 8-14 лет – 23,2% (2013г.-26,2%), старше 15 лет – 6,6% (2013г.-9,0%).

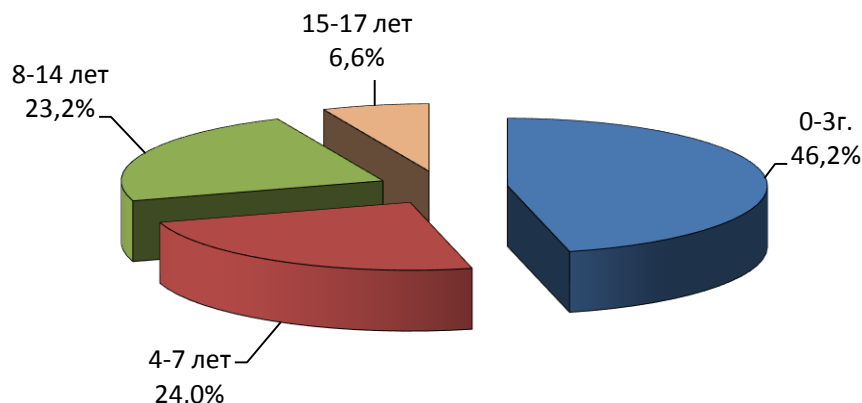


Рис. 2.56 Структура первичной инвалидности детского населения по возрастным группам за 2014 год (%)

В первой возрастной группе (0-3г.) преобладает первичная инвалидность по причине врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений – 38,1%, (2012г.-33,9%, 2013г.-36,3%). Из них аномалии системы кровообращения составили 39,1% (2013г.-35,1%). На втором месте – болезни нервной системы – 34,8% (2012г.-26,5%, 2013г.-28,7%), на третье место вышли психические расстройства и расстройства поведения – 5,5% (2013г.- болезни глаза и уха – по 7,6%).

В возрастной категории 4-7 лет самыми распространенными причинами первичной инвалидности являются психические расстройства и расстройства поведения – 35,1% (2012г.-23,3%, 2013г.-25,0%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 14,9% (2013г.-13,8%), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения и болезни нервной системы – по 10,6% (2013г.-13,8% и 6,2% соответственно).

В возрасте 8-14 лет на первом месте – психические расстройства и расстройства поведения – 34 случая из 91, или 37,4% (2012г.-18,8% и второе место, 2013г.-32,3%), на втором месте - болезни эндокринной системы и расстройства питания 14 случаев из 91 (2012г.-первое место и 22,5%, 2013г.-14 из 96), а также врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – 8 случаев из 91.

У детей старше 15 лет преобладают психические расстройства и расстройства поведения и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - по 6 случаев из 26.

Структура первичной инвалидности по нозологическим формам.

На I ранговом месте в течение нескольких лет - патология по причине врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений, удельный вес которой составил 22,4% (2010г.-21,4%, 2011г.-25,0%, 2012г.-23,2%, 2013г.-20,8%).

По РФ данный показатель в структуре первичной инвалидности составил в 2013 году 21,1% и находился также на первом ранговом месте.

Интенсивный показатель первичной инвалидности по причине врождённых аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений по республике в 2014 году составил 4,8 на 10 тысяч детского населения (2012г.-4,9, 2013г.-4,2).

По причине первичной инвалидности с данной нозологией по-прежнему преобладает возрастная группа «0-3 лет», ее доля составила 78,4%.

В структуре врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений процент аномалий системы кровообращения составил 35,2% (2013г.-31,6%). На аномалии центральной нервной системы и органов чувств приходится 12,5% (2013г.-15,8%), на хромосомные аномалии – 9,1% (2013г.-13,2%).

На II место второй год подряд с удельным весом 21,2% выходят психические расстройства и расстройства поведения (в 2011г. – второе место с 20,6%, 2012г. – третье место с 12,6%, 2013г.-17,8%)

По РФ в 2013 году удельный вес данной патологии составлял 21,0%, и эта нозология занимала также второе ранговое место.

Уровень первичной инвалидности в республике составил 4,5 (2010г.-3,3, 2011г.-4,2, 2012г.-2,7, 2013г.- 3,6) на 10 тысяч детского населения.

Из общего числа впервые признанных инвалидами по причине психических расстройств и расстройств поведения 67,5% занимает умственная отсталость (2011г.-57,5%, 2012г.-52,1%, 2013г.- 60,0%).

По данной нозологической форме основную долю занимают возраста «8 – 14 лет» и 4 – 7 лет» - 41% и 39,8% соответственно.

На III месте вновь с 19,6% - болезни нервной системы (в 2008г. они находились на первом, в 2009 – 2013г.г. – то на втором, то на третьем). Удельный вес их в структуре первичной инвалидности возрос по сравнению с предыдущими годами (2011г.-15,7%, 2012г. -18,7%, 2013г.-16,7% от общего числа ВПИ).

По РФ данная патология в 2013 году в структуре ПИ по нозологиям также несколько возросла и составила 19,8% (2013г.-19,5%) и стоит на третьем ранговом месте.

В этой нозологической группе 63 случая из 77 приходится на возраст «0-3 года». В возрасте «4-7 лет» - 10 случаев, в возрасте «8 – 14 лет» -4 случая и в возрасте «старше 15 лет» - нет.

Показатель первичной инвалидности в данной нозологической группе составил 4,2 (2010г.-4,2, 2011г.-3,2, 2012г.-3,9, 2013г.- 3,4) на 10 тысяч детского населения.

IV место - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 9,4% (2012г.-10,8, 2013г.-9,3%)

Наибольшая доля приходится на возрастные группы «8-14 лет» и «4-7 лет» – по 14 случаев из 37.

Показатель первичной инвалидности - 2,0 на 10 тысяч детского населения.

На V место, как и в 2013 году, вышла первичная инвалидность по причине новообразований с 5,9% (в 2011г.-6,7%, 2012г.-7,6%, 2013г.-7,1%). Основная доля в данной нозологии пришлась на возраст «0-3 года» и «4-7 лет» - по 7 случаев и «8-14 лет» - 6 случаев, старше 15 лет – 3 случая из 23.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2013 году стояли на четвертом месте с 9,3%, в 2014 году сместились на шестое место – 5,6%.

Далее ранговые места располагаются следующим образом:

- прочие болезни – 3,3%;
- болезни уха и сосцевидного отростка – 3,1%;
- травмы, отравления и другие воздействия внешних причин и болезни глаз – 2,3%;
- болезни глаза и его придаточного аппарата – 2,3%;
- болезни органов пищеварения – 1,5%.

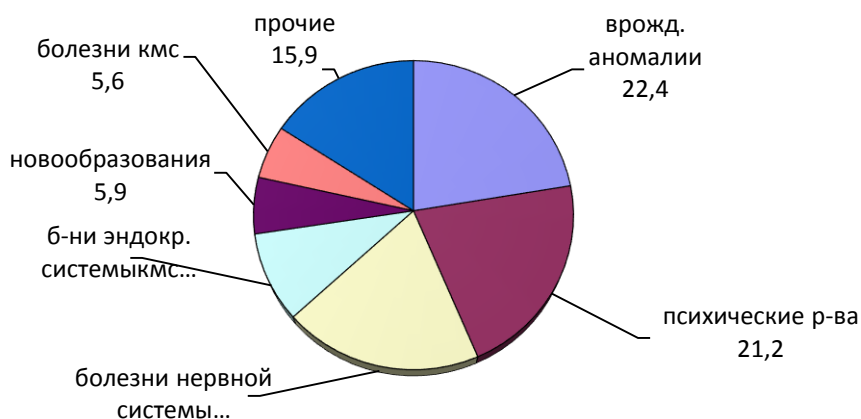


Рис.2.57 Структура первичной инвалидности детского населения по нозологическим формам в 2014г. (в %)

Результаты переосвидетельствований детского населения. За отчетный период всего переосвидетельствовано с целью определения инвалидности **1454** (2010г.-1902, 2011г.-1823, 2012г.-1713, 2013г.-1656) человека.

Повторно признано инвалидами 1357 или 93,3% (2011г.-95,0%, 2012г.-95,8%, 2013г.-94,1%), в том числе городских жителей – 1024 или 92,3% (2013г.-1206, или 95,1%), сельских – 333, или 96,5% (2013г.-353, или 91,0%) от числа обратившихся.

Показатели повторной инвалидности на 10 тысяч детского населения:

- 2012г.- 90,9;
- 2013г.- 85,9;
- 2014г.- 74,0.

Показатели повторной инвалидности снижаются за счет большего количества детей, признанных инвалидами «бессрочно».

За 2014 год «бессрочно» признано инвалидами по категории «ребенок-инвалид» - 322 человек, или 18,4% от общего числа признанных инвалидами, в 2013г. – 431, или 22,4%, в 2012г. – 286, или 14,2%. Для справки: в 2005г. – 11,3%.

Таблица 2.59

Показатели повторной инвалидности детского населения в разрезе возрастных категорий за 2012-2014 г.г.

год	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

Не признано инвалидами 97 человек (2010г.-77, 2011г.-92, 2012г.-72, 2013г.-97). **Показатель полной реабилитации составил 6,7%** (2010г.-4,0%, 2011г.-5,0%, 2012г.-4,2%, 2013г.-5,9%). Самый высокий показатель реабилитации в Бюро №№ 9 и 24, равен нулю в Бюро №№ 8, 11, 19, 20.

Распределение детей, повторно признанных инвалидами, по нозологическим формам:

1 место – врожденные аномалии (пороки развития) –22,8% (2013г. – второе место и 21,2%);

2 место – психические расстройства и расстройства поведения – 21,9% (2013г. - третье место и 20,0%);

3 место – болезни нервной системы – 18,8% (2013г. - первое место и 23,1%);

4 место – болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ (как и в 2013 году) – 11,0% (2013г.-8,5%);

5 место – болезни уха – 5,7% (2013г.- шестое место и 5,3%).

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани спустились с пятого на шестое место с 5,6% (2013г.-5,5%).

Новообразования – седьмое место – 2,9% (2013г. – восьмое место и 3,6%);

Болезни глаза – восьмое место и 2,7% (2013г.- седьмое место и 3,8%);

9 место – прочие болезни – 2,2%;

10 место – болезни мочеполовой системы и травмы и отравления – по 1,5%.

Результаты деятельности учреждений МСЭ по разработке ИПР детям-инвалидам. В целом по республике за 2014 год было разработано 1916 индивидуальных программ реабилитации инвалида (2010г.-2403, 2011г.-2343, 2012г.-2216, 2013г.-2080). Выдано детям-инвалидам 100% ИПР (2013г.-2077, или 99,9%). Из числа детей, впервые признанных инвалидами, ИПР разработано и выдано в 100% случаев.

Меры медицинской реабилитации были рекомендованы **в 100,0%** случаев. **Санаторно-курортное лечение – в 54,3%** (2013г.-50,6%) случаев.

В необходимости получения **дошкольного воспитания** нуждалось 588 детей-инвалидов, или **30,7%** (2013г.-21,8%).

В получении **общего образования** нуждалось **50,8%** (2013г.-50,9%) инвалидов, из них на дому – 5,0% (2013г.-11,5%).

Обеспечение профессиональной ориентации рекомендовалось в 5,5% (2013г.-8,1%) случаев, из них в высших учебных заведениях – 4,7%, в техникумах – 24,5%, в ПТУ – 7,5%. Трудоустройство – 8 человекам из 1916 (2013г. - 25 из 2077). То есть, профессиональная ориентация и трудоустройство рекомендовано в 5,9% (2011г.-8,5%, 2012г.-8,9%, 2013г.-9,3%) индивидуальных программ реабилитации.

При более детальном рассмотрении вопроса профориентации и трудоустройства подростков по форме 7-Д (собес) следует, что при заполнении индивидуальных программ реабилитации внимание профессиональной реабилитации детей-инвалидов уделяется: так в 2014 году профессиональная ориентация и трудоустройство рекомендованы в 80,2% (2012г.-74,7%, 2013г.-83,6%) случаев от числа подростков, признанных инвалидами, причем:

- из числа ВПИ - в 76%;

- из числа ППИ – в 81,9% случаев (см. диаграмму № 15).

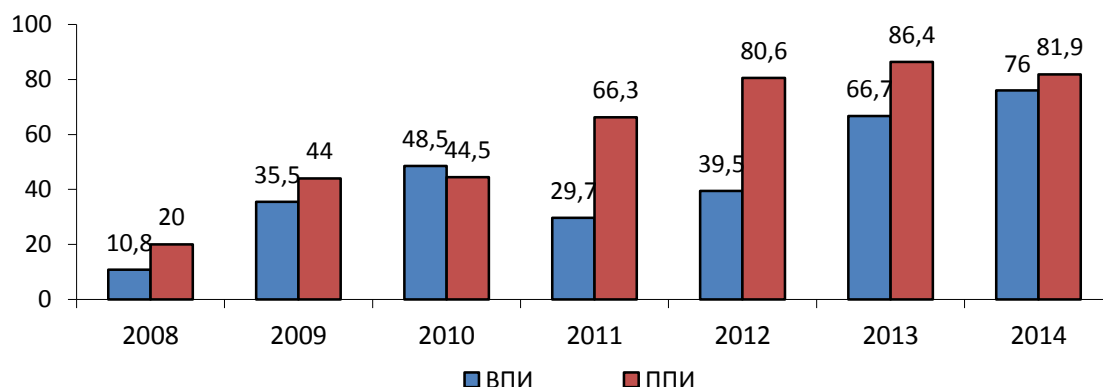


Рис.2.58 Процент рекомендованной профессиональной реабилитации в ИПР,

от числа детей старше 15 лет за 2008 – 2014г.г.

Технические средства реабилитации были рекомендованы в **43,2%** случаев из числа выданных ИПР (2010г.-44,3%, 2011г.-39,0%, 2012г.-39,0%, 2013г.-42,4%).

Кресла-коляски рекомендованы в 10,1% (2013г.-7,2%), протезы (в том числе эндопротезы и ортезы) – в 21,2% (2013г.-20,3%), трости, костыли, опоры – в 8,5% (2013г.-5,8%), ортопедическая обувь – в 30,9% (2013г.-27,0%), абсорбирующее белье и памперсы – в 16,1% (2013г.-13,1%), слуховые аппараты – в 5,4% (2013г.-5,1%) от общего числа рекомендованных ТСР.

Результаты реабилитационной работы по возвращенным ИПР при переосвидетельствовании детей-инвалидов. Выдано заключений о выполнении индивидуальных программ реабилитации инвалида при переосвидетельствовании 1258 (2010г.-1700, 2011г.-1483, 2012г.-1748, 2013г.-1326), из них с положительными результатами реабилитации – 935, или 74,3% (2010г.-76,3%, 2011г.-66,7%, 2012г.-838, 2013г.-48,8%).

В том числе:

- достигнута полная компенсация утраченных функций – 63, или 6,7% (2013г.-10,7%);
- достигнута частичная компенсация утраченных функций – 584, или 62,5% (2013г.-49,6%);
- восстановлены нарушенные функции полностью – 42, или 4,5% (2013г.-4,8%);
- восстановлены нарушенные функции частично – 126, или 13,5% (2013г.-29,1%);
- достигнута полная способность к самообслуживанию – 245, или 26,2% (2013г.-19,8%);
- достигнута частичная способность к самообслуживанию – 576, или 61,6% (2013г.-64,8%);
- достигнута возможность самостоятельного проживания – 647, или 69,2% (2013г.-11,0%);
- обеспечена интеграция в семью и общество – 675, или 72,2% (2013г.-34,2%);
- восстановлена (компенсирована) мотивация к обучению – 469, или 50,2% (2013г.-47,6%);
- восстановлена (компенсирована) мотивация к трудовой деятельности – 20, или 2,1% (2013г.-5,6%);
- реализована возможность получения общего образования – 213, или 22,8% (2013г.-36,5%);
- реализована возможность получения профессионального образования – 7, или 0,7% (2013г.-4,2%).

Выводы.

1. В целом по республике, начиная с 2010 года, наблюдается снижение показателя первичной инвалидности среди лиц старше 18 лет, причем это снижение происходит среди населения как трудоспособного, так и пенсионного возраста.

2. Структура первичной инвалидности по нозологическим формам среди взрослого населения в течение ряда лет меняется незначительно. Первые три ранговых места, как и в целом по Российской Федерации, стабильно распределяются между болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями и болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани.

3. Доля первичной инвалидности по причине болезней системы кровообращения среди лиц старше 18 лет продолжает снижаться: с 51% в 2006 году до 33,1% в 2014 году.

Наблюдается постоянный рост доли злокачественных новообразований: с 10,2% в 2006г. до 21,7% в 2014г.

4. В 2014 году произошло незначительное повышение показателя первичной инвалидности среди детей (0-17 лет) по сравнению с 2013 годом, но данный показатель остался на уровне 2009 – 2012г.г.

5. В структуре первичной инвалидности детского населения по нозологиям, как и в предыдущие годы, на первое ранговое место вышли врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, их доля несколько возросла. Психические расстройства и расстройства поведения и болезни нервной системы заняли, как и в 2013 году, второе и третье место соответственно.

6. Наблюдается превышение показателя необоснованного направления на медико-социальную экспертизу по сравнению со среднероссийским, как среди взрослого, так и среди детского населения.

7. Число лиц мужского пола, впервые признанных инвалидами, значительно превышает число лиц женского пола, как среди детского, так и среди взрослого населения.

8. Самое большее число впервые признанных инвалидами среди детского населения в возрастной категории «0-3 года», его доля составляет 46,2% от общего числа впервые признанных инвалидами детей.

ГЛАВА 3. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Сеть учреждений здравоохранения, структурные преобразования. В отчетном 2014 г. функционировало 98 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения РК, имеющих статус юридического лица. В динамике сеть учреждений здравоохранения претерпела существенные изменения. В целях наиболее эффективного использования ресурсов здравоохранения и оптимизации медицинского обслуживания населения уменьшилось количество диспансеров, фельдшерско-акушерских пунктов и здравпунктов.

Таблица 3.1

**Сеть государственных и муниципальных учреждений здравоохранения
РК в 2010-2014 гг.**

Наименование учреждений /Год	2010	2011	2012	2013	2014
I. Больничные учреждения:	44	44	44	42	42
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
Больницы сельских районов (самостоятельные и входящие), из них:	42	41	41	39	39
Самостоятельные, в т.ч.	22	22	22	20	20
Центральные районные больницы	16	16	16	16	16
Районные больницы	5	5	5	3	3
Участковые больницы	1	1	1	1	1
Участковые больницы, входящие в состав ЦРБ	20	19	16	16	16
Специализированные больницы:	3	3	3	3	3
Инфекционные больницы для взрослых	2	2	2	2	2
Инфекционные больницы для детей	-	-	-	-	-
Офтальмологические больницы	1	1	1	2	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	10	10	9	9	9
Диспансеры, имеющие стационар круглосуточного пребывания:	9	9	8	8	8
Противотуберкулезные	3	3	3	3	3
Онкологические	2	2	1	1	1
Кожно-венерологические	1	1	1	1	1
Психоневрологические	1	1	1	1	1
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	326	324	314	311	305
IV. Амбулаторно-поликлинические учреждения самостоятельные:	17	17	17	17	17
поликлиники	9	9	9	9	9
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 (физиополителника, центр	2	2	2	2	2

профессиональной патологии)					
V. Здравпункты (врачебные и фельдшерские)	24	17	16	13	13
врачебные	3	3	3	3	3
фельдшерские	21	14	13	10	10
VI. Стоматологические поликлиники самостоятельные	6	6	6	6	6
ЛПУ, имеющие стоматологические отделения, кабинеты	37	35	35	33	33
VII. Станции скорой медицинской помощи:					
самостоятельные	2	2	2	2	2
входящие в состав других учреждений	32	32	32	31	31
VIII. Санаторно-курортные учреждения	6	6	6	6	6
IX. Дома ребенка	3	3	3	3	3
X. Прочие медицинские учреждения:	16	16	12	12	12
Центры медицинской профилактики	1	1	1	1	1
Бюро судебно-медицинской экспертизы	1	1	1	1	1
Патолого-анатомическое бюро	1	1	1	1	1
Станции переливания крови	1	1	1	1	1
МИАЦ	1	1	1	1	1
Бюро медицинской статистики	1	1	-	-	-
Медколледжи (училища)	3	3	-	-	-
ГУЗ РК "Резерв"	1	1	1	1	
"Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств"	1	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
МУЗ "Медтехника"	2	2	2	2	2
ГБУ РК "Территориальный центр медицины катастроф РК"	-	-	-	-	1
МУ "Медавтотранспорт"	1	1	1	1	1
Всего число медицинских организаций (юридических лиц)	104	104	99	97	98

В результате реструктуризации сети за последние 5 лет число диспансеров сократилось на 1 единицу. В результате оптимизации сети произошло уменьшение количества самостоятельных сельских больниц за счет реорганизации в форме присоединения Летской больницы к Прилузской ЦРБ, а Сторожевской к Корткеросской ЦРБ.

Число фельдшерско-акушерских пунктов по сравнению с 2013 г. уменьшилось на 6 (1 в Сыктывдинском, 1 в Троицко-Печорском, 1 в Усть-Куломском и 3 в Усинском районе). Во всех городах и районах РК функционируют больничные учреждения. 9 из 42 стационарных учреждений располагаются в столице РК. Кроме того, в отдаленных сельских населенных пунктах функционируют 16 участковых больниц, входящих в состав центральных районных больниц: шесть - в Усть-Куломском; три – в Усинском; по две – в Ижемском и Удорском; по одной – в Усть-Цилемском, Печорском и Княжпогостском районах.

Таблица 3.2

**Число больничных учреждений здравоохранения (юридические лица)
по типу и месту расположения в 2014 г.**

Города и районы	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 восстановитель- ного 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	1						
Усть-Куломский							1		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	3	1	2	1	3	1	1

В РК функционируют семь типов диспансеров, которые расположены в четырёх городских округах. В сельских территориях специализированных диспансерных служб нет. Медицинская помощь лицам, страдающим туберкулезом, кожными и венерическими заболеваниями, наркологическими расстройствами, злокачественными заболеваниями, организована на уровне специализированных приемов в амбулаторно-поликлинических учреждениях центральных районных больниц. Для обеспечения высококвалифицированной специализированной диагностической и лечебной помощи на базе стационара пациенты направляются из территорий в республиканские диспансеры.

Таблица 3.3

**Число диспансеров (юридические лица)
по типу и месту расположения в 2014 г.**

Города и районы	Кардиологические	Психо- неврологические	Наркологические	Онкологические	Кожно- венерологические	Противотуберкулёзные	Врачебно- физкультурные
Печорский		1				1	
Воркута						1	
Ухта							
Сыктывкар	1		1	1	1	1	1

РК	1	1	1	1	1	3	1
----	---	---	---	---	---	---	---

Мощность стационарных учреждений в 2014 г. составила 8547 коек круглосуточного и дневного пребывания. В динамике отмечается четкая тенденция снижения количества коек, что связано со снижением численности населения РК и приведением в соответствии с нормативами программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.

Таблица 3.4

**Мощность стационарных учреждений (включая диспансеры)
по городам и районам РК в 2010-2014 гг.**

Города и районы / Год	Количество коек (круглосуточного и дневного пребывания)					Отклонение от 2010
	2010	2011	2012	2013	2014	
Вуктыльский	113	112	110	108	114	+1,0
Ижемский	104	104	104	103	102	-2,0
Княжпогостский	181	166	159	139	139	-42,0
Койгородский	72	74	72	72	72	0
Корткеросский	101	101	94	89	80	-21,0
Печорский	615	606	563	562	572	-43,0
Прилузский	120	120	115	115	109	-11,0
Сосногорский	204	204	201	200	192	-12,0
Сыктывдинский	45	45	45	28	28	-17,0
Сысольский	90	90	90	83	83	-7,0
Троицко-Печорский	113	113	113	108	100	-13,0
Удорский	111	111	111	111	111	0,0
Усинский	327	330	317	294	303	-24,0
Усть-Вымский	128	128	128	126	109	-19,0
Усть-Куломский	172	174	167	147	125	-47,0
Усть-Цилемский	91	91	90	85	87	-4,0
Воркута	1217	1215	1142	1115	1114	-103,0
Инта	267	264	260	245	251	-16,0
Ухта	1001	987	957	907	916	-85,0
Сыктывкар	3800	3969	3970	3943	3940	+140,0
РК	9073	9004	8808	8580	8547	-526,0

Амбулаторно-поликлиническая сеть. Основное направление в стратегии организации медицинской помощи населению государство определяет в переносе акцента тяжести на амбулаторно-поликлиническую сеть. 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 2014 г. в городских округах региона продолжили осуществлять деятельность 17 амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих статус самостоятельного юридического лица. На селе работают только подразделения ЦРБ, оказывающие населению амбулаторно-поликлиническую помощь.

Таблица 3.5

**Число амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения
(юридические лица) по типу и месту расположения в 2014 г.**

Города и районы	Поликлиники	Детские поликлиники	Медицинские диагностические центры	Центры по профилактике и борьбе со СПИДом	Физиополитлиники	Центр профессиональной патологии
Воркута	1					1
Ухта	3				1	
Сыктывкар	5	4	1	1		
РК	9	4	1	1	1	1

Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений в целом по республике снизилась по сравнению с 2010 г. с 29488 посещений в смену до 29116,3 (-371,7) в 2014 г.

В связи с удалённостью населённых пунктов в РК в 2014 г. продолжили работу 61 (2012г.-76) домовое хозяйство, на которые возложены функции по оказанию первой помощи (ДХПП).

Фельдшерско-акушерские пункты. По сравнению с 2010 годом, с учетом упраздненных и вновь введенных в эксплуатацию, количество ФАП в РК сократилось на 21 единицу.

Таблица 3.6

**Количество фельдшерско-акушерских пунктов в городах и районах
РК в 2010-2014 гг.**

Города и районы / Год	2010	2011	2012	2013	2014	Отклонение от 2010
Вуктыльский	6	5	5	5	5	-1
Ижемский	20	20	20	20	20	
Княжпогостский	18	18	18	18	18	
Койгородский	12	12	12	12	12	
Корткеросский	25	25	25	24	24	-1
Печорский	24	24	24	24	24	
Прилузский	33	33	33	33	33	
Сосногорский	13	13	11	11	11	-2
Сыктывдинский	14	13	13	13	12	-2
Сысольский	15	15	15	15	15	
Троицко-Печорский	19	19	19	17	16	-3
Удорский	25	25	18	18	18	-7
Усинский	11	11	11	11	8	-3
Усть-Вымский	13	13	12	12	12	-1
Усть-Куломский	33	33	33	33	32	-1
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	3	
РК	326	324	314	311	305	-21

В РК произошло последовательное объединение в течение пяти лет 5-ти в одно республиканское медицинское учреждение с пятью филиалами станций переливания крови. Почти в два раза уменьшилось количество здравпунктов (врачебных и фельдшерских) с 24 до 9 (-62,5%).

В РК в 2014 г. продолжили работу 6 санаторно-курортных учреждений, из них четыре для лечения детей.

3.2. Состояние основных фондов, проблемы технического оснащения медицинских организаций. Одной из главных проблем отрасли здравоохранения РК остается моральное и физическое устаревание основных фондов учреждений здравоохранения вследствие их износа, изменения санитарно-гигиенических и строительных норм, требований к проектированию, связанных с внедрением новых методов диагностики и лечения пациентов и нацеленных на создание более комфортных условий их пребывания в учреждениях здравоохранения, а так же улучшение и оптимизацию работы персонала.

Состояние зданий учреждений здравоохранения. Состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений РК характеризуется высоким процентом износа их недвижимого имущества. Данная проблема обусловлена, прежде всего, тем, что значительное количество учреждений здравоохранения и их структурных подразделений, расположено в деревянных строениях.

Так 92,6% зданий лечебно-профилактических учреждений находятся в удовлетворительном состоянии. Требуют капитального ремонта - 5,7%, требуют реконструкции-0,3%; находятся в аварийном состоянии и требуют сноса 1,3%.

В наихудшем состоянии находятся объекты здравоохранения сельских районов региона. Кроме того, все центральные районные больницы, расположены в зданиях, построенных по типовым проектам 1960-1980-х гг., либо в приспособленных помещениях, не соответствующих требованиям действующего законодательства.

Таблица 3.7

**Состояние зданий медицинских организаций РК по состоянию
на 31.12.2014 года**

Показатель/ учреждение /год	Всего	в том числе						
		Подразделе- ния, оказывающие медицинскую помощь в амбулатор- ных условиях	Подразделе- ния, оказываю- щие медицин- скую помощь в стационар- ных условиях	Подразделе- ния, оказыва- ющие медицин- скую помощь в амбулатор- ных и стационар- ных условиях, расположен ные в одном здании	Офисы врачей общей практики	ФАП	Патолого- анатомичес кие отделения	Прочие
Число зданий	923	146	69	65	21	305	14	303
<i>из них:</i>								
Находятся в аварийном состоянии, требует сноса	12	1	1			6		4
Требуют реконструкции	3			1			1	1
Требуют капитального ремонта	53	5	7	9	1	7	1	23
<i>имеют виды благоустройства:</i>								
Водопровод	591	136	68	63	19	91	14	200
Горячее	422	83	60	52	11	43	12	161

водоснабжение								
Центральное отопление	644	130	69	65	19	106	13	242
Канализацию	534	124	68	62	18	58	13	191
Телефонную связь	724	138	69	65	21	274	9	148
Автономное энергоснабжение	78	9	19	23			1	26

Источник информации форма № 30 "Сведения о медицинской организации"

Мероприятия, направленные на укрепление материально-технической базы медицинских организаций системы охраны материнства и детства. Несмотря на проведенные мероприятия, потребность в укреплении материально-технической базы медицинских организаций сохраняется. Прежде всего, это требуется с точки зрения сохранения достигнутого уровня комфорта пребывания в медицинской организации, внедрения новых лечебно-диагностических технологий, расширения возможностей для оказания реабилитационной и паллиативной помощи детям, а также с целью предупреждения нарушений санитарного законодательства.

Мероприятия, связанные с укреплением материально-технической базы учреждений службы родовспоможения и детства, включены в Государственную программу РК «Развитие здравоохранения», утвержденную постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 420.

В 2014 году на указанные выше мероприятия было израсходовано средств в размере 46 270,9 тыс. руб., в том числе на проведение капитальных (текущих) ремонтов объектов здравоохранения - 43 673,7 тыс. руб., на приобретение медицинского оборудования - 2 597,2 тыс. руб.

Кроме того, организована работа по закупке оборудования стоимостью менее 100 тыс. руб. и проведению текущих ремонтов объектов здравоохранения службы родовспоможения и детства за счет средств обязательного медицинского страхования.

В феврале 2014 г. завершено строительство теплого перехода между корпусами Коми республиканского перинатального центра и Республиканской детской больницы. Это позволило повысить безопасность транспортировки новорожденных из родовспомогательного учреждения в детский стационар, в том числе для экстренного хирургического лечения. Дополнительно на данных площадях разместилось отделение экстренной выездной консультативной помощи ГУ «Республиканская детская больница».

Реализация указанных мероприятий позволила создать условия для наращивания объемов медицинской помощи, оказываемой матерям и детям на базе государственных учреждений здравоохранения РК. К примеру, только за период с 2011 по 2014 годы количество процедур экстракорпорального оплодотворения увеличилось более чем в 2,5 раза (с 200 процедур в 2011 году до 516 - в 2014 году); а количество новорожденных, рожденных в результате использования указанной технологии оплодотворения, выросло с 60 детей в 2011 году до 154 - в 2013 году.

С 2013 года в республике реализуется Концепция развития Государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК «Коми республиканская больница». В рамках указанной концепции планируется проведение благоустройства территории больничного городка, в состав которого входят два ведущих учреждения здравоохранения службы родовспоможения и детства республиканского уровня (ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр», ГЦУ «Республиканская детская больница»). Работы по благоустройству начнутся с 2016 года.

В настоящее время проводятся процедуры торгов для закупки оборудования и проведения капитальных ремонтов.

В рамках реализации Программы оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях подготовлена и сдана в Министерство

здравоохранения РК документация на 53 наименования медицинского оборудования (467 единиц на общую сумму 183 679 621, 20 рублей). Приобретено оборудование для оснащения 12 учреждений здравоохранения, участвующих в программе (из них 7 районных ЛПУ), в том числе закуплены комплексы для эндоскопических малоинвазивных операций с наборами инструментов, операционные столы, электрокоагуляторы, наборы инструментов, изделия для травматологических вмешательств.

В рамках реализации Программы оказания медицинской помощи наркологическим больным для формирования здорового образа жизни подготовлена и сдана в Министерство здравоохранения РК документация на 8 наименований медицинского оборудования (38 единиц на общую сумму 12 693 520,05 рублей) для оснащения следующих учреждений здравоохранения:

- ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер»
- ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница»
- ГБУЗ РК «Печорский психоневрологический диспансер»
- ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница»

Согласно перечня программы были закуплены в том числе электрокардиографы, электроэнцефалографы, эхоэнцефалографы, хроматографы, лабораторные анализаторы, электроотсасыватели, прикроватные мониторы, шприцевые дозаторы лекарственных средств.

За счет средств бюджета РК приобретено оборудование для оснащения ГБУЗ РК «Центральная поликлиника г. Сыктывкара», подготовлена и сдана в Министерство здравоохранения РК документация на 22 наименования медицинского оборудования (103 единицы на общую сумму 40 562 300 рублей), из них 3 единицы на сумму 17 629 300 руб. закуплено через БУ «Управление капитального строительства МО ГО «Сыктывкар».

Проведено оснащение специализированного стационарного отделения медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, функций периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата в ГБУЗ «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара»: участие в подготовке документации на 54 наименования медицинского оборудования на общую сумму 43 060 671, 00 руб.;

Приобретение оборудования для патологоанатомического отделения ГБУЗ РК «Ижемская центральная районная больница»: подготовлена и сдана в Министерство здравоохранения РК документация на 19 наименований медицинского оборудования (25 единиц на общую сумму 1 249 210 рублей).

Приобретение оборудования для оснащения ГБУЗ РК «Интинская городская больница» подготовлена и сдана в Министерство здравоохранения РК документация по 2 наименованиям медицинского оборудования на общую сумму 4 918 480 рублей.

Для приобретения анализатора гематологического автоматического в ГБУЗ РК «Усть-Вымская центральная районная больница» подготовлен и сдан в Министерство здравоохранения РК пакет документов на сумму 330 000 рублей.

3.4. Обеспеченность медицинскими кадрами.

Численность врачей в государственных учреждениях здравоохранения РК на 31.12.2014 г. составила 3479 чел., среднего медицинского персонала – 10648, младшего медицинского персонала - 6201, из них младших медицинских сестер по уходу – 502.

За последние два года наблюдались некоторые позитивные изменения. Впервые за последние пять лет численность врачебного персонала начиная с 2013г. незначительно увеличилась в 2014 г. численность врачей не только сохранилась но и увеличилось на 29 человек (2013 г. +15; 2012г. -91; 2011г. -22; 2010 г. -171 человек). Увеличение количества врачей отмечалось в городской местности, в сельской местности осталось на уровне 2013 года.

Численность среднего медицинского персонала ежегодно уменьшается: 2010 г. -

155; 2011 г. -248; 2012 г. -177; 2013 г. -77; 2014 г. -85.

Показатель обеспеченности врачебными кадрами составил 39,5 в расчете на 10 тыс. населения, по РФ - 41,0 (2013г.). Обеспеченность средним медицинским персоналом в регионе выше российского показателя, его уровень в 2014 году составил 122,9 по РФ - 90,4 (2013г.). Обеспеченность врачами в разрезе административных районов колеблется от 14,2 в Удорском районе до 68,3 в г. Сыктывкар.

Показатель укомплектованности штатных должностей врачами (физическими лицами по форме №30) составил в 2014 г. – 51,5% (2013 год-52,4).

Таблица 3.8

**Показатели обеспеченности и укомплектованности медицинскими кадрами
в РК за 2010 - 2014 годы**

Показатель / Год	2010	2011	2012	2013	2014
Абсолютное количество врачей всего	3548	3526	3435	3450	3779
Город	3196	3150	3034	3042	3071
Село	352	376	401	408	408
Обеспеченность врачами на 10 тыс нас.					
РК	37,3	39,2	38,6	39,2	39,5
город	43,9	45,5	44,1	44,7	45,5
село	16,5	18,2	19,8	20,4	20,8
РФ	43,8	43,9	44,7	41,5	н/д
Укомплектованность врачами, % (форма № 30)	53,9	54,3	52,3	52,4	51,4
Абсолютное количество среднего медицинского персонала	11235	10987	10810	10733	10648
Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. нас.					
РК	118,1	122,2	121,5	121,9	122,1
РФ	92,9	92,3	90,8	90,4	н/д
Укомплектованность средним медицинским персоналом, % (форма № 30)	74,9	72,2	69,7	67,0	71,8

В разрезе административных территорий показатель укомплектованности штатных должностей врачами (физическими лицами) выше средних республиканских значений зафиксирован в Прилузском - 84,3%; Сыктывдинском -78,7% и Сысольском -72,4% районах. Низкая укомплектованность врачебными кадрами отмечена в городах Вуктыл 36,4%, Воркута-38,3%; Печора- 45,8%, а так же в Троицко-Печорском районе -46,9%. В тоже время показатель укомплектованности врачебными кадрами по занятым ставкам составляет по РК 93,8%.

Показатель укомплектованности штатных должностей среднего медицинского персонала физическими лицами (форма №30) в Республике Коми составил 67,0 % (2012 год-69,7%). В динамике показатель укомплектованности средним медицинским персоналом с 2010 г. имеет тенденцию к снижению. Показатель укомплектованности средним медицинским персоналом по занятым ставкам составляет 96,8%.

Достаточный уровень укомплектованности достигается в основном за счет высокого коэффициента совместительства: по врачебным должностям он составляет 1,79, по должностям медицинских работников со средним медицинским образованием –1,45. Высокие коэффициент совместительства отмечены среди врачей в городах Воркута - 2,39, Печора -2,04; Инта-1,84 и в Троицко-Печорском районе -1,81.

Таблица 3.9

**Показатели обеспеченности, укомплектованности, коэффициент совместительства
врачебных кадров в разрезе административно-территориальных образований РК
в 2011-2014 годах.**

Города и районы	Обеспеченность на 10 000 нас. (ф. № 17)				Укомплектованность штатов физическими лицами (%; ф. № 30)				Коэффициент совместительства (ставок, ф. № 30)			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Вуктыльский	24,4	20,4	17,4	21,1	55,0	40,7	36,4	43,2	1,52	1,67	1,68	1,6
Ижемский	14,5	16,0	16,7	19,2	52,9	60,4	61,9	59,6	1,49	1,48	1,48	1,5
Княжпогостский	18,1	18,3	18,8	19,3	56,9	52,7	56,5	48,8	1,76	1,82	1,54	1,9
Койгородский	28,6	29,1	32,0	33,9	61,1	68,8	68,2	50,0	1,56	1,27	1,43	1,9
Корткеросский	21,5	26,0	26,6	26,1	64,1	71,1	74,9	67,8	1,44	1,26	1,13	1,3
Печорский	28,4	28,3	27,7	29,3	47,9	47,2	45,8	49,3	2,03	2,01	2,04	1,8
Прилузский	29,1	31,0	32,4	35,7	84,8	85,6	84,3	89,2	1,17	1,15	1,18	1,1
Сосногорский	15,9	16,7	15,3	16,2	54,4	55,9	50,9	51,8	1,64	1,61	1,70	1,7
Сыктывдинский	26,4	30,6	29,9	28,8	63,9	76,0	78,7	64,6	1,53	1,30	1,27	1,5
Сысольский	23,8	22,6	24,3	26,9	73,0	69,9	72,3	69,2	1,35	1,42	1,38	1,4
Троицко-Печорский	23,9	21,7	21,6	24,1	57,1	51,6	46,9	50,8	1,49	1,61	1,81	1,5
Удорский	14,3	15,1	15,9	14,2	54,1	54,9	57,1	51,2	1,81	1,75	1,63	1,9
Усинский	26,1	25,1	27,3	23,8	58,3	56,1	54,9	48,7	1,63	1,64	1,77	2,0
Усть-Вымский	17,1	17,1	18,6	19,2	75,9	76,0	75,6	73,6	1,30	1,25	1,28	1,3
Усть-Куломский	19,1	20,2	20,5	22,7	67,4	63,7	68,0	72,6	1,39	1,57	1,43	1,4
Усть-Цилемский	18,5	19,8	20,2	21,4	54,0	53,3	54,8	57,8	1,61	1,57	1,70	1,5
Воркута	36,0	33,8	33,7	34,7	42,0	38,9	38,3	37,9	2,23	2,38	2,39	2,5
Инта	33,5	33,4	31,2	32,5	64,0	59,1	53,1	55,7	1,53	1,62	1,84	1,7
Ухта	36,6	34,8	34,0	32,8	54,0	51,9	50,3	45,5	1,71	1,81	1,75	1,8
Сыктывкар	69,6	67,4	68,9	68,3	55,1	52,4	53,9	53,5	1,76	1,86	1,79	1,8
РК	39,2	38,6	39,2	39,5	54,3	52,3	52,4	51,5	1,75	1,82	1,79	1,8
РФ	43,9	44,7	44,3	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	1,68	1,71	н/д	н/д

Острый дефицит наблюдается среди врачей следующих специальностей, где показатель укомплектованности имеет достаточно низкие показатели: профпатологи 22,7%; диетологи 28,6%; рефлексотерапевты 28,6%; колопроктологи 30,8%; ультразвуковой диагностики 31,9%; эндоскописты 35,9%; психотерапевты 36,6%; нейрохирурги 37,8%; наркологи 37,8%; аллергологи-иммунологи 40,0%; патологоанатомы 42,4%; урологи (вкл. детских) 44,2%; травматологи – ортопеды 44,7%; гастроэнтерологи 46,8%; сердечно-сосудистые хирурги 48,0%; анестезиологи и реаниматологи 49,1%; кардиологи (вкл. детских) 49,5%, а так же по специальностям клинической лабораторной диагностики, педиатры, хирурги (вкл. детских), инфекционисты, стоматологи-хирурги.

Таблица 3.10

Укомплектованность ставок врачей основных специальностей (в %)

Специальность/год	2012	2013	2014	Отклонение 2014 к 2012
Терапия	60,5	60,5	61,8	1,3
Пульмонология	65,6	61,5	62,9	-2,7
Кардиология (вкл. детских)	58,3	59,4	49,5	-8,8
Ревматология	75,7	73,7	70,0	-5,7
Гастроэнтерология	73,3	67,7	46,8	-26,5
Нефрология	60,6	53,3	57,1	-3,5
Эндокринология	64,3	62,1	61,0	-3,3
Детская эндокринология	36,4	41,4	37,2	0,8
Диетология	11,4	11,8	28,6	17,2
Аллергология-иммунология	80,0	57,1	40,0	-40

Гематология	95,2	90,9	90,9	-4,3
Физиотерапия	57,1	53,4	52,0	-5,1
Профпатология	41,4	46,2	22,7	-18,7
Функциональная диагностика	38,4	42,3	44,4	6,0
Хирургия	59,2	60,4	51,5	-7,7
Детская хирургия	57,5	49,7	47,0	-10,5
Сердечно-сосудистая хирургия	55,2	53,9	48,0	-7,2
Торакальная хирургия	66,7	60,0	58,5	-8,2
Нейрохирургия	41,1	42,9	37,8	-3,3
Челюстно-лицевая хирургия	88,9	88,9	83,3	-5,6
Анестезиология-реаниматология	50,9	50,4	49,0	-1,9
Травматология и ортопедия	50,3	49,4	44,7	-5,6
Урология (вкл. детских)	42,5	49,7	44,2	1,7
Эндоскопия	39,1	37,7	35,9	-3,2
Колопроктология	50,0	н/у	30,8	-19,2
Онкология (вкл. детских)	52,6	60,1	56,1	3,5
Радиология	37,3	55,8	65,1	27,8
Акушерство и гинекология	52,8	56,1	54,7	1,9
Педиатрия	51,4	47,9	50,3	-1,1
Неонатология	61,1	57,8	59,1	-2,0
Стоматология (терапевты, общ.профиля)	54,1	63,0	57,3	3,2
Рентгенология	52,4	53,2	52,8	0,4
Дерматовенерология	74,8	77,7	56,8	-18
Ультразвуковая диагностика	33,4	30,6	31,9	-1,5
Офтальмология	69,1	68,3	63,3	-5,8
Оториноларингология	53,6	60,8	54,5	0,9
Фтизиатрия	62,6	59,2	59,7	-2,9
Неврология	56,1	53,3	51,9	-4,2
Психиатрия (вкл. детских и подр.)	59,1	63,1	54,5	-4,6
Патологоанатомия	33,6	37,6	42,4	8,8
Скорая медицинская помощь	40,2	39,8	36,9	-3,3
Клиническая лабораторная диагностика	24,5	25,2	50,0	25,5
Инфекционные болезни	67,1	62,4	50,7	-16,4
Общая врачебная практика	71,6	73,0	71,7	0,1

Интенсивность движения медицинских кадров в здравоохранении РК остается по-прежнему высокой. В 2014 году из медицинских учреждений РК выбыло 214 врачей (2013 г. - 154), из них выехали за пределы РК 31 чел., уволилось с выходом на пенсию 60 чел. Прибыло в республику для трудоустройства 205 врачей, из них 109 чел. – молодые специалисты после окончания обучения; специалисты из других регионов России и других стран – 42 врача. Среди прибывших молодых специалистов – 25 прибыли в сельские районы республики.

Из числа среднего медицинского персонала в 2014 году в республику прибыло 278 средних медработников, из них 74 – молодые специалисты. Уволилось в том же году 363 средних медработника, среди них 218 чел. в связи с выходом на пенсию, 70 чел. - выехали за пределы республики.

Целевая и контрактная подготовка специалистов с высшим медицинским образованием. В целях подготовки врачебных кадров Министерство здравоохранения Республики Коми взаимодействует с рядом образовательных организаций высшего образования, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации. В 2014 году Министерством здравоохранения Республики Коми заключены договоры о целевом приеме с 6-ю образовательными организациями:

- ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»
- ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» г. Архангельск
- ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический

медицинский университет»

- ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
- ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова»
- ГБОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия».

В 2014 г. в рамках целевого приема за счет средств федерального бюджета на первый курс было зачислено 65 человек (в 2013 г. – 65 чел., в 2012 г. - 71 человек) по специальностям подготовки:

Таблица 3.11

Распределение целевых мест по специальностям (в абсолютных числах)

Лечебное дело	31
Педиатрия	23
Фармация	3
Стоматология	8

Кроме целевой подготовки Министерством осуществляется контрактная подготовка специалистов по специальности «лечебное дело» за счет средств республиканского бюджета для учреждений с наиболее низкой укомплектованностью медицинскими кадрами на базе Коми филиала ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» и ФГБОУ ВПО «Сыктывкарский государственный университет». Контрактная подготовка врачей за счет средств республиканского бюджета осуществляется на основе заключения договора с государственным учреждением здравоохранения Республики Коми, в соответствии с которым выпускник обязан отработать у будущего работодателя не менее 5-ти лет, либо возместить в республиканский бюджет средства, затраченные на его обучение. В качестве меры социальной поддержки и материального стимулирования к освоению образовательной программы студентам, обучающимся за счет средств республиканского бюджета, постановлением Правительства Республики Коми от 18.11.2013 №437 учреждены именные стипендии студентам, обучающимся за счет средств бюджета Республики Коми. На конец отчетного периода именные стипендии получал 121 студент.

В 2014 году на контрактную подготовку было зачислено 60 студентов (в 2010 – 10 студентов, в 2011-2013 годах – по 60 студентов).

Подготовка специалистов в интернатуре и ординатуре. Ежегодно Министерством здравоохранения Республики Коми осуществляется работа по подготовке врачей в целевой интернатуре и ординатуре. В 2014 году интернам, взявшим обязательства по трудоустройству после завершения обучения в государственные медицинские организации республики, постановлением Правительства РК учреждены именные стипендии в размере 2 тыс. руб.

В 2014 г. по программам дополнительного медицинского профессионального образования в целевой интернатуре и ординатуре подготовлено 114 специалистов, из них в интернатуре - 111 чел., в ординатуре - 3 чел. Трудоустроились после окончания обучения в государственные учреждения здравоохранения 97 чел. Эффективность трудоустройства после окончания интернатуры и ординатуры составила в 2014 г. – 85% (в 2013 году - 89 %, 2012 г. - 87 %, 2011 г. - 92 %).

Таблица 3.12

Количество специалистов, подготовленных в целевой интернатуре в 2014 году

Специальность	Количество специалистов
акушерство и гинекология	7
анестезиология и реаниматология	10
дерматовенерология	2
клиническая лабораторная диагностика	4
неврология	2
неонатология	1
отоларингология	4
офтальмология	5
патологическая анатомия	2
педиатрия	7
психиатрия	6
рентгенология	6
скорая медицинская помощь	1
судебно-медицинская экспертиза	1
терапия	28
травматология и ортопедия	4
фтизиатрия	1
хирургия	11
эндокринология	1
стоматология общей практики	8
ВСЕГО:	111

Таблица 3.13

Количество подготовленных специалистов в целевой ординатуре

Специальность	Количество специалистов
генетика	1
урология	2
ВСЕГО:	3

В 2014 году в целевую интернатуру, в соответствии с заключенными договорами с подведомственными медицинскими организациями, направлены 92 выпускника медицинских вузов. Трудоустройство молодых специалистов ожидается в сентябре 2015 года. В целевую ординатуру по специальности «нейрохирургия» направлены 2 чел.

Последипломная подготовка. Организация и планирование циклов осуществляется с учетом заявок учреждений и потребностей практического здравоохранения и проводится в федеральных институтах усовершенствования врачей. Кроме того, повышение квалификации врачей осуществляется на выездных циклах с приглашением ведущих преподавателей кафедр образовательных учреждений РФ. Созданная система дополнительного профессионального образования обеспечивает возможность специалистам здравоохранения повышать свою квалификацию согласно положению не реже одного раза в 5 лет.

Выездные циклы организовывались в соответствии с утвержденным планом. В 2014 году проведен 31 выездной цикл повышения квалификации и профессиональной переподготовки для специалистов с высшим медицинским образованием по организации здравоохранения, основам профпатологии, экспертизе временной нетрудоспособности, стоматологии, психиатрии, анестезиологии и реаниматологии, физиотерапии, скорой медицинской помощи, обороту наркотиков, эндокринологии, неонатологии, паллиативной помощи, терапии, педиатрии, ультразвуковой диагностике, рентгенологии,

травматологии и ортопедии, онкологии, эндоинвазивной хирургии. Обучено 1052 врача, из них повысили квалификацию на выездных циклах общего и тематического усовершенствования- 1021 врач, прошли профессиональную переподготовку – 31 специалист. С учетом обучения за пределами республики на центральных базах, в соответствии с планами повышения квалификации, в 2014 году общее количество повысивших квалификацию врачей составило 1140 человек (из них прошли профессиональную переподготовку 119 врачей).

Аттестация врачебных кадров. Качество оказания медицинской помощи населению зависит от уровня квалификации медицинских кадров. Аттестация является одним из способов проверки уровня квалификации медицинского работника и одним из механизмов государственного контроля за качеством оказания медицинской помощи. Аттестация стимулирует поддержание и рост уровня знаний и навыков специалистов, способствует подбору и расстановке медицинских кадров, повышает персональную ответственность за выполнение профессиональных и должностных обязанностей.

В 2014 году проведено 8 заседаний Республиканской аттестационной комиссии по аттестации специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием.

Таблица 3.14

Присвоена (подтверждена категория) – 348 чел. (2013год -391 специалист)

Кв.категория	присвоена	подтверждена	всего
высшая	53	90	143
первая	60	86	146
вторая	51	8	59
Всего	164	184	348

Статьей 72 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ определено право медицинских и фармацевтических работников на прохождение аттестации для получения квалификационной категории.

Удельный вес врачей, имеющих квалификационные категории, в целом по РК ниже среднероссийского показателя на 10%. В динамике показатель квалификации врачей по РК снизился с 39,8% в 2011г. до 37,5 % в 2013 г. Низкие показатели квалификации врачей зарегистрированы в Сосногорском, Вуктыльском, Ижемском, Усть-Вымском, Сыктывдинском, Усть-Цилемском, Сысольском, Троицко-Печорском, Удорском, Корткеросском районах. Отсутствуют специалисты с высшей квалификационной категорией в Вуктыльском, Корткеросском, Удорском, Усть-Вымском, Усть-Цилемском районах.

Таблица 3.15

Динамика удельного веса врачей, имеющих квалификационные категории, в разрезе административно-территориальных образований РК за 2012-2014 гг. (%)

Города и районы	Всего			с высшей категорией			с I категорией			со II категорией		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Вуктыльский	10,3	8,3	10,7	3,4			6,9	8,3	10,7			
Ижемский	13,8	13,3	11,8	6,9	3,3	2,9	6,9	10,0	8,8			
Княжпогостский	19,5	22,0	26,8	2,4	4,9	4,9	12,2	12,2	17,1	4,9	4,9	4,9
Койгородский	50,0	42,3	40,7	8,3	7,7	7,4	33,3	26,9	25,9	8,3	7,7	7,4
Корткеросский	22,0	11,8	6,0				18,0	11,8	5,8	4,0		
Печорский	38,4	40,5	39,6	4,4	7,2	7,9	29,6	28,8	26,1	4,4	4,6	4,2
Прилузский	35,5	33,3	35,3	9,7	7,9	10,3	25,8	22,2	17,6		3,2	7,4
Сосногорский	9,1	10,0	8,2	5,2	5,7	4,1	2,6	2,9	2,7	1,3	1,4	1,4
Сыктывдинский	15,5	17,1	16,2	2,8	2,9	2,9	5,6	5,7	5,9	7,0	8,6	7,4
Сысольский	16,1	18,2	13,9	3,2	3,0	2,8	3,2	3,0	11,1	9,7	12,1	
Троицко-Печорский	17,2	14,3	16,7	3,4	7,1	6,7	6,9	3,6	3,3	6,9	3,6	6,7

Удорский	20,0	16,1	11,1				16,7	12,9	11,1	3,3	3,2	
Усинский	35,0	31,7	23,9	8,5	9,5	10,7	18,8	16,7	10,7	7,7	5,6	1,8
Усть-Вымский	14,3	15,4	9,4				4,1	7,7	3,6	10,2	7,7	5,5
Усть-Куломский	26,4	20,8	15,5	1,9	1,9	1,7	17,0	13,2	10,2	7,5	5,7	3,4
Усть-Цилемский	16,0	12,0	11,5				4,0	4,0	3,8	12,0	8,0	7,7
Воркута	40,8	39,1	34,4	17,5	16,5	16,5	17,8	17,2	12,2	5,5	5,4	4,6
Инта	32,1	34,7	31,4	6,3	7,9	7,6	20,5	19,8	15,2	5,4	6,9	7,6
Ухта	26,0	24,0	25,0	9,2	10,7	11,8	12,1	9,7	9,3	4,7	3,6	3,8
Сыктывкар	48,9	47,3	47,9	20,7	20,6	21,2	19,0	18,4	18,4	9,2	8,2	8,0
РК	38,7	37,5	36,8	14,4	14,7	15,1	17,2	16,3	15,2	7,2	6,5	6,1
Город	41,0	39,9	39,6	15,8	16,3	17,0	17,8	17,0	16,1	7,4	6,7	6,5
село	21,9	19,6	17,7	3,5	2,9	3,5	13,0	11,3	10,2	5,5	5,4	4,9
РФ	48,0	46,9	н/д	29,9	29,9	н/д	16,2	14,8	н/д	5,5	5,5	н/д

Высокие показатели квалификации зарегистрированы у врачей судебно-медицинской экспертизы, хирургического профиля, клинической лабораторной диагностики, акушеров-гинекологов. В сравнении с 2010 г. удельный вес аттестованных врачей снизился практически по всем основным специальностям, кроме специалистов организаторов здравоохранения, патологической анатомии, скорой медицинской помощи, педиатрического профиля, судебно-медицинской экспертизы.

Таблица 3.16

**Динамика удельного веса аттестованных врачей РК
по основным профилям специальностей
в 2010-2014 гг. (в %)**

Основные специальности / Год	2010	2011	2012	2013	2014
Хирургический	58,1	56,0	54,6	52,5	53,5
Психиатрический	48,4	53,9	47,7	42,0	43,5
Акушеры-гинекологи	55,5	53,3	51,4	52,6	51,2
Педиатрический	34,5	36,6	35,9	35,3	35,2
Стоматологический	39,5	36,0	36,0	30,7	27,9
Терапевтический	30,2	29,1	28,7	28,5	27,0
Организаторы здравоохранения	14,2	14,9	14,7	18,4	18,9
Дерматовенерология	40,8	33,3	34,7	32,7	32,0
Патологическая анатомия	38,1	43,5	42,9	40,9	40,0
Клиническая лабораторная диагностика	64,3	62,3	55,6	52,8	51,9
Судебно-медицинская экспертиза	55,8	58,3	58,1	51,1	56,8
Скорая медицинская помощь	44,6	46,7	45,7	43,6	46,2

В динамике с 2010 г. отмечается положительная тенденция роста показателя удельного веса врачебного персонала, имеющего сертификат специалиста. В целом по РК данный показатель выше среднероссийского. Низкие показатели зарегистрированы в Княжпогостском, Сысольском, Печорском, Троицко-Печорском, Усть-Куломском, Вуктыльском, Койгородском, Удорском, Усть-Цилемском, Корткеросском, Сыктывдинском районах и г. Ухта.

Таблица 3.17

**Удельный вес врачей, имеющих сертификат специалиста
в разрезе административно-территориальных образований РК
за 2010-2014 гг. (%)**

Города и районы / Год	2010	2011	2012	2013	2014
Вуктыльский	73,5	69,4	86,2	91,7	96,4
Ижемский	92,9	96,3	96,6	100,0	100,0
Княжпогостский	90,5	92,9	95,1	95,1	97,6
Койгородский	96,2	95,8	91,7	100,0	96,3

Корткеросский	92,7	97,6	98,0	98,0	96,0
Печорский	89,7	92,0	93,1	94,8	96,9
Прилузский	93,3	90,0	98,4	100,0	100,0
Сосногорский	92,8	91,9	98,7	95,7	98,6
Сыктывдинский	90,3	95,0	98,6	92,9	95,6
Сысольский	96,9	93,9	100,0	97,0	97,2
Троицко-Печорский	94,1	93,9	93,1	92,9	96,7
Удорский	100,0	93,1	93,3	93,5	96,3
Усинский	86,3	87,0	94,0	99,2	98,2
Усть-Вымский	93,8	96,0	98,0	98,1	98,1
Усть-Куломский	98,0	100,0	100,0	98,1	96,6
Усть-Цилемский	87,5	100,0	96,0	96,0	96,2
Воркута	95,2	97,4	98,7	98,7	99,0
Инта	89,0	94,0	97,3	99,0	100,0
Ухта	90,6	90,8	95,3	97,6	95,5
Сыктывкар	94,1	95,3	98,0	98,3	98,6
РК	92,8	94,1	97,1	97,8	98,0
РФ	89,5	90,1	94,6	96,3	н/д

Реализация мер социальной поддержки медицинских работников, интернов и студентов. В рамках реализации мероприятий подпрограммы «Развитие кадрового потенциала отрасли здравоохранение» государственной программы Республики Коми «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Республики Коми от 28 сентября 2012 г. №420. в 2014 году единовременные компенсационные выплаты получили:

-25 врачей, прибывших для трудоустройства в сельские населенные пункты (за период 2012-2014 гг. - 118 врачей), в размере 1 млн. руб.;

-15 врачей, прибывших на работу в поселки городского типа, в размере 500 тыс. руб.;

-13 врачей наиболее дефицитных и востребованных специальностей в размере 100 тыс. руб.;

-12 средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов (за период 2012-2014 г. – 27 средних медработников), в размере 350 тыс. руб.

Именные стипендии по состоянию на конец 2014 года получали 90 интернов, взявших обязательства по трудоустройству в учреждения здравоохранения республики, а также 116 студентов-контрактников.

С целью повышения престижа медицинской профессии с 2014 года увеличен размер ежегодных премий победителям республиканского конкурса «Лучший врач года» с 18 тыс. рублей до 50 тыс. рублей каждому победителю в 20-ти номинациях.

ГЛАВА 4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА

4.1. Анализ состояния среды обитания в Республике Коми (уровень, динамика, ранжирование проблем)

4.1.1. Состояние загрязнения атмосферы на территориях Республики Коми. 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 2014 году в ходе осуществления социально-гигиенического мониторинга было отобрано и исследовано 1886 проб (в 2012 году – 2091 проба, в 2013 году – 1790 проб) атмосферного воздуха в черте населенных мест, в 16 пробах выявлено превышение нормативных величин установленных ПДК по загрязняющим веществам.

В 2014 году, в сравнении с 2013 годом, произошло увеличение числа проб атмосферного воздуха, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию взвешенных веществ, диоксида азота, формальдегида и фенола. Выявленные превышения ПДК по таким вредным веществам, как фенол, формальдегид, окись углерода и окислы азота свидетельствует 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.

Под воздействием вредных веществ, превышающих гигиенические нормативы (ПДК_{мр}) в 2012—2014 гг. проживало до 449 тысяч человек.

В таблице представлены данные об удельном весе населения, подверженного негативному влиянию качества атмосферного воздуха (в таблицу вошли населенные пункты, в которых осуществлялся контроль качества атмосферного воздуха в рамках социально-гигиенического мониторинга).

Таблица 4.1.

Удельный вес населения, находящегося под воздействием негативного влияния атмосферного воздуха (в % к населению административного образования)

территория	количество населения (%)
Сыктывкар	76,1
Воркута	82,9
Сосногорск	60,1
Ухта	82,2
Усть-Вымский район	28,5

К территориям «риска» по загрязнениям атмосферного воздуха можно отнести города Сыктывкар, Воркута и Ухта.

Высокие уровни загрязнения атмосферного воздуха могут оказывать влияние на рост заболеваемости органов дыхания, центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, крови, а также онкопатологии. Данные патологии занимают высокие рейтинговые позиции в структуре общей заболеваемости взрослого населения региона. Высокие концентрации окиси углерода ведут к нарушениям функционального состояния центральной нервной системы (снижается внимание, ускоряется процесс утомления и т. д.). Повышенная концентрация в атмосферном воздухе оксида азота, взвешенных веществ, формальдегида, фенола, диоксида серы однозначно приводит к высокому (по сравнению с фоновым) уровню заболеваний органов дыхания. Кроме того, хроническое ингаляционное воздействие оксида углерода негативно сказывается на составе крови; фенол влияет на систему кровообращения и центральную нервную систему; формальдегид приводит к снижению иммунитета.

В городе Сыктывкар статистические данные о загрязнении атмосферного воздуха коррелируют с показателями заболеваемости населения. Ретроспективный анализ данных заболеваемости среди жителей республики показывает, что в структуре первичной заболеваемости (по совокупности всех возрастных групп населения) «Болезни органов дыхания» ежегодно занимают первую рейтинговую позицию. Комбинированное воздействие химических веществ, наряду с другими факторами, отрицательно воздействует на функциональное состояние центральной нервной системы человека и приводит к снижению внимания, ускорению процесса утомляемости и как следствие (с большой долей вероятности) к высокому уровню травматизма, в первую очередь – дорожного.

4.1.2. Состояние водных объектов в местах водопользования населения, используемых в качестве питьевого водоснабжения (I категория) и для рекреации (II категория). В 2014 году на территории Республики Коми эксплуатировалось 307 источников централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, из них поверхностных – 19, остальные – подземные.

В республике поверхностные водоисточники обеспечивают около 522 919 человек (58,8% населения), подземные источники – более 312 643 человек (35,2% населения), и нецентрализованные источники водоснабжения – более 52 976 человек (5,9% населения).

Вода поверхностных источников водоснабжения характеризуется повышенным природным содержанием гуминовых веществ, влияющих на показатели: цветность, мутность воды, содержание железа, марганца и образование хлорорганических соединений. Пресные подземные воды региона характеризуются природным отклонением от норм по содержанию следующих компонентов: железа и марганца, аммония, окисляемости перманганатной, жесткости общей, показателей цветности и мутности.

В 2014 году, по сравнению с 2013 годом, состояние водных объектов в местах водопользования населения, используемых в качестве питьевого водоснабжения (I категория) улучшилось на 5,7 % по микробиологическим показателям, по санитарно-химическим показателям отмечается улучшение – на 12,5 %.

В 2014 году в десяти 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 Республике Коми (43,7 %): город Сосногорск, Княжпогостский и Усть-Вымский районы.

По данным социально гигиенического мониторинга за 2014 год территориями «риска» по содержанию железа (больше 5 ПДК) в воде водных объектов I категории являются: Троицко-Печорский, Сыктывдинский, Прилузский, Корткеросский и Княжпогостский районы, города Ухта, Сосногорск, Сыктывкар и Печора. Территориями «риска» по содержанию железа (от 2 до 5 ПДК) в воде водных объектов I категории являются: города Сыктывкар, Воркута, Печора, Усинск, Ухта и Сосногорск, а так же Усть-Вымский, Княжпогостский, Сысольский, Прилузский, Троицко-Печорский и Усть-Куломский районы.

В 2014 году территориями «риска» по содержанию марганца (от 2 до 5 ПДК) в воде водных объектов I категории являются: города Сыктывкар и Воркута, Княжпогостский, Прилузский, Троицко-Печорский, Сыктывдинский и Усть-Вымский районы.

По содержанию бора (от 2 до 5 и больше 5 ПДК) в воде водных объектов I категории территорией «риска» является Княжпогостский район.

Загрязнение поверхностных водных объектов в республике происходит по-прежнему вследствие сброса неочищенных либо недостаточно очищенных и обеззараженных сточных вод от коммунальных, промышленных, сельскохозяйственных объектов, а также сброса ливневых, талых и дренажных вод.

4.1.3.Питьевая вода систем централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. По данным анализа РИФ СГМ за 2012-2014 гг. основными причинами неудовлетворительного состояния питьевой воды продолжают оставаться:

- факторы природного характера (повышенное содержание в воде водоносных горизонтов соединений железа и марганца);
- увеличивающееся антропогенное загрязнение поверхностных и подземных вод;
- отсутствие или ненадлежащее состояние зон санитарной охраны водоисточников;
- отсутствие производственного контроля или осуществление производственного контроля в сокращенном объеме;
- использование устаревших технологических решений водоподготовки в условиях ухудшения качества воды;
- низкое санитарно-техническое состояние существующих водопроводных сетей и сооружений.

Доброкачественной питьевой водой в 2014 году было обеспечено 56,2% населения Республики Коми или 495239 человек, что выше уровня 2013 года на 12,4 %. Большая часть населения, обеспеченного доброкачественной питьевой водой (85,1 %), проживает в городских поселениях и составляет 689241 человек.

4.1.4. Санитарное состояние почвы. В 2014 году продолжалась работа по проведению исследований по оценке состояния почвы, в том числе почв селитебных территорий, в ходе контрольно-надзорных мероприятий, в рамках социального-гигиенического мониторинга. На всех категориях почв (почва в зоне влияния промышленных предприятий, транспортных магистралей, в местах применения пестицидов и минеральных удобрений; селитебная территория, в том числе территории детских учреждений и детских площадок; территории зон санитарной охраны источников водоснабжения и др.) в 2014 году исследовано 554 образца по санитарно-химическим показателям, 1027 - по микробиологическим показателям, 885 - по паразитологическим показателям.

На санитарно-химические показатели в 2014 году, в целом по Республике Коми отобрано 554 пробы, где 82,7% - на селитебной территории населенных мест (из них 45,8% проб почвы отобрано на территориях детских учреждений и детских площадок); 7,4% - в зоне влияния промышленных предприятий, транспортных магистралей; 4,5% - на территориях ЗСО источников водоснабжения; 5,4% - на прочих территориях; в 2013 году: 37,9% - на территориях детских учреждений и детских площадок; 44,7% - на селитебной территории населенных мест; 19,3% - в зоне влияния промышленных предприятий, транспортных магистралей; 2,2% - на территориях ЗСО источников водоснабжения; 7% - на прочих территориях.

Оценка уровня химического загрязнения почв как индикатора неблагоприятного воздействия на здоровье населения проведена по загрязнению почвы тяжелыми металлами. Результаты анализа свидетельствуют, что в 2014 г. превышений по содержанию тяжелых металлов не выявлено, за исключением территорий г. Сыктывкара и Ухты, Прилузского района. Доля проб почвы, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию свинца в г. Сыктывкаре составила 1,5 % (1 проба из 65), в Ухте 3,0% (3 из 99), в Прилузском районе 4,5% (1 проба из 22); цинка в г. Сыктывкаре составила 1,47 % (1 проба из 68).

Контроль за микробиологическим загрязнением почвы в рамках СГМ выявил наличие патогенных микроорганизмов в почве на территории 13 районов из 20-ти. Отсутствовало микробное загрязнение почвы в мониторинговых точках городов Воркута, Инта, Усинск, Ижемском, Сысольском, Удорском и Усть-Цилемском районах.

В 2014 году на 8 территориях республики из 20-ти выявлено несоответствие гигиеническим нормативам по паразитологическим показателям.

По результатам мониторинга почвы можно сделать вывод, что химическая нагрузка на состояние здоровья населения республики влияет в меньшей степени, чем биологическая нагрузка. Территориями «риска» в 2014 году являются: города Сыктывкар, Ухта и Корткеросский, Сыктывдинский, Троицко-Печорский, Усть-Вымский, Усть-Куломский районы.

4.1.5. Санитарно-эпидемиологическая безопасность питания населения.

Рациональное полноценное питание обеспечивает удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии, способствует повышению сопротивляемости организма неблагоприятному воздействию окружающей среды, профилактике различных заболеваний, нормальному развитию подрастающего поколения.

Анализ потребления основных продуктов питания населением республики 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 Российской Федерации.

Указом Президента Российской Федерации от 30 января 2010 г. №120 утверждена Доктрина продовольственной безопасности РФ. Одним из основных направлений Доктрины для обеспечения безопасности пищевых продуктов является необходимость контроля соответствия требованиям законодательства Российской Федерации продукции, продовольствия, в том числе импортного, на всех стадиях его производства, хранения, транспортирования, переработки и реализации.

В целях надзора за биологической безопасностью продовольственного сырья и пищевых продуктов в 2014 году исследовано 6507 пробы пищевых продуктов и продовольственного сырья (в 2013 году – 6150, в 2012 году – 6259), из них 389 проб (5,98%) не соответствовали требованиям гигиенических нормативов по микробиологическим показателям в 2013 году – 503 (8,2%), в 2012 году - 382 (6,1%).

В 2014 году увеличился удельный вес проб, несоответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям – по молоку и молочным продуктам, по; незначительное снижение - по мясу и мясопродуктам, птице и продуктам птицеводства, рыбе и кулинарным изделиям, хлебобулочным и кондитерским изделиям и прочим продуктам.

Территориями «риска» в 2014 году являются (удельный вес проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям выше средне республиканского): город Вуктыл (27,6%), Корткеросский район (13,2%), Усть-Цильма (10%), город а Печора (8,9%), Ухта (7,9%), Сыктывкар (7,3%), Воркута (6,7%) и Койгородский район (6,3%).

К химическим загрязнителям пищевых продуктов относятся как токсичные вещества природного происхождения, так и соединения антропогенного происхождения. Кроме того, широко используемые пищевые добавки, пестициды и ветеринарные препараты являются потенциально опасными и могут выступать в качестве опосредованных загрязнителей пищевых продуктов.

В 2014 году удельный вес неудовлетворительных проб пищевых продуктов по санитарно-химическим показателям составил 0,4 %, против 2,5% в 2012 году и 0% в 2013 году.

Выявляемые нарушения питания и качества пищевых продуктов в значительной степени определяют показатели здоровья населения республики.

Алиментарный дисбаланс оказывает существенное влияние на распространенность хронических заболеваний и снижение резистентности к острым заболеваниям.

Отмечается тенденция к росту первичной заболеваемости населения Республики Коми болезнями органов пищеварения, тиреотоксикозом, гастритами и дуоденитами. Остаётся стабильно высоким уровень заболеваемости анемиями, язвой желудка и двенадцатипёрстной кишки, ожирением.

4.1.6. Гигиеническая оценка физических факторов. В 2014 году в Республике Коми, отмечено увеличение общего числа исследований физических факторов неионизирующей природы, по сравнению с 2012 годом. За последние три года наблюдается тенденция к снижению удельного веса исследований физических факторов, не отвечающих гигиеническим нормативам: по шуму (с 25,4% в 2011 г., до 19,1% в 2014 г.); по уровню вибрации (с 19,9% в 2011 г., до 20,0% в 2014 г.), по ЭМП (с 6,3% в 2011 г., до 1,9% в 2014 г.).

Шумовая нагрузка на население складывается из промышленных источников повышенного шума (промышленные и энергетические предприятия, участки проведения строительных работ), транспорта и внутридомовых источников (оборудование лифтов, системы вентиляции и кондиционирования жилых и общественных зданий, иные системы, обеспечивающие функционирование домов).

Шумовая обстановка в жилых домах продолжает оставаться неблагоприятной: процент неудовлетворительных измерений по республике за 2014 год вырос и продолжает оставаться на высоком уровне – 32,85%. Основными источниками шума является инженерно-технологическое оборудование, обеспечивающее функционирование жилых и общественных зданий, встроенных и пристроенных к жилым домам.

По числу нарушений санитарного законодательства и жалоб населения акустический шум занимает ведущее место среди факторов неионизирующей природы. Наиболее значимыми источниками шума в населенных пунктах являются расположенные внутри жилой застройки магазины, кафе, бары и другие предприятия, встроенные в жилые дома объекты.

Контроль за электромагнитной обстановкой на территории Республики Коми, кроме того, обеспечивается путем проведения лабораторно-инструментальных измерений за вновь вводимыми и существующими радиотехническими объектами (334 исследования в 2012 году, 552 исследования в 2013 году).

Общее количество ПРТО на территории республики в 2014 г. возросло по сравнению с 2013 г., главным образом, за счет базовых станций сотовой связи (БС), что обусловлено развитием систем мобильной связи, в том числе реконструкцией имеющихся объектов (увеличением числа радиопередатчиков). Наибольшую часть ПРТО составляют относительно маломощные объекты – БС, располагающиеся часто в черте жилой застройки и имеющие в связи с этим большую гигиеническую значимость. Объектов радио- и телевидения относительно немного, однако они имеют большую мощность передатчиков и также часто располагаются в черте жилой застройки.

В 2014 году по данным инструментальных измерений проведенных как в рамках государственного контроля, так и по результатам производственного контроля, превышения предельно-допустимых уровней интенсивности электромагнитных излучений радиочастотного диапазона, как на селитебной территории, так и внутри жилых, общественных и производственных помещений, не установлены.

Отмечается положительно стабильная ситуация по результатам проведенных измерений электромагнитных излучений в эксплуатируемых жилых помещениях, заключающаяся в отсутствии измерений, не соответствующих санитарным нормам, при сохранении общего количества измерений за трехлетний период и увеличении количества источников ЭМИ.

Управлением Госсанэпиднадзор за ПРТО осуществлялся в рамках рассмотрения обращений юридических лиц для согласования размещения и ввода в эксплуатацию ПРТО, а также при рассмотрении жалоб населения.

В 2014 году в Управление поступили обращения владельцев ПРТО для получения санитарно-эпидемиологических заключений на эксплуатацию 180 ПРТО на территории республики.

4.1.7. Радиационная обстановка в Республике Коми. На территории Республики Коми радиационный фактор 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 Республики Коми, 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 2014 году 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 Российской Федерации (ЕГСР).

Оценка радиационной обстановки в Республике Коми в 2014 году осуществлялась в пунктах стационарной государственной наблюдательной сети Коми ЦГМС и в ходе государственного санитарно-эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора по Республике Коми, его территориальными отделами. Лабораторное обеспечение выполнялось ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Коми» с применением комплекса дозиметрических, радиометрических, радиохимических и спектрометрических измерений и исследований.

Таблица 4.2

**Средняя эффективная доза на жителя в республике Коми за счет всех источников ионизирующего излучения (мЗв/год)
в сравнении со среднероссийской дозой в динамике за 3 года**

год	Республика Коми	Российская Федерация
2013	3,1	3,9
2012	3,0	3,9
2011	2,9	3,8

В динамике за три года плотность загрязнения почвы радионуклидами практически не менялась и составила:

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:

- суммарная бета-активность – 36 проб ежегодно (города Сыктывкар, Воркута и Ухта);
- цезий -137 - 6 проб ежегодно по полугодиям (города Сыктывкар, Воркута и Ухта);

- стронций -90 – 6 проб ежегодно по полугодиям (города Сыктывкар, Воркута и Ухта).

Среднегодовая концентрация суммарной бета-активности аэрозолей приземной атмосферы республики составила в 2014 году $4,1 \times 10^{-5}$ Бк/м³. Среднемесячные концентрации суммарной бета-активности радиоактивных аэрозолей изменялись в пределах $3,1 - 19,4 \times 10^{-5}$ Бк/м³.

Среднегодовая объемная активность цезия – 137 в 2014 году в атмосферном воздухе составила $2,1 \times 10^{-7}$ Бк/м³.

Объемная активность стронция -90 - составила $0,31 \times 10^{-7}$ Бк/м³.

Превышения допустимых среднегодовых объемных активностей радионуклидов в аэрозолях приземной атмосферы не обнаружено.

Водных объектов с превышением контрольных уровней по суммарной альфа- и бета-активности обнаружено не было. Источников централизованного водоснабжения с превышением контрольных уровней по суммарной альфа - и бета-активности обнаружено не было.

Исследований на суммарную альфа-бета-активность нецентрализованных источников питьевого водоснабжения в 2011-2013 гг не проводилось. Пищевых продуктов, не отвечающих гигиеническим нормативам по содержанию радиоактивных веществ в течение отчетного периода не зарегистрировано.

Радиационный фон на территории Республики Коми составил в 2014 году 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 строительные материалы относятся к 1 классу согласно требованиям НРБ-99/2009, суммарная эффективная активность естественных радионуклидов менее 370 Бк/кг.

Таблица 4.3

Вклад в годовую эффективную коллективную дозу облучения за счет медицинского облучения, %

год	Республика Коми	Российская Федерация
2013	21,19	11,58
2012	21,74	14,52
2011	24,43	15,53

Таблица 4.4

Количество процедур на 1 жителя Республики Коми

год	Республика Коми	Российская Федерация
2013	2,1	1,7
2012	2,0	1,7
2011	2,1	1,6

Таблица 4.5

Средняя эффективная доза за процедуру по видам исследований, мЗв/процедура

виды процедур	2011 средн.РК/ средн.РФ	2012 средн.РК/ средн.РФ	2013 средн.РК/ средн.РФ
Флюорографические	0,14/ 0,15	0,09/ 0,13	0,09/ 0,09

виды процедур	2011 средн.РК/ средн.РФ	2012 средн.РК/ средн.РФ	2013 средн.РК/ средн.РФ
Рентгенографические	0,19/ 0,19	0,25/ 0,19	0,13/ 0,13
Рентгеноскопические	4,67/ 4,78	3,76/ 4,68	4,02/ 3,17
Компьютерная томография	4,21/ 4,83	4,11/ 4,97	4,60/ 3,48
Специальные исследования	-	-	3,62/ 5,83
Прочие	6,81/ 6,17	9,03/ 6,11	1,78/ 2,56
Средняя эффективная доза за процедуру	0,34/ 0,35	0,29/ 0,33	0,29/ 0,26

Данные об индивидуальных дозах облучения персонала и организаций, поднадзорных Управлению Роспотребнадзора по Республике Коми формируются на основе ежегодных сведений форм государственного статистического наблюдения № 1-ДОЗ «Сведения о дозах облучения лиц из персонала в условиях нормальной эксплуатации техногенных источников ионизирующего излучения» и № 2-ДОЗ «Сведения о дозах облучения лиц из персонала в условиях радиационной аварии или планируемого повышения облучения, а также лиц из населения, подвергшегося аварийному облучению». Годовые дозы облучения персонала не превышают 20 мЗв/год, что соответствует установленным пределам доз.

Информация, полученная в ходе радиационно-гигиенической паспортизации территорий, дает достоверное представление о состоянии радиационной безопасности на территории Республики Коми, 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 поселка Водный, близ города Ухты (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 Республики Коми, помимо снижения уровня доз облучения от медицинских источников, является принятие принципиального решения о реабилитации радиационно-загрязненной территории поселка Водный и поэтапной ликвидации хвостохранилища бывшего завода «Прогресс».

Общее число организаций, использующих техногенные источники ионизирующего излучения (ИИИ) на территории Республики Коми – 231. Число персонала, в том числе группы А и Б в организациях Республики Коми, использующих техногенные ИИИ (2013 год) А – 1191 чел.; Б – 78 чел. Охват радиационно-гигиенической паспортизацией организаций, работающих с ИИИ (2012 г) - 96,10%.

На территории Республики Коми зон техногенного радиоактивного загрязнения, вследствие крупных радиационных аварий нет. Имеются участки локального загрязнения территории Ухтинского района п. Водный, приповерхностное хранилище радиоактивных отходов. Источник загрязнения – радионуклиды ураново-радиевого ряда, основной – Радий -226. Загрязненные территории с проживающим на них населением отсутствуют.

4.1.8. Гигиена воспитания, обучения. Безопасные условия для жизнедеятельности детского населения являются залогом формирования здорового поколения. Решение этого вопроса во многом определяется созданием оптимальных условий воспитания, обучения, труда и отдыха детей и подростков. В 2014 году проведены существенные мероприятия,

направленные на принципиальное улучшение санитарно-технического состояния учреждений для детей и подростков, в первую очередь общеобразовательных учреждений.

Проблемой на территории Республики Коми по-прежнему остается обеспечение всех детей дошкольного возраста местами в дошкольных организациях. В 2014 году, в целом по региону (по данным Министерства образования Республики Коми) количество детей дошкольного возраста составляет 86995. В 2014 году функционирует 406 дошкольных учреждений, которые посещает 55631 детей, очередь на устройство ребенка в детский сад составляет 9852 детей (в 2013 году очередь составляла - 12277 детей), в т.ч. детей от 0 до 3 лет 9852 детей, от 3 до 7 лет 238 детей.

Проблемными, с гигиенической точки зрения, являются 63 школы, работающие в двухсменном режиме (все действуют в городах), с числом учащихся – 6150 человек. По причине двухсменной организации учебного процесса в таких школах вынужденно сокращаются перемены между уроками, между сменами, а учащиеся занимаются на ученической мебели, не соответствующей по росту (как правило, дети вторых и третьих классов со второй смены занимаются на партах 1-х и 4-х классов), страдает качество уборки классных помещений между сменами. Указанные обстоятельства приводят к заметному ухудшению гигиенических условий обучения школьников в регионе, способствуют развитию различных заболеваний у детей школьного возраста.

В тоже время в сельских административных территориях региона недостаточно решаются принципиальные вопросы повышения уровня санитарно-эпидемиологического благополучия учреждений для детей и подростков. По статистическим данным 2014 года, остаются не канализованными 47 дошкольное образовательное учреждение и 88 школ; не обеспечены централизованным водоснабжением 43 дошкольных учреждений и 48 школы, эксплуатируются с печным отоплением 24 дошкольных учреждений и 11 школ. Кроме того, по-прежнему 19 образовательных учреждений работают на привозной воде из них 9 дошкольных организаций и 10 школ.

Одним из основных средовых факторов, оказывающих влияние на работоспособность и состояние здоровья детей, являются показатели микроклимата среды пребывания. Итоги государственного санитарно-эпидемиологического надзора за 2014 год свидетельствуют, что в 17,8 % обследованных детских и подростковых учреждений выявлялось несоответствия установленным гигиеническим нормативам по параметрам микроклимата показатели 2013 года – 19,3%.

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. Удельный вес образовательных учреждений Республики Коми, не отвечающих гигиеническим требованиям по параметрам освещенности в 2014 году составил 11,2% в 2013 году - 14,2%. Наиболее высокий удельный вес объектов не соответствующих гигиеническим нормативам - общеобразовательные учреждения.

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 2014 году 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 Республике Коми, в общеобразовательных школах была проведена работа по улучшению состояния светового режима □ на начало нового 2014-2015 учебного года выполнена реконструкция системы освещения в 64 школах (в 2013 году – в 72 школах). В дошкольных образовательных учреждениях реконструкция системы освещения в подготовительный период к учебному году была проведена в 71 здании (в 2013 году – 73).

Особая роль в сохранении и укреплении здоровья ребенка принадлежит качеству питания, его физиологической полноценности, соблюдению рекомендуемых режимов питания, качеству и безопасности употребляемых продуктов питания и готовых блюд.

Принципиально улучшившим ситуацию с организацией питания младшего школьного возраста в регионе стало решение Главы Республики Коми по выделению средств из бюджета региона на горячее питание учащихся 1-4 классов с 01.09.2010 го-да. Главами всех муниципальных образований в течение года были приняты постановления по выделению средств из местного бюджета для компенсационных выплат на питание учащихся из малообеспеченных семей, а также учащихся, обучающихся в специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях, учащихся классов коррекции при общеобразовательных учреждениях, детям – инвалидам и тубинфицированным учащимся, получающим специальное лечение (на период лечения). В городах перечисленный контингент учащихся составляет около 5 %. В тоже время, в сельских районах это количество достигает 40 % учащихся и более. В течение 2013-2014 учебного года вопрос об организации питания учащихся и о состоянии материально-технической базы образовательных учреждений рассматривался во всех администрациях муниципальных образований с обязательным участием врачей-гигиенистов.

Значимым фактором в профилактике заболеваний, связанных с организацией питания является качество готовых блюд по микробиологическим показателям. В 2014 году удельный вес исследованных проб готовых блюд не отвечающих гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям составил 3,7% , в 2013 году – 3,6 %, аналогичный показатель по Российской Федерации в 2013 году составлял 2,6%. Неблагоприятная ситуация с качеством готовых блюд не отвечающих гигиеническим требованиям отмечена в городах Печора, Усинск, Воркута, Сыктывкар, в Усть-Куломском и Княжпогостском районах.

Большое значение в формировании гармоничного роста и развития ребенка имеет калорийность рациона. Результаты лабораторного контроля за качеством и безопасностью питания в учреждениях для детей и подростков свидетельствуют, что наибольшее количество нарушений установленных требований выявляется при контроле калорийности готовых блюд. В 2014 году удельный вес исследованных, проб готовой продукции не отвечающих гигиеническим требованиям по калорийности составил 20,4% при среднероссийском показателе за 2013 год 7,3%. Неблагоприятная ситуация по калорийности отмечена в городах Сыктывкаре, Ухте, Печоре, Вуктыле, и Усть-Куломском, Прилузском, Ижемском районах

4.2. Приоритетные факторы среды обитания, формирующие негативные тенденции в состоянии здоровья населения Республики Коми. По степени влияния на уровень популяционного здоровья и численности населения, подверженного неблагоприятному воздействию, санитарно-гигиенические факторы риска ранжируются в следующем порядке приоритетности:

1. Неудовлетворительное качество питьевой воды на территории региона по санитарно-химическим показателям безопасности. Основную органолептическую, санитарно-химическую и токсикологическую нагрузку питьевой воды определяют вещества природного происхождения: бор (превышение ПДК на 1 территории), железо (превышение ПДК на 18 территориях), марганец (превышение ПДК на 17 территориях), аммиак (превышение ПДК на 6 территориях). Ежегодно употребляет питьевую воду централизованных систем хозяйственно-питьевого водоснабжения, не отвечающую

гигиеническим нормативам по содержанию химических веществ, более 540 тысяч человек.

2. Состояние атмосферного воздуха на территории Республики Коми. Под воздействием вредных веществ, превышающих гигиенические нормативы в 2012-2014 гг. проживало до 459 тысяч человек на 6 территориях.
3. Биологическая безопасность пищевых продуктов и продолжающаяся алкоголизация населения региона. На 7 территориях (города Воркута, Вуктыл, Печора, Сыктывкар и Ухта, Корткеросский и усть-Цилемский районы) качество пищевых продуктов и продовольственного сырья по микробиологическим показателям выше среднереспубликанских более 1,1 раза. Под воздействием биологических факторов находится около 562 тысяч человек.
4. Неудовлетворительное качество питьевой воды по микробиологическим показателям. Неблагополучными территориями в Республике Коми являются: города Печора и Сосногорск, а так же Княжпогостский, Троицко-Печорский, Удорский, Усть-Вымский и Усть-Куломский районы. Под воздействием биологических факторов находится 174 237 человек.

ГЛАВА 5. ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

5.1. Здоровье матери и ребенка. Не смотря на проводимые комплексные меры по укреплению кадрового потенциала региона - показатель обеспеченности врачами – педиатрами снижается и остается ниже, чем по Российской Федерации в 1,1 раза. Необходимо отметить, что показатель обеспеченности врачами педиатрами по российской Федерации так же имеет тенденцию к снижению (2012 год – 19,7; 2013 год – 19,0). Обеспеченность врачами педиатрами (физические лица) на 10 тысяч детского населения по итогам 2014 г.

Таблица 5.1

Обеспеченность врачами педиатрами (физические лица) на 10 тысяч детского населения

Расчет	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г.	2014 год	РФ 2013 г
На 10 тысяч детского населения от 0 до 17 лет	19,3	19,4	18,5	18,0	17,2	19,0

В 2014 году показатель укомплектованности педиатрическими кадрами в регионе незначительно возрос, но сохраняется отрицательный тренд с 2010 года (уменьшение показателя на 11,7 %). Наиболее остро обстоит ситуация с педиатрическими кадрами в Троицко – Печорском и Печорском районах.

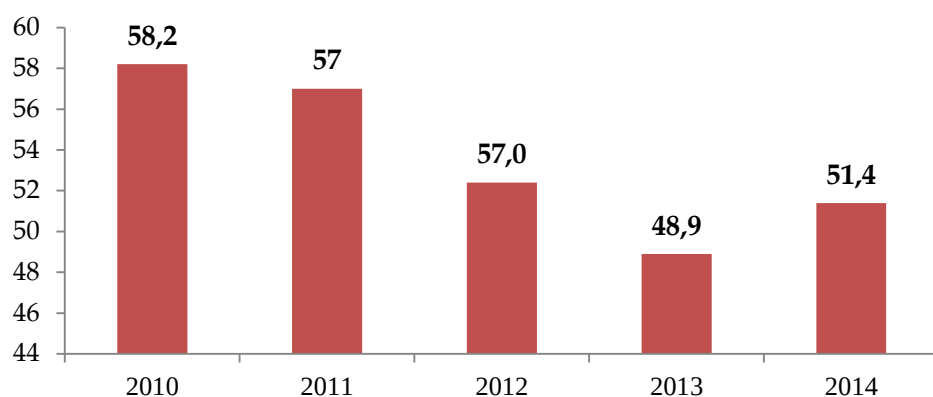


Рис. 5.1. Укомплектованность врачами – педиатрами

Таблица 5.2

Удельный вес аттестованных врачей педиатрического профиля (%)

	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г.	2014 г.
Высшая категория	5,8	7,1	7,2	8,0	7,6
Первая категория	18,1	18,9	18,6	18,3	17,8
Вторая категория	6,8	7,4	6,9	5,2	5,7
Всего	30,7	33,4	32,7	31,5	31,1

Удельный вес аттестованных врачей педиатрического профиля в динамике уменьшается за счет всех категорий, что свидетельствует о недостаточной работе руководителей учреждений здравоохранения по вопросам повышения квалификации кадров.

Таблица 5.3

Обеспеченность населения медицинскими кадрами (физические лица)

Показатель		2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Число врачей неонатологов					
Абсолютное число	РК	40	45	40	43
На 10 000 детей до года	РК	35,9	37,7	32,4	34,8
	РФ	35,1	32,6	31,0	н/д
Число врачей акушеров-гинекологов					
Абсолютное число	РК	214	212	193	209
На 10 000 женского населения	РК	4,5	4,5	4,15	4,54
	РФ	5,1	5,01	4,94	н/д
Число акушеров					
Абсолютное число	РК	585	570	521	504
На 10 000 женского населения	РК	12,3	12,1	11,2	10,95
	РФ	8,0	7,8	7,7	н/д

Показатель обеспеченности врачами акушерами-гинекологами ниже Российского и также со снижением в динамике. Показатель обеспеченности населения акушерками выше среднероссийского, потребность обусловлена низкой плотностью населения на территории РК и потребностью в приближении медицинской помощи населению на ФАПах, но и этот показатель в динамике со снижением. Не увеличивается удельный вес аттестованных врачей и акушеров.

Таблица 5.4

Квалификационная категория акушеров – гинекологов

Показатель	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г.	2014
Всего врачей акушеров-гинекологов	220	214	212	209	209
Имеют категорию всего	122 55,5%	114 53,3%	109 51,4%	110 52,6%	107 51,19%
В том числе высшую	37 16,8%	37 17,3%	36 17,0%	37 17,7%	42 20,1%
I категорию	60 27,3%	56 26,2%	53 25,0%	54 25,8%	48 22,9%
II категорию	25 11,4%	21 9,8%	20 9,4%	19 9,1%	17 8,1%
Имеют сертификат специалиста	213 96,8%	210 98,1%	212 100,0%	209 100,0%	209 100,0%

Не многим более 5% врачей акушеров-гинекологов имеют квалификационную категорию. Имеется неблагоприятная тенденция снижения количества аттестованных врачей акушеров-гинекологов.

5.2. Профилактическая работа в педиатрической практике. В регионе уделяется повышенное внимание к вопросам укрепления здоровья детей с момента рождения: широко используются гуманизированные технологии в родовспоможении и неонатологии: семейно – ориентированные роды (24% от общего количества родов в 2014 году против 14 % в 2012 году соответственно); совместное пребывание в родовспомогательных учреждениях в палатах «Мать и Дитя» (100 %); грудное вскармливание с первых минут жизни (перед выпиской из родильного дома составляет 98,3 %, до года продолжают получать грудное молоко 62,3 % детей).

Таблица 5.5

Показатели грудного вскармливания в республике согласно статистической форме № 31

Год/показатель	Удельный вес, находящихся на грудном вскармливании	Удельный вес, находящихся на грудном вскармливании от 3 до 6 месяцев	Удельный вес, находящихся на грудном вскармливании от 6 месяцев до года
2010 год	88,6	20,2	68,4
2011 год	90,4	24,8	75,2
2012 год	88,5	25,3	63,2
2013 год	86,1	25,2	60,9
2014 год	92,0	29,6	62,3
РФ за 2013 год	н/д	42,1	40,7

В 2014 году отмечено снижение охвата грудным вскармливанием детей первого года жизни, что требует усиления контроля за работой участковых педиатров и средних медицинских работников, а так же за деятельностью кабинетов здорового ребенка, основными задачами которого является обучение родителей вопросам воспитания здорового ребенка, в том числе обеспечения наиболее рациональным вскармливанием на первом году жизни. Наиболее отрицательная динамика по раннему прекращению грудного вскармливания (в возрасте первых трех месяцев) допущена в городах Инта (82 %), Ухта (55 %) и Воркута (31 %), Усть – Куломском (49 %), Сысольском (35 %), Печорском (36,6 %) и Усть – Цилемском (44 %) районах.

Неонатальным скринингом охвачено 12545 новорожденных (2013 год – 12296 новорожденных). Выявлено: 5 детей с заболеваниями: 2 с врожденным гипотиреозом, 1 с фенилкетонурией, 1 с адреногенитальным синдромом и 1 ребенок с галактоземией (за 2013 год выявлено 7 детей). Все дети находятся под наблюдением, получают адекватную терапию и реабилитацию.

Аудиологическим скринингом охвачено 11974 ребенка первого года жизни (2013 год – 10952 ребенка), выявлено 8 детей с нарушением слуха, проведено 13 операции кохлеарной имплантации, в том числе 4 детям до 3 лет (2013 год выявлено 14 детей с нарушением слуха, проведено 18 операции кохлеарной имплантации, в том числе 9 детям в возрасте до 3 лет; 2012 год – 17 операций; 2011 год – 10 операций; в 2010 году – 4 операции).

Таблица 5.6

Общая заболеваемость детей первого года жизни

Общая заболеваемость детей первого года жизни (на 1000 детей)	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г.	2014 г.
	4167,9	4206,6	4341,2	4031,0	3828,0

По итогам 2014 года в регионе зарегистрирована наиболее низкая заболеваемость детей первого года жизни за последние пять лет, но продолжает оставаться выше среднероссийского показателя в 1,4 раза.

Общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет включительно в 2014 году по сравнению с 2010 годом выросла на 8 % (3149,6 на 1000 населения соответствующего возраста в 2010 году против 3426,9 1000 населения соответствующего возраста в 2014 году) и превышает общую заболеваемость детей по Российской Федерации на 32 %. В структуре заболеваемости детей первое ранговое место занимают заболевания органов дыхания с ростом, второе - заболевания глаз и его придаточного аппарата с ростом, третье - болезни кожи и подкожной клетчатки со снижением, четвертое место - заболевания

органов пищеварения, пятое место – болезни костно – мышечной системы без значимой динамики. Выше среднереспубликанского имеет город Сыктывкар (4 677,3), Ижемский (4731,1) и Прилузский (3738,0) районы. Наиболее низкий показатель имеют город Воркута (2340,2), Сосногорский (2339,7), Сыктывдинский (2733,1), Сысольский (2 340,1), Удорский (2 357,7) и Усть – Вымский (2298,1) районы.

Не снижается показатель общей заболеваемости подростков (в динамике за пять лет рост на 11%) и превышает среднероссийский на 24,4 % . В структуре заболеваемости детей данной возрастной группы первое ранговое место занимают болезни органов дыхания с ростом, второе – болезни глаза с ростом, третье – болезни костно – мышечной системы с ростом, четвертое место - болезни кожи и подкожной клетчатки с ростом, пятое место – травмы и отравления со снижением. Выше среднереспубликанского имеет город Сыктывкар (4056,3), Прилузский (4377,3) и Усть – Куломский (3720,8) районы. Ниже среднереспубликанского показателя имеют город Воркута (2196,4) и Ухта (1978,4), Сосногорский (2058,5) и Удорский (1887,8) районы.

В 2014 году лечебно – профилактическими учреждениями не допущено снижение охвата профилактическими прививками детского населения в соответствии с Национальным календарем прививок.

Таблица 5.7

Охват детей профилактическими прививками (%)

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
против дифтерии в возрасте 1 года включительно	96,9	96,1	96,53	97,7	95,3
против коклюша в возрасте 1 года включительно	96,6	96,0	96,29	97,5	95,2
против полиомиелита в возрасте 1 года	97,2	97,0	96,7	98,0	95,2
против кори в возрасте 2 года включительно	99,05	97,0	97,03	98,5	98,0
против эпидемического паротита в возрасте до 2 лет включительно	99,1	97,2	97,0	98,5	98,0
против туберкулеза	97,2	98,4	98,6	98,4	99,3
против гепатита "В" в возрасте 1 года включительно	98,4	96,6	96,4	97,8	95,4
против краснухи в возрасте 2 лет включительно	99,0	97,5	97,02	98,5	98

Показатель своевременности охвата детей в декретированные сроки профилактическими прививками против инфекций, "управляемых" средствами специфической профилактики, остается высоким и составляет от 95,2 % до 99,3 %.

Таблица 5.8

Инфекционная заболеваемость детей от 0 до 14 лет на 100000 детей

Нозология/год	2010	2011	2012	2013	2014
Дифтерия	0	0	0	0	0
Полиомиелит	0	0	0	0	0
Коклюш	2,8	9,8	9,9	17,5	26,2
Паротит эпидемиологический	0	0	0	0	0
Корь	0	0	1,3	0	0,6
Краснуха	0,1	0	0	0	0
Вирусный гепатит В	0	0	4,6	0	0

В 2014 году не зарегистрировано ни одного подтвержденного лабораторно случая дифтерии, полиомиелита, эпидемического паротита, вирусного гепатита В и краснухи у детей. Сохраняется неблагоприятная тенденция по заболеваемости коклюшем среди невакцинированных детей, что требует от медицинских работников проведения

мероприятий среди законных представителей по вопросам обязательной иммунизации детей, как основного фактора защиты от инфекций.

В регионе проведен серологический мониторинг напряженности иммунитета в соответствии с методическими указаниями МУ 3.1.2943-11 «Организация и проведение серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики (дифтерия, столбняк, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит, гепатит В)». Исследовано 300 сывороток крови в различных возрастных группах и установлено, что процент серонегативных лиц составил: в возрастной группе 3 – 4 года до 7,1 %, 9 – 10 лет до 23,6 %, 16 – 17 лет до 32 %. Всем несовершеннолетним, имеющих серонегативный результат, проведена вакцинация и ревакцинация.

В 2014 году выявлено 2 случая поствакцинального осложнения, один из которых представлен надключичным лимфаденитом (г. Сыктывкар), другой - костно-суставным туберкулезом (г. Воркута). Случаи разобраны на республиканской лечебно – контрольной комиссии, поствакцинальные осложнения развились на фоне сниженного иммунитета детей. По решению комиссии – руководителям государственных учреждений здравоохранения рекомендовано усилить контроль за качеством проведения вакцинопрофилактики новорожденным и уровнем квалификации вакцинаторов.

В 2014 году в РК продолжены профилактические осмотры несовершеннолетних, проводимые в рамках исполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». Осмотрено 103 674 ребёнка, что составляет 100% от запланированного. Структура заболеваемости не изменилась: на первом месте болезни глаза и его придаточного аппарата с ростом до 22,6%, на втором месте болезни костно-мышечной системы с ростом до 21,4 %, на третьем – болезни органов пищеварения со снижением до 12%, на четвёртом – болезни органов дыхания с ростом до 10,6%, на пятом месте болезни эндокринной системы без динамики 9,8 %. Положительным результатом является увеличение количества детей с первой и второй группами здоровья, в том числе за счёт оздоровления детей с пограничными состояниями, а также лечению и реабилитации детей с третьей группой здоровья. К первой и второй группам здоровья отнесено 90,7% детей (2013 год – 88%), к третьей группе – 8,9 % (2013 год – 11,4%), четвёртая и пятая группа – 0,4% (в 2013 году – 0,45%). Из всех осмотренных 410 составили дети - инвалиды (0,4% от общего количества осмотренных), всем детям назначена индивидуальная программа реабилитации, которая выполнена полностью в 57,6 %, продолжается у 42,4 %.

Таблица 5.9

Удельный вес выявленных на профилактических осмотрах нарушений у детей

	До поступления в школу					Перед окончанием школы				
	2010г	2011г	2012г	2013г	2014г	2010г	2011г	2012г	2013г	2014г
Снижение зрения	6,4	7,2	6,7	6,9	9,0	28,4	30,3	0,6	31,15	9,8
Нарушение осанки	11,6	8,0	6,2	6,7	6,7	21,4	19,5	7,7	18,66	7,0
Сколиоз	0,85	0,57	0,69	0,39	0,35	7,4	6,9	6,6	6,54	6,6
Снижение слуха	0,3	0,27	0,21	0,30	0,34	0,4	0,37	0,30	0,38	0,39
Дефекты речи	15,7	13,0	13,5	13,4	12,1	0,47	0,31	0,34	0,32	0,27

С целью совершенствования оказания медицинской помощи несовершеннолетним в 2013 году медицинские работники муниципальных дошкольных и общеобразовательных учреждений республики переданы из системы образования в систему Министерства здравоохранения РК. В 2014 году данная процедура проведена в отношении медицинских работников государственных профессиональных образовательных учреждений. В результате передачи медицинских работников в систему здравоохранения 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 01.01.2015 года в республике функционирует 348 муниципальных общеобразовательных организаций, в которых имеется 181 медицинских кабинета, из них лицензировано 181, и 393 организации дошкольного образования, в которых имеются 305 медицинских кабинетов, в том числе лицензировано 285 кабинетов (93,4 %), в 12 кабинетах лицензия не получена. В медицинских кабинетах детских садов нелицензированных для осуществления медицинской деятельности завершаются работы по приведению их в соответствие с санитарным законодательством РФ.

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.

С целью популяризации здорового образа жизни среди детей и родителей, а так же повышения ответственности за свое здоровье у несовершеннолетних, продолжена деятельность Центров здоровья для детей в городах Ухта и Сыктывкар. Через центры здоровья в 2014 году прошло 8603 детей и подростков, организовано 143 выезда в районы, осмотрено 4882 ребенка при выездах (2013 год – 7749 детей, 124 выезда; 2012 год – 10485 детей, 75 выездов). Все 100% из осмотренных детей получили индивидуальный план по здоровому образу жизни, 2,9 % из числа осмотренных детей направлены в амбулаторно - поликлинические учреждения для лечения и коррекции выявленной патологии (2013 год – 3,7 %; 2012 году 4 %).

Медицинское обеспечение детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В 2014 года регионе продолжена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 года N 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации». В 2013 году проведена диспансеризация 1628 детей, что составило 100% от запланированного. В 2014 году осмотрено 1748 детей (2013 год – 1628 детей), осмотрено 100% детей, находившихся в стационарных учреждениях.

Выявлено 3811 заболеваний, что на 19,5% меньше, чем в 2013 году, и на 64,5% меньше, чем 2012 году. На первом месте болезни глаза и его придаточного аппарата 699 заболеваний (17%) с ростом, на втором месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани 688(16,8%) с ростом на 12 %, на третьем месте со снижением до 16,4% психические расстройства и расстройства поведения, на четвертом болезни органов пищеварения 344 (8,4%) с ростом. Первая и вторая группы здоровья по результатам диспансеризации установлены у 42,7% детей, что на 0,7 % больше, чем в 2013 году и на 15,7 %, чем в 2012 году. По итогам проведённой в 2012-2014 годах диспансеризации дополнительные консультации, исследования, лечение, реабилитация и санаторно-курортное лечение проведены детям в полном объёме. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована 20 детям, получили 20 человек.

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью проведено в рамках исполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 г. N 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 2014 году в рамках диспансеризации осмотрено 1054 ребёнка (2013 год – 1094 человека). Остальные дети указанной категории, чьи законные представители не дали согласия на обследование, прошли обследование в рамках профилактических осмотров.

В структуре заболеваний на первом месте болезни костно-мышечной системы 21,7%, с ростом на 57,2 %, на втором месте болезни глаза и его придаточного аппарата – 21 % с ростом на 51,2%, на третьем месте болезни органов пищеварения – 13,7% с ростом на 42,9%, на четвёртом месте болезни нервной системы – 8,3 % со снижением на 60,5%, на пятом месте болезни органов дыхания – 8,7% со снижением на 59,9%. К первой и второй группам здоровья отнесено 75% детей, что на 4,5 % меньше, чем в 2013 году. Третья группа составила 23% с ростом на 11,2%.

В 2014 году в ЛПУ республики 367 беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, в том числе в возрасте до 4-х лет – 260 (за 2013 год 599, в том числе до 4 лет 389 детей; за 2012 год 505, в том числе до 4 лет – 273 ребенка; за 2011 год – 475, в том числе до 4 лет – 307 детей, за 2010 - 547 детей, до 4-х лет – 379), все дети осмотрены специалистами, отказов в госпитализации не было. В лечебно-профилактических учреждениях в 2014 году на внутреннем контроле состояло 3007 семей (2013 год - 2783 семьи ; 2012 год – 2389 семьи; 2011 год – 1980 семей), находящихся в социально опасном положении, проведено 4966 патронажей в данные семьи (2013 год - 3225 патронажей ; 2012 год – 2569 патронажей; 2011 год – 2223 патронажа).

В рамках службы психологического консультирования граждан, изъявивших желание принять на воспитание детей-сирот, функционирует 3 кабинета психологического консультирования (на базе ГУ «Республиканская детская больница», МУЗ «Детская городская больница» г. Воркуты, ГМУ «Детская больница» г. Ухты). Специалистами Службы за отчетный период проконсультировано 201 гражданина, изъявивших желание принять на воспитание детей-сирот. В результате консультирования граждан 39 детей взяты под опеку, 11 усыновлены, 62 ребенка вернулись в биологическую семью. Во всех ЛПУ республики разработаны планы по профилактике отказов от детей на всех этапах (женская консультация-родильный дом-детская поликлиника). За 12 месяцев 2014 года зарегистрировано 33 отказа от новорожденных в учреждениях родовспоможения (2013 год – 43 отказа). Изъято из семьи и помещено в лечебно – профилактические учреждения 315 детей при выявлении фактов жестокого отношения к детям. По всем случаям составлены акты и направлены в местные органы социальной защиты и полицию. Принято участие в 752 межведомственных рейдах в социально – неблагополучные семьи. Проведение лекций, бесед (проведено 1223 беседы с родителями), дискуссий, оформление стендов (оформлено 43 стенда) и санбюллетеней (оформлено 45) по вопросам профилактики жестокого отношения к детям. Обеспечена наглядная информация в ЛПУ о «телефонах доверия», в том числе, о едином общероссийском телефоне доверия для детей – во всех ЛПУ оформлена наглядная информация о телефоне доверия.

Стационарная помощь. В 2014 году коечная мощность лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь детскому населению, превышает показатели по Российской Федерации.

Таблица 5.10

Обеспеченность «детскими» койками (от 0 до 17 лет 10 000 детей)

	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г	2014 г	РФ 2013 г
Число педиатрических коек	30,06	29,37	29,48	30,51	28,0	23,4
Инфекционные койки	11,6	11,6	11,6	11,5	11,5	11,3
Туберкулезных	7,1	5,8	6,1	6,1	5,2	4,7
Соотношение специализированных коек к педиатрическим	1,7	1,6	1,7	1,7	1,6	н/д

Важным направлением деятельности органов и учреждений здравоохранения детства и родовспоможения является дальнейшее совершенствование службы охраны здоровья матери и ребенка по обеспечению пациентов доступной высококвалифицированной медицинской помощью. Ежегодно увеличиваются объемы оказания ВМП детям не только за пределами республики, но и на базе республиканских ЛПУ (ГУ «Республиканская детская больница» и ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр» и ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом»). В 2014 году в ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр» по профилю «неонатология» пролечено 78 новорожденных, ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» - 42. На базе ГУ РК «Республиканская детская больница» пролечено по профилю «ортопедия и травматология» 70, «неонатология» 61, «урология» 133, «нейрохирургия» 31, «онкология» 10, «педиатрия» 55, «ЧЛХ» 25, «абдоминальная хирургия» 5, «детская хирургия в период новорожденности» 5 детей. Направлено и пролечено за пределами РК на федеральных базах 725 детей, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь получил 483 ребенок (2013 год – 571, 2012 год - 637 детей), а специализированную – 242 детей.

В рамках исполнения приказа Министерства здравоохранения РК от 30 декабря 2011 года № 12/644 «О совершенствовании амбулаторно – поликлинической специализированной медицинской помощи детям РК» и с целью приближения специализированной медицинской помощи детям, продолжена работа межтерриториального детского консультативно – диагностического центра ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3» - осмотрено в 2014 году 7112 детей, в том числе из сельских территорий 3992 ребенка (2013 год - 7745 детей, в том числе из сельских территорий 6086 детей; 2012 год - 5983 ребенка, в том числе из сельских территорий 2885 детей). Функционируют «Школа избыточного питания» (за 2014 год прошло через Школу 199 пациентов), в которой проводятся комплексные занятия с детьми с привлечением диетолога и врача лечебной физкультуры – для каждого пациента разработана индивидуальная программа по снижению веса и «Школа рационального питания» (проучено за 2014 год 469 пациентов).

Во всех крупных детских поликлиниках городов открыты и функционируют дневные стационары, что позволило улучшить доступность оказания медицинской помощи детям.

Таблица 5.11

Стационарзамещающие технологии

	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г.	2014 год
Число учреждений, имеющих дневные стационары всех типов	8	9	10	9	10
Число педиатрических коек в них	200	191	200	135	156
Число пролеченных больных (всего)	5644	5376	5738	4072	4256

В 2015 году стационарзамещающие технологии продолжают свое развитие, в том числе в части расширения спектра профилей и видов медицинской помощи.

Получила свое дальнейшее развитие реабилитационная служба: в стадии формирования находится уровневая система оказания медицинской реабилитации детям, начиная с отделений интенсивной терапии и реанимации и специализированных коек детских стационаров до амбулаторно – поликлинического этапа и санаторно – курортного лечения. При «прохождении» всех этапов реабилитации в обязательном порядке предусмотрено обучение родителей и/или законных представителей детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями основным принципам реабилитации для обеспечения непрерывности процесса (стационар, амбулаторно-поликлиническое звено, санатории) и продолжения ее в домашних условиях. Эта работа направлена на профилактику и/или снижение детской инвалидизации, а также способствует более благоприятной социализации не только ребенка, но и его законных представителей. В государственных учреждениях здравоохранения созданы условия для обслуживания детей с ограниченными возможностями: имеются пандусы для детей, которые передвигаются с помощью колясок. В 2014 г. Министерством здравоохранения РК издан приказ от 05.02.2014 г. № 2/31 «О совершенствовании оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» и медицинской реабилитации детей первого года жизни на территории РК», в котором определена маршрутизация пациентов с перинатальной патологией и её осложнениями на первом году жизни при оказании медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных условиях с учетом регионализации в лечебно-профилактические учреждения гг. Сыктывкар, Ухта и Воркута. С 1 июня 2014 года на базе ГУ «Республиканская детская больница» за счет перепрофилизации открыты 15 медицинской реабилитации для детей раннего возраста, получена лицензия, специалисты прошли обучение в федеральных клиниках

Выводы по итогам деятельности педиатрической службы в 2014 году:

- Медицинская помощь детскому населению оказывается в соответствии с федеральными Порядками. Внедряются национальные клинические рекомендации и протоколы, разработанные профессиональными врачебными сообществами РФ.
- Несмотря на проводимый комплекс мероприятий, не удалось значимо повлиять на улучшение кадрового обеспечения педиатрической службы, в том числе в сельских территориях.
- Продолжено развитие профилактических направлений.
- Общая заболеваемость детей и подростков не имеет тенденции к снижению.
- Развиваются новые виды медицинской помощи – паллиативная и реабилитационная.
- Не снижается доступность специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи детям.

Основными направлениями деятельности педиатрической службы в 2015 году являются:

1. Увеличение объема мероприятий по медицинской профилактике, качественное проведение профилактических осмотров и диспансеризации несовершеннолетних.
2. Усиление роли детских многопрофильных стационаров в части организационно – методической работы с ЛПУ 1 и 2 уровней.
3. Проведение анализа и обеспечение контроля за статистическим учетом заболеваемости несовершеннолетних.
4. Активизация деятельности кабинетов здорового ребенка, центров здоровья для детей, специалистов медико – социальных отделений детских поликлиник с привлечением СМИ по работе с населением в части освещения вопросов профилактической медицины, в том числе раннего выявления семейного неблагополучия.

5. Открытие Центров здоровья для детей в городах Печора, Усинск и Инта.
6. Развитие паллиативной помощи детскому населению в части получения лицензий и организации работы выездных специализированных бригад в рамках первичной медико – санитарной помощи.

Медицинская помощь женщинам фертильного возраста. Меры по повышению 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 способствуют росту рождаемости, стабильному снижению младенческой и материнской смертности.

Естественный прирост населения в 2014г. с динамикой к снижению и составил по итогам 2014 года 1,93 на 1000 населения против 2,3 в 2013 году на 1000 населения (по РФ за 2012 год – (-0,02). Общий коэффициент рождаемости за последние четыре года имеет тенденцию к росту и составил по итогам 2014 года 14,11 на 1000 населения (2013г. – 14,12) (по РФ – 13,3 на 1000 населения).

Таблица 5.12

Доля женского населения в РК составляет

	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г.	2014г.	РФ 2013 г
Доля женского населения в РК составляет	52,7	52,9	52,8	52,7	53,3	53,7

Доля женщин фертильного возраста в РК снижается.

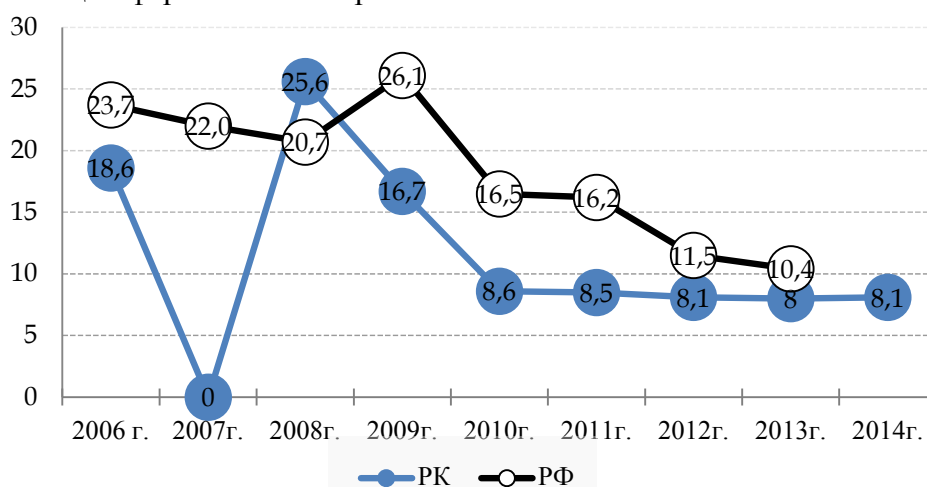


Рисунок 5.2 Динамика показателя материнской смертности по РК с 2006 по 2014 годы, на 1000 родившихся живыми

В 2014 году имел место 1 случай материнской смертности у женщины с тяжелой преэклампсией, осложненной HELLP синдромом. На протяжении 5 лет материнская смертность в РК представлена одним случаем.

Таблица 5.13

Гинекологическая общая заболеваемость взрослого женского населения в РФ и РК (на 100 000 женского населения старше 18 лет)

Нозология/год		2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Сальпингит и оофорит	РК	1070	1093,8	1126,2	900,7
	РФ	1174,9	1145,5	н/д	
Эндометриоз	РК	387,4	431,0	494,06	433,7

	РФ	424,1	435,6	н/д	
Эрозия и эктропион шейки матки	РК	1505,4	2034,6	1826,7	1527,7
	РФ	1145,6	1363,5	н/д	
Расстройства менструации	РК	2229,8	2483,3	2304,5	1882,6
	РФ	2174,4	2309,5	н/д	
Женское бесплодие	РК	316,0	335,4	315,5	324,6
	РФ	566,3	597,1	н/д	
Беременность, роды и послеродовый период	РК	7056,6	7681,2	7758,2	6233,3
	РФ	9847,5	10146,4	н/д	

Показатель гинекологической заболеваемости снизился практически по всем нозологиям, за исключением бесплодия, который остается ниже российских показателей. Показатель заболеваемости женским бесплодием ниже, чем по РФ, что может свидетельствовать о недостаточном внимании к этой патологии акушеров-гинекологов первичного звена республики. Снижение заболеваемости фоновыми заболеваниями шейки матки обусловлено повышением квалификации врачей первичного звена и более дифференцированным подходом к постановке диагноза эрозии шейки матки. В настоящее время акушерами – гинекологами чаще выставляется диагноз дисплазии шейки матки.

Таблица 5.14

**Гинекологическая общая заболеваемость среди детей и подростков в РФ и РК
(на 100 000 женского населения соответствующего возраста)**

Нозология		2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Дети в возрасте 10-14 лет включительно					
Расстройства менструации	РК	2276	2430,8	3632,4	
	РФ	1401,5	1735,3	н/д	н/д
Подростки 15-17 лет включительно					
Расстройства менструации	РК	9299	6556,4	10194,9	12236,6
	РФ	1677,6	4925,2	н/д	н/д
Сальпингит и оофорит	РК	617	445,3	592,2	574,1
	РФ	1356,2	1256,6	н/д	н/д

Заболеваемость детей и подростков, связанная с нарушением менструальной функции, значительно превышает показатель РФ и, возможно, связан с климатическими особенностями региона, а также улучшением диагностики заболеваний репродуктивной системы у несовершеннолетних в рамках проводимой диспансеризации детей и подростков.

Таблица 5.15

Исходы беременности (из числа закончивших беременность, состоящих на диспансерном учете)

Показатель		2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Закончили беременность всего (абс.)	РК	11654	12118	11920	12207
В том числе родами в срок (%)	РК	89,48	89,2	88,9	90,5
	РФ	92,2	92,4	н/д	н/д
Преждевременными родами (%)	РК	5,09	5,3	6,2	5,06
	РФ	3,7	4,1	н/д	н/д
Абортами (%)	РК	5,4	5,5	4,8	4,4
	РФ	4,1	3,5	н/д	н/д

Таблица 5.16

Распределение числа преждевременных родов, умерших и мертворожденных по уровню стационара, 2014г.

Показатель	акушерские ЛПУ			
	1 уровень	2 уровень	3 уровень	По РК
количество преждевременных родов (ПР):	30	94	584	708
% от всех родов в ЛПУ соответствующего уровня:	5,63	3,95	6,29	5,8
доля ПР в ЛПУ от всех ПР в РК:	4,23	13,27	82,48	100
РФ в 2013г в %	н/д	н/д	н/д	100
количество умерших до 168 часов	1	3	11	15
РНС в ЛПУ разного уровня в РК	1,85	1,26	1,17	
Доля в ЛПУ соответствующего уровня в %	6,66	20	73,33	100
РФ в 2013г. в %	15,7	54,4	30,0	100
мертворождения+умершие до 168 часов всего:	7	26	52	85
Перинатальная смертность в ЛПУ:	12,86	10,83	5,51	6,8
РФ в 2013г. в %	11,88	56,5	31,6	100
Количество ПР с весом детей менее 999г учреждениях разного уровня РК	0	3	44	47
Доля ПР с весом детей менее 999г. в ЛПУ соответствующего уровня в РК,%	0	6,3	93,7	100,0

Таблица 5.17

Акушерская помощь в сроки беременности 22-27 недель включительно

		2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Закончили беременность в сроки 22-27 недель (абс.)	РК	83	69	57	69
Из общего числа родившихся в сроки беременности 22-27 недель родилось (%):					
- живыми	РК	22,7	65,2	67,1	62,8
	РФ	27,8	64,27	н/д	
- из них умерло в первые 168 часов	РК	15,6	11,1	6,7	11,4
	РФ	45,9	38,4	н/д	н/д
- мёртвыми	РК	77,3	42,0	32,9	37,1
	РФ	72,2	35,73	н/д	н/д

Частота преждевременных родов выше показателя РФ и приближается к европейским цифрам. Показатель в республике снизился по сравнению с 2013г.

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. На первом уровне в РК родоразрешено 4,23% всех преждевременных родов (в 2013г. в РФ доля преждевременных родов в учреждениях 1 уровня составила 13,5%). 82,5% всех преждевременных родов произошли в учреждениях 3 уровня. В 2014г. новорожденные с экстремально низким весом при рождении рождались только на 3 и 2 уровнях. Так 93,7% детей, рожденных с весом менее 999г. родились в учреждениях родовспоможения 3 группы.

За счет мертворождений в РК снизилось количество родов в сроке беременности 22-27 недель. Удельный вес живорожденных в этой группе детей за три года возрос, а показатель смертности в стационаре снижается. Решающее влияние на показатель

смертности оказала организация медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде новорожденным.

Таблица 5.18

Структура акушерско-гинекологического коечного фонда

Койки		2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Акушерские и гинекологические койки ; в том числе:	РК	1078	1071	1037	996	953
Для беременных и рожениц:						
Абсолютное число	РК	315	307	298	286	281
На 10 000 женщин фертильного возраста	РК	12,0	12,8	12,9	12,8	13,0
	РФ	11,2	10,0	10,8	10,5	н/д
Патологии беременности						
Абсолютное число	РК	359	365	356	325	311
На 10 000 женщин фертильного возраста	РК	13,7	15,2	15,4	12,8	14,4
	РФ	10,2	10,2	10,0	9,9	н/д
Для производства аборт						
Абсолютное число	РК	13	13	0	0	0
На 10 000 женщин фертильного возраста	РК	0,3	0,3	0	0	0
	РФ	0,8	0,72	н/д	0	н/д
Для гинекологических больных						
Абсолютное число	РК	391	386	383	385	361
На 10 000 женского населения	РК	7,8	8,1	8,1	8,3	7,84
	РФ	7,97	7,74	7,73	7,33	н/д
Удельный вес коек патологии беременности в общем числе акушерских коек	РК	53,3	54,3	54,4	53,2	52,5
	РФ	47,6	47,8	48,2	48,5	н/д

На территории РК показатель обеспеченности койками на 10000 ж.ф.в. превышает показатель РФ за 2013 год, превышение обеспеченностью акушерскими койками на территории РК объясняется централизацией оказания акушерской помощи. В то же время имеются резервы для сокращения коечного фонда в части уменьшения коек для патологии беременности, замещая их койками сестринского ухода. В 2014г. открыты койки сестринского ухода в перинатальном центре г. Сыктывкара. В 2014г. на койках сестринского ухода прошли подготовку к родоразрешению 336 беременных женщин, которые использовали 3067 койко-дней. В основном это беременные из сельских территорий РК, имеющие средний и высокий риск осложнений в родах.

Таблица 5.19

Динамика аборт в Российской Федерации и РК

Показатель/год		2011	2012	2013	2014
Общее число аборт	РК	8563	8202	7519	6833
Показатель на 1000 женщин фертильного возраста	РК	35,7	35,6	33,8	31,66
	РФ	26,7	25,6	24,5	н/д
Показатель на 100 родившихся живыми и мертвыми	РК	73,06	65,6	60,05	55,2
	РФ	55,9	49,6	46,9	н/д
Соотношение роды/аборт	РК	1:0,7	1:0,7	1:0,7	1:0,6
Среди подростков 15-19 лет, % от общ.	РК	8,5	7,7	12,4	6,6
	РФ	6,7	5,9	н/д	н/д

Абсолютное количество аборт ежегодно со снижением, однако показатель аборт на 1000 ж.ф.в. превышает данный показатель по РФ. Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение аборт, является создание центров и кабинетов медико-социальной помощи в 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 охраны репродуктивного здоровья, а так же кабинеты поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации (всего 21 кабинет). В 2014г. проконсультировано 4281 женщин, по вопросам прерывания беременности 2012, из них 429 (21,3%) человек беременность сохранили (показатель по сравнению с 2013г. улучшился на 5,8%). Каждая женщина, обратившаяся за прерыванием беременности, должна быть направлена в кабинет поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Всем акушерам-гинекологам следует совместно с психологами, членами семьи эффективно использовать отведенную Законом «неделю тишины».

Состояние здоровья беременных. Уровень ранней явки беременных при взятии на «Д» учет является одной из качественных характеристик работы амбулаторного звена службы родовспоможения. Снизился удельный вес осложнений в период беременности и родов, сохраняется высокой ранняя постановка на учет по беременности до 12 недель и охват беременных женщин терапевтом.

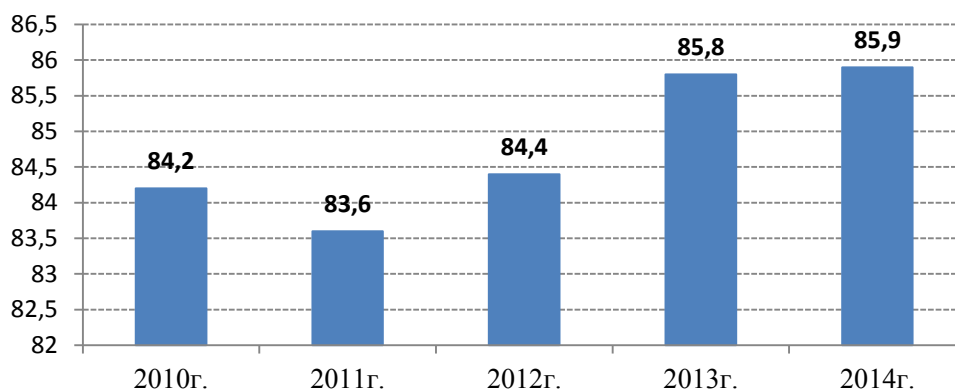


Рисунок 5.3 Ранняя постановка на учет по беременности до 12 недель, %

Ранняя явка беременных за пять лет возросла на 4,6%. Этот показатель приобретает особое значение в связи с актуальностью пренатальной (дородовой) диагностикой нарушений развития ребенка в первом триместре беременности, от этого показателя зависит уровень охвата скрининговым пренатальным обследованием беременных женщин. А также ранняя явка способствует своевременной диагностике и коррекции экстрагенитальной патологии.

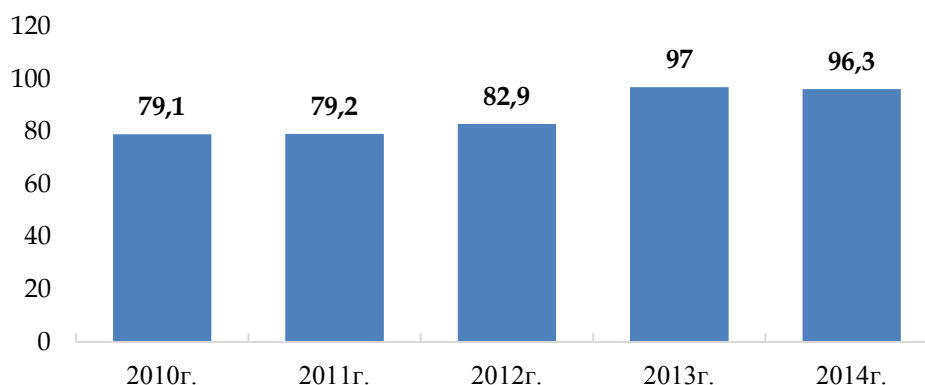


Рисунок 5.4 Охват осмотром терапевта в ранние сроки, %

Структура заболеваемости при беременности соответствует Российской. Имеется значительное превышение показателей РФ по заболеваемости анемией, и болезнями щитовидной железы, патологии почек, что можно связать с региональными особенностями.

Таблица 5.20

Профилактические осмотры беременных женщин в РК и Российской Федерации

Показатель		2011	2012	2013	2014
Удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации до 12 недель беременности (%)	РК	83,6	83,0	85,75	85,92
	РФ	83,9	84,6	85,3	н/д
Из числа женщин, закончивших беременность, осмотрены терапевтом (%)	РК	97,0	98,0	99,3	96,3
	РФ	98,2	96,6	98,0	н/д
Из числа осмотренных терапевтом – осмотрены в раннем сроке (%)	РК	79,1	83,2	83,0	77,8
	РФ	82,4	83,0	83,8	н/д
Из числа женщин, закончивших беременность, проведено УЗИ плода (%)	РК	98,7	99,0	99,3	96,7
	РФ	98,3	96,3	97,7	н/д
Из числа проведенных УЗИ выявлено плодов с ВПР (%)	РК	1,07	0,99	0,99	2,1
	РФ	1,12	1,95	1,26	н/д
Из числа женщин, закончивших беременность, проведено УЗИ трехкратно (%)	РК	85,09	81,4	84,1	84,1
	РФ	85,9	84,0	н/д	н/д
Из числа беременных женщин, закончивших беременность, взята проба на биохимический скрининг (%)	РК	33,01	54,8	79,3	77,7
	РФ	71,7	75,4	82,2	н/д
Выявлено отклонений при проведении биохимического скрининга (%)*	РК	9	1,1	0,98	1,8
	РФ	5,0	5,2	4,48	н/д
Выявлено отклонений при проведении всех случаев инвазивной диагностики 1 и 2 триместра в %*	РК	5,3	10,8	11,3	10,0
	РФ	н/д	н/д	н/д	
Выявлено отклонений при проведении инвазивной диагностики в комплексном пренатальном скрининге в %*	РК	-	34	31	25,8
	РФ	н/д	н/д	н/д	
Охват скринингом КВД вставших на учет до 14 недель в %*	РК	Не	70	89,4	94,7
Удельный вес отказавшихся от инвазивной диагностики в группах высокого риска в %*	РК	работали в программе Астрайя	18	20	30

*по данным медико-генетической лаборатории ГБУЗ РК «КРПЦ»

Показатели ранней явки беременных на учет в женскую консультацию, в том числе до 12 недель беременности, возросли, соответствуют показателю РФ, В то же время необъяснимо ухудшились показатели охвата осмотрами терапевта, УЗИ и биохимическим скринингом (ф.32). Частота выявленной патологии по УЗИ возросла за счет роста квалификации специалистов, но по-прежнему остается недостаточной. Имеются резервы случаев рождения детей с ВПР на дородовом этапе, которые могут увеличить смертность от ВПР в структуре младенческой смертности.

С 2012 года на территории РК проводится комплексная пренатальная (дородовая) диагностика врожденных нарушений развития ребенка с помощью программы Astraia.

Работают 7 центров по проведению пренатальной ультразвуковой диагностики в городах республики. За три года работы в программе пренатальной (дородовой) диагностики состояния ребёнка получили сертификат FMF(FetalMedicineFoundation) 19 врачей (в 2013г. - 18), из них 8 имеют дополнительно сертификат по нозальной кости, 2- по реверсному кровотоку, что должно повлиять на показатель выявляемости хромосомной патологии в последующем.

В целом биохимический скрининг в РК прошли 77,7% (в 2013г.79,3%) беременных женщин, комплексную пренатальную диагностику (по данным медико-генетической лаборатории перинатального центра) по завершившимся беременностям 9554 (89,4%) беременных (в 2013г. -89,4%), 94,7% от вставших на учет до 14 недель. Частота выявленной патологии среди прошедших биохимический скрининг ниже показателя РФ, по УЗИ напротив - выше. Но в целом в 2014г. диагностика синдрома Дауна в антенатальном периоде недостаточная и составила 41,6%. Структура обследованных по сроку беременности в республике отличается от рекомендованных сроков беременности РФ. Имеются случаи отказов беременных с высоким риском хромосомной патологии плода от уточняющей инвазивной диагностики в 2014г. 30% (с ростом от 2012г. - 18%). Необходимы совместные усилия всех медицинских работников, участвующих в оказании помощи беременным женщинам. Положительным моментом в 2014г. можно отметить улучшение диагностики пороков развития плодов на ранних сроках беременности. Так в 2014г. был диагностирован 51 порок (в 2013г.-33), из них 38 плодов элиминировано в первом триместре.

Таблица 5.21

Применение вспомогательных репродуктивных технологий (на базе ГБУЗ РК «КРПЦ»)

Показатель	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Количество начатых циклов	199	238	432	516
Количество циклов, в которых произведен перенос эмбриона:	174	206	404	462
Клинические беременности, количество	61	76	159	205
Эффективность наступления беременности на начатый цикл в РК, %:	31	32	36,8	39,7
Эффективность в РФ:	32,5	32,9	н/д	н/д
Эффективность наступления беременности на перенос эмбриона в РК, %:	35	37	39,4	44,4
Эффективность в РФ:	н/д	н/д	н/д	н/д
Количество родившихся детей	60	62	154	Данные в сентябре
Эффективность по рождению детей	30,1	25,6	35,6	Данные в сентябре
Количество циклов без оплаты для пациентов	65	75	175	300
Доля бесплатных циклов в %	32,7	31,5	40,5	58,1
ЭКО за счет средств ОМС			100	150
Эффективность ЭКО по ОМС на начатый цикл / подсадку Э в %	-	-	Не учитывалась отдельно	43,3 45,8
За счет федерального и республиканского бюджетов количество	50	75	100	150
Эффективность ЭКО по бюджету на начатый цикл / подсадку Э в %	Не учитывалась отдельно	Не учитывалась отдельно	Не учитывалась отдельно	40,7 44

В республике проводятся мероприятия, направленные на совершенствование высокотехнологичного метода лечения по профилю «Акушерство и гинекология» – экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Увеличиваются объёмы ЭКО за счет всех финансовых источников, в том числе за счет бюджетов РФ и РК, ОМС. Кроме того, в 2014г. 28 супружеских пар направлены для проведения ЭКО в федеральные центры РФ. Применение ЭКО в акушерско-гинекологической практике способствует повышению рождаемости в республике. Так в 2014г. с помощью этого метода родилось 168 детей (в 2013г.95). Использование бесплатных для пациентов программ дает возможность использования эффективного метода лечения бесплодия более широкому кругу лиц, увеличивая его доступность. Эффективность наступления беременности на начатый цикл в перинатальном центре не ниже показателя РФ. С 2012г. внедрена методика ИКСИ у супружеских пар с мужским фактором бесплодия, 47 циклов проведены с использованием донорских программ, при этом эффективность ЭКО с донорской спермой в 2014г. составила 51,4% на начатый цикл, с использованием донорских ооцитов - 33,3%. получены положительные результаты (наступление беременности) с подсадкой размороженных эмбрионов.

В 2014г. увеличилась доступность ВМП в области акушерства-гинекологии, не связанных с ЭКО. Так количество операций по ВМП со всех источников финансирования (бюджет РК, РФ, ОМС) в 2014г. в РК составило 182 (КРБ -150, УМРД 22, КРПЦ -10) и 51 женщина получила ВМП за пределами РК. Все запланированные объемы выполнены.

Задачи службы акушерства-гинекологии в 2015 год:

1. Реализация государственной программы РК «Развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства РК №545 от 25.12.2014г. на 2015и плановый 2016-2017гг.
2. Снижение показателей материнской, младенческой и перинатальной смертности.
3. Укрепление и сохранение репродуктивного здоровья, а так же повышение рождаемости, в том числе за счет снижения абортот и совершенствования репродуктивных технологий.
4. Совершенствование качества и эффективности пренатальной диагностики.
5. Использование современных технологий профилактики и ведения преждевременных родов.
6. Увеличение доступности высокотехнологичной медицинской помощи в акушерстве и гинекологии.
7. Внедрение эффективных схем оплаты труда.
8. Внедрение национальных клинических рекомендаций и протоколов.

ГЛАВА 6. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

В 2014 году в Республике Коми, как и в прочих субъектах Российской Федерации продолжались мероприятия по формированию трехуровневой системы организации оказания 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, но и высокотехнологичную медицинскую помощь.

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.

6.1. Оказание амбулаторной помощи населению.

Таблица 6.1

**Число посещений к врачам амбулаторно-поликлинического звена,
включая платные и посещения к стоматологам (зубным врачам) на 1 жителя в РК
в 2010-2014гг.**

Города и районы/Год	2010	2011	2012	2013	2014	Прирост к 2010 г, %
Вуктыльский	7,8	8,6	9,1	6,7	7,1	-8,9
Ижемский	5,7	6,0	7,9	8,6	7,4	+29,8
Княжпогостский	6,5	6,8	7,3	7,6	7,3	+12,3
Койгородский	9,0	9,6	9,4	9,6	11,4	+26,7
Корткеросский	5,6	7,1	7,4	8,2	9,3	+66,0
Печорский	7,8	8,3	8,4	8,4	8,0	+2,6
Прилузский	8,8	9,1	10,4	10,7	11,0	+25,0
Сосногорский	8,0	8,0	7,8	7,1	7,2	-10,0
Сыктывдинский	5,9	6,6	5,7	6,7	7,0	+18,6
Сысольский	7,7	8,6	9,2	10,2	10,8	+40,3
Троицко.-Печорский	8,9	9,4	9,1	8,7	8,5	-4,5
Удорский	5,4	5,8	6,0	5,7	5,7	+5,6
Усинский	8,1	8,8	9,4	9,6	9,7	+19,8
Усть-Вымский	4,8	5,4	5,5	5,6	6,2	+29,2
Усть-Куломский	7,1	7,3	8,6	8,7	8,9	+25,4
Усть-Цилемский	6,1	6,1	7,0	6,4	6,8	+11,5
Воркута	8,8	10,1	10,3	10,0	9,7	+10,2
Инта	9,2	9,2	9,4	10,0	9,7	+5,4
Ухта	9,9	10,0	10,1	9,7	10,0	+1,0
Сыктывкар	12,9	12,7	12,9	12,5	13,0	+0,8
РК	9,3	9,7	10,0	9,8	10,0	+7,5
РФ	9,4	9,4	9,5	9,5	н/д	
СЗФО	8,6	8,4	8,6	8,5	н/д	

Число посещений на одного жителя в год в целом по РК в 2014г. составило 10,0. В сравнении с 2010г. имеется тенденция к росту числа посещений на 7,5 %, что объясняется процессом оптимизации здравоохранения в части переноса акцента на оказание

амбулаторной помощи. В отдельных территориях - Удорском, Усть-Вымском, Ижемском, Сыктывдинском, Сосногорском, Княжпогостском, Усть-Цилемском, Вуктыльском районах показатели ниже среднереспубликанского. Отрицательная динамика отмечается в Вуктыльском, Сосногорском, Троицко-Печорском, что объясняется низкой кадровой укомплектованностью. Значительный прирост с 2010г. отмечается в Корткеросском (+66%), Сысольском (+40,3%), Ижемском (+29,8%), Усть-Вымском (+29,2%), Койгородском (+26,7%), Усть-Куломском (+25,4%), Усть-Цилемском (+20,8%), Прилузском (+25,0%) районах.

Таблица 6.2

**Число посещений на амбулаторно-поликлиническом приёме в РК
в 2010-2014гг. (на одну занятую врачебную должность)**

Города и районы/Год	2010	2011	2012	2013	2014	Отклонение
Вуктыльский	3453,5	3346,1	4276,8	3454,9	3078,7	-10,8
Ижемский	3465,2	3764,1	5152,8	5630,4	4960,7	43,2
Княжпогостский	2912,2	3002,8	3291,9	3977,6	3952,6	35,7
Койгородский	2182,5	2344,3	2765,0	2446,8	2512,6	15,1
Корткеросский	2887,1	3472,0	3197,0	3475,8	3816,8	32,2
Печорский	2804,0	2837,7	2953,1	3041,2	2812,6	0,3
Прилузский	3819,6	3863,4	4188,3	4085,0	3721,0	-2,6
Сосногорский	4939,2	4897,6	4682,8	4250,4	4076,8	-17,5
Сыктывдинский	3052,6	2721,3	2297,6	2724,2	2768,1	-9,3
Сысольский	4748,2	4566,2	4367,6	4659,1	3924,8	-17,3
Троицко-Печорский	4779,6	4777,2	4343,2	4076,4	3448,8	-27,8
Удорский	2922,3	2891,3	3116,4	2841,0	3807,1	30,3
Усинский	4156,1	4131,9	4187,9	3931,1	4037,8	-2,8
Усть-Вымский	4493,3	4501,5	4879,9	4408,5	3790,8	-15,6
Усть-Куломский	5260,8	4404,9	4658,1	5225,3	4000,7	-23,9
Усть-Цилемский	3377,5	4078,9	5127,3	3867,1	4362,1	29,2
Воркута	2475,1	2472,6	2799,9	2710,2	2396,8	-3,2
Инта	3208,2	3098,8	3060,2	2999,2	2827,2	-11,9
Ухта	2995,2	2956,3	2942,5	2946,4	3171,1	5,8
Сыктывкар	2347,2	2278,1	2410,2	2319,1	2350,1	0,1
РК	2815,6	2772,9	2918,2	2840,0	2810,8	-0,2

Число посещений на амбулаторно-поликлиническом приеме на одну занятую врачебную должность снизилось с 2010г. на 0,2 %.

Таблица 6.3

**Удельный вес посещений в поликлинике по поводу заболеваний в РК
в 2010-2014гг. (в%)**

Города и районы/Год	2010	2011	2012	2013	2014
Вуктыльский	73,6	73,9	73,0	70,0	67,0
Ижемский	61,9	64,7	60,1	62,1	57,4
Княжпогостский	62,2	61,7	67,5	71,3	56,8
Койгородский	65,1	69,1	68,6	64,5	61,5
Корткеросский	66,0	70,8	71,9	68,3	60,0
Печорский	68,7	67,7	69,6	68,7	64,9
Прилузский	74,4	71,0	68,8	70,3	62,0
Сосногорский	72,7	79,9	72,7	80,1	70,9
Сыктывдинский	75,5	78,9	84,4	79,7	68,1
Сысольский	60,5	60,4	57,1	54,2	49,9
Троицко-Печорский	66,9	85,8	81,9	78,3	78,4
Удорский	60,7	60,4	55,5	68,6	52,1
Усинский	70,0	66,5	70,7	67,7	45,6

Усть-Вымский	69,1	69,0	64,8	70,9	50,2
Усть-Куломский	62,8	64,6	61,3	64,0	57,7
Усть-Цилемский	65,8	67,8	66,3	74,2	61,1
Воркута	60,0	65,2	61,0	62,8	54,7
Инта	67,1	72,2	79,3	75,2	66,2
Ухта	83,1	75,9	79,6	80,8	76,0
Сыктывкар	76,7	76,5	74,8	75,7	68,3
РК	72,4	72,8	72,2	73,1	65,0

Удельный вес посещений по поводу заболеваний составил в целом по республике в 2014г.- 65,0%. В динамике показатель снизился с 2010г. на 10,2%, что свидетельствует об увеличении доли посещений с профилактической целью. В части территорий – Прилузском, Усть-Вымском, Усинском, Сысольском районах и г.Сыктывкар, г.Ухта, – в динамике отмечается наибольшее снижение удельного веса посещений по поводу заболеваний, что свидетельствует об эффективности работы участковой службы. Рост данного показателя зафиксирован в Троицко-Печорском районе, что свидетельствует о недостаточной работе по диспансерному наблюдению пациентов с хроническими заболеваниями в амбулаторном звене.

Таблица 6.4

**Удельный вес профилактических посещений в поликлинике в РК
в 2010-2014гг. (в%)**

Города и районы/Год	2010	2011	2012	2013	2014
Вуктыльский	26,4	26,1	27,0	30,0	33,0
Ижемский	38,1	35,3	39,9	37,9	42,6
Княжпогостский	37,8	38,3	32,5	28,7	43,2
Койгородский	34,9	30,9	31,4	35,5	38,5
Корткеросский	34,0	29,2	28,1	31,7	40,0
Печорский	31,3	32,3	30,4	31,3	35,1
Прилузский	25,6	29,0	31,2	29,7	38,0
Сосногорский	27,3	20,1	27,3	19,9	29,1
Сыктывдинский	24,5	21,1	15,6	20,3	31,9
Сысольский	39,5	39,6	42,9	45,8	50,1
Троицко-Печорский	33,1	14,2	18,1	21,7	21,6
Удорский	39,3	39,6	44,5	31,4	47,9
Усинский	30,0	33,5	29,3	32,3	54,4
Усть-Вымский	30,9	31,0	35,2	29,1	49,8
Усть-Куломский	37,2	35,4	38,7	36,0	42,3
Усть-Цилемский	34,2	32,2	33,7	25,8	38,9
Воркута	40,0	34,8	39,0	37,2	45,3
Инта	32,9	27,8	20,7	24,8	33,8
Ухта	16,9	24,1	20,4	19,2	24,0
Сыктывкар	23,3	23,5	25,2	24,3	31,5
РК	27,6	27,2	27,8	26,9	35,0

Удельный вес профилактических посещений в поликлинике с 2010 г. вырос на 7,4%, составил в целом по РК в 2014г. 35,0%. В Сысольском, Вуктыльском районах отмечается стабильное увеличение данного показателя. В Усинском (54,4%), Сысольском (50,1%), Усть-Вымском (49,8%), Удорском (47,9%), Усть-Куломском (42,3%) районах, г. Воркута (45,3%) показатель значительно превышает среднереспубликанский.

Таблица 6.5

**Охват профилактическими осмотрами контингентов населения,
подлежащих периодическим осмотрам в РК за 2010-2014 гг. (в %)**

Города/районы/Год	2010	2011	2012	2013	2014
Вуктыльский	100,0	100,0	100,0	100,0	100,3
Ижемский	76,8	87,8	84,6	88,5	92,1
Княжпогостский	94,3	98,4	97,9	98,8	99,3
Койгородский	98,0	94,8	90,5	100,0	99,6
Корткеросский	96,4	97,2	100,0	100,0	98,8
Печорский	99,4	98,5	97,0	83,2	89,1
Прилузский	97,5	98,6	97,8	98,1	98,2
Сосногорский	99,5	99,2	99,6	99,6	63,7
Сыктывдинский	80,0	84,9	73,8	82,7	94,9
Сысольский	99,2	99,0	96,8	97,0	98,8
Троицко-Печорский	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Удорский	98,8	96,7	98,6	89,2	92,7
Усинский	95,4	93,8	90,0	91,1	95,8
Усть-Вымский	97,2	99,8	99,8	97,3	99,7
Усть-Куломский	99,7	99,6	100,0	100,0	94,1
Усть-Цилемский	90,6	89,9	92,0	89,6	76,7
Воркута	94,2	57,1	89,4	95,9	97,5
Инта	98,5	99,8	99,8	97,3	99,5
Ухта	99,3	99,3	98,9	99,9	99,2
Сыктывкар	96,5	94,7	96,5	92,9	97,7
РК	96,4	85,2	94,7	94,5	95,3

Охват профилактическими осмотрами контингентов населения, подлежащего периодическим осмотрам, составил в 2014г. 95,3%, что отражает возможность своевременного выявления заболеваний, соблюдения преемственности и этапности диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

6.1.1. Служба врача общей практики. Одним из важных направлений является повышение эффективности и совершенствование первичной медикосанитарной помощи и профилактической направленности здравоохранения, дальнейшее укрепление сети и развитие общеврачебных практик.

Таблица 6.6

**Количество врачей общей практики в РК в 2010-2014 гг.
по городам и районам**

Города и районы/Год	2010	2011	2012	2013	2014
Вуктыльский	2	2	2		1
Ижемский	1	1	1	1	1
Корткеросский	1	1	1	1	1
Печорский	1	1	1	1	1
Прилузский	8	10	9	12	12
Сыктывдинский	1	1	1	1	1
Сысольский	2	3	2	2	2
Усинский	1	1	1	4	1
Усть-Вымский	3	3	3	3	3
Усть-Куломский	-	-	4	3	3
Усть-Цилемский	3	2	1	2	2
Ухта	1	1	1	2	2
Сыктывкар	14	15	16	15	15
РК	37	40	43	47	45

Врачи общей практики в РК работают в амбулаториях врачей общей практики и на

терапевтических участках поликлиник. В г.Сыктывкаре – 15 врачей общей практики, функционирует 10 врачебных амбулаторий, из них 5 работают по принципу общеврачебных практик, одно отделение ВОП. В 2014г. начали первичную переподготовку по специальности ВОП 5 участковых врачей. На конец 2014г. в муниципальных образованиях функционирует 28 участков врачей общей практики, осуществляют деятельность в сельских районах 14 амбулаторий врачей общей практики (Прилузский район– 6, Усть-Вымский район– 3, Сысольский район– 2, Усть-Куломский– 3). Численность обслуживаемого населения врачами ОП составляет 73 735 человек, в том числе 4 958 детей.

Таблица 6.7

Сведения о врачах общей практики (ВОП) в РК в 2010-2014гг.

Показатели/Год	2010	2011	2012	2013	2014
Штатные должности	47,25	48,5	54,5	60,25	62,75
Укомплектованность, %	78,3	82,5	71,5	73,0	71,7
Физические лица (ф.№30)	37	40	39	44	45
Физические лица (ф.№17)	40	41	43	47	45
Имеют сертификаты, человек	38	40	43	47	45
Имеют сертификаты, %	95,0	97,6	100,0	100,0	100,0
Имеют категорию, человек	11	12	11	12	8
Имеют категорию, %	27,5	29,3	25,6	25,5	17,8

Служба врачей общей практики позволяет значительно увеличить доступность медицинской помощи и уменьшить сроки её ожидания, особенно для сельских жителей удаленных районов РК.

В перспективах развития службы врачей общей практики на 2015г. увеличение числа ВОП с дальнейшим открытием офисов врачей общей практики в ряде территорий республики в поселениях с большой численностью населения.

6.1.2.Амбулаторно-поликлиническая помощь больным кардиологического профиля. Амбулаторно-поликлинические приемы врачей кардиологов организованы в 6 территориях (город Сыктывкар – 17,25 ставок, город Воркута – 0,5, город Инта - 2,75, город Печора - 1,25, город Ухта – 5,25, город Усинск-1,0 ставки).

Число посещений к врачам кардиологам составило 72818 взрослого населения (2013г-91735 посещений), число посещений на 1 жителя составило 0,11 (2011г-0,10), функция врачебной должности составила 3741,9 (2011г-3247,3).

Проводится работа по повышению квалификации врачей по вопросам первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Ежегодно под эгидой Российского кардиологического общества (РОК) проводятся Школы АГ для врачей РК, а также круглые столы, конференции по профилактической кардиологии.

При содействии филиала Кировской медицинской академии, Коми научного медицинского центра, ведутся научные исследования по проблемам АГ, ЦВЗ, атеросклероза.

Для повышения уровня образования врачей используются Национальные рекомендации РОК, Рекомендации Европейского и Американского обществ кардиологов.

В РК функционируют 35 кабинетов профилактики, 18 кабинетов доврачебного приема, 2 отделения профилактики (города Воркута и Инта), создано 14 централизованных картотек АГ.

Для целей санитарно-просветительной работы используются видео-, теле-, радиоролики, утвержденные Минздравсоцразвития РФ.

Охват пациентов, страдающих БСК, диспансеризацией составил в 2014 г. 44,2% (2013-39,9%).

Таблица 6.8

Охват диспансерным наблюдением пациентов с БСК в РК в 2010-2014гг. (в %)

Диспансеризация в амбулаторно-поликлинической сети	2010	2011	2012	2013	2014
БСК	37,40	38,0	37,3	39,9	44,2
Стенокардия	49,3	42,7	39,4	42,4	44,8
ИБС	44,4	43,7	43,5	47,5	46,9
АГ	53,5	55,5	54,4	58,2	62,9
ЦВЗ	32,2	23,3	22,6	23,0	29,0

Достижение целевых цифр артериального давления (АД) у больных с АГ в 2014 г. составило по РК 72,9% (2013-65,8) при целевом показателе 60%, что свидетельствует об улучшении приверженности пациентов с АГ к лечению гипотензивными препаратами.

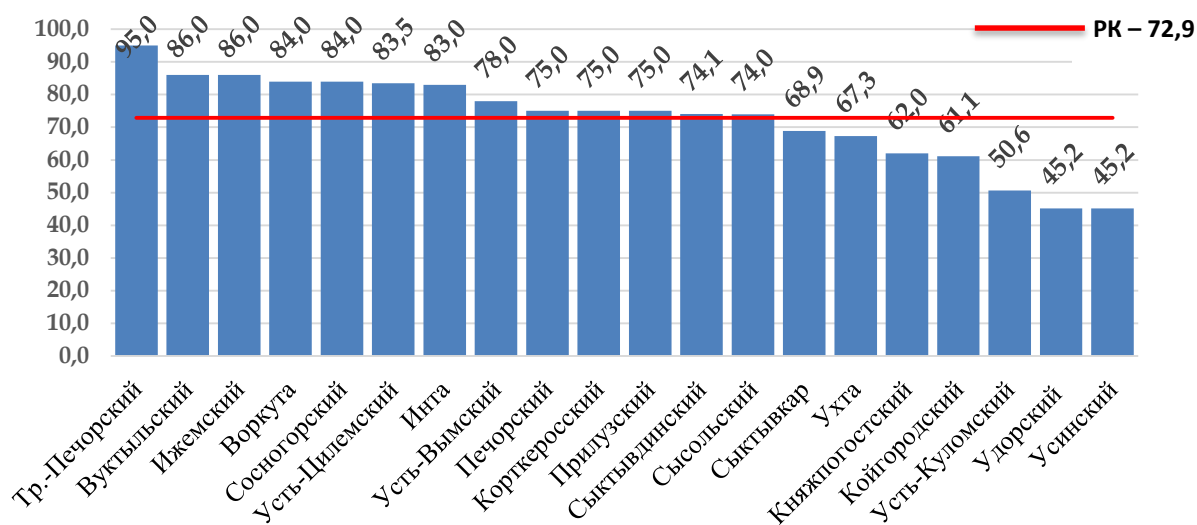


Рис.6.1 Достижение целевых цифр АД у больных с АГ по данным мониторинга Временных отчетных форм наблюдения за больными с БСК в РК в 2014 г.

6.1.3 Анализ работы амбулаторно-поликлинической сети онкологической службы. В амбулаторно-поликлинической сети по штату 40,75 ставки врачей онкологов, занято 35,0, занятость ставок – 85,9%, физических лиц 17, укомплектованность физическими лицами – 41,7%, (2013г. ставок 40,75, занято 85,9%, физических лиц - 19, укомплектованность физическими лицами – 41,7%,; 2012г. ставок 31,5, занято 96,0%, физических лиц-16, укомплектованность физическими лицами-50,8%; 2011г. ставок 23,25, занято 21,75, физических лиц-19, укомплектованность физическими лицами-38,7%; 2010г. ставок-23,25, занято-21,75. Физических лиц -7, укомплектованность – 30,).

По РК число посещений к врачу-онкологу на 1000 населения – 132,7, что выше норматива госгарантии РФ – 96,5 и составляет 2014г.- 137,5 % от норматива (2012г.- 95,7%, 2011 г. - 91,8%, 2010г. - 77,7%, 2009г. - 88,5%). На долю диспансерного отделения КРОД приходится 46,3% от всех посещений онкоприема по РК (2013г. – 45,7%, 2012г.- 53,9%, 2011 г. – 52,2 %, 2010г. – 51,4%).

Функция врачебной занятой должности по РК -3306,8 посещений, в т.ч. ГУ «КРОД» -3351,8, ЛПУ Сыктывкар -3842,6, ГП Ухта-3173,6, ЦРБ Печора-4273, ЦРБ Инта-3591, ЦРБ Усинск-4411, ЦРБ Сосногорск-2880.

Анализ полноты охвата диспансерным наблюдением больных злокачественными новообразованиями по данным ВОО районов показывает, что за 2014 год этот показатель составил – 67,3% (2013г. – 78,6%, 2012г.-77,1%; 2011 г. - 75,8%), ниже средне

республиканского показателя охват «Д» наблюдением отмечается в Удорском районе – 30,2%, в Печорском районе – 30,9%, Усть-Куломском районе – 36,3%, Княжпогостском районе-14,5%, Вуктыльском районе-39,7%.

Кадры. В 2014 году выделено 67,75 единиц врачей-онкологов, занято ставок 61,75 – 91,4%, физических лиц врачей-онкологов – 40 (26 – ГУ «КРОД», филиал ГУ «КРОД» «Воркутинский ОД» - 4, «ЦГБ» г. Инта – 1, «ЦГБ» г. Ухта – 1, ГП №1 г. Ухта - 2, «ЦРБ», г. Усинск – 1, ГП №3 Сыктывкар-1, ЦРБ Сыктывдинского-1, ЦРБ Усть-Вымская-1, Прилузкая ЦРБ-1, Сосногорская ЦРБ-1), укомплектованность физическими лицами – 59,0%. 27,0 - ставок врачей-онкологов в штате стационаров (24,75 – ГУ «КРОД» с филиалом «Воркутинским ОД»; 1,75 – Ухтинская ГБ, 0,25 – ГУ «КРБ», 0,25 - РГВВ и УБД), остальные 40,25 ставок на амбулаторно-поликлиническом приеме, занято ставок 35,0, занятость ставок 85,9%.

Кроме того в ДРБ по штату 3,5 ставок детских онкологов, занято 3,5 ставок, физических лиц детских онкологов нет, сертификатов нет.

Из 40 врачей онкологов имеют сертификаты 40-100% .

Таблица 6.9

Обеспеченность населения РК врачами-онкологами и радиологами.

	2010	2011	2012	2013	2014	2013 РФ
Онкологами:						
- на 100 тыс. населения	2,8	2,9	3,9	4,9	4,6	4,6
- на 1000 первичных больных	9,1	9,0	11,3	13,4	13,6	12,1
- число больных на одного врача	547,6	561,5	459,1	391,4	441,8	477,3
Радиологами:						
- на 100 тыс. населения	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	1,1
- на 1000 первичных больных	2,4	2,3	2,3	2,2	2,4	3,2

В абсолютном числе количество врачей онкологов за последние 5 лет возрастает с 23 в 2009 г. до 40 врачей в 2014г., по сравнению с 2013 годом уменьшилось на врача (СГБ, Печорская ЦРБ, Тршицко-Печорская ЦРБ). (2013г.- 43, 2012г.-35, 2011 г. -27, 2010 г. – 27 врачей). Обеспеченность на 100 тыс. населения врачами-онкологами на уровне, а обеспеченность врачами-радиологами ниже чем в РФ.

Нагрузка на 1 врача-онколога по числу больных, состоящих на учете в 2014 году – 741,8 выше показателя по РФ, в связи с увеличением количества врачей онкологов и в динамике уменьшается.

Из 40 врачей-онкологов 13 врачей (-32,5%) имеют квалификационные категории, в том числе высшую 6 врачей – 15,0% (РФ -31,4%), первую 5 врачей – 12,5%, вторую 2 врача –5,0%. Из 7 врачей-радиологов 4 врача имеют квалификационные категории – 57,1%, в т.ч. высшую 3 врача –42,9% (РФ – 44,6%)вторую 1 врач – 14,3%.

Диагностика злокачественных новообразований по РК. Выявление больных с I-II стадией заболевания в 2014 году составило 45,4%, что на 1,3% ниже уровня 2013 года и на 0,5% ниже, чем в 2010 году, РФ 2013 год – 50,8%. Можно отметить, что показатель своевременной диагностики в 2014 году впервые ниже показателя 5 летней давности и ниже прошлогоднего, в сравнении с РФ показатель по РК ниже на 5,4%. Показатель поздней диагностики в республике в 2014 году находится на уровне 23,2%, что выше прошлого года на 1,7%. Удельный вес выявленных с IV стадией за последние три года самые высокие, при этом республиканский показатель выше среднероссийского на 2,1%. Удельный вес активно выявленных больных в 2014 году, вырос в сравнении с прошлым годом на 0,7%, но ниже среднероссийского показателя на 4,1%. По итогам 2014 года на селе удельный вес активно выявленных соответствует уровню города. Уровень показателя ниже среднероссийского объясняется неполной регистрацией всех активно выявленных

больных низким привлечением на профосмотры населения, плохой санпросвет работой на местах.

Таблица 6.10

Состояние диагностики злокачественных новообразований в РК за период 2010-2014 г.г. (%)

	2010	2011	2012	2013	2014	+/-% 2010	РФ 2013
I-II стадия	45,9	47,6	47,7	46,7	45,4	-0,5	50,8
IV стадия	25,5	21,7	21,8	21,5	23,2	-2,3	21,1
Удельный вес выявленных больных при профосмотрах	13,5	11,1	11,7	12,5	13,2	-0,3	17,3
Морфологическая верификация диагноза	84,7	85,0	85,2	88,6	86,1	1,4	87,7
Одногодичная летальность	32,9	30,0	26,6	27,2	26,4	-6,5	25,3
Удельный вес больных, состоящих более 5 лет	53,1	55,0	55,7	55,8	55,2	2,1	51,7

Показатель одногодичной летальности в 2014 году, остается одним из самых низких за последние пять лет, так в сравнении с 2010 годом он снизился на 6,5%. За 2014 год. Показатель одногодичной летальности в РФ, по сравнению с РК, выше на 1,1%. Снижение уровня одногодичной летальности обусловлено, прежде всего, улучшением и внедрением новых методов лечения (химиотерапевтическое лечение, лучевое лечение), более широкое внедрение принципов поддерживающей терапии больных с IV стадией заболевания, а так же выявлением больных с ЗНО с I-II стадией заболевания в среднем выше 46-47%.

Таблица 6.11

Удельный вес больных с впервые в жизни установленным диагнозом с I-II стадиями по локализациям в РК, (%)

Локализация опухоли	2010	2011	2012	2013	2014	+/-% 2014	РФ 2013
Губы	100	59,6	69,2	62,5	71,4	8,9	85,5
Полости рта и глотки	25,3	16,9	23,5	21,4	18,3	-3,1	н/д
Пищевод	39,7	33,3	32,8	34,4	39,7	5,3	27,0
Желудок	27,4	22,9	29,6	26,4	27,7	1,3	28,7
Ободочная кишка	36,8	39,2	41,0	36,7	36,0	-0,7	41,9
Прямая кишка	42,5	54,2	49,4	50,0	44,3	-5,7	48,2
Гортань	24,0	40,7	28,9	17,4	16,7	-0,7	35,5
Легкие	37,9	31,7	36,3	31,2	28,7	-2,5	25,7
Меланома кожи	66,7	61,9	69,8	78,0	73,2	-4,8	73,1
ЗНО кожи	91,6	89,6	85,1	79,3	86,5	7,2	96,5
Молочная железа	66,0	70,1	70,5	69,8	68,2	-1,6	66,7
Шейки матки	63,1	71,8	58,2	62,4	59,0	-3,4	61,2
Тело матки	79,6	86,1	83,7	75,0	70,9	-4,1	80,6
Яичники	45,7	41,6	40,9	33,8	43,8	10,0	35,8
Щитовидная железа	84,5	85,0	83,8	79,2	88,4	9,2	73,9
Предстательная железа	34,6	33,0	42,9	45,8	42,7	-3,1	49,5
Мочевое пузыря	78,9	76,9	63,5	64,8	67,1	2,3	69,6
Почек	н/д	58,5	66,5	68,2	63,3	-4,9	н/д
ВСЕГО	45,9	47,6	47,7	46,6	45,4	-1,2	50,8

Можно отметить, что в 2014 году, уровень своевременной диагностики в РК ниже прошлогоднего. Можно выделить следующие ряд нозологий, которые в 2014 году

снизились, в сравнении с аналогичным периодом прошлого года это ЗНО полости рта и глотки, прямой кишки, тела матки. Следует отметить, что удельный вес выявленных в I-II стадией рака шейки матки в 2014 году самый низкий за последние 5 лет. Соотношение инвазивного рака шейки матки к прединвазивному составило 1,5:1, что хуже прошлого. (РФ в 2013 году это соотношение составило 1:0,2). Оставляет желать лучшего уровень своевременной диагностики рака полости рта и глотки, гортани, желудка, легких, яичников. Показатель своевременной диагностики рака молочной железы ниже на 1,6% прошлого года, но при этом выше, чем в РФ на 1,5%.

В 2014 году показатель своевременной диагностики рака легкого составил 28,7%, это на 2,5% меньше чем в 2013 году. Остаются стабильно устойчивые показатели ранней диагностики рака щитовидной железы, ободочной кишки, гортани, молочной железы. Удельный вес выявленных больных с I-II стадией в 2014 году находится на уровне 2010 года.

Таблица 6.12

Удельный вес больных с впервые в жизни установленным диагнозом с IV и с III стадией визуальных локализаций по локализациям в РК 2009-2013гг, (%)

Локализация опухоли	2010	2011	2012	2013	2014	+/-% 2010	РФ 2013
Губы	-	23,5	7,7	-	7,1	7,1	3,5
Полости рта и глотки	44,0	42,2	30,8	46,5	45,1	1,1	н/д
Пищевод	39,7	21,1	24,6	18,8	19,0	-20,7	30,4
Желудок	55,7	51,5	48,0	48,2	40,4	-15,3	40,9
Ободочная кишка	38,7	31,3	33,3	32,8	36,0	-2,7	27,6
Прямая кишка	30,6	20,7	26,6	24,0	29,7	-0,9	23,7
Прямая кишка*	48,5	39,3	48,1	44,2	48,7	0,2	48,8
Гортань	40,0	11,1	10,5	17,1	41,7	1,7	16,9
Легкие	28,6	35,2	30,1	29,8	38,1	9,5	39,4
Меланома кожи	5,1	4,8	4,8	6,0	5,4	0,3	8,8
Меланома кожи*	17,9	26,2	12,7	18,0	19,7	1,8	23,8
Рак кожи	1,2	0,6	1,1	0,5	1,1	-0,1	0,4
Рак кожи*	4,8	2,3	4,4	2,1	2,7	-2,1	2,4
Молочная железа	9,3	4,5	7,3	5,0	8,7	-0,6	8,7
Молочная железа*	30,6	25,1	25,6	27,0	27,3	-3,3	31,9
Шейки матки	8,3	1,0	8,2	11,0	4,0	-4,3	9,5
Шейки матки*	34,5	26,3	36,7	30,3	29,0	-5,5	36,5
Тело матки	6,5	3,7	3,5	9,6	7,3	0,8	5,7
Яичники	18,6	14,6	19,7	15,0	16,3	-2,3	20,8
Щитовидная железа	1,7	3,0	6,3	2,8	1,0	-0,7	8,2
Щитовидная железа*	15,5	12,0	15,0	16,0	9,7	-5,8	24,6
Предстательной жел.	30,8	38,3	31,2	32,1	27,5	-3,3	17,2
Мочевого пузыря	8,8	3,8	18,8	12,7	15,4	6,6	10,3
ВСЕГО	25,5	21,7	21,8	21,5	23,2	-2,3	21,1

* III-IV стадия суммарно

Показатель поздней диагностики в 2014 году, составил 23,2%, против 25,5% в 2010 году (-2,3%), РФ в 2013 году – 21,1%. В 2014 году произошло увеличение показателя поздней диагностики рака губы до 7,1% в 2014 году в РФ – 3,5%, гортани 17,1% в 2013 году до 41,7% в отчетном году, ЗНО легких с 29,8% до 38,1% в 2014г. Показатели запущенности по другим локализациям остаются примерно на одном уровне и ниже.

Анализ запущенных случаев по форме 27-2/у, показывает, что в 33,3% случаев причиной поздней диагностики являлось несвоевременное обращение (2010 год – 42,6%,

2011 год – 37,5%, 2012 год – 34,3%, 2013 год – 28,5%), скрытое течение 41,7% (2010 год – 40,1%, 2011 год – 44,8%, 2012 – 42,6, 2013 – 45,7%). Суммарно в 21,3% причинами позднего выявления послужили ошибки медработников (2010 год – 14,5%, 2011 год – 11,1%, 2012 год – 14,6%, 2013 – 14,5%), следует отметить, что при разборах на местах все чаще основную причину выносят неполное обследование, клиническую или рентгенологическую ошибку и т.д. В 3,3% случаев поздняя диагностика была связана с отказом больных от обследования, 2010г. – 2,8%, 2011г. – 5,0%, 2012г. – 3,1%, 2013 – 4,0%.

При разборе протоколов по форме 027-1/у, визуальных локализаций, основная доля причин запущенности приходится на несвоевременное обращение и скрытое течение. Больше всего поздно обращаются за медицинской помощью при раке молочной железы, полости рта и глотки, шейки матки. В свою очередь скрытое течение как причина запущенности высока среди рака прямой кишки, молочной железы. Обращает внимание, что остается достаточно высоким уровень в причинах запущенности скрытого течения 29,0%, что недопустимо в таком проценте при визуальных локализациях. В 2014 году больше всего таких причин выставлено в Ухте, Воркуте, Инта, Корткеросском, Сыктывдинском районе.

Несмотря на проводимую работу, на местах еще остаются проблемы работы онкологических комиссий по приказу МЗРФ №135, поэтому оставляет желать лучшего качество разбора и своевременность проводимых разборов. Зачастую разборы формальные без выявления истинных причин запущенности. В некоторых случаях выдают реальные причины запущенных случаев рака, за самые распространенные – скрытое течение и несвоевременное обращение. В 2014 году самая низкая дисциплина и качество проводимых разборов были в Вуктыльском, Троицко-Печорском, Сысольском районах.

Самая высокая запущенность в 2014 году наблюдалась:

- Усть-Куломском районе – 30,1%,
- Сысольском районе – 27,6%,
- Вуктыльском районе – 27,5%,
- Княжпогостском районе – 27,0%,
- Усть-Цилемский район – 25,7%,
- Прилузский район – 12,7%,
- Сосногорском районе – 12,2%.

Таблица 6.13

**Одногодичная летальность к числу первично взятых по всем локализациям по РК,
(%)**

Локализация опухоли	2010	2011	2012	2013	2014	+/-% 2010	РФ 2013
Губы	16,7	-	20,0	7,7	-	-16,7	4,9
Полости рта и глотки	38,7	44,2	40,7	47,5	38,3	-0,4	н/д
Пищевод	69,8	69,0	69,8	63,2	68,8	-1,0	58,3
Желудок	57,1	50,0	54,2	54,3	47,3	-9,8	49,2
Ободочная кишка	34,2	33,5	32,1	29,4	33,1	-1,1	28,4
Прямая кишка	35,4	26,1	24,6	22,6	28,8	-6,6	25,7
Гортань	22,6	40,0	14,8	24,3	37,5	14,9	24,9
Легкие	56,5	52,9	54,5	54,3	54,6	-1,9	51,8
Кости, мягкие ткани	26,1	6,7	25,0	12,5	33,3	7,2	27,3
Меланома кожи	12,5	-	9,8	5,1	20,0	7,5	12,3
Рак кожи	1,8	1,8	0,6	1,8	1,2	-0,6	0,8
Молочная железа	7,5	9,7	3,7	7,1	4,6	-2,9	7,4
Шейки матки	15,1	17,9	7,5	11,5	13,9	-1,2	16,5
Тело матки	11,1	10,8	9,9	8,8	6,9	-4,2	9,4

Яичники	25,7	15,7	18,3	30,2	22,1	-3,6	23,7
Предстательной жел.	14,9	4,7	12,4	6,9	8,5	-6,4	10,3
Мочевое пузыря	19,4	21,1	12,3	22,7	25,0	5,6	17,9
Щитовидная железа	-	-	3,2	2,7	4,0	4,0	4,7
Лимфомы	30,5	30,9	14,9	26,0	16,1	-14,4	21,5
Лейкемии	24,3	32,8	14,3	15,1	12,5	-11,8	
ВСЕГО	32,9	30,0	26,6	27,2	26,4	-6,5	25,3

Одногодичная летальность к числу первично взятых по всем локализациям в 2014 году составила 26,4% (-6,5% к 2010 г.), это самый низкий показателей за последние пять лет. Наиболее высокие уровни 1-годовой летальности в 2014 году имеют районы: Троицко-Печорский – 40,0%, Корткеросский район – 38,8%, Прилузский – 39,1%, Ижемский – 36,6%, Сыктывдинский район – 32,0%, следует отметить, что ряд районов РК из года в год занимают высокие позиции по этому показателю, это обусловлено, прежде всего, высоким уровнем запущенности и заболеваемости ЗНО, а также низким уровнем организации работы первичного звена здравоохранения.

В 2014 году, высокие уровни 1 – годичной летальности, наблюдались при следующих локализациях: ЗНО желудка 47,3%, пищевода – 68,8%, легкие – 54,6%, полость рта и глотки – 38,3%. Столь высокая одногодичная летальность обусловлена, прежде всего, за счет поздней выявляемости ЗНО на уровне первичного звена, которая ведет к не радикальности лечения в специализированных учреждениях. Самый большой прирост одногодичной летальности среди локализаций, за последние пять лет, отмечается при ЗНО гортани и мочевого пузыря. Выше, чем в среднем по РФ одногодичная летальность при раке губы, полости рта и глотки, пищевода, колоректального рака, гортани, мочевого пузыря, меланоме кожи. Другие локализации ниже или сопоставимы с среднероссийскими.

В целом по РК уровень морфологической верификации ЗНО в 2014 году составил 86,1% против 88,6% в 2013 году (2,5%), РФ в 2013 г. – 87,7%. Морфологическая верификация в 2014 году выше 95% при раке полости рта и глотки, рак кожи, гортани, молочной железы, шейки матки, тела матки. 100% верификация за 2014 год ЗНО губы. В РК значительно хуже показателей РФ, при гемобластозах.

Несмотря на рост диагностических возможностей, оснащенности медицинских учреждений высокоэффективным диагностическим оборудованием, развитие новых диагностических методик, доля активно выявленных больных и доля больных, заболевание у которых выявлено на ранней стадии опухолевого процесса, остаются достаточно низкими, особенно при визуальных локализациях. За 2014 год показатель активно выявленных больных в республике составил 12,5%, что больше прошлогоднего показателя на 1,7%. По районам самые высокие показатели по Койгородскому, Интинскому, Троицко-Печорскому, самые низкие показатели в Корткеросском, Усинском, Вуктыльском районах. Следует отметить, что ряд районов РК, с высоким показателем активно выявленных имеет высокую запущенность ЗНО, а так же одногодичную летальность, что говорит о том, что в этих районах больные выявляются активно уже с запущенной формой ЗНО, что недопустимо. По нозологиям больше всего выявляется активно ЗНО женских половых органов и молочной железы суммарно 49,6% от всех выявленных при профосмотрах, легкие и кожа 15,0%, 20,6% соответственно. Такая картина объясняется более организованной работой по раннему выявлению и регистрацией ЗНО в женских консультациях, смотровых и флюорокабинетах.

Контингент больных с первично-множественными опухолями от общего числа больных состоящих на учете с диагнозом злокачественное новообразование составила в 2014 году 5,4% это больше, чем в 2013 году на 0,3%, РФ – 6,1%.

Положительная динамика показателя по РК, свидетельствует об улучшении состояния онкологической помощи оказываемой прикрепленному населению. По этому показателю республика находится на среднероссийском уровне.

По данным оперативной информации (ВО «ОНКО») территорий за 2014 год в целом по РК осмотрено 69,9% из подлежащих осмотру женщин старше 30 лет, что ниже уровня за 2013 год на 5,4%. Из прошедших осмотр, в смотровых кабинетах осмотрено 58,7% в 2013г.-57,4% (1,3%). При всех видах онкоосмотров выявлено 389 случаев злокачественных опухолей различных локализаций, из них 67 или 17,2% в смотровых кабинетах это на уровне 2013 года. Больше всех активно выявляется рак шейки матки, из 182 больных, включая рак *in situ*, 41 выявлены при профосмотрах – 22,5% (2013 год – 25,8%) и рак молочной железы с показателем 34,0% (2013 год – 26,6%). Общая выявляемость рака на 1000 осмотренных женщин в 2014 году составила 2,0, что выше уровня 2013 года. В 2014 году функционировало 36 отдельных и 5 совмещенных смотровых кабинетов, из них 13 работали в 2 смены, 15 в 1 смену и 6 по 0,5 смены. С низкой нагрузкой функционируют кабинеты в Ижемской, Сосногорской, Койгородской, Троицко-Печорской, Усть-Куломской, Прилузской ЦРБ. При среднем по республике 2376 посещений на 1 ставку в год, в перечисленных районах не достигает 1,5 тысячи. Фактически по форме №30 не показывают смотровой кабинет только Сыктывдинская ЦРБ. Представленные районы ежегодно показывают неудовлетворительные результаты. Следует отметить, что за 2014 год отчетность по форме ВО «Онкология» не подали такие районы как Вуктыльская ЦРБ и Ухтинская городская поликлиника.

Удельный вес больных, впервые взятых на учет, получивших радикальное лечение в 2014 году по республике составил 36,1% (1062 больных), против 40,6% (1073 больных) в 2013 году (РФ за 2013 51,9%).

Больные, которым противопоказано специальное лечение по сопутствующей патологии зарегистрировано всего 72 больных или 2,4% от числа больных с ЗНО с впервые установленным диагнозом, против 3,5% в 2013 году (РФ за 2013 8,6%).

Отказы онкологических больных от лечения являются острой деонтологической и медико-социальной проблемой, для решения которой в настоящее время не предпринимается никаких мер. 36 больных или 1,2%, против 1,7% в 2013 году от числа впервые выявленных, от лечения отказались (РФ 2013 2,4%).

Из получивших специальное лечение получили: в НИИ – 53 или 5,0% (2013г.- 4,8%) больных, в онкодиспансерах – 858 или 80,8% (2013г.- 86,1%), в республиканских ЛПУ – 59 или 5,6% (2013 год – 5,7%), в городских больницах – 71 или 6,7% (2013 год – 7,2%) и районных больницах – 14 или 1,3% (2013 год - 0,5%).

В 2014 году самые низкие показатели завершенности радикального лечения при раке желудка 29,7% (2013г.- 24,7%) от числа первично взятых на учет (РФ 34,8%), легкого 13,7% (2013г.-18,2%) (РФ 24,7%) и пищевода 5,2% (2013г.- 12,5%) (РФ 25,3%). Наиболее высокий процент при меланоме кожи 75,5% (2013г.- 72,0%) (РФ 77,7%), при раке шейки матки 30,3% (2013г.- 47,3%) (РФ 64,3%), тела матки 59,6% (2013г.- 57,4%) (РФ 71,7%).

Отличия наблюдаются в величине показателей завершенности радикального лечения разных нозологических групп ЗНО. Как и прежде, низким остается удельный вес больных закончивших радикальное лечение при ЗНО легких, пищевода, желудка. Несколько более высокий процент закончивших специальное лечение в полном объеме отмечен в группе больных с ЗНО молочной железы, шейки и тела матки и с меланомой кожи.

Отношение числа, лечившихся только амбулаторно, к общему числу закончивших радикальное лечение, характеризует возможности онкологических диспансеров в развитии и применении перспективных схем амбулаторной лекарственной и лучевой терапии. Эти схемы предусматривают существенное снижение затрат на лечение при полном сохранении его эффективности и являются щадящими в отношении психоэмоционального состояния пациентов. В 2014 году в РК данный показатель составил 2,4% (2013г.-7,9%) РФ 13,2%.

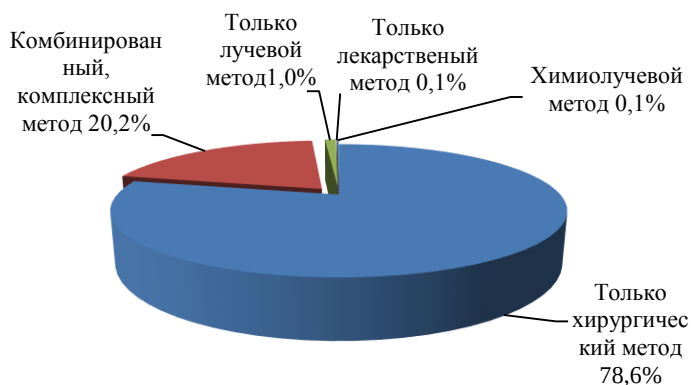


Рис. 6.2 Структура методов лечения больных злокачественными новообразованиями в РК в 2014 г.

В структуре методов лечения 78,6% (2013г. - 74,4%) случаев чисто хирургическое (РФ 52,1%), на втором месте комбинированное, комплексное лечение – 20,2% (2013г.- 19,9%) (РФ 31,9%). Далее по частоте применения лучевое лечение 1,0% (2013г.- 2,2%) (РФ 11,1%), в 0,1% (2013г.- 1,4%) использовано только лекарственное лечение и в 0,1% (2013г.-2,1%) химиолучевое.

Высокие показатели применения хирургического метода в качестве самостоятельного вида радикального лечения отмечены при раке желудка 84,7% 2013г.- 93,5% РФ 70,4%, прямой кишки 65,7% 2013г.- 58,5% РФ 56,8%, меланоме кожи 90,0% 2013г.- 88,9% РФ 82,7%.

Лучевого метода в качестве самостоятельного вида лечения использовался только при лечении ЗНО губы 16,6%, кожи 7,7%.

Лекарственная терапия как самостоятельный метод противоопухолевого лечения применялась в основном при гемобластозах 25,0%.

Комбинированный или комплексный метод лечения использовался в наибольшем объеме при лечении ЗНО яичников 23,3% РФ 74,2%, молочной железы 38,4% РФ 66,9%, тела матки 26,1% РФ 55,8%, гортани 50,0% РФ 44,8%.

6.1.4 Амбулаторно-поликлиническая дермато-венерологическая помощь. Оказывается специализированная медицинская помощь во всех муниципальных образованиях республики, кроме Усть-Цилемского района, где в стоящее время отсутствует врач-дерматовенеролог, а прием ведет фельдшер, подготовленный на рабочем месте в РКВД. Необходимо отметить, что в 2013-2014 гг. укомплектованы должности дерматовенерологов в г. Вуктыл, Усть-Вымском районе, укомплектованы вакантные ставки в Воркутинском филиале РКВД.

Таблица 6.14

Показатели работы амбулаторно-поликлинического звена по РК

Показатель	2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.	2014 г.
кол-во посещений, всего	349051	313924	310798	337065	428362
кол-во посещений на 1 врача	7621	6073,0	7227,9	7022,1	5949,5

Примечание: Учитываются посещения только к врачам дерматовенерологам государственных и муниципальных учреждений(без платных посещений). Количество посещений к фельдшерам в 2014 году – 5123.

В 2010г. осуществлена реорганизация службы путем образования Воркутинского и Печорского филиалов с централизацией руководства на базе ГБУЗ РК «РКВД». Новое юридическое лицо: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения РК «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

В своем составе ГБУЗ РК «РКВД» имеет следующие структурные подразделения:

Диспансерное отделение. Выделены приёмы дерматологов (взрослый и детский), миколога, венеролога (мужской и женский), сифилидолога, сексолога. Мощность диспансерного отделения – 250 посещений в смену. Проектная мощность поликлинических отделений филиалов: г. Воркута -140 посещений в смену, г. Печора – 134 посещения.

Для розыска и доставки венерических больных, уклоняющихся от обследования и лечения, работает опергруппа, в состав которой входят врач и два средних медработника. Аналогичные группы созданы в филиалах РКВД.

Кроме того, врачи дерматовенерологи оказывают необходимую медицинскую помощь на дому инвалидам, ограниченным в передвижении больным по мере поступления заявок от участковых терапевтов. Осуществляют консультации по своему профилю во всех стационарах ЛПУ города. Проводят целевые профилактические осмотры в организованных коллективах на выявление заразных кожных и венерических заболеваний.

В структуре диспансера имеются следующие вспомогательные подразделения: процедурный кабинет, физиотерапевтический кабинет, клинико-диагностическая лаборатория, где проводятся клинические, бактериологические, серологические, иммунологические, молекулярно-биологические исследования не только пациентов диспансера и других ЛПУ города Сыктывкара, но и других районов и городов РК.

В состав хозрасчетного отделения входят кабинет платных услуг, где осуществляется платный приём пациентов, в т.ч. желающих обследоваться и лечиться анонимно. С 2013 года открыт кабинет лазерного удаления доброкачественных новообразований кожи.

В структуре диспансера имеется централизованная клинико - диагностическая лаборатория, где осуществляются клинические, серологические, бактериологические и иммунологические исследования не только для пациентов ГБУЗ РК «РКВД», но и для ЛПУ городов и районов РК.

Таблица 6.15

**Выполнение объемных показателей
по диспансерному отделению «РКВД» за периоды 2012-2014 гг.**

	2012 г.			2013 г.			2014 г.		
	план	факт	%	план	факт	%	план	факт	%
Всего посещений	79787	79823	100,1	78033	78506	100,6	78706	78542	99,8
Бюджет	38118	37454	98,3	38118	37373	98,1	38316	36356	94,9
ОМС	41669	42369	101,7	39915	41119	103,0	40390	42186	104,4

Таблица 6.16

**Структура принятых больных в диспансерном
отделении по цели обслуживания.**

	2012г.			2013г.			2014г.		
	план	факт	%	план	факт	%	план	факт	%
Всего посещений	79787	79823	100	78033	78506	100,6	78706	78542	99,8
По заболеваемости	71387	71902	102,4	68526	68201	99,5	68726	68401	99,4
Профосмотры	8244	7764	94,1	9364	10143	107,1	9365	10241	106,9
На дому	156	157	100,5	157	162	103,0	157	149	94,9

Выводы:

Из представленной таблицы видно, что, несмотря на снижение заболеваемости венерическими и заразными кожными болезнями в г. Сыктывкаре и РК в целом, интенсивность работы врачей дерматовенерологов на поликлиническом приеме стабилизировалась и аналогична показателям предыдущих лет. Выполнение плановых объемных показателей по посещениям в диспансерном отделении РКВД, несмотря на снижение заболеваемости ИППП, объясняется в том числе :

- большим объемом исследований на ИППП лиц (мужчин и женщин) репродуктивного возраста;
- введением ПЦР – диагностики на базе диспансера;
- наличием бесплатных реактивов на ИППП для беременных и детей;

Кроме того, следует отметить хорошо налаженную работу по диспансеризации больных венерическими заболеваниями и хроническими дерматозами, а так же приемом на базе ГБУЗ РК «РКВД» узконаправленных специалистов (миколог, вирусолог).

Следует так же отметить, что в сравнении с 2010-2011 гг. в 2012-2014 годах в связи со снижением заболеваемости населения РК и г. Сыктывкар заразными кожными заболеваниями несколько снизилось количество профилактических осмотров в системе ОМС, при увеличении объемов по бюджету.

Количество вызовов на дом в последние три года стабилизировалось в связи с малым поступлением заявок на вызовы от врачей терапевтических участков.

Аналогичная ситуация по выполнению объемных показателей и по структуре обращений сложилась в 2012-2014 гг. в филиалах ГБУЗ РК РКВД в гг. Воркута и Печора. Выполнение объемных показателей систематически контролируется и , по мере необходимости, корректируется.

Объемы амбулаторной помощи в дерматовенерологической службе довольно сложно прогнозировать, так как эпидемиология заболеваемости венерическими и заразными кожными болезнями непредсказуема. Изменение заболеваемости сифилисом, гонореей зависят от множества причин, в т.ч. и социально-демографических и сформировать реальный алгоритм планирования очень затруднительно. Планирование профилактических осмотров (в основном контактные дети и подростки в организованных коллективах) также сложно, поскольку даже невозможно представить число вероятных больных.

6.1.5. Организация амбулаторно-поликлинической фтизиатрической помощи. Амбулаторная служба представлена поликлиническими отделениями диспансеров, городской поликлиники г. Ухты, туберкулезными кабинетами в составе поликлиник ЦГБ, ЦРБ – 21.

Медицинская помощь в противотуберкулезных учреждениях РК оказывается в соответствии с принятыми стандартами и порядками оказания медицинской помощи:

- 1) Приказ МЗ РФ от 21.03.2003г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ»;
- 2) Приказ МЗ РФ от 15.11.2012г. № 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»;
- 3) 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;
- 4) Приказ МЗ РФ от 29.12.2014 г. №951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания».

За 2014 год специалистами ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ РК «Печорский противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ РК «Воркутинский противотуберкулезный диспансер» осуществлено 38 выездов в районы республики. По результатам выездов оформляются справки с замечаниями по

организации противотуберкулезной помощи населению районов и рекомендациями по совершенствованию данного вида помощи. В 2014 г. проведены комиссии Министерства здравоохранения РК по организации противотуберкулезной помощи в МО МР «Сыктывдинский», МО МР «Троицко-Печорский».

Стационарозамещающие виды помощи: дневной стационар при больничном учреждении на 25 мест; дневной стационар при амбулаторно-поликлиническом учреждении на 13 мест; дневной стационар на дому на 60 мест.

Кадры. Противотуберкулезная служба в достаточном количестве обеспечена врачебными кадрами и средним медицинским персоналом. Нагрузка на врачей соответствует штатным нормативам, определенным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №932н, и составляет 18 - 20 больных на 1,0 должность.

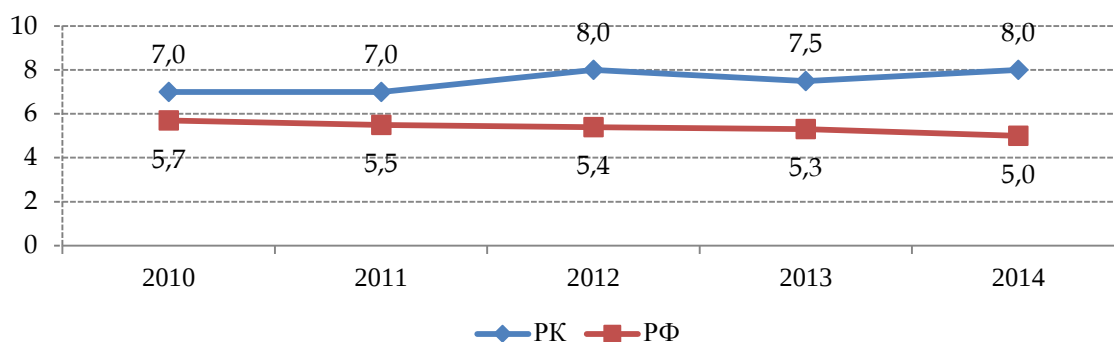


Рис. 6.3. Показатель обеспеченности врачами фтизиатрами в РК в период 2010-2014 гг. на 10 тыс. населения

Обеспеченность врачами фтизиатрами в республике выше, чем по Российской Федерации. Организация подготовки и переподготовки медицинских кадров для учреждений здравоохранения, в том числе по специальностям «фтизиатрия», «хирургия», «анестезиология-реаниматология», «рентгенология», «торакальная хирургия» и «ультразвуковая диагностика» реализуется в установленном порядке. Существует система постоянного и непрерывного обучения специалистов.

Оказание фтизиатрической помощи. Организация раннего выявления туберкулеза. Методами раннего выявления туберкулеза среди населения являются профилактические флюорографические осмотры (с 15 лет), простая микроскопия биологического материала на кислотоустойчивые микобактерии, среди детского населения – массовая туберкулинодиагностика. По итогам 2014 года показатель охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез составил 76,5% от подлежащего населения (за 2013 год – 76,6%).

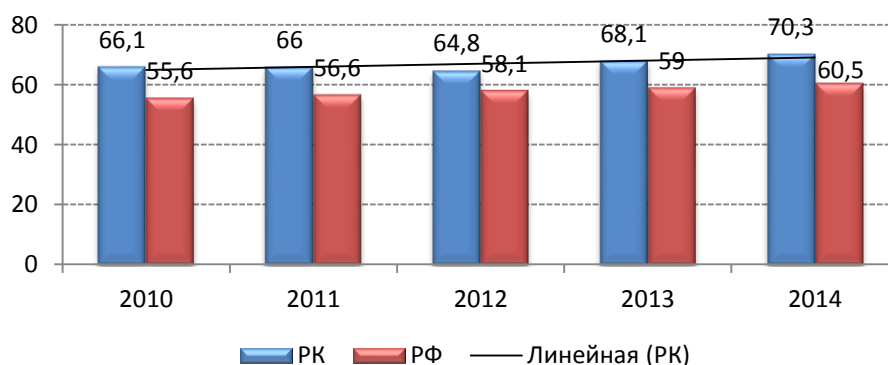


Рис. 6.4 Охват населения старше 15 лет профилактическим осмотром методом рентгенографии, флюорографии в РК в период 2010-2014 г.г. в сравнении с РФ (%)

Показатель охвата населения рентгено-флюорографическими осмотрами по данным формы Федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» за 2014 год составил – 70,3% от подлежащего населения старше 15 лет, что выше показателя 2013 года на 2,2 процентных пункта и выше, чем в целом по Российской Федерации.

Наиболее низкие показатели охвата населения флюорографическими осмотрами в 2014 году зарегистрированы в г. Воркуте (47,7%), Усть-Вымском районе (56,3%), Княжпогостском районе (61,1%), г. Ухте (64,4%). При этом следует отметить, что в Усть-Вымском и Княжпогостском районах низкие показатели охвата зарегистрированы на фоне высоких показателей смертности от активного туберкулеза, в том числе до года наблюдения противотуберкулезной службой (Усть-Вымский район – 1 случай), и посмертной диагностике туберкулеза (Усть-Вымский район – 2 случая, Княжпогостский район – 1 случай).

Существенный резерв заболеваемости находится в неосмотренных методом флюорографии 2 года и более. По данным временной и оперативной отчетности на конец 2014 года по РК не проходили флюорографическое обследование 2 и более года 28 081 человек, что существенно ниже показателя прошлого года (в 2013 году – 46 253 человек). Лица, не обследовавшиеся 2 и более года, являются группой высокого риска по развитию туберкулеза, в том числе запущенных форм. Наибольший процент лиц, не прошедших флюорографическое обследование более двух лет в Вуктыльском (16,4%), Усть-Цилемском (9,8%), Княжпогостском (9,1%) районах.

Массовая туберкулинодиагностика детей в учреждениях общей лечебной сети – основной метод раннего выявления туберкулеза в возрасте до 14 лет. Ежегодный показатель охвата туберкулинодиагностикой детей в республике достигает 95-100%, по итогам 2013 года – 98%, по итогам 2014 года – 96,2%.

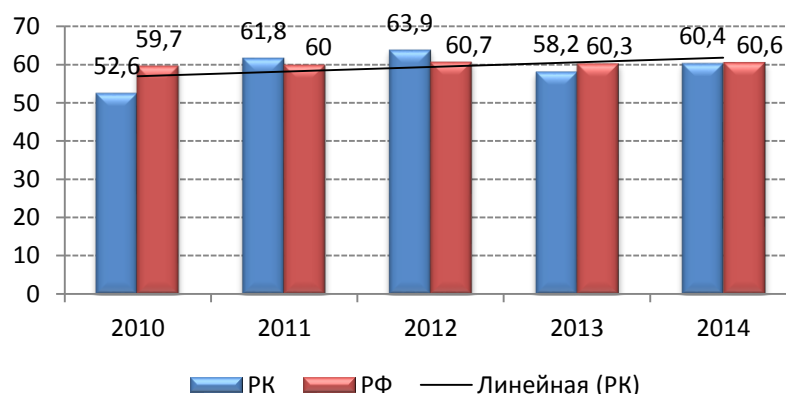


Рис. 6.5 Показатель профилактического выявления туберкулеза в РК в сравнении с РФ в период 2010-2014 г.г.

Показатель профилактического выявления туберкулеза в 2014 году среди впервые выявленных больных составил 60,4%, что немногим выше показателя 2013 года.

Наиболее низкие показатели профилактического выявления туберкулеза в 2014 году зарегистрированы в Удорском районе (26,7%), г. Сыктывкаре (48,7%), Усть-Куломском районе (52,9%).

Анализ эффективности лечения больных туберкулезом в РК. Основной формой, по которой производится оценка эффективности лечения больных туберкулезом, является годовая отчетная форма №33. Показатели оцениваются для впервые выявленных больных зарегистрированных в предыдущем году, т.е. по итогам 2014 года оценивается эффективность лечения пациентов, зарегистрированных в 2013 году.

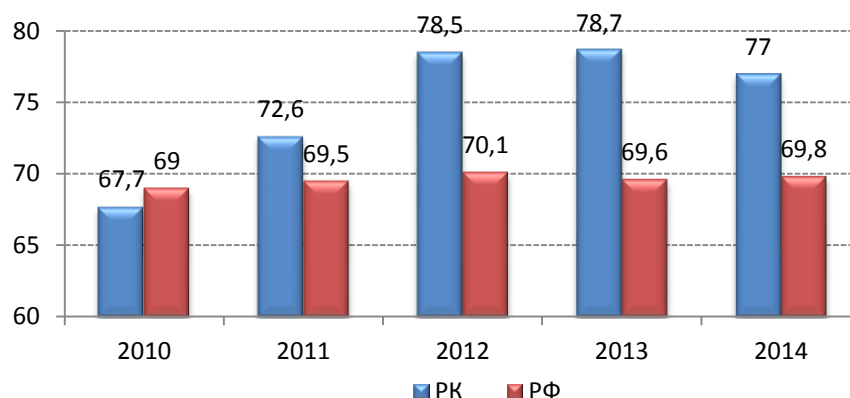


Рис. 6.6 Показатель абацеллирования впервые выявленных больных туберкулезом по РК в 2010-2014 г.г. в сравнении с РФ (%).

В 2014 году показатель абацеллирования составил 77% (в 2013 году – 78,7%). Процент закрытия полостей распада в 2014 году составил 67,5% (2013 год – 69,5%). Показатель абацеллирования контингентов больных туберкулезом за 2014 год составил 65,6%, что выше показателя 2013 года – 62,3% и показателей по Российской Федерации.

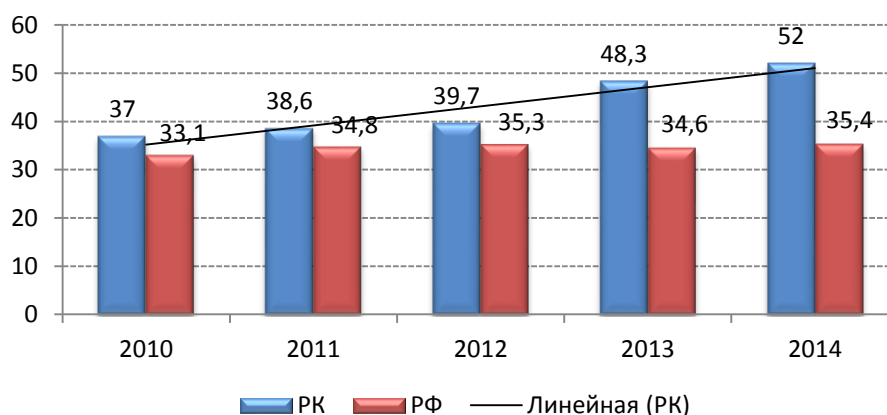


Рис. 6.7 Динамика показателя клинического излечения больных туберкулезом в РК в период 2010-2014 г.г. в сравнении с Российской Федерацией (%).

Показатель клинического излечения больных туберкулезом в РК за последние пять лет вырос с 37% в 2010 году до 52% в 2014 году.

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».

6.1.6 Оказание стоматологической помощи. Деятельность стоматологической службы РК направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение больных с заболеваниями зубочелюстной системы. Распространенность стоматологических заболеваний к 18 годам составляет 100%. Индекс КПУ 12-летних детей - 3,7.

Лечебная база и материально-техническое обеспечение. В РК стоматологическая помощь оказывают 43 государственных медицинских учреждений здравоохранения, в

составе которых имеются стоматологические отделения и кабинеты. В 2014 году материально-техническая база стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов обновилась как за счет средств, выделенных ТФОМС, так и за счет средств, полученных от предпринимательской деятельности. Снабжение расходными материалами и изделиями медицинского назначения в 2014 году было регулярным и в полном объеме.

Кадры. В среднем по республике укомплектованность врачами стоматологического профиля составляет 67,8%

Таблица 6.17

Кадровое обеспечение службы

	Штаты	Занято	Физические лица
врачи – стоматологи общей практики	185,25	141,5	102
врачи-стоматологи -терапевты	59,75	54,75	37
врачи-стоматологи-хирурги	33,5	28,0	17
врачи-стоматологи-детские	37,5	33,0	23
ортодонты	10,75	9,25	8
стоматологи ортопеды	58,25	60,0	42
зубные врачи	249,5	229,5	207
Итого: врачи стоматологического профиля	644,5	556,25	436
гигиенисты стоматологические	16,25	8,5	5
зубные техники	122,25	103,0	84

В РК имеется дефицит специалистов стоматологической службы, отмечается значительная доля зубных врачей – 47,4%, что отрицательно влияет на качество оказания стоматологической помощи; соответственно доля стоматологов составляет – 52,6%. Наибольший дефицит кадров отмечается в северных территориях и сельской местности; причины остаются прежние - нежелание выпускников ВУЗов ехать на работу в сельскую местность, отток специалистов в другие регионы РФ и в частные структуры республики. Обеспеченность врачами - стоматологами на 10 000 населения на протяжении последних трех лет остается неизменным; отмечается снижение показателя относительно зубных врачей в 2014 году – на 7,6%, что связано с прекращением подготовки данных специалистов в РФ с 2012 года.

Таблица 6.18

Обеспеченность РК врачами стоматологического профиля на 10 000 населения в динамике за пять лет 2010-2014 г.г.

Врачи	2010		2011		2012		2013		2014	
	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ
Стоматологи (в т.ч. челюстно-лицевые хирурги)	2,9	3,2	2,9	3,25	2,7	3,29	2,7	н/д	2,7	н/д
Зубные врачи	2,6	1,4	2,7	1,3	2,7	1,3	2,6	н/д	2,4	н/д

На протяжении пяти лет отмечается рост числа стоматологов со стажем работы более 20 лет – увеличение на 7%. Доля молодых специалистов среди врачей – стоматологов стабильна в течение последних четырех лет, и составляет – 20%. Среди зубных врачей значительная доля – 70 %, со стажем работы более 20 лет. В 2014 году доля аттестованных врачей стоматологического профиля снизилась на 2,5%. Отсутствует мотивация молодых специалистов повышать свою деловую квалификацию.

Повышение профессионального уровня:сертификационные циклы специалистов высшего звена:

1. Выездной сертификационный цикл повышения квалификации СГМУ «Стоматология общей практики» с подциклами: «Клиника и лечение стоматологических заболеваний»; «Стоматология ортопедическая», «Стоматология детская», «Стоматология хирургическая».

2 Сертификационные циклы для специалистов среднего звена при ГПОУ «Сыктывкарский медицинский колледж им.И.П.Морозова»:

- «Стоматологическая помощь населению» для зубных врачей-2;
- «Сестринское дело в стоматологии» для медицинских сестер-1;
- «Современная медицинская статистика и вопросы компьютеризации»-1.

3. Презентация «Профилактика основных стоматологических заболеваний» с участием представителя компании Dentsply В.В.Березина.

4. Вебинар «Неотложные состояния в кресле стоматолога» с участием к.м.н., доцента кафедры анестезиологии и реаниматологии им. В.Л. Ваневского СЗГМУ им. И.И.Мечникова (Санкт-Петербург).

5. Республиканская научно-практическая конференция «Стоматология РК. Новейшие технологии в стоматологии» при участии Стоматологической Ассоциации России (СтАР).

6. Республиканская конференция «Анестезия и неотложная помощь при соматической патологии в практике врача-стоматолога» с участием Бичун А.Б., к.м.н., доктора психологии, преподавателя СЗГМУ им. И.И.Мечникова, НЛП-тренера, мастера, выпускника Президентской программы «Менеджмент в здравоохранении» ВШМ СПбГУ, частная практика, г. С-Петербург, врача-консультанта компании ЗМ.

Организационно-методическая работа:

1. Участие в работе профильной комиссии Стоматологической Ассоциации России (Москва).
2. Участие в работе XXXV Московского международного стоматологического форума (Москва).
3. Участие в работе Международного симпозиума имплантологов «Биоэстетика в век цифровых технологий» (Москва).
4. Участие в работе XXXVI Московского международного стоматологического форума. (Москва).
5. Участие в работе Международного симпозиума зубных техников. (Москва).
6. Участие в работе II Российского Регионального конгресса Международной ассоциации детской стоматологии. (Москва).
7. Участие в работе XI международной научно-практической конференции (С-Петербург).
8. Выезды специалистов на тематические семинары, учебы по современным технологиям (21 выезд, 31 чел.).

Таблица 6.19

Анализ лечебной деятельности

	2010	2011	2012	2013	2014
Выполнено всего УЕТ	2371680	2325937	2383769	2968078	2901795
Процент выполнения плана государственных гарантий	99%	98,1%	92,1%	95,3%	98,1%

Посещений всего	742626	731021	718611	815539	819111
В том числе: первичных	370732	360959	354732	412422	424642
Процент первичных посещений	50%	49,3%	49,3%	50,5%	52%
Запломбировано зубов всего	498610	464904	492118	515649	505045
в том числе по поводу:					
а) кариеса: постоянных зубов	334292	316413	317926	341220	331505
временных зубов	23780	22167	20875	21967	23443
б) осложненного кариеса:					
постоянных зубов	94751	80249	77942	71970	77337
временных зубов	17935	17014	13289	16130	15506
Удалено зубов:					
постоянного прикуса	126204	123481	127865	129938	121791
временного прикуса	28145	28784	28427	29817	29889
Проведен курс лечения:					
-заболеваний слизистой оболочки	1503	1307	871	1018	1091
полости рта					
- заболеваний пародонта	4121	3745	4416	5207	5132
Всего санировано	94790	92185	82529	81143	83888
Процент санированных от первичных	25,6%	25,5%	23,3%	20%	20%

Программа Государственных гарантий по оказанию стоматологической помощи населению РК в 2014 году государственными учреждениями здравоохранения, выполнена на 98,1%; за последние три года отмечается положительная динамика данного показателя – увеличение на 6%.

Невыполнение планово-нормативных показателей отмечается в ряде территорий республики: г. Воркута-87,5%, г.Инта-98,5%, Печорский район-95%, Княжпогостский район-96%, Койгородский район-90%, Прилузский район-84%, Сосногорский район-97%, Сыктывдинский район-78%, Троицко-Печорский район-88,3%, Удорский район-83,4%, Усть-Вымский район-87,0%, Усть-Куломский район-95,3%, Усть-Цилемский район-82,9%.

Перевыполнили план Госгарантий: г. Сыктывкар -102,8%, Усинский район-111%, г.Ухта-109%, Вуктыльский район-104%, Корткеросский район-103%, Сысольский район-108%.

Таблица

6.20

Анализ уровня стоматологической помощи населению

	2010	2011	2012	2013	2014
Посещений на 1 жителя в год:	0,78	0,8	0,8	0,9	0,94
в т. ч.: дети до 18 лет	1,58	1,5	1,48	1,55	1,66
- взрослые	0,58	0,6	0,63	0,62	0,75
Всего УЕТ на 1 жителя	2,49	2,6	2,7	3,4	3,3
в т.ч.:					
– дети до 18 лет	3,92	4,4	4,2	4,4	4,75
взрослые	2,14	2,1	2,3	2,3	2,95
Уровень оздоровления	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Незначительное увеличение показателей отмечается в основном за счет оказания стоматологической помощи детскому населению, что подтверждает приоритетность профилактического направления стоматологической службы республики. Количество посещений детей в возрасте до 18 лет за последний год выросло на 0,11; а количество УЕТ на одного пациента до 18 лет – на 0,35.

Дополнительная стоматологическая помощь населению РК, в том числе и в рамках обязательного медицинского страхования, начиная с 2012 года, оказывается частными клиниками и кабинетами.

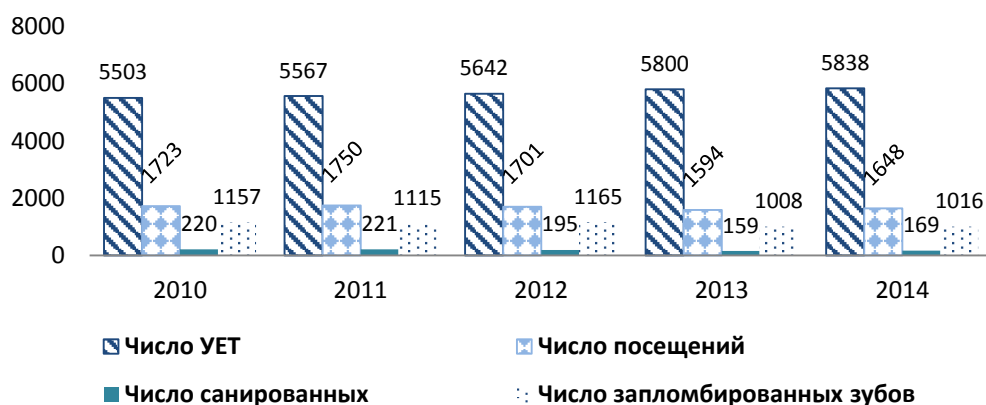


Рис.6.8 Качественные показатели работы врача стоматологического профиля (на 1 занятую должность)

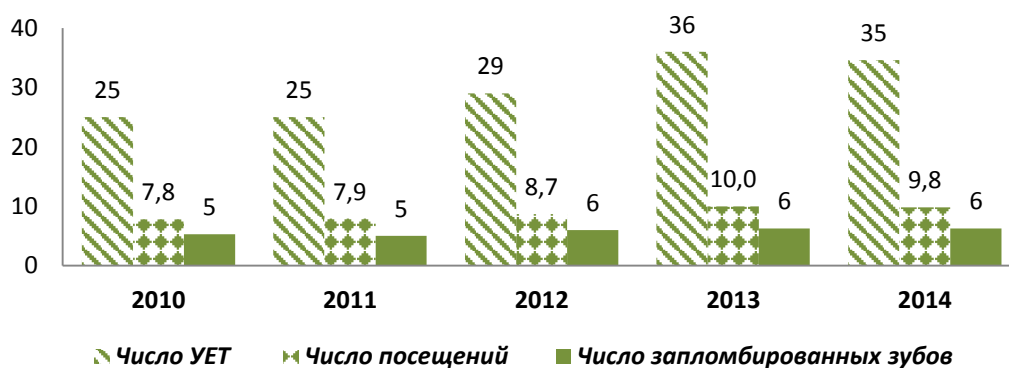


Рис.6.9 Качественные показатели работы врача стоматологического профиля (на 1 санацию)

Таблица 6.21

Планово-профилактическая работа

	2010	2011	2012	2013	2014
Осмотрено в порядке плановой санации:	160241	132099	129230	150320	151562
в том числе дети (до 18 лет)	114990	108982	98001	106387	114993
Из числа осмотренных - нуждалось в санации	74775	70739	67752	71788	68422
в том числе дети (до 18 лет)	57405	55562	50203	54883	53801
Процент нуждающихся в санации	47,0	53,2	52,4	47,8	45,1
в том числе дети (до 18 лет)	49,9	50,9	51,2	51,6	46,8
Санировано из числа нуждающихся	43175	42332	41334	41527	41824
в том числе дети (до 18 лет)	34563	32741	32135	32950	32864
Процент санированных	57,7	60,3	61	57,8	61,1
в том числе дети (до 18 лет)	60,2	58,9	64	60	61

На протяжении трех лет, с 2010 по 2012 г.г. планово-профилактическая работа среди населения РК на уровне аналогичных показателей по РФ. За последние два года в

республике отмечается рост по ряду показателей, так в 2013 году - увеличение охвата профилактической работой на 3%, а в 2014 еще на 0,3%.

Стоматологическая помощь детям. Основное направление стоматологической помощи - детям - планово-профилактическое.

Таблица 6.22

Стоматологическая помощь детям

	2010	2011	2012	2013	2014
Принято всего детей до 18 лет	298511	280919	268036	290058	305161
Из них первичных	160104	145802	144122	158030	179071
Санировано всего	42354	39594	39255	38642	38004
Выполнено УЕТ	739723,42	792172,71	762454	850982	870878

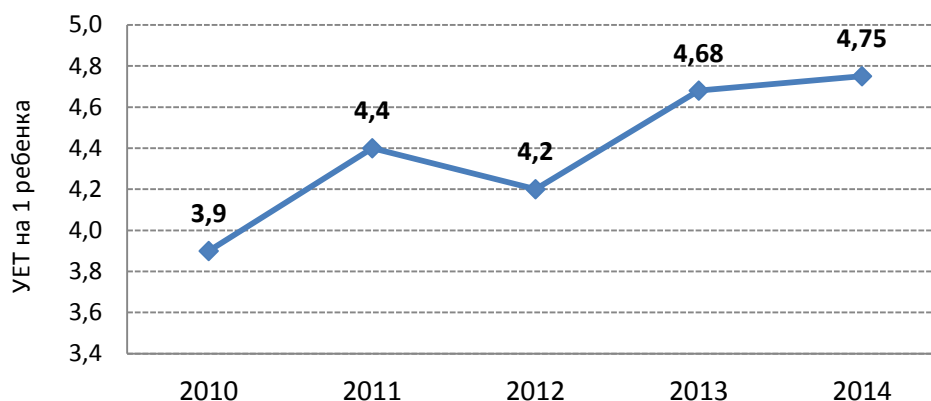


Рис. 6.9 Объем стоматологической помощи на 1 ребенка

Объем помощи на одного ребенка в течение последних трех лет имеет тенденцию к росту, и в 2014 году составил **4,75** УЕТ.

Таблица 6.23

Планово-санационная работа среди школьников

	2010	2011	2012	2013	2014
Всего школьников	91527	90870	92375	91657	90632
Осмотрено в порядке плановой санации	80,1%	84,4%	82,3%	82,5%	82,3%
Нуждалось в санации	46,7%	47,8%	47,8%	48,6%	50,1%
Санировано из числа осмотренных	74,2%	76,4%	74,7%	72,2%	67,8%
Охват санацией	70,5%	74,9%	72,3%	71,3%	69,0%

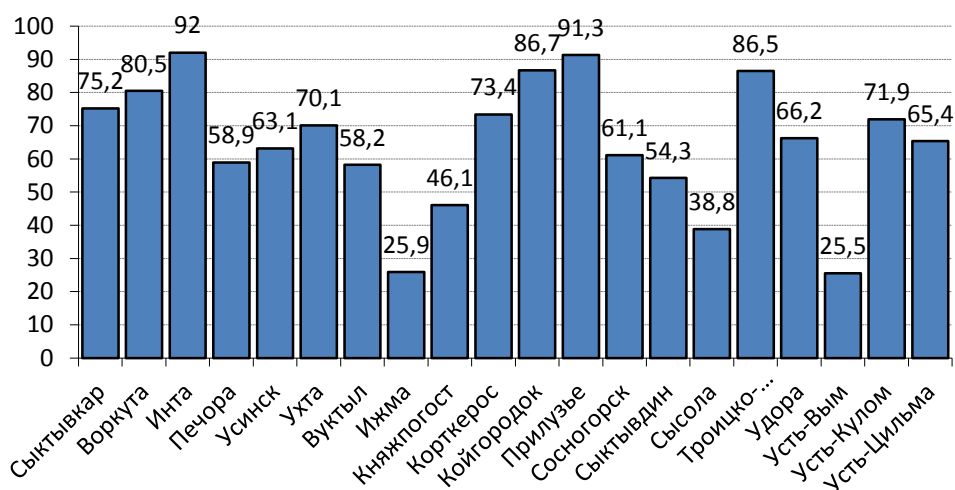


Рис. 6.10 Охват санацией детского населения в разрезе территорий РК

Показатели охвата санацией школьников в 2014 году значительно отличаются в разных районах республики. Так в ряде территорий РК недостаточно уделялось внимания планово-профилактической работе: Ижемский р-н - 25,9%, Княжпогостский р-н - 46,1%, Сысольский р-н - 38,8%, Сыктывдинский р-н - 54,3%, Усть-Вымский р-н - 25,5%.

Хорошо организована санационная работа среди школьников в городах: Сыктывкар, республиканская поликлиника - 84,7%; Инта, стоматологическая поликлиника - 92%; Воркута, стоматологическая поликлиника - 80,5%; а также в районах: Койгородском - 91,3%, Троицко-Печорском - 86,5%.

Таблица 6.24

Планово-санационная работа среди дошкольников

	2010	2011	2012	2013	2014
Всего осмотрено дошкольников	24666	23456	22104	23230	31053
	58,6	58,2	47,2	63,3	76,3
Нуждалось в санации	10455	11158	10314	11445	12983
	42,4	47,6	47,0	49,3	41,8
Санировано	5764	5399	5379	6329	5709
	55,1	48,4	52,0	55,3	44,0

В 2014 году осмотрами охвачено на 13% больше дошкольников; при этом количество санированных уменьшилось на 11,3%.

Таблица 6.25

Заболеваемость кариесом среди детского населения и специфическая профилактика

	2010	2011	2012	2013	2014
КПУ 12ти-летних	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7
Распространенность кариеса	80%	80%	81,6%	82%	82%
% детей получивших спец. профилактику	26,2	36,6	48,7%	53,1%	43%

Процент заболеваемости кариесом среди детского населения республики стабилен на протяжении последних пяти лет, и составляет – 80 – 82%. Показатель КПУ 12-летних

школьников так же имеет стабильные значения - 3,7. Процент детей, получивших профилактическое лечение, снизился на 10%.

Санация декретированных групп. Показатели санации декретированных групп населения стабильны на протяжении последних пяти лет, что свидетельствует о налаженной работе стоматологической службы по данному направлению.

Таблица 6.26

Санация декретированных групп

	2010	2011	2012	2013	2014
Уч. ВОВ					
- осмотрено	367	682	282	166	182
- нуждалось	252-68,7%	463-68%	200-70,9%	110-66,3%	149-81,9%
- санировано	126-50%	246-53,1%	104-52%	37-33,6%	60-33%
ЧАЭС					
- осмотрено	288	405	583	213	188
- нуждалось	200-70,7%	254-62,7%	422-72,4%	189-88,7%	145-77,1%
- санировано	119-59,5%	140-55%	206-48,9%	92-48,7%	74-39,4%
Допр.призыв. молодежь					
- осмотрено	14753	11751	11499	10244	9448
- нуждалось	10533-71,4%	8720-72%	8796-76,5%	8129-79,4%	6738-71,3
- санировано	8599-81,6%	7380-84,3%	6926-78,7%	6783-83,4%	5806-86,2
ПТУ и Вузы					
- осмотрено	4763	4710	3921	3004	2449
- нуждалось	2955-62%	3042-64,6%	2752-70,2	2110-70,2%	1863-76,1%
- санировано	1948-65,9%	1758-57,8%	1660-60,3	1337-63,4%	1012-41,3%
Беременные					
-осмотрено	4627	5967	4893	7111	3890
-нуждалось	3503-75,7%	4081-68,4%	3558-72,7%	3171-44,6%	2752-70,8%
-санировано	2682-76,6%	3164-77,5%	2799-78,7%	2221-70%	1958-50,3%

Таблица 6.27

Показатели выездной работы ЛПУ РК

	2010	2011	2012	2013	2014
Кол-во командировок с лечебной целью	132	112	109	111	225
Принято всего больных	6186	6898	7014	6308	6206
в том числе дети	2971	3412	3156	2789	2970
Санировано	1525	771	1699	1629	1690
в том числе дети	645	864	1016	896	900

В связи с малой заселенностью территорий РК, актуальной остается выездная работа врачей стоматологического профиля. Количество выездов в 2014 году увеличилось в два раза, что, в первую очередь, связано с оснащением учреждений мобильным стоматологическим оборудованием.

Организация ортопедической помощи в РК. Отделений при СП – 6. Ортопедических кабинетов и отделений при ЦРБ, РБ, ГБ -16

Таблица 6.28

Результаты деятельности ортопедической службы

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014
Всего выполнено УЕТ	134533,23	150148	124150	108728	104616
Кол-во лиц, получивших протезы	12596	11920	10699	8564	8936
Кол-во лиц, получивших протезы на 10 000 населения	164	166	151	123	130

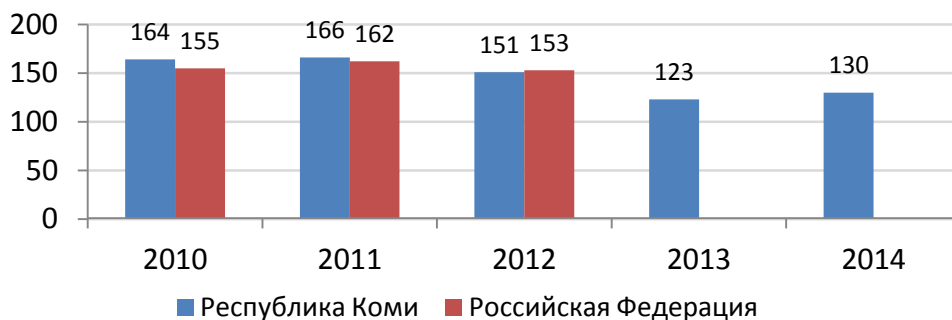


Рис.6.11 Число лиц получивших протезы на 10 000 населения

Оказание ортопедической стоматологической помощи в РК на уровне Российской Федерации.

Таблица 6.29

Анализ качественных показателей ортопедической службы:

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014
1. Число УЕТ на одну занятую должность врача – ортопеда	1922	2160	1780	1805	2092
2. Число УЕТ на одну занятую должность зубного техника	970	1187	1068	1000	1016
3. Процент единиц косметики в несъемных зубных протезах	39,3%	40%	42,5%	42%	42%
4. Процент бюгельных протезов от числа съемных протезов	1,7%	2,3%	0,7%	1,3%	0,7%
5. Процент единиц металлокерамики от числа единиц изготовленных несъемных протезов	15%	15,3%	15,8%	22%	24%

В качественном отношении отмечается улучшение работы службы. Стали востребованы более современные виды протезирования, отмечается рост косметических видов работ и металлокерамических конструкций.

Таблица 6.30

Показатели удовлетворенности населения стоматологической помощью в разрезе профильных поликлиник за 2014 год

№	ЛПУ	Коэффициент удовлетворенности
1	ГАУЗ РК «Республиканская стоматологическая поликлиника»	0,92
2	ГАУЗ РК «Воркутинская стоматологическая поликлиника»	0,91
3	ГБУЗ РК «Ухтинская стоматологическая поликлиника»	0,75
4	ГАУЗ РК «Печорская стоматологическая поликлиника»	0,90
5	ГБУЗ РК «Интинская стоматологическая поликлиника»	0,96
6	ГБУЗ РК «Эжвинская стоматологическая поликлиника»	0,76
	Среднее значение	0,87

Средний коэффициент удовлетворенности стоматологической помощью по итогам анкетирования пациентов профильных поликлиник в 2014 году составляет 0,87. Самый низкий показатель среди поликлиник – 0,75 у ГБУЗ РК «Ухтинская стоматологическая

поликлиника); самый высокий – 0,96 у ГБУЗ РК «Интинская стоматологическая поликлиника».

ВЫВОДЫ:

1. Уровень стоматологической заболеваемости в РК остается высоким. Показатели здоровья детского населения стабильны.

2. Материально-техническая база и лекарственное обеспечение.

– В 2014 году материально-техническая база ряда стоматологических учреждений была улучшена за счет средств, выделяемых территориальным фондом ОМС. Были приобретены как стационарные, так и мобильные стоматологические установки, что улучшило качество оказания и повысило доступность стоматологической помощи населению республики.

– Остается актуальной проблема обеспечения рентгеновским оборудованием отдаленных сельских территорий.

– Снабжение расходными материалами и изделиями медицинского назначения в 2014 году было регулярным и в достаточном количестве.

3. Кадры.

– Укомплектованность штатов врачами стоматологического профиля, физическими лицами, составляет 68,4%. Доля зубных врачей в 2014 году снизилась на 5% и, впервые, составила менее 50% - 47,4%. Что, вероятно, связано с прекращением в 2012 году подготовки данных специалистов в РФ.

– Из года в год увеличивается количество врачей-стоматологов и зубных техников пенсионного возраста; в 2014 году эти показатели составили: 47,1% и 70,2%.

– Приток молодых специалистов после окончания ВУЗов стабильно низкий и составляет на протяжении пяти лет 20% от общего числа врачей - стоматологов

4. Лечебно-профилактическая работа.

– Объем Государственный гарантий выполнен на 98,1%. Доля стоматологической помощи, оказываемая сверх ППГ, на платном стоматологическом приеме ЛПУ, остается на прежнем уровне.

– Сохраняется приоритетным направлением планово-профилактическая работа среди детского населения республики.

– В части ортопедической помощи отмечается активное внедрение новых технологий, на 14% выросли показатели нагрузки на одного врача–стоматолога ортопеда.

Основные задачи по обеспечению и улучшению стоматологической помощи по РК в 2014 году:

1. Лечебная база и материально-техническое обеспечение.

– Требуется плановое поэтапное обновление стоматологического оборудования с износом 100%.

– С целью соблюдения протоколов лечения осложненного кариеса необходимо решить проблему обеспеченности рентгеновским оборудованием учреждений сельской местности.

– Для повышения качества и доступности стоматологической помощи продолжить работу по информатизации.

2. Кадры.

– Увеличить количество целевых мест в медицинских институтах (в частности – КГМА) для обучения выпускников школ РК по специальности «стоматология общей практики».

– Проработать вопрос о возможности предоставления жилья молодым специалистам для привлечения их на территории.

– Организовать курсы усовершенствования на базе Сыктывкарского медицинского колледжа зубных врачей, медицинских сестер, зубных техников.

– Организовать выезды врачей-стоматологов на центральные базы для обучения современным технологиям.

– Организовать работу по аккредитации специалистов - стоматологов общей практики.

– Продолжить работу по аттестации специалистов высшего и среднего звена с целью получения квалификационных категорий.

– Способствовать подвиганию престижа профессии путем организации стоматологической ассоциации РК.

3. Лечебно-профилактическая работа.

– Соблюдать стандарты, методические рекомендации (протоколы лечения) по всем разделам стоматологии.

– Сохранить безотказный прием пациентов с острой зубной болью в день обращения.

– Сохранить приоритетным направлением в детской стоматологии - планово-профилактическое

– Улучшить показатели планово-санационной работы среди дошкольников и подростков.

– Способствовать открытию школьных стоматологических кабинетов.

– Продолжить работу по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний полости рта.

6.2. Оказание стационарной помощи. 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 декабря 2014 г. оказывали стационарную медицинскую помощь населению 50 медицинских учреждения, из них 42 больничных учреждения, в том числе 19 участковых больниц, входящих в их состав, и 8 диспансеров. В связи с уменьшением численности населения в регионе происходит реорганизация коечного фонда стационаров и, соответственно, сокращение числа коек круглосуточного пребывания. Коечный фонд стационаров уменьшился за последние 5 лет на 581, а за последний год на 41 единицу и составил в 2014 г. 8099 коек (в 2010 г. - 8680) круглосуточного пребывания.

Обеспеченность больничными койками круглосуточного пребывания в РК составляет 92,9 на 10 тыс. всего населения. В целом по стационарам РК в 2014 г. среднегодовая занятость койки составила 326,4 дня (2010 г. – 342,4), оборот койки составил 25,6 (2010 г. – 25,4). Средняя длительность пребывания больного в стационаре в сравнении с 2010 г. уменьшилась и составляет 12,7 дней (2010 г. – 12,9). Максимальная средняя длительность лечения отмечается, как и прежде при лечении туберкулеза, нервных и психических заболеваний, при инфарктах, мозговых инсультах, заболеваниях соединительной ткани. Уровень госпитализации в 2014 г. составил 23,1 на 100 человек, выбывших из стационара (2010 г. – 23,2). Показатель госпитальной летальности увеличился и составляет 1,6 к выбывшим больным (2010 г.- 1,4).

В учреждениях здравоохранения РК развернуто 276 коек сестринского ухода (КСУ). Показатель оборота данной койки, в сравнении с 2010 г., вырос с 5,4 до 7,7. Среднегодовая

занятость КСУ составила в 2013г. 322,3 дня (2012г. – 299,3). Востребованность данного вида помощи в республике очень высока.

Таблица 6.31

Уровень госпитализации в РК в 2010-2014гг.(на 1000 нас.)

Города и районы/Год	2010	2011	2012	2013	2014
Вуктыльский	209,9	221,8	228,3	226,0	217,6
Ижемский	198,3	188,9	199,8	208,0	194,6
Княжпогостский	153,8	151,3	153,2	157,0	159,3
Койгородский	226,2	230,9	236,4	237,1	232,8
Корткеросский	166,8	188,7	172,0	158,9	158,0
Печорский	222,9	232,8	220,2	218,0	219,1
Прилузский	208,7	214,3	209,3	209,9	198,5
Сосногорский	148,8	149,5	141,8	133,4	129,4
Сыктывдинский	45,5	46,8	49,5	22,1	33,5
Сысольский	204,6	220,4	214,5	205,7	204,4
Троицко-Печорский	214,3	240,6	202,9	221,8	217,8
Удорский	169,9	174,6	180,7	182,4	181,7
Усинский	184,4	200,0	190,7	192,1	177,8
Усть-Вымский	150,7	157,4	159,9	155,8	129,5
Усть-Куломский	176,9	187,4	190,5	167,4	161,6
Усть-Цилемский	196,5	212,8	195,1	185,3	193,0
Воркута	227,1	268,5	253,7	249,7	253,0
Инта	203,2	201,7	194,1	186,2	185,9
Ухта	219,0	223,7	227,4	211,4	218,8
Сыктывкар	351,0	341,5	339,6	327,4	328,9
РК	235,5	243,7	240,2	232,2	232,2

В динамике за пять лет уровень госпитализации остается ниже средне республиканского в Сосногорском, Сыктывдинском, Усть-Вымском, Усть-Куломском, Удорском, Корткеросском, Княжпогостском, Усть-Цилемском районах, Прилузском, Ижемском, г.Инта. Вместе с тем, рост данного показателя отмечается в Койгородском, Вуктыльском, Удорском, Княжпогостском районах, что объясняется низкой доступностью амбулаторной помощи населению, а также недостаточной укомплектованностью врачебными кадрами первичного звена.

6.2.1. Развитие стационарозамещающих технологий. Реструктуризация коечного фонда круглосуточных стационаров, ограничение финансовых возможностей значительной части из них обуславливает необходимость развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению. В связи с этим особую актуальность приобретает расширение возможностей учреждений здравоохранения по оказанию медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

В 2014 г. число медицинских учреждений РК, имеющих дневные стационары, составило 53 единицы (2013г.-51, 2012г. – 96, 2011 г.- 91, 2010 г.- 88), из них: 16 - дневные стационары при больницах, 37 - стационары дневного пребывания при поликлинике. Число мест во всех дневных стационарах в сравнении с 2013 г. выросло на 62 и составило 2078.

Дневные стационары при поликлинике имеются во всех муниципальных образованиях. По количеству мест в дневных стационарах лидируют: из городов - Воркута, Сыктывкар, Печора, Усинск, из сельских территорий - Сыктывдинский, Княжпогостский, Корткеросский районы. Слабо развит данный вид помощи в Койгородском, Троицко-Печорском, Усть-Цилемском и Усть-Вымском районах.

Использование возможностей дневных стационаров в республике за последний год стало более интенсивным. За последние пять лет средняя занятость мест в году в дневных стационарах всех типов по республике выросла на 10,4%, а за последний год на 20,8%. Средняя занятость мест в году в дневных стационарах при больнице в сравнении с 2010 г. выросла с 255,3 до 296,0 в 2014 г. , а при поликлинике с 397,5 в 2010 г. до 431,6 в 2014 г. Показатель занятости мест в дневных стационарах при поликлинике остаётся высоким, что свидетельствует о скрытой потребности в увеличении таких мест и востребованности

данного вида помощи. Всего в 2014 г. в дневных стационарах республики пролечено 62324 больных, что на 3,1% меньше 2010 г., но на 5,6% выше, чем в 2013 г.

Таблица 6.32

Средняя длительность пребывания в дневных стационарах (в днях)

Средняя длительность пребывания / Год	2010	2011	2012	2013	2014
ДС всех типов	11,5	11,7	11,7	11,7	12,5
ДС в дневных стационарах при больнице	13,4	13,8	14,0	13,1	14,6
ДС в дневных стационарах при поликлинике	11,1	11,3	11,2	11,2	11,9
ДС в дневных стационарах на дому	14,7	16,7	15,5	20,2	21,5

Средняя длительность пребывания в дневных стационарах всех типов с 2010 г. увеличилась на 1 день и составляет 12,5 дня. Отмечается рост данного показателя в дневных стационарах всех типов, особенно на дому, где проходят лечение преимущественно маломобильные пациенты с хроническими заболеваниями, требующие более продолжительных схем терапии либо реабилитационных мероприятий.

Таким образом, учреждения здравоохранения всех муниципальных образований РК имеют дневные стационары и используют стационарозамещающие технологии при лечении населения. В динамике не отмечается ухудшения показателей работы данного вида койки. Однако использование такого вида лечения в РК недостаточное. Необходимо более активно использовать имеющиеся возможности для лечения, медицинской реабилитации пациентов в дневных стационарах больниц и поликлиник, стационарах на дому. Развитие стационарозамещающих технологий, как ресурсосберегающих видов медицинской помощи, является одним из приоритетных в здравоохранении республики.

6.2.2. Деятельность стационарной сети терапевтического профиля (для взрослых). В 2014 г. продолжилось сокращение коек терапевтического профиля, так за пять лет в абсолютном выражении количество коек уменьшилось на 52 единицы, причем более 50% сокращения приходится на последний год (в период с 2013 до 2014 г. сокращено 28 коек терапевтического профиля). Уровень госпитализации на терапевтическую койку на 1 тыс. населения в РК в 2014 г. составил 29,1 (2013г. – 23,2).

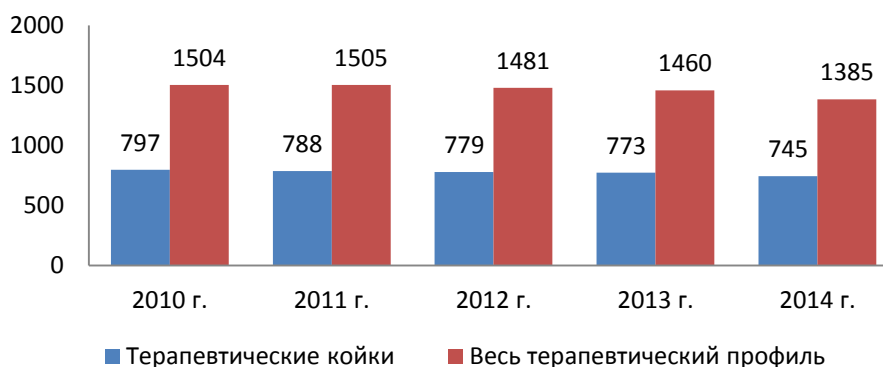


Рис. 6.12 Число коек терапевтического профиля на конец года в РК (в абсолютных числах)

В 2014 г. количество специализированных коек для взрослых по профилям составило: кардиологические – 338 (2013г.-347), гастроэнтерологические – 60 (2013г.-72), пульмонологические – 73 (2013г.-73), ревматологические – 51 (2013г.-61), эндокринологические – 52 (2013г.-64), нефрологические – 33 (2013г.-37), гематологические – 30 (2013г.-30), аллергологические – 3 (2013г.-3). Специализированные ревматологические, нефрологические и гематологические койки представлены в Сыктывкаре и Воркуте. Пульмонологические койки развернуты в городах Сыктывкаре,

Ухте и Воркуте. Аллергологические койки имеются только в Сыктывкаре.

Работа коечного фонда терапевтического профиля. Обеспеченность койками терапевтического профиля для взрослых в РК в 2014 г. составила 19,4 на 10 тыс. населения, что превышает показатель Российской Федерации (в РФ 2013г. - 18,0). В динамике за пять лет отмечается рост данного показателя в республике (в 2010 г. – 18,2 на 10 тыс.).

Ниже среднереспубликанского показателя обеспеченность терапевтическими койками в 11 из 20 муниципальных образований региона. Наиболее низкие значения показателя отмечены в 2014 году в Усть-Вымском, Усть-Куломском, Княжпогостском районах, а так же городах Инта и Ухта.

Таблица 6.33

**Обеспеченность койками терапевтического профиля в РК
в 2010-2014 г.**

Города и районы / Год	Число коек (на 10 тыс. взрослого населения)				
	2010	2011	2012	2013	2014
Вуктыльский	17,0	18,2	18,8	18,6	19,7
Ижемский	13,5	13,8	14,5	26,8	27,4
Княжпогостский	12,6	10,0	10,5	10,8	11,3
Койгородский	17,6	20,1	20,8	21,3	21,7
Корткеросский	16,4	18,5	17,8	15,5	16,3
Печорский	25,0	25,4	24,5	25,4	25,3
Прилузский	19,3	20,5	20,3	21,1	18,4
Сосногорский	18,3	19,1	19,3	19,5	19,8
Сыктывдинский	21,8	23,9	23,8	14,7	14,6
Сысольский	15,6	17,2	17,7	17,1	17,5
Троицко-Печорский	23,3	25,6	26,7	27,8	29,1
Удорский	11,5	13,0	13,4	24,4	20,0
Усинский	10,9	11,8	11,9	16,1	15,0
Усть-Вымский	10,6	11,4	12,2	12,6	9,7
Усть-Куломский	10,7	12,9	14,8	10,3	10,5
Усть-Цилемский	17,2	17,9	16,7	20,2	21,8
Воркута	16,6	19,6	19,8	17,2	16,0
Инта	12,8	13,4	14,0	14,6	13,1
Ухта	12,7	13,3	13,3	12,9	12,9
Сыктывкар	28,0	28,6	27,8	27,3	25,8
РК	18,9	20,1	20,1	20,1	19,4
РФ ¹⁾	18,7	18,5	18,6	18,0	н/д

1) – расчет на все население

В целом, показатели работы коек всего терапевтического профиля и терапевтических коек остаются удовлетворительными.

Число дней занятости терапевтической койки в году по республике в динамике увеличивается и в 2014 г. составило 344,8 дня (в 2010 г. – 340,1).

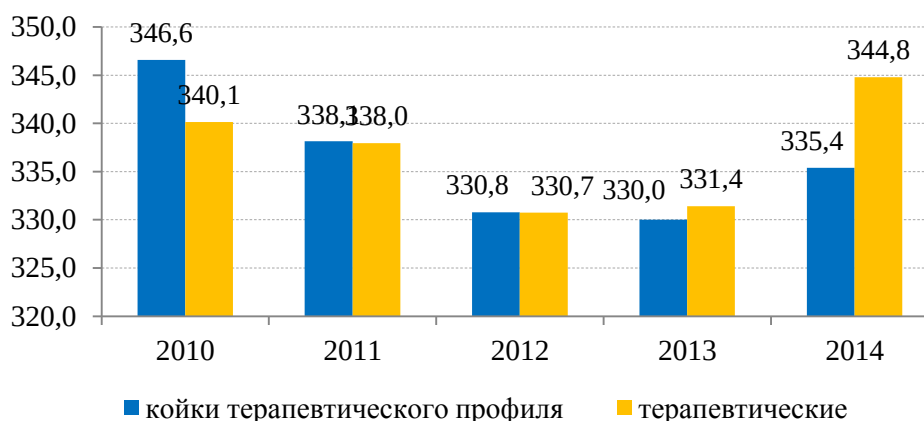


Рис. 6.13 Динамика среднего числа дней занятости (работы) койки в году для взрослых

Низкая средняя занятость терапевтической койки в году отмечается в городах Сосногорск, Сыктывкар и Вуктыл. В динамике с 2010 г. в 7 районах отмечается снижение среднего числа дней занятости койки в году.

Таблица 6.33

Средняя занятость коек терапевтического профиля по городам и районам для взрослых РК в динамике в 2010-2014 гг.

Города и районы / Год	Средняя занятость терапевтической койки в году (дни)				
	2010	2011	2012	2013	2014
Вуктыльский	359,7	329,3	339,9	347,4	310,5
Ижемский	336,2	246,7	313,1	341,3	350,7
Княжпогостский	341,8	306,7	332,3	383,4	360,1
Койгородский	373,6	344,4	359,1	347,1	347,6
Корткеросский	387,9	374,2	341,8	351,0	388,9
Печорский	349,6	426,0	380,6	402,4	410,9
Прилузский	319,4	337,4	336,7	326,5	354,7
Сосногорский	347,2	328,6	324,7	296,3	293,1
Сыктывдинский	315,4	318,5	344,0	149,8	344,7
Сысольский	314,7	354,4	338,9	363,4	332,1
Троицко-Печорский	364,5	342,4	302,1	341,0	320,9
Удорский	368,8	329,8	335,2	347,1	375,0
Усинский	337,4	343,2	311,5	350,8	372,9
Усть-Вымский	403,1	363,8	370,2	335,3	371,0
Усть-Куломский	429,0	369,0	376,5	419,7	430,5
Усть-Цилемский	300,4	325,9	324,5	318,8	349,6
Воркута	323,6	308,7	281,8	478,8	350,9
Инта	370,7	341,7	327,6	333,4	370,7
Ухта	267,7	314,8	328,3	300,9	379,1
Сыктывкар	319,7	313,9	304,5	297,9	284,7
РК	340,1	338,0	330,7	331,4	344,8

Выше нормы (332,0) средняя занятость коек терапевтического профиля отмечается 14 из 20 административных территорий, что свидетельствует о необоснованном использовании дорогостоящей круглосуточной стационарной помощи, слабом развитии стационарозамещающих технологий. Очень высокие показатели зафиксированы в Корткеросском, Удорском, Усть-Вымском, Усть-Куломском районах, а так же в городах Печора, Усинск и Ухта. Территориальные особенности ряда сельских районов РК (большая протяженность, низкая плотность населения, избыточная гидрографическая

сеть), социальные проблемы на селе, кадровые проблемы здравоохранения снижают возможность использования возможностей дневных стационаров в отдаленных населенных пунктах сельских территорий.

Таблица 6.34

**Средняя занятость профильной специализированной койки для взрослых
в году (в днях) за 2012-2014гг.**

Профиль коек / Год	2012	2013	2014
Кардиологический	332,6	335,4	318,3
Пульмонологический	337,4	348,3	318,9
Гастроэнтерологический	310,4	282,7	326,9
Нефрологический	318,7	300,0	315,7
Эндокринологический	314,9	354,7	359,3
Гематологический	370,8	259,8	281,3
Ревматологический	338,0	339,1	356,6

В последние 3 года отмечается увеличение средней занятости коек эндокринологического, гастроэнтерологического и ревматологического профиля, что связано с ростом выявления болезней системы кровообращения, пищеварения и эндокринной системы у населения, увеличением количества тяжёлых форм заболеваний, требующих стационарного лечения.

В 2014 г. оборот койки всего терапевтического профиля снизился и составил 25,1 дня (в 2013 г.- 25,3), в 2010 г. данный показатель составлял 25,4 дней. Оборот терапевтической койки снизился с 28,2 в 2010 г. до 27,5 дней в 2014 г.

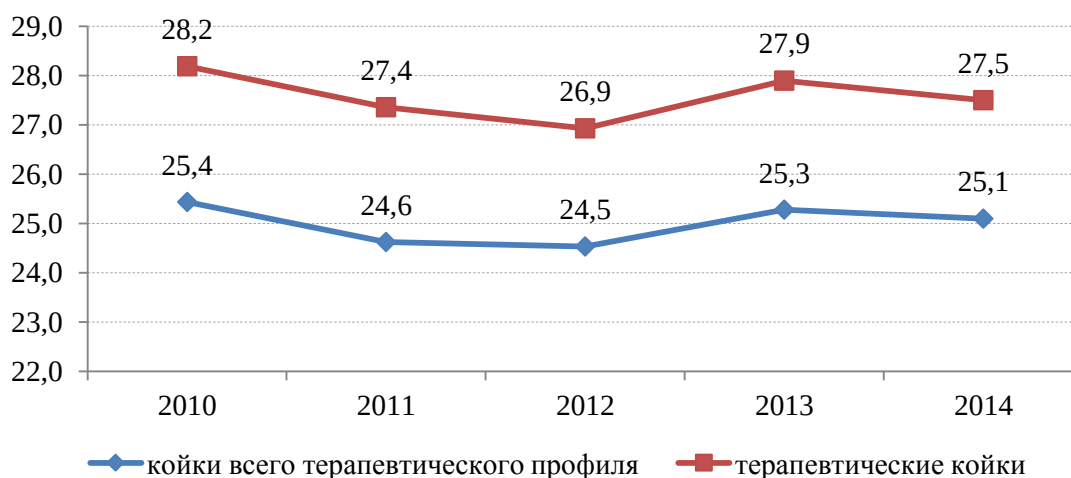


Рис. 6.14 Соотношение коек общетерапевтического и терапевтического профиля и показатели их оборота (для взрослых) в динамике за 5 лет

Средняя длительность пребывания больного на койке (для взрослых). Средняя длительность пребывания больного на койке терапевтического профиля в РК в 2014 г. снизилась по сравнению с 2010 г. (13,6 дня) и составила 13,4 дня.

Показатель средней длительности пребывания больного на койках терапевтического профиля за последние 5 лет имеет тенденцию к снижению практически по всем профилям, так показатель снизился на пульмонологической на 2,5 дня, нефрологической на 1,6 дня на гематологической и гастроэнтерологической койках на 1,1 дня, на аллергологической на 0,9 дня, кардиологических на 0,4 дня, ревматологической на 0,2 дня койках на эндокринологической остался на уровне 2010 года. Рост средней длительности лечения на 0,4 дня по отношению к 2010 году отмечен на терапевтической койке.

Больничная летальность на терапевтических койках. В 2014 г. отмечается снижение больничной летальности на терапевтических койках до 1,5 на 100 выбывших (в 2013 г. – 3,2). Показатель летальности на койках всего терапевтического профиля в 2013 г. тоже снизился вдвое (с 3,0 на 100 выбывших больных в 2013 г. до 1,4 в 2014 г.).

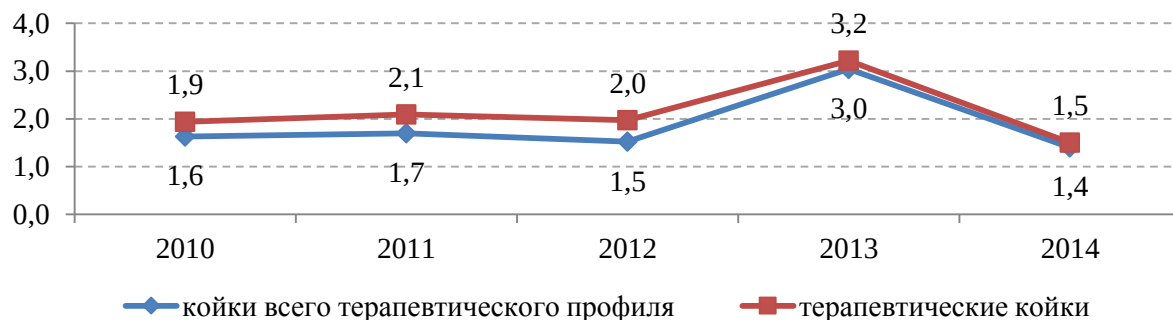


Рис. 6.15 Динамика летальности (на 100 выбывших больных)

Выводы:

В течение 2010-2014 гг. произошло сокращение коечного фонда в медицинских учреждениях РК в связи с уменьшением численности взрослого населения республики и в результате проведения структурных преобразований в системе здравоохранения с целью наиболее рационального использования сети учреждений здравоохранения. Реструктуризация системы оказания медицинской помощи в республике, внедрение стационарозамещающих видов медицинской помощи, порядков и стандартов оказания медицинской помощи позволили повысить интенсивность работы стационаров, увеличить занятость и оборот терапевтической койки. Однако имеются резервы в развитии стационарозамещающих технологий. Необходимо более активно использовать имеющиеся возможности для лечения и реабилитации пациентов в дневных стационарах больниц и поликлиник, в стационарах на дому.

Реализация Государственной программы РК "Развитие здравоохранения" (Постановление Правительства РК от 28.09.2012г. № 420) предполагает продолжение усилий по оптимизации объемов стационарной медицинской помощи, дальнейшей реструктуризации коечного фонда с целью обеспечения доступности населения в стационарной медицинской помощи при тех заболеваниях, которые вносят наибольший вклад в структуру смертности и заболеваемости населения.

6.2.3. Оказание стационарной кардиологической помощи. Кадры. Ставок врачей кардиологов 82,25 (2012г.-82,75); в т.ч. поликлиниках 25,0 (2012г.-24,5); физических лиц 48 (2012г.-48), занятость 95,1 (2012г.-95,5), укомплектованность 58,4 (2012г.-57,8 %), в том числе в городе Сыктывкаре 34 физических лица, из них 31 в ГУ РК «Кардиологический диспансер», укомплектованность кардиологами составляет 68,7%(2012г.-65%), город Воркута 3 физ.лица (54,5%), город Инта 3 (50%), город Ухта 6 (38,1%), Печорский 2 (44,4%), Усинский 0 (н/у), Сосногорский район 0 (н/у); обеспеченность кардиологами составляет 0,6 на 10000 нас. Удельный вес сертифицированных врачей кардиологов составил 96,3% (52 человека).

Коечный фонд: кардиологических коек круглосуточного пребывания 338 (2012г.-353); обеспеченность составила 4,9 на 10 тыс. населения (норматив 5,3). Функция койки 318,3; максимальные показатели функции койки отмечены в городах Инте 335,9, Воркуте 369,1, Ухте 344,3 и в Сыктывкаре 307,1.

Таблица 6.35

Работа кардиологических коек в РК в 2012-2014 гг.

Показатель / Год	Количество коек			Функция койки			Средний койко-день		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014

Сыктывкар (Республиканский кардиодиспансер)	199	199	199	327,6	345,6	307,1	16,6	16,2	15,7
Воркута	55	49	40	327,0	359,0	368,1	15,7	14,8	15,7
Инта	19	19	19	350,5	365,9	335,9	17,7	14,1	14,3
Ухта	50	50	50	344,3	295,6	328,4	12,3	12,6	12,9
Печорский район	30	30	30	344,8	276,1	298,2	12,8	10,6	13,3
РК	353	347	338	332,6	335,4	318,3	15,3	14,8	14,9

Средняя длительность лечения на кардиологической койке в 2014 г. составила 14,9 (2013-14,8) дней (РФ 2009 г. 14,1). Оборот кардиологической койки для взрослых составил 21,7 (2011г-21,9). Средние сроки лечения при заболеваниях кардиологического профиля составляют: АГ 12,4 (стандарт - 12 дней), стенокардия 12,3 (стандарт – 12); ОИМ 18,8 (стандарт неосложненный ИМ – 21); ХИБС 15,5; ЦВЗ 18,2 дней. Летальность на кардиологической койке в 2014 г. составила – 1,2 (2011г. – 1,3).

Больных с БСК пролечено 28401 чел. (2011 г. - 29604 чел.) или 14% от зарегистрированной заболеваемости. Удельный вес госпитализированных экстренно составляет до 45,0% на кардиологических койках в целом, и 93,9% по отделению неотложной кардиологии № 1 ГУ РК «Кардиологический диспансер». По республиканскому кардиологическому дистанционному консультативному центру (РКДКЦ) проконсультировано 814 (2013- 784) человек в территориях РК .

Исполнение федеральных квот по профилю сердечно-сосудистая хирургия на высокотехнологичные методы лечения выполнен на 100%.

Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в разрезе сосудистых отделений. Сведения об основных целевых показателях деятельности регионального сосудистого центра (РСЦ) и первичных сосудистых отделений (ПСО) в части острого коронарного синдрома (ОКС) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) мониторируются согласно приказа Минсоцразвития РФ от 11.07.2008 г. №331 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями».

За январь-декабрь 2014 г. зарегистрировано 2586 больных с ОКС , что на 2% меньше, чем в аналогичном периоде 2013г.(2639 чел), в том числе 1224 больных в зоне обслуживания РСЦ, 120 из зоны ПСО1, 427 из ПСО2 и 166 из ПСО3.

Госпитализировано пациентов с ОКС в зонах обслуживания центров: всего 2442 чел. или 94,4% от числа зарегистрированных с ОКС , (2013г-94,6%), в зоне РСЦ 95%, ПСО1 90%, ПСО2 95,3%, ПСО3- 96,9%.

Госпитализация пациентов с ОКС в профильный сосудистый центр составила в целом 70,8% (2013г-69,7%); при этом по РСЦ -92%, ПСО1- 100%, ПСО2-96,3%, ПСО3-100%.

Доля госпитализированных в первые 24 часа в зоне сосудистых центров составила 61,6% (2013г-65%), при этом в зоне РСЦ составила 63,6%, ПСО1- 73,1%, ПСО2- 54,1%, ПСО3- 59% (что свидетельствует о позднем обращении за медпомощью в зоне ПСО2и ПСО3).

Доля госпитализированных в первые 12 часов в зоне сосудистых центров ухудшилась с 53,3 до 49,5%.

Число проведенных ангиопластик больше , чем в 2013г (439 против 310), со стентированием 427 против 306.

КАГ проведено 1217(2013г-1137), в том числе 909 экстренно , 439 в счет Госзадания.

Увеличилось число переводов пациентов из ПСО в РСЦ для проведения экстренной ангиопластики - 202 человек (в 2013г- 146 чел).

Зарегистрировано больных с ОИМ всего 1508, что на 3% меньше, чем в 2013г (1557чел). ОИМ с подъемом сегмента ST составили 62,9% (950 чел).

Госпитализировано пациентов с ОИМ 1379 человек (в 2013г-1431) или 91,4% от числа зарегистрированных ИМ. Госпитализировано пациентов с ОИМ в профильный сосудистый центр 992 чел или 71,9% от числа всех госпитализированных с ОИМ. Число госпитализированных пациентов с ОИМ по системе «минуя приемное отделение» в зоне сосудистых центров составила 859 человек (2013г-911 чел), что составило 86,5% от числа госпитализированных с ОИМ в профильные сосудистые центры (2013г-89,4%).

Число проведенных тромболизисов в зоне сосудистых центров составило 282 человек против 308 чел в 2013г, в том числе на догоспитальном этапе -99 чел (140 чел. в 2013г).

Процент проведения ТЛТ от ОИМ с подъемом сегмента ST составил 46,3% (50% в 2013г).

Реперфузионную терапию(ТЛТ+БАП) получили 41,6% пациентов с ОКС, госпитализированных в профильные сосудистые центры (35,4% в 2013г).

Задачи по работе сосудистых центров:

- Принять меры для обеспечения госпитализации пациентов с ОКС в профильный сосудистый центр (РСЦ и ПСО2)
- Обеспечить выполнение «Порядка оказания помощи больным кардиологического профиля» по приказу РФ № 599 в части госпитализации пациентов с ОКС «Минуя приемное отделение» (ПСО2)
- Усилить санпросветработу с населением по своевременному обращению за медицинской помощью с острой болью в груди (ПСО2 и ПСО3)

Таблица 6.36

Тромболитическая терапия при ОИМ в ЛПУ РК в 2010-2014 гг. всего/ в том числе на догоспитальном этапе

Территория / Год	2010	2011	2012	2013	2014
Сыктывкар	126 /68	172/70	168/73	143/81	152/58
Ухта	88/12	86/17	84/19	90/33	70/21
Воркута	45/26	48/25	50/26	34/26	33/20
Печора	44/2	33/1	29/0	41/0	32/2
Остальные территории	209/5	148/13	145/36	128/21	141/41
Итого	468/113	487/126	481/154	436/161	428/142

Тромболизис на догоспитальном этапе проводится на СМП городов Сыктывкар, Ухта, Воркута, Усинск, единичные в других районах.

С октября 2010 г. на базе ГУ РК «Кардиологический диспансер» в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля» функционирует кардиологический дистанционно-консультационный пункт, за 2014г. проведено 6647(2013- 6092) ЭКГ- консультаций бригад скорой медицинской помощи по телефону со всеми территориями РК.

Основные проблемы кардиологической службы:

- 1) Недостаточная обеспеченность медицинскими кадрами (врачи анестезиологи-реаниматологи, функциональной диагностики, специалисты рентгенэндоваскулярной диагностики, реабилитологи и др.)
- 2) Низкий уровень квалификации врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Несвоевременная диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы

- 3) Низкий процент охвата диспансеризацией пациентов с хроническими болезнями системы кровообращения и факторами риска
- 4) Недовыявление больных с БСК (АГ, ИБС, ЦВЗ) в общей лечебной сети
- 5) Отсутствие здоровьесберегающего поведения у населения
- 6) Отсутствие мотивации и низкая приверженность к лечению у населения

Основные задачи кардиологической службы по совершенствованию помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

1. Медико-санитарное просвещение населения и пропаганда здорового образа жизни в медицинских организациях и через СМИ.
2. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения согласно утвержденных Порядков и стандартов
3. Активизация работы Центров здоровья с целью раннего выявления и проведения углубленного консультирования пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.
4. Организация охвата диспансерным наблюдением лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, не менее 60 %.
5. Организация оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи данной категории больных в соответствии с утвержденными федеральными Порядками и стандартами медицинской помощи.
6. Подготовка медицинских кадров (кардиологи, врачи функциональной диагностики, реаниматологи, специалисты рентгенэндоваскулярной диагностики, реабилитологи и др.) в соответствии с Порядками.
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 болезней системы кровообращения.
9. Совершенствование применяемых и внедрение новых методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.
10. Интенсификация оперативного лечения с использованием эндоваскулярных технологий при остром коронарном синдроме и патологии брахиоцефальных артерий
11. Дальнейшее развитие высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в республиканских учреждениях здравоохранения и федеральных медицинских центрах.
12. Совершенствование трехэтапной системы медицинской реабилитации пациентов, перенесших сердечно-сосудистые заболевания.

6.2.4. Оказание стационарной онкологической помощи. В 2014 году для оказания специализированной стационарной медицинской помощи в РК развернуто 220 сметных онкологических коек, в том числе онкологические для взрослых 205 (ГУ «КРОД» – 145, филиал ГУ «КРОД» Воркутинский ОД – 45, Ухтинская городская больница – 15), онкологические для детей 15 ГУ «РДБ»). Радиологических коек – 59 (ГУ «КРОД» – 45, филиал ГУ «КРОД» Воркутинский ОД – 14). Гематологические койки 35, в том числе гематологические для взрослых – 30 (ГУ «КРОД» – 30) и 5 детских в ГУ «РДБ».

В сравнении с 2012 годом количество онкорadiологических коек уменьшилось с 283 коек до 279 (за счет УГБ -4), гематологических уменьшилось с 39 до 35 (за счет ликвидации гематологических коек в ГБСПМ г. Воркута - 4 койки).

Таблица 6.37

Обеспеченность населения РК онкологическими койками.

	2010	2011	2012	2013	2014	РФ 2013
Онкокойки:						
- на 10 тыс. населения	2,22	2,22	2,35	2,37	2,53	2,4
- на 1000 первичных больных	71,2	69,5	67,3	65,2	69,7	63,9
Онкокойки детские:						
- на 10 тыс. детей	0,3	0,5	0,8	0,7	0,8	0,7
- на 1000 первичных больных	238,1	444,4	789,5	388,9	416,7	557,0
Радиологические:						
- на 10 тыс. населения	0,62	0,62	0,66	0,66	0,68	0,55
- на 1000 первичных больных	19,9	19,6	19,0	18,4	20,0	14,9

Обеспеченность на 10 тыс. населения онкологическими койками для взрослых по РК сравнима с РФ. Показатель обеспеченности койками на 1000 первичных больных выше по РК, чем в РФ, в связи с более низкими показателями заболеваемости по РК в сравнении с РФ (на 5,0-7,0%).

В целом по РК онкологические, радиологические и гематологические койки работают с высокой нагрузкой и интенсивнее чем в РФ. Онкологические койки по РК работают в пределах 372,2 – 394,5 дня (по РФ в 2013г. – 346,0) и в 2014 году составило 387,4 дня, за счет работы «приставных» коек так и за счет снижения средней длительности пребывания больного на койке с 12,2 дня в 2009 году до 10,5 дня в 2014 году.

Средняя длительность пребывания больного на онкологической койке составила в 2014г. 10,9 дня (2013г. 10,6 дня, 2012г.-10,9 дня, 2011г. - 10,9 дня, 2010г. - 11,2 дня) т.е., стабильно снижается и ниже чем по РФ – 10,8 в 2013 году.

Средняя длительность пребывания на гематологических койках для взрослых 10,0 дня (РФ 2013г. – 14,9 дня) и в динамике за последние 5 лет стабильно снижается с 18,9 дня в 2009 до 10,1 в 2014г.

Таблица 6.38

Выполнение программы госгарантии за 2010 – 2014г. по РК стационарной медпомощи онкологической службы

Годы	Число койко-дней госпитализации на 1000 жителей			Число госпитализаций на 1000 жителей		
	ГГ РФ с коэф.	РК факт	%	ГГ РФ с коэф.	РК факт	%
2010	110,1	110,9	100,7	6,5	8,3	127,7
2011	110,1	114,1	103,6	6,5	9,5	146,1
2012	110,1	112,8	102,5	6,5	9,2	141,5
2013	110,1	113,1	103,5	6,5	9,3	143,1
2014	110,1	118,2	107,2	6,5	9,7	149,2

Анализ показывает, что число койко-дней госпитализации по онкорadiологическому профилю в РК составляет 107,2% от госгарантии РФ (2013г. – 103,5, 2012г.-102,5%, 2011г.-103,7%, 2010г. – 100,7%), а число госпитализации на 1000 жителей составляет 149,2% от госгарантии РФ, (2013г. – 14,3, 2012г.-141,5, 2011г.-133,8%, 2010г. – 127,7%). Более высокий процент числа госпитализации, т.е. количество пролеченных больных связано с тем, что средняя длительность пребывания больного на койке стабильно снижается за последние 5 лет и ниже госгарантий РФ – 17,4 дня на онкорadiологических койках.

За 2014 год на онкорадиокоек РК пролечено - 8488 (2013г. – 8452, 2012г.-8458, 2011 г. - 8500, 2010 г. - 7939, 2009 г. - 7685). Количество пролеченных больных в динамике за 5 лет стабильно растет. Рост количества пролеченных больных связан с работой «приставных» коек, а также со снижением средней длительности пребывания больного на койке.

За 2014 год на «КРОД» приходится по удельному весу пролеченных больных по РК 90,2% (2013г. 74,9%, 2012г.-79,6%, 2011 г. - 72,1% , 2010 г. - 73,7%).

6.2.6 Оказание психиатрической специализированной помощи. В республике 5 учреждений здравоохранения, имеющих стационарные психиатрические койки и в 4 психиатрических учреждениях диспансерные отделения: ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница» (95 коек), ГБУЗ РК «Печорский психоневрологический диспансер» (40 коек), ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница» (100 коек), ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница» (520 коек), и психиатрическое отделение ГБУЗ РК «Интинская центральная городская больница» (36 коек). Во всех сельских районах имеются психиатрические кабинеты (13 кабинетов), по одному кабинету в г.Сосногорске и г.Инте, 2 кабинета в г.Усинске (для взрослого и детского приёма).

Таблица 6.39

Основные показатели стационарной помощи по РК за 2010-2014 годы

Показатель	Регион	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
Число психиатрических коек, абс. числа.	РК	811	809	791	794	794
	РФ	153,4 тыс.	153,2 тыс.	146,4 тыс.	143,6 тыс.	н/д
Число психиатрических коек на 10 000 населения	РК	8,5	9,0	8,9	8,98	9,1
	РФ	10,7	10,7	10,2	10,0	н/д
Ср. число занятости койки в году (в днях)	РК	341,5	337,8	330,2	345,3	337,8
	РФ	н/д	н/д	327,0	328,0	н/д
Уровень госпитализации больных с психическими расстройствами (на 100 000 населения)	РК	520,8	519,6	519,4	537,8	546,9
	РФ	447,0	430,1	430,3	431,4	н/д
Повторность госпитализации больных в течение года (в %)	РК	21,9	20,6	29,4	22,4	22,99
	РФ	20,1	21,2	21,4	н/д	н/д
Средняя длительность одной госпитализации	РК	60,8	57,6	52,9	59,5	53,8

В 2014 г. в республике функционировало 794 койки для лечения лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, из них 50 детских коек. Указанные койки включают в себя также койки для оказания психиатрической помощи больным, страдающим туберкулезом (35 коек), для проведения принудительного лечения в условиях стационара специализированного типа (50 коек), для лечения больных психотерапевтического профиля (25 коек) и психосоматические койки (65 коек).

С 01.01.2015 года сокращено 14 круглосуточных коек: ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница» - 10 коек, ГБУЗ РК «Интинская центральная городская больница» - 4 койки. Итого на 01.01.2015 г. число психиатрических коек в республике составляет –780.

В 2014 году отмечалось незначительное увеличение числа психиатрических коек, за счет открытия 3 психиатрических коек при ГУ «Республиканская детская больница». Показатель обеспеченности психиатрическими койками на 10 тысяч населения составил в 2014 году – 9,1 койки, а на 01.01.2015г. – 8,9 койки. В течение последних пяти лет численность коечного фонда в республике остается практически на одном уровне, с незначительными колебаниями.

Обеспеченность психиатрическими койками в 2014 г., в сравнении с 2010 г., увеличилась с 8,5 до 9,1 койки на 10 тысяч населения, то есть на 6,6%. Вместе с тем, абсолютное число психиатрических коек снизилось с 811 коек до 794 коек (на 2,1%). Увеличение показателя обеспеченности койками обусловлено снижением численности населения в РК (в 2010 г. – 908 469 человек, в 2014г. – 872 057 человек). Обеспеченность психиатрическими койками по Российской Федерации в 2013 году составляла 10,02 койки на 10 тысяч населения, что выше республиканских данных.

Среднее число занятости койки в году незначительно снизилось в 2014 году относительно 2010 года (341,5) и 2013 года (345,3) и составляет 337,8. Снижение показателя связано с закрытием коек в стационаре на период проведения ремонтных работ в Коми республиканской психиатрической больнице.

В 2014г. всего было госпитализировано 4769 больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения (в 2013 г. – 4736 больных). Уровень госпитализации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения остается высоким и составляет 546,9 на 100 тыс. населения, что существенно превышает показатель по Российской Федерации (РФ - 430,3). В структуре госпитализированных по группам нозологий основную долю составляют психозы и состояния слабоумия – 59,6%, из них с диагнозом шизофрения 30,2%; непсихотические психические расстройства – 35,7%, умственная отсталость – 13,6%. Такая структура по группам нозологий держится в течение последних пяти лет, с тенденцией к снижению количества госпитализированных больных с диагнозом шизофрения (с 36,2% в 2009г. до 30,2% в 2014г.). Повторность госпитализированных в 2014г. осталась стабильной - 22,9% (в 2013г. - 22,4%).

Средняя длительность лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2014 г. снизилась относительно 2010 г. на 7,0 койко-дней и составила 53,8 койко-дня (в 2013 г. – 59,5 койко-дней). В сравнении с общероссийскими показателями, длительность лечения остаётся существенно ниже (РФ - 70,3 койко-дня в 2013г.). Проблемным вопросом при оказании психиатрической помощи является нахождение в психиатрическом стационаре больных, нуждающихся в переводе в психоневрологические интернаты. В связи с отсутствием достаточного количества мест в них, период ожидания очереди составляет от 6 месяцев до 3 лет.

Число мест в дневных стационарах по РК в 2014 году составляло 85 койко-мест в дневных стационарах при психиатрических учреждениях: ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница» - 75 койко-мест, ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница» - 10 койко-мест. В условиях дневного стационара в 2014 г. пролечено 778 психически больных, число дней проведенных в д.стационаре – 20513 койко-дней, средняя длительность лечения 26,4 дня. (без учёта выходных и праздничных дней).

Экспертная деятельность. Отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы организованы в структуре ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница», ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница», ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница». При ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница» развернуто стационарное отделение судебно-психиатрической экспертизы на 6 коек для лиц, содержащихся под стражей и 6 коек для лиц, не содержащихся под стражей. Объем экспертной работы в 2014 году составил 2200 экспертиз, из них проведено экспертиз в амбулаторных условиях – 1998, в стационарных условиях – 128, посмертных – 29, заочных – 45. Контингент подэкспертных лиц составил: обвиняемые – 80,2%; свидетели и потерпевшие – 4,8; лица, проходившие экспертизу по гражданским делам – 15%.

Кадры. В 2014 году в РК сохраняется проблема недостаточной кадровой обеспеченности специалистами. Всего в учреждениях здравоохранения работают 79 врачей- психиатров на 148 штатных единицах, укомплектованность по физическим лицам составляет 53,3% (укомплектованность в 2013 - 61,2%). Из них врачей-психиатров 70 на

132 ставках (укомплектованность 53%), 8 физических лиц детских психиатров на 13,5 штатных должностях, укомплектованность детскими психиатрами составляет – 59,3%; 1 подростковый психиатр на 2,25 штатных должностях, укомплектованность составляет – 44,4%.

По другим должностям: 13 психотерапевтов на 35,5 штатных должностях психотерапевтов, укомплектованность 36,6%; 5 судебно-психиатрических экспертов на 13,5 штатных должностях, укомплектованность – 37,0%.

Таблица 6.40

Укомплектованность врачами-психиатрами включая детских, подростковых и врачей приёмного отделения КРПБ, без психотерапевтов в РК за 2010-2014 годы (ф.30)

Показатель	2010г	2011г	2012г	2013г	2014г
Штаты	126,5	126,5	123,25	116,0	148
Физ. лица	67	71	69	71	79
Укомплектованность по физическим лицам в %	53,0	56,1	56,0	61,2	53,3

Таким образом, укомплектованность штатами врачами-психиатрами за последние пять лет остается практически на одном уровне, со снижением показателя по отношению к предыдущему году на 7,9% за счёт введенных новых штатных должностей, при этом физических лиц отмечается увеличение (2014 год-79, 2010 год 67) с ростом на 17,9%.

Ситуация по районам следующая: в Интинской центральной городской больнице, имеющей на своей базе психиатрическое отделение на 36 коек и психиатрический приём, на 4,5 штатных должностях работает один врач-психиатр и совместитель врач психиатр-нарколог, т.е. укомплектованность физическими лицами составляет 22,2%. остаётся неукомплектованным физическим лицом врачом-психиатром (врач-психиатр совместитель - заместитель главного врача). Укомплектовали штаты врачей-психиатров в течение 2013 года Сыктывдинский, Усть-Куломский, Прилузский, Усть-Цилемский районы, Койгородский район. В 2014 году был укомплектован Вуктыльский район.

За каждым районом закреплены врачи-кураторы из психиатрических учреждений РК. В диспансерных отделениях психиатрических больниц организованы приемы для пациентов из сельских районов, при необходимости госпитализация их на стационарные койки. Проблемы обеспечения доступной психиатрической помощью сельских жителей в настоящее время актуальны и требуют постоянного решения.

Все работающие врачи-психиатры и психотерапевты имеют сертификаты. Квалификационную категорию имеют 44,0 % врачей-психиатров и психотерапевтов (38,5 % врачей-психиатров, 76,9 % врачей-психотерапевтов).

Показатель обеспеченности врачами-психиатрами в 2014 г. составил 0,9 на 10 тыс. населения (по Российской Федерации 0,98 на 10 тыс. населения).

Направления деятельности при оказании психиатрической помощи. В 2014 году деятельность психиатрической службы была направлена на улучшение качества и обеспечение доступности специализированной помощи в рамках Федерального Закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Законом РФ от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Осуществлялась дальнейшая оптимизация деятельности психиатрической службы. Постоянно решались вопросы обеспечения службы кадрами с акцентом на амбулаторную службу, в том числе сельских районов республики. В рамках программы модернизации здравоохранения выполнен значительный объем работ по укреплению материально-технической базы, проводились текущие ремонтные работы в Республиканской психиатрической больнице и других психиатрических учреждениях (ГБУЗ РК «ВПБ»,

ГБУЗ РК «УПБ», ГБУЗ РК «ППД»). Успешно решались вопросы лекарственного снабжения федеральных и региональных льготников.

Приоритетным направлением деятельности психиатрической службы является профилактика психических расстройств, формирование здорового образа жизни. Выявление лиц с высоким риском и коррекции факторов риска психических расстройств осуществлялась в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной психиатрической помощи, при проведении диспансеризации и профилактических осмотров населения.

Основным направлением в развитии профилактики в сфере психического здоровья является борьба со стигмой и дискриминацией психически больных, которая относится к наиболее значимым медико-социальным проблемам в обществе. Дестигматизационные мероприятия проводились в виде психообразования, психопросвещения населения и организационных мероприятий по развитию амбулаторной службы, приближения ее к населению.

С целью совершенствования профилактического направления разработан «План мероприятий по сохранению психического здоровья населения в РК на 2011 - 2014 годы», утверждённый распоряжением Правительства РК от 24 октября 2011 г. N 433р в рамках реализации федеральных и региональных программ, в частности государственной программы РК «Развитие здравоохранения» на 2013-2020гг.

Профилактическая работа осуществляется в учреждениях РК по трехуровневой системе оказания медицинской помощи. Первый уровень направлен на формирование позитивного отношения к здоровому образу жизни, психогигиену, усиление защитных механизмов и осуществляется в центрах здоровья и кабинетах (отделениях) медицинской профилактики в центральных и районных больницах республики. Данную деятельность по первичной профилактике, нацеленную на сокращение психических расстройств, координируют государственное бюджетное учреждение здравоохранения РК «Сыктывкарский центр медицинской профилактики» и государственное учреждение «Коми Республиканская психиатрическая больница».

Второй уровень – медицинские организации на территории РК, оказывающие квалифицированную специализированную медицинскую помощь (ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница»; ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница»; ГБУЗ РК «Печорский психоневрологический диспансер»). На базе учреждений второго уровня проводится санитарно-просветительная работа на закрепленной территории, с 01.10.2014 года открыт кабинет социально-психологической помощи при ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница», планируется открытия аналогичного кабинета в ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница».

Третий уровень представлен учреждениями республиканского уровня - ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница» и ГБУЗ «Сыктывкарский центр медицинской профилактики», которые организуют всю работу по первичной психопрофилактике, поддержанию ремиссии, предупреждению новых случаев психических расстройств, составляют долгосрочные и краткосрочные планы профилактических мероприятий.

В ГУ «КРПБ» постоянно осуществлялась санитарно-просветительская работа по профилактике суицидального поведения для населения города Сыктывкара и районов республики. Специалисты учреждения выступали в высших учебных заведениях, общеобразовательных школах, лечебных учреждениях, в подразделениях системы МВД для разных категорий слушателей, работали в «Центрах здоровья». Активно проводилось выявление психической патологии среди различных контингентов населения, в том числе, детей и подростков, внедрялись обучающие психообразовательные программы для родственников пациентов, проводился мониторинг суицидов и суицидальных попыток.

В 2014 году специалисты психиатрического профиля продолжили внедрение в лечебные и общеобразовательные учреждения методических рекомендаций, по ранней диагностике, выявлению и лечению кризисных состояний:

1. Методические рекомендации «Диагностика и лечение депрессии в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощи населению»;
2. Методические рекомендации «По профилактике и работе в кризисных состояниях у детей и подростков».

В направлении профилактики кризисных состояний, суицидов, обеспечения доступной медицинской помощи работал кабинет социально-психологической помощи, созданный в 2010 году в г. Сыктывкаре, кабинеты медико-психологической помощи в женских консультациях; организовывались рабочие места для специалистов (врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов) в поликлиниках города Сыктывкара и в других территориях; работало в г. Сыктывкаре отделение «Телефон доверия».

Одной из важных задач в развитии профилактического направления является система мер по предупреждению суицидов, в том числе среди несовершеннолетних. По данным ГБУЗ РК «РБМС» число завершенных суицидов в 2014г. – 293 случая. В республике с 2005г. по 2014г. отмечается тенденция к снижению суицидальной активности населения с 44,6 до 33,7 в расчете на 100 тыс. населения, т.е. снижение на 24,4%. Вместе с тем, по сравнению с показателями предыдущего года, в 2014г. отмечается увеличение завершенных суицидов на 6,5% (с 31,5 до 33,7 на 100 тыс. населения). Распространенность суицидов в республике остается существенно выше по сравнению с данными Российской Федерации (в РФ – 20,1 на 100 тыс. населения в 2013г.), т.е. превышение на 67,7% в 2014г. Это отражает нестабильную социально-экономическую обстановку в обществе и требует активизации работы всех субъектов профилактики в данном направлении. Большинство суицидентов являются жителями сельских местностей. Соотношение городских и сельских жителей составило в 2014г. 1:3,8; в 2013г. – 1:3,0; в 2012г. – 1:2,8; в 2011г. – 1:2,6.

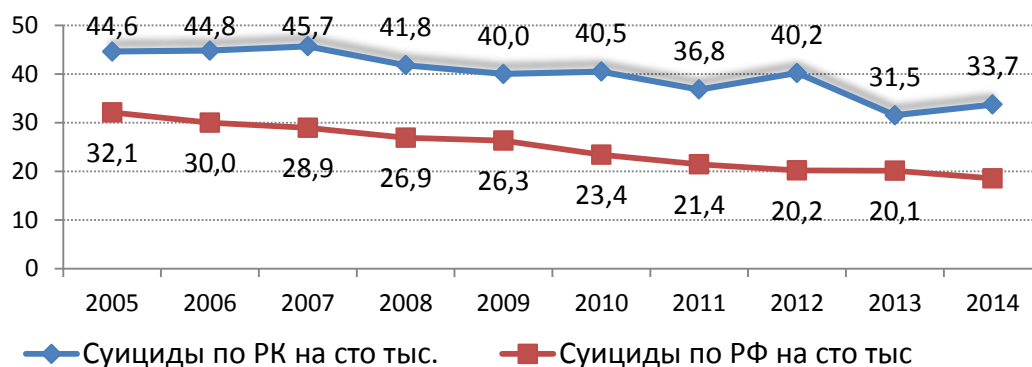


Рис. 6.16 Распространённость самоубийств в РК за 2005 - 2014 год в сравнении с РФ на 100 тыс. населения.

За последние годы число завершенных суицидальных попыток среди детей и подростков до 17 лет не стабильно и имеет тенденцию к увеличению, так в 2011г. зарегистрировано 6 случаев (3,3 случая на 100 тыс. населения), в 2012 г. – 10 случаев (5,5 на 100 тыс. населения), в 2013 г. – 2 случая (1,1 на 100 тыс. населения), в 2014 г. – 9 случаев (4,9 на 100 тыс. населения). Подавляющее большинство несовершеннолетних суицидентов находились в возрасте с 15 до 18 лет.

По возрастным категориям отмечается снижение суицидальной активности в группе трудоспособного населения с 48,1 на 100 тыс. трудоспособного населения в 2011 г. до 40,8 на 100 тыс. соответствующего населения в 2014г.; среди взрослого населения также снижение с 44,9 на 100 тыс. взрослого населения в 2011 г. до 41,4 на 100 тыс. взрослого населения в 2014г.

С целью совершенствования методов диагностики и лечения психических расстройств, обеспечения качественной медицинской помощи, системы реабилитации, помощи пациентам в решении психологических и социальных проблем внедряется в психиатрических стационарах республики полипрофессиональная форма оказания психиатрической помощи (психиатр, психолог, психотерапевт, социальный работник).

Оказание психиатрической помощи в современных условиях невозможно без применения реабилитационных технологий, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. По состоянию на 01 января 2015 года в республике действуют лечебно-трудовые мастерские и стационарное отделение реабилитации для психически больных в составе ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница», кабинеты социально-психологической помощи для амбулаторной реабилитации психически больных в составе ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница» и ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница».

По данным за 2014г. прошли курс лечения/реабилитации бригадным методом у психиатров в амбулаторных условиях 1968 пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь, что составляет 8,4 пациента на каждые 100 наблюдаемых больных. В стационарах республики пролечено с использованием бригадных методов 2489 больных из числа выбывших, или 50,8 больных на 100 выбывших.

Выводы:

1. Кочная сеть психиатрической службы РК в течении последних лет имеет тенденцию к сокращению и составляет на 01.01.2015 г. 780 коек. Показатель обеспеченности психиатрическими койками в РК 8,9 коек на 10 тысяч населения, что существенно ниже, чем в целом по РФ (РФ в 2013г - 10,02 на 10 тысяч населения).

2. Средняя длительность лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2014 г. снизилась относительно 2010 г. на 7,0 койко-дней и составила 53,8 койко-дня (в 2013 г. – 59,5 койко-дней). В сравнении с общероссийскими показателями, длительность лечения остаётся существенно ниже (РФ - 70,3 койко-дня в 2013г.).

3. Повторность госпитализированных в 2014г. осталась стабильной - 22,9% (в 2013г. - 22,4%) и незначительно превышает общероссийский показатель (за 2013 год 22,4%).

4. Уровень госпитализации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения сохраняется высоким и составляет за отчетный период 546,9 на 100 тыс. населения, что существенно превышает показатель по Российской Федерации (РФ - 430,3). В структуре госпитализированных по группам нозологий основную долю составляют психозы и состояния слабоумия – 59,6%, из них с диагнозом шизофрении 30,2%; непсихотические психические расстройства – 35,7%, умственная отсталость – 13,6%.

5. Кочный фонд дневных стационаров по РК в 2014 году остается прежним и составляет 85 койко-мест в дневных стационарах при психиатрических учреждениях г. Сыктывкара и г. Воркуты. В условиях дневного стационара в 2014 г. пролечено 778 психически больных, число дней проведенных в стационаре – 20513 койко-дней, средняя длительность пребывания 26,4 дня.

6. В 2014 г. увеличился объем работы отделений судебно-психиатрических экспертиз, рост штатных единиц на 3 ставки. Вместе с тем отмечается низкая укомплектованность судебно-психиатрическими экспертами – 37,0%, что в связи с возросшим объемом экспертной работы, оказывает негативное влияние на сроки проведения экспертиз из-за длительной очереди.

7. Укомплектованность врачами-психиатрами в отчетном году составляет 53,3% (в 2013 – 61,2%). Показатель обеспеченности врачами-психиатрами в 2014 г. составил 0,9 на

10 тыс. населения, что ниже общероссийского показателя (по РФ 0,98 на 10 тыс. населения). Укомплектованность врачами-психиатрами амбулаторной службы составляет – 49,6%. Дефицит врачей в амбулаторной службе приводит к снижению активности наблюдения за контингентами психически больных.

8. В отчетном году продолжена работа психиатрической службы по развитию профилактического направления в сфере психического здоровья. Приоритетной деятельностью является профилактика кризисных и суицидоопасных состояний. С 01.10.2014г. открыт кабинет социально-психологической помощи в структуре ГБУЗ РК «ВПБ», планируется открытие подобного кабинета в ГБУЗ РК «УПБ».

9. В 2014г. наблюдается увеличение завершенных суицидов, по сравнению с данными прошлого года, на 6,5% (с 31,5 до 33,7 на 100 тыс. населения). Распространенность суицидов в республике остается существенно выше по сравнению с данными Российской Федерации (в РФ – 21,0 на 100 тыс. населения в 2014г.), т.е. превышение на 45,1% в 2014г. Это отражает нестабильную социально-экономическую обстановку в обществе и требует активизации работы всех субъектов профилактики в данном направлении.

Проблемы:

1. Сохраняется проблема недостаточной кадровой обеспеченности специалистами. Укомплектованность врачами-психиатрами в отчетном году составляет 53,3%, Укомплектованность врачами-психиатрами амбулаторной службы – 49,6%. Дефицит врачей в амбулаторной службе приводит к снижению активности наблюдения за контингентами психически больных. Укомплектованность психотерапевтами составляет 36,6%; укомплектованность судебно-психиатрическими экспертами – 37,0%.
2. В психиатрической сети практически отсутствуют подготовленные медицинские психологи (соответствующие ставки заняты психологами без соответствующей подготовки), недостаточное количество специалистов по социальной работе, социальных работников.
3. Проблемным вопросом при оказании психиатрической помощи является длительное нахождение в психиатрическом стационаре хронически психически больных, нуждающихся в переводе в психоневрологические интернаты.
4. На территории республики недостаточно развита сеть дневных стационаров для лиц с психическими расстройствами. На сегодняшний день стационарный этап помощи выступает в роли основного уровня оказания психиатрической помощи.
5. Материально-техническая база государственных учреждений здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь, не соответствует современным требованиям, норма палатной площади на пациента значительно снижена в соответствии со стандартом.
6. Оснащение учреждений не соответствует порядкам оказания психиатрической помощи и не позволяет в полной мере осуществлять диагностику и лечение психических заболеваний на современном уровне.
7. Недостаточно применяются современные реабилитационные технологии для лечения психически больных. По данным за 2014г. прошли курс лечения/реабилитации бригадным методом у психиатров в амбулаторных условиях 8,4 пациента на каждые 100 наблюдаемых больных, в стационарах пролечено с использованием бригадных методов 50,8 больных на 100 выбывших.

Задачи на 2015 год

Обеспечить выполнение:

- 1.1 Федерального Закона Российской Федерации №323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ»;
- 1.2 Закона Российской Федерации от 02 июля 1993г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»;

- 1.3 Порядка оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. N 566н;
- 1.4 Постановления Правительства РК от 27 марта 2006г. № 45 «О стратегии социально-экономического развития РК на период до 2020 года»;
- 1.5 Государственной программы РК «Развитие здравоохранения» на 2013- 2020 годы;
- 1.6 Постановления Правительства РК от 25 декабря 2014г. № 545 "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов"; Распоряжение Правительства РК от 12 июля 2010 № 293-р (ред. от 23.11.2011) «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению демографической ситуации в РК на 2011 - 2015 годы».
2. Продолжить укрепление материально-технической базы психиатрических учреждений, привести в соответствие с требованиями нормы площадей на пациентов в стационарах.
3. Совершенствовать структуру стационарной психиатрической помощи с постепенным сокращением стационарных коек и развитием внебольничных организационных форм психиатрической помощи.
4. Разработать Концепцию Стратегического развития психиатрической службы на территории РК.
5. Использовать все возможные ресурсы для улучшения лекарственного обеспечения всех категорий пациентов.
6. Принять меры к реализации кадровой политики; укомплектовать лечебные учреждения республики врачами-психиатрами, врачами психотерапевтами, медицинскими психологами и социальными работниками, в особенности амбулаторную службу.
7. Осуществлять постоянный контроль за соответствием качества, оказываемой специализированной психиатрической помощи, установленным федеральным стандартам.
8. Продолжить развитие методов и форм медико-социальной реабилитации психически больных; повысить уровень охвата пациентов бригадными методами работы.
9. Совершенствовать работу детской психиатрической службы с акцентом на внебольничные виды помощи, внедрять новые методы психосоциальной реабилитации в практику детского психиатра.
10. Обеспечить развитие и совершенствование профилактического направления работы в сфере охраны психического здоровья населения РК; укреплять межведомственное взаимодействие со всеми субъектами первичной профилактики.
11. Совершенствовать профилактику аутоагрессивного поведения граждан; организовать проведение мониторинга завершенных и незавершенных суицидов по РК на должном уровне.
12. Продолжить проведение научно-практических исследований и выполнение диссертационных работ по актуальным вопросам социальной и общей психиатрии.

6.2.7. Оказание наркологической помощи. Наркологическая служба в РК на 1 января 2015 года представлена: Республиканским наркологическим диспансером (город Сыктывкар); 3 учреждениями психиатрического и психоневрологического профиля, оказывающими наркологическую помощь (в городах Воркута, Ухта, Печора); 3 учреждениями здравоохранения, имеющими в своей структуре круглосуточные койки наркологического профиля (городов Инты и Усинска, Ижемского района); 20 наркологическими кабинетами при учреждениях здравоохранения общей лечебной сети

(не наркологического и не психоневрологического профиля); Этот факт следует считать явлением позитивным, поскольку организация наркологической помощи в многопрофильных медицинских организациях позволяет повысить доступность наркологической помощи для населения. 1 кабинетом профилактики наркологических расстройств (город Сыктывкар); 3 кабинетами по оказанию наркологической помощи детскому населению (города Ухта, Печора, Сосногорск), в ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер» помощь детскому населению оказывается на базе кабинета профилактики наркологических расстройств; 1 химико-токсикологическая лаборатория при ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер».

Кадры. Число врачей психиатров-наркологов в республике 42 (в 2010 году было 41, наименьшее количество отмечалось в 2011 году-39). По сравнению с 2013 годом количество врачей психиатров-наркологов не изменилось. Укомплектованность врачами психиатрами-наркологами в 2014 году самая низкая за последние 5 лет- 43%, максимальная отмечалась в 2012 году-60,0%. Обеспеченность на 10000 населения составляет-0,5. В районах, где нет врача психиатра-нарколога, прием ведут врачи психиатры, прошедшие специализацию по психиатрии-наркологии и имеющие сертификат специалиста.

Объем работы по освидетельствованию граждан на состояние алкогольного, наркотического и иного опьянения в 2014 году в республике значительно увеличился с 14997 в 2013 году до 18194 в 2014 году, увеличивается и количество кабинетов экспертиз с 2 в 2011 году до 6 в 2014 году. В остальных территориях, где нет отдельного кабинета, освидетельствование проводится в приемном покое многопрофильного учреждения здравоохранения.

Стационар. На 01.01.2015 года в РК развернуто 147 круглосуточных коек. В структуре ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер» функционирует 20 коек дневного стационара при больничном учреждении, по 5 коек при поликлинике в городах Инта и Ухта.

На базе ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница» функционирует реабилитационное отделение на 10 коек для лиц, страдающих наркологическими расстройствами. При наркологическом отделении ГБУЗ РК «КРНД» №1 также проходят этап реабилитации больные наркологическими расстройствами.

Общее количество коек круглосуточного стационара уменьшилось по сравнению с 2013 годом на 24, на 14%. Были сокращены койки в некоторых территориях республики (городах Усинск, Ухта, Усть-Цилемском и Усть-Куломском районах).

Количество пролеченных больных в стационарах за последние пять лет продолжает снижаться. В 2010 году было пролечено 6364 пациента, в 2014 году 4527, уменьшение составило 1837 человек. Также снизился уровень госпитализации: с 6,7 на 1000 населения в 2010 году до 5,2 на 1000 населения в 2014 году. Летальность в стационаре не увеличивается и составляет 0,22 на 100 выбывших (в сравнении с 2013 годом ниже на 42,1%).

Количество госпитализированных в наркологические стационары больных с психотическими расстройствами вследствие употребления наркотиков в 2014 году резко возросло (с 42 в 2013 году до 168 в 2014 году), в 4 раза. Количество госпитализированных с алкогольными психозами так же возросло- на 30%.

Этот факт следует считать явлением позитивным, поскольку организация наркологической помощи в многопрофильных медицинских организациях позволяет повысить доступность наркологической помощи для населения.

6.2.8 Оказание дерматовенерологической помощи. В РК функционируют 3 кожно-венерологических диспансера (ГБУЗ РК «РКВД» г. Сыктывкар, филиалы ГБУЗ РК «РКВД»: Воркутинский и Печорский кожно-венерологические диспансеры), два кожно-

венерологических отделения (КВО г. Ухта, КВО г. Инта), 22 кожно-венерологических кабинетов в составе медицинских организаций. Кроме того, дерматовенерологическую помощь оказывают в узловой железнодорожной больнице г. Сосногорск, медицинских учреждениях МВД и УИН РФ.

Стационарная помощь больным дерматовенерологического профиля. Коечный фонд РК по профильным круглосуточным дерматовенерологическим койкам составил на конец 2014 года – 67 коек (0,77 на 10 тыс. нас., среднероссийский показатель - 0,8 на 10 тыс. нас.). Уменьшение коечного фонда произошло в связи с полным перепрофилированием в 2013 году дерматовенерологических коек в г. Усинск и в г. Ухта и уменьшением числа профильных коек в г. Инта (2012 год -9 коек, 2013-2014 гг. -5 коек). Кроме того, в республике функционирует 53 койки дневного пребывания при стационарном отделении (г. Воркута, г. Сыктывкар), а в г. Печора действует дневной стационар при поликлинике на 15 коек, в г. Инта аналогичный на 5 коек.

Для оказания стационарной помощи больным дерматовенерологического профиля в г. Усинске с 2010 года используются, по необходимости, 3 койки на базе наркологического отделения, финансируются из бюджета. Показатель работы койки дерматовенерологического профиля в 2014 году 341,0 (РФ в 2014 году – 304,0).

Таблица 6.41

Распределение коек дерматовенерологического профиля.

Территории	Круглосуточный стационар		Койки дневного пребывания при круглосуточном стационаре		Койки дневного пребывания при поликлиническом отделении	
	2013г.	2014г.	2013г.	2014г.	2013г.	2014г.
г. Сыктывкар	37	37	30	30		
г. Воркута	15	15	23	23		
г. Печора	10	10		-	15	15
г. Инта	5	5	-		5	5
Всего	67	67	53	53	20	20

Таблица 6.42

Показатели работы круглосуточных стационаров за 2014 год в разрезе территорий РК.

Территория	Кол-во коек	к/дни	Пролечено больных	Ср. длительн.	Оборот койки	Работа койки	Простой койки
г. Печора	10	3468	210	16,6	20,9	346,8	0,9
г. Воркута	15	5025	296	17,0	18,7	335,0	1,31
г. Инта	5	1674	116	14,5	21,6	334,8	1,3
г. Сыктывкар	37	12592	743	16,9	23,1	340,3	1,2
Всего	67	22759	1365	16,7	20,4	340,2	0,78

В разрезе территорий наибольший простой койки наблюдается в г. Инта, что объясняется небольшой мощностью стационарного отделения и его прямой подчиненностью Интинской ЦГБ и невыполнением плана в стационаре Воркутинского филиала ГБУЗ РК РКВД. Показатель простоя койки в 2014 году улучшился (0,78) и значительно превосходит среднереспубликанский -1,49.

Таблица 6.43

Показатели работы коек дневного пребывания в стационарных условиях

Показатели	2013 г.			2014 г.		
	Сыктывкар	Воркута	Всего	Сыктывкар	Воркута	Всего
число коек	30	23	53	30	23	53
к/дни	9589	7009	16598	10778	8400	18500
функция койки	319	304	313,0	359,2	365,2	349,1
оборот койки	17,2	19,4	17,6	15,8	19,0	16,5
средняя длительность пребывания	18,5	15,7	17,22	22,7	19,1	21,3
число пролеченных больных	517	446	963	474	438	870
простой койки	2,6	3,1	2,76	0,36	0,00	1,0

Число коек дневного пребывания в 2014 году в сравнении с 2012-2013 гг. не изменилось. Койки дневного отделения при стационарах в г. Печора, Инта, Усинск не развернуты. Необходимо учесть, что Республиканский КВД ориентирован на госпитализацию больных из г. Сыктывкара, так как работает и как городской КВД и обслуживает, в основном, девять южных районов РК. На базу стационарного отделения РКВД госпитализируются наиболее тяжелые пациенты со всей республики в соответствии с «Порядком оказания дерматовенерологической помощи населению РК». Воркутинский и Печорский филиалы, также принимает на себя больных из соседних территорий. Минимальная задача службы - сохранить коечную мощность в 3-х регионах РК – гг. Сыктывкар, Воркута, Печора.

6.2.9. Оказание стационарной фтизиатрической помощи населению. Стационарная служба представлена тремя противотуберкулезными диспансерами. (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 внегочными формами туберкулеза, где осуществляются 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 Министерства здравоохранения РК №12/396 от 31.12.2009 г. с изменениями приказ МЗ РК № 9/346 от 09.09.2011 г. «О показаниях к госпитализации больных туберкулезом в государственные противотуберкулезные учреждения РК».

В связи с требованиями инфекционного контроля на 31.12.2014 г. из 352 фтизиатрических коек круглосуточного пребывания для взрослых в республике развернуто 128 коек для лечения пациентов с МЛУ-туберкулезом, что составляет 36,4% коечного фонда.

6.2.10. Оказание стационарной помощи при инфекционных и паразитарных заболеваниях. Стационарная помощь осуществляется двумя инфекционными больницами (ГБУЗ РК «Республиканская инфекционная больница» и ГБУЗ РК «Воркутинская инфекционная больница», а также 13 инфекционными отделениями ЦРБ (в 13 районах республики).

Число круглосуточных инфекционных коек по республике составляет 349, из них: взрослых – 138, детских – 211. За последние 5 лет коечный фонд сократился на 11 единиц. Обеспеченность инфекционными койками в республике по сравнению с прошлым годом не изменилась и составила в 2014 г 4,0 на 10000 населения (взрослых – 1,9, детских – 13,5 на

10 000); по РФ средний показатель обеспеченности инфекционными койками составляет 4,4 на 10 000 населения.

Специализированная медицинская помощь больным с инфекционной патологией в РК оказывается как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. В 2014 году койки инфекционного профиля характеризовались следующими показателями:

- выписано всего 13853 пациентов, в т.ч. детей - 8985, взрослых - 4868; умерло - 5;
- функция инфекционной койки 261,1 (2013 г.-254,1),
- оборот инфекционной койки – 39,8 (2013г.-39,8),
- средний койко-день – 6,6 (2013г.-6,4),
- общая летальность – 0 (2013г. - 0,2).

6.3. Оказание скорой медицинской помощи. Скорую медицинскую помощь населению Республики Коми оказывают 32 учреждения, из них: самостоятельные городские станции – 2 (г. Сыктывкар, г. Ухта), больница скорой помощи – 1 (г. Воркута), отделения СМП при городских и сельских ЛПУ – 29.

Укомплектованность врачами службы скорой помощи в Республики Коми составляла в 2014 году 38,4% (в 2013 году – 39,8 %), без учета совместительства. Укомплектованность с учетом совместительства в 2014 году составила 77,6% (в 2013 году – 78,8 %).

Таблица 6.44

**Укомплектованность врачебными кадрами службы СМП
по Республике Коми за 2010 – 2014 года**

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Штаты	275,5	273,0	268,5	269	273,5
Занятые	222,75	220,0	214,5	212	212,25
Физические лица	107	106	108	107	105
Укомплектованность кадров с учетом совместительства	80,8 %	80,6 %	79,9 %	78,8 %	77,6 %
Укомплектованность кадров без учета совместительства	38,8 %	38,8 %	40,2 %	39,8 %	38,4 %

Таблица 6.45

**Укомплектованность средним медперсоналом кадрами службы СМП
по Республике Коми за 2010 – 2014 года**

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Штаты	942,5	968,25	986,75	987,25	1 026,5
Занятые	928,25	956,25	977,5	977	1 005,75
Физические лица	762	769	779	778	790
Укомплектованность кадров с учетом совместительства	98,5 %	98,8 %	99,1 %	99,0 %	97,9 %
Укомплектованность кадров без учета совместительства	80,8 %	79,4 %	78,9 %	78,8 %	76,9 %

Укомплектованность средним медицинском персоналом службы скорой помощи в Республики Коми составляла в 2014 году 76,9 % (в 2013 году – 78,8 %), без учета совместительства. Укомплектованность с учетом совместительства в 2014 году составляет 97,9 % (2013 году – 99,0 %).

Таблица 6.46

**Структура бригад службы СМП
по Республике Коми за 2010 – 2014 года**

Структура бригад	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Врачебные общепрофильные	15,75	17	16,5	15,5	16
в т.ч. для оказания помощи детскому населению	2,25	3,5	3,5	1	0,75
Фельдшерские	69,25	69,25	68,5	67,5	66
Интенсивной терапии (БИТ)	9	9	9	8	8
Психиатрические	1	1	1	1	1
Другие специализированные бригады, всего:	3	1,5	1,5	3,5	3,5
в т.ч. реанимационные	1	1,5	1,5	1,5	1,5
педиатрические	2	0	0	2	2
Всего:	98,0	97,75	96,5	95,5	94,5

В 2014г. на территории РК медицинскую помощь населению оказывали 94,5 бригад СМП. По всем территориям РК были организованы и работали 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 (бригада организована в 2011 году).

Служба скорой медицинской помощи Республики Коми обслуживает население на догоспитальном этапе численностью 837 905 человека или 96,1 % (в 2013 году – 94,3 %), от всего населения республики = 872 057 человек (данные Росстата на 01.01.2014 г.)

В том числе:

- Городского – 683 047 человек или 99,9 % от всего городского населения РК (для сравнения в 2013 году – 99,3 %).
- Сельского – 154 858 человек или 78,9 % от всего сельского населения РК (для сравнения в 2013 году – 77,2 %).

Из них:

- Детского населения (до 18 лет) – 171 962 человек или 93,7 % от всего детского населения РК (для сравнения в 2013 году – 95,1 %).
- Взрослых – 665 943 человек или 96,7 % от всего взрослого населения РК (для сравнения в 2013 году – 96,1 %).

Таблица 6.47

**Удельный вес населения, охваченного скорой медицинской помощью по
территориям РК в 2010 - 2014 г. г. (в %)**

Территория	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Сыктывкар	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Воркута	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Инта	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ухта	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Вуктыльский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ижемский район	40,9	42,1	43,1	43,1	42,8
Княжпогостский р-он	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Койгородский район	51,3	50,2	55,8	42,3	71,7
Корткеросский район	80,2	73,7	86,3	100,0	100,0
Печорский район	100,0	100,0	98,9	90,1	100,0

Прилузский район	77,6	100,0	84,5	87,2	86,8
Сосногорский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Сыктывдинский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Сысольский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Тр.-Печорский район	100,0	100,0	100,0	71,9	100,0
Удорский район	53,1	57,4	55,5	63,5	82,6
Усинский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Усть-Вымский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Усть-Куломский район	44,5	48,1	56,5	59,7	60,5
Усть-Цилемский р-он	44,6	46,7	48,2	50,5	51,9
Республика Коми	93,7	94,5	94,7	94,3	96,1

Показатель удельного веса населения, охваченного скорой медицинской помощью, в целом по Республике Коми в 2014 году увеличился на 1,8 % и составил 96,1 % (в 2013 году – 94,3 %).

Доступность скорой медицинской помощи сельскому населению Республики Коми остается низкой, в 2014 году увеличилась на 1,7 % и составила 78,9 % (для сравнения в 2013 году – 77,2 %), что объясняется разбросанностью населенных пунктов и отсутствием автомобильных дорог. Скорую медицинскую помощь (экстренную и неотложную) в данных населенных пунктах оказывает медперсонал ФАПов, врачебных амбулаторий и АВОПов.

Таблица 6.48

**Показатели объема деятельности (по отчетной форме № 30)
по Республике Коми в 2010 – 2014 года, (в абсол. ед.)**

		2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
1.	Общая обращаемость (2 + 3 + 5)	447 918	438 201	419 654	374 425	356 526
2.	Всего выездов (по форме 30), из них:	371 630	363 285	350 622	322 824	316 422
2.1.	Число лиц, обслуженных на выездах	329 963	323 658	315 815	291 758	284 766
2.1.1	из них: к детям	69 380	67 261	64 351	63 528	62 395
2.2.	Число лиц, обслуженных амбулаторно	30 492	28 327	22 334	18 876	18 086
2.3.	Безрезультатных выездов	11 175	11 300	12 473	12 190	13 570
3.	Отказано из-за необоснованности	15 120	15 781	14 852	14 022	11 256
4.	Обслужено лиц на выездах:					
4.1.	Пострадавших (несчастные случаи)	44 232	43 326	42 846	40 745	41 916
4.2.	Больных (внезапные заболевания + роды и патология беременности)	258 148	253 204	246 539	229 633	225 215
4.3.	Сантранспорт (перевозки больных, рожениц и родильниц)	27 583	27 128	26 430	21 380	17 635
5.	Выезды, не включ. в форму 40 из них:	61 168	59 135	54 180	37 579	28 848
5.1.	Хозперевозки	52 258	47 953	45 810	32 600	25 965
5.2.	Медпроцедуры	8 910	11 182	8 370	4 979	2 883

Общая обращаемость на скорую медицинскую помощь по Республике Коми в 2014 году снизилась на 4,8 % (17 899 обращений) и составила 356 526 обращений по сравнению с 2013 годом – 374 425 обращений. Число выездов (по отчетной форме № 30) в 2014 г. снизилось по сравнению с 2013 г. на 2 % (6 402 вызова) и составило 316 422 вызова.

Число лиц, обслуженных на выездах в 2014 г., уменьшилось по сравнению с 2013 г. на 2,4 % (6 992 человек) и составило 284 766 человек за счет: уменьшения выездов к пациентам с внезапными заболеваниями и патологии беременности и родов на 2 %; на перевозки больных, рожениц и родильниц на 17,5 %. В то же время увеличилось количество выездов на несчастные случаи на 2,9 %. За пять лет с 2010 г. по 2014 г. количество выездов бригад СМП на выполнение несвойственных функций

(хозяйственные перевозки и медицинские процедуры) снизилось на 52,8 % (32 320 выездов)

Таблица 6.49

**Показатели объёма деятельности (по отчетной форме № 40)
по Республике Коми в 2010 – 2014 года, (на 1000 населения, обл. СМП)**

		2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
	Население, охваченное СМП	891 639	849 699	842 730	830 463	837 905
1.	Общая обращаемость (2 + 3 + 5)	502,3	515,7	498,0	450,8	425,4
2.	Всего выездов (по форме 30), из них:	416,8	427,5	416,1	388,7	377,6
2.1.	Число лиц, обслуженных на выездах	370,1	380,9	374,8	351,3	339,9
2.1.1	из них: к детям	77,8	79,2	76,4	76,5	74,5
2.2.	Число лиц, обслуженных амбулаторно	34,2	33,3	26,5	22,7	21,6
2.3.	Безрезультатных выездов	12,5	13,3	14,8	14,7	16,1
3.	Отказано из-за необоснованности	16,9	18,6	17,6	16,9	13,4
4.	Обслужено лиц на выездах:					
4.1.	Пострадавших (несчастные случаи)	49,6	50,9	50,8	49,1	50,0
4.2.	Больных (внезапные заболевания + роды и патология беременности)	289,6	297,9	292,5	276,5	268,8
4.3.	Сантранспорт (перевозки больных, рожениц и родильниц)	30,9	32,1	31,4	25,7	21,1
5.	Выезды, не включ. в форму 40 из них:	68,6	69,6	64,3	45,2	34,4
5.1.	Хозперевозки	58,6	56,4	54,4	39,3	31,0
5.2.	Медпроцедуры	10,0	13,2	9,9	5,9	3,4

Перераспределение объемов обращаемости между службой скорой помощи и амбулаторно-поликлиническими учреждениями по Республике Коми отслеживается по строке 3 «Отказано из-за необоснованности» (таблицы №№ 5; 5.1).

Количество отказов из-за необоснованности в 2014 году (11 256 обращений) находится примерно на одном уровне по сравнению с предыдущими годами, таким образом, неотложные вызова (т.е. вызова к пациентам, состояние здоровья которых непосредственно не угрожает жизни и не требует экстренной медицинской помощи) переориентируются со скорой помощи в поликлинику.

Сокращение числа необоснованных вызовов и перевод неотложных вызовов на уровень поликлиники проводится в основном в городах Республики Коми:

по г. Сыктывкару: в 2014 г. – 9 312 отказа за необоснованностью вызова, что на 6,9 % меньше, чем в 2013 г. (9 999 обращений)

по г. Ухте: в 2014 г. – 1 098 отказано за необоснованностью вызова, что на 67,4 % меньше, чем в 2013 г. (3 365 обращений).

По остальным территориям перераспределение вызовов на уровень поликлиники проводится менее активно, либо не проводится.

Таблица 6.50

**Перераспределение объемов скорой медицинской помощи
между врачебными и фельдшерскими бригадами СМП
в Республике Коми за 2010 – 2014 года (в %)**

	Врачебные бригады	Фельдшерские бригады
2010 год	25,90	74,10
2011 год	25,71	74,29
2012 год	29,02	70,98
2013 год	26,27	73,73
2014 год	25,11	74,89

Скорая медицинская помощь в Республике Коми преимущественно оказывается фельдшерскими бригадами, которыми обслужено 74,89 % от общего количества вызовов.

В 12 из 20 территорий Республики Коми в службе СМП организованы врачебные бригады, которыми обслужено 25,11 % вызовов.

Таблица 6.51

**Обращаемость населения на скорую медицинскую помощь по форме № 30
(выезды + амбулаторные + безрезультатные) по территориям РК
в 2010 – 2014 годах (на 1000 населения)**

Территория	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Сыктывкар	399,0	392,1	382,7	370,0	383,4
Воркута	409,6	460,3	475,7	389,5	418,9
Инта	386,5	421,7	419,5	390,5	376,3
Ухта	335,7	351,3	352,3	340,8	363,1
Вуктыльский район	286,9	302,4	265,1	263,5	259,0
Ижемский район	300,1	348,3	359,0	317,1	189,0
Княжпогостский район	384,4	385,8	362,0	316,7	313,3
Койгородский район	428,5	432,3	425,3	383,8	401,4
Корткеросский район	787,9	790,6	416,5	358,9	334,2
Печорский район	506,9	528,9	567,7	483,0	438,5
Прилузский район	303,9	354,7	362,7	338,6	340,3
Сосногорский район	408,6	414,3	406,8	402,2	367,8
Сыктывдинский район	390,7	418,5	405,6	394,6	372,0
Сысольский район	370,3	408,1	449,0	457,7	448,1
Тр.Печорский район	386,3	364,8	347,2	320,9	289,3
Удорский район	352,0	383,9	418,9	428,9	315,3
Усинский район	321,7	318,1	322,5	300,8	279,0
Усть-Вымский район	386,5	394,9	382,2	348,2	354,1
Усть-Куломский район	283,8	319,7	243,4	228,8	218,8
Усть-Цилемский район	341,0	337,7	328,2	360,9	327,1
Республика Коми	390,7	404,0	394,0	366,6	362,8

Обращаемость населения на скорую помощь (по форме № 30) по Республике Коми в 2014 году (362,8 – на 1 000 жителей) снизилась на 1,1 % по сравнению с 2013 годом (366,6 вызовов на 1 000 жителей). Наибольшая обращаемость на скорую помощь (на 1 000 населения) отмечена в Сысольском районе (448,1 вызов), в Печорском районе (438,5 вызова) и в г. Воркуте (418,9 вызов). Обращаемость (на 1 000 населения) выросла в городах Республики Коми: г. Воркута (с 389,5 вызова в 2013 году до 418,9 вызова в 2014 году), г. Ухте (с 340,8 вызова в 2013 году до 363,1 вызовов в 2014 году) и в г. Сыктывкаре (с 370,0 вызовов в 2013 году до 383,4 вызова в 2014 году). Обращаемость (на 1 000 населения) снизилась в Ижемском районе (с 317,1 вызовов в 2013 году до 189,0 вызовов в 2014 году), в Удорском районе (с 428,9 вызовов в 2013 году до 315,3 вызова в 2014 году) и в Сосногорском районе (с 402,2 вызова в 2013 году до 367,8 вызова в 2014 году).

Обращаемость (на 1 000 населения) в Республике Коми по поводу несчастных случаев за последние 5 лет остается на одном уровне. Наибольшая обращаемость по поводу несчастных случаев отмечена в г. Сыктывкаре (62,0 на 1 000 жителей); Сыктывдинском районе (60,8 на 1 000 жителей) и в Сосногорском районе (52,2 на 1 000 жителей). Наиболее низкий показатель обращаемости в Ижемском районе (16,8 на 1 000 жителей), Усть-Куломском районе (23,6 на 1 000 жителей) и в Троицко-Печорском районе (25,3 на 1 000 жителей). Обращаемость по поводу несчастных случаев (на 1 000 населения) выросла в г. Сыктывкаре (с 56,9 в 2013 году до 62,0 в 2014 году) и в Усть-Вымском районе

(с 45,6 в 2013 году до 50,4 в 2014 году). Обращаемость по поводу несчастных случаев на (1 000 населения) снизилась в Койгородском районе (с 36,1 в 2013 году до 30,7 в 2014 году) и в Ижемском районе (с 25,8 в 2013 году до 16,8 в 2014 году).

Таблица 6.52

**Выезды на ДТП по Республике Коми
в 2010 – 2014 годах (в абсол. ед.)**

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Всего выездов на ДТП	1 787	2 073	2 131	2 050	1 632
Число пострадавших	2 015	2 462	2 634	2 493	2 190
Со смертельным исходом:					
- до приезда бригады СМП	70	82	92	87	105
- в машине СМП	3	4	5	3	4

Количество выездов на ДТП (по данным Службы СМП) по Республике Коми в 2014 году снизилось на 20,4% (418 выездов) и составило 1 632 выезда по сравнению с 2013 годом – 2 050 выездов. Число погибших до приезда бригады СМП в 2014 году выросло на 18 человек по сравнению с 2013 годом.

Время доезда до 20 минут до места ДТП по Республике Коми составляет в 2014 году 88,9%. Этот показатель в течение 5 лет находится примерно на одном уровне.

Таблица 6.53

**Время доезда до ДТП (до 20 мин) по территориям
Республики Коми за 2010 - 2014 г.г. (в %)**

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Сыктывкар	98,5	98,3	97,0	97,6	98,3
Воркута	90,3	91,7	89,7	97,2	96,4
Инта	97,1	90,0	87,5	87,7	85,4
Ухта	97,9	97,8	96,6	95,5	95,3
Вуктыльский район	100,0	84,6	93,3	66,7	88,9
Ижемский район	100,0	100,0	87,0	90,5	89,5
Княжпогостский район	36,4	19,4	34,8	29,7	38,5
Койгородский район	93,8	100,0	81,8	80,0	90,0
Корткеросский район	71,8	90,5	85,5	88,7	76,7
Печорский район	87,7	82,4	98,1	93,0	91,5
Прилузский район	80,0	69,8	58,6	100,0	53,8
Сосногорский район	100,0	88,4	95,6	84,7	94,4
Сыктывдинский район	81,5	77,6	78,6	75,0	69,6
Сысольский район	89,8	85,9	83,3	82,1	71,4
Троицко-Печорский район	100,0	92,3	100,0	100,0	100,0
Удорский район	100,0	100,0	92,3	92,9	93,3
Усинский район	52,3	86,0	71,7	67,3	81,8
Усть-Вымский район	82,3	74,6	89,1	78,7	90,3
Усть-Куломский район	94,4	70,6	100,0	75,6	71,9
Усть-Цилемский район	100,0	90,9	100,0	100,0	100,0
Республика Коми	92,3	91,6	90,8	91,0	88,9

Однако, учитывая тот факт, что в большинстве территорий РК в учреждениях, оказывающих СМП где работает одна бригада СМП, прием вызовов ведется не в программу «АСУ-скорая помощь», а «от руки», величина данного показателя вызывает сомнения.

Таблица 6.54

**Обращаемость населения на скорую медицинскую помощь по поводу
внезапных заболеваний и патологии беременных по РК
в 2010 – 2014 годах (на 1 000 населения)**

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Сыктывкар	272,4	267,5	260,7	256,4	266,7
Воркута	270,8	297,6	300,6	263,0	282,6
Инта	314,7	358,2	332,9	308,4	301,0
Ухта	242,2	253,7	253,6	249,1	265,2
Вуктыльский район	222,9	236,3	211,2	205,9	205,0
Ижемский район	213,7	217,8	227,5	209,3	135,6
Княжпогостский район	321,0	320,9	298,8	272,9	273,2
Койгородский район	282,0	298,8	276,3	260,3	269,8
Корткеросский район	353,6	444,0	333,4	273,9	246,7
Печорский район	402,1	418,0	453,4	374,8	335,4
Прилузский район	223,1	246,8	257,2	177,9	237,0
Сосногорский район	278,6	278,7	274,1	274,3	232,7
Сыктывдинский район	262,8	277,2	260,7	264,3	247,2
Сысольский район	238,0	251,4	259,9	267,6	236,9
Тр.Печорский район	302,4	284,1	275,7	263,0	236,3
Удорский район	279,1	293,8	319,1	326,6	260,9
Усинский район	205,9	209,4	205,3	197,5	187,4
Усть-Вымский район	297,9	303,0	299,4	279,3	278,3
Усть-Куломский район	132,3	154,7	149,4	156,9	150,2
Усть-Цилемский район	278,7	268,9	258,5	280,2	246,7
Республика Коми	271,4	281,6	277,1	260,8	258,3

Обращаемость в Службу СМП (на 1 000 населения) в Республике Коми по поводу **внезапных заболеваний** снизилась с 260,8 в 2013 году до 258,3 в 2014 году.

По территориям наибольшая обращаемость отмечена в Печорском районе (335,4 на 1 000 жителей), в г. Инте (301,0 на 1 000 жителей) и в г. Воркуте (282,6 на 1 000 жителей).

Наиболее низкая обращаемость среди территорий республики по внезапным заболеваниям в Ижемском районе (135,6 на 1 000 жителей) и в Усть-Куломском районе (150,2 на 1 000 жителей).

Обращаемость по поводу внезапных заболеваний (на 1 000 населения) выросла в Прилузском районе (с 177,9 в 2013 году до 237,0 в 2014 году), г. Воркута (с 263,0 в 2013 году до 282,6 в 2014 году) и в г. Ухта (с 249,1 в 2013 году до 265,2 в 2014 году).

Обращаемость по поводу внезапных заболеваний (на 1 000 населения) снизилась в Ижемском районе (с 209,3 в 2013 году до 135,6 в 2014 году), Удорском районе (с 326,6 в 2013 году до 260,9 в 2014 году) и в Корткеросском районе (с 273,9 в 2013 году до 246,7 в 2014 году).

Таблица 6.55

**Время доезда до вызова (до 20 мин) по территориям
Республики Коми за 2010 - 2014 г.г. (в %)**

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Сыктывкар	97,2	97,0	96,2	96,7	83,3
Воркута	87,5	87,0	93,7	96,0	96,2
Инта	96,7	95,6	96,5	96,1	96,3
Ухта	99,8	99,6	98,8	99,7	98,2
Вуктыльский район	98,7	98,2	98,9	98,9	98,5
Ижемский район	100,0	100,0	99,0	99,0	100,0
Княжпогостский район	70,1	51,8	40,5	96,9	96,5
Койгородский район	93,4	98,4	98,1	98,2	93,6
Корткеросский район	97,0	92,4	90,4	90,3	84,9

Печорский район	89,3	89,7	98,4	94,6	93,9
Прилузский район	91,3	85,1	93,6	95,0	95,6
Сосногорский район	79,9	94,5	94,0	46,4	99,0
Сыктывдинский район	95,1	90,3	85,8	85,5	91,4
Сысольский район	98,8	99,1	97,2	98,3	89,6
Троицко-Печорский район	83,2	81,7	96,1	96,2	92,5
Удорский район	98,9	98,5	97,9	98,1	97,9
Усинский район	96,8	96,5	96,2	96,6	85,0
Усть-Вымский район	89,4	97,9	97,4	96,6	96,2
Усть-Куломский район	99,1	96,3	94,1	93,8	92,6
Усть-Цилемский район	99,3	99,5	98,7	99,4	99,5
Республика Коми	93,5	93,6	94,7	93,7	91,4

Время доезда до вызова по Республике Коми составляет в 2014 году 91,4%. Этот показатель в течение 5 лет находится примерно на одном уровне. Однако, учитывая тот факт, что по большинству территорий РК в учреждениях, оказывающих СМП, прием вызовов ведется не в программу АСУ-скорая помощь, а «от руки», величина данного показателя вызывает сомнения.

С одной стороны, в течение последних 5 лет показатель количества проведенных ТЛТ в Республике Коми остается на высоких цифрах. С другой стороны, из 20 территорий в 8-ти ТЛТ для пациентов не доступна. В первую очередь это связано не столько с кадровой проблемой, сколько с высокой стоимостью тромболитических препаратов.

Таблица 6.56

**Проведение тромболитической терапии по территориям Республики Коми
за 2010 - 2014 г.г. (в %)**

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Сыктывкар	68	70	73	81	53
Воркута	26	25	26	26	18
Инта	1	2	7	3	8
Ухта	12	17	17	36	20
Вуктыльский район	-	-	-	-	-
Ижемский район	-	-	-	-	-
Княжпогостский район	-	-	-	-	-
Койгородский район	1	-	-	1	3
Корткеросский район	-	-	-	-	-
Печорский район	2	1	-	-	2
Прилузский район	-	-	-	-	4
Сосногорский район	-	-	3	-	-
Сыктывдинский район	3	1	1	1	4
Сысольский район	-	-	1	1	1
Троицко-Печорский район	-	1	-	-	1
Удорский район	-	-	-	-	-
Усинский район	-	9	24	15	20
Усть-Вымский район	-	-	-	-	-
Усть-Куломский район	-	-	-	-	-
Усть-Цилемский район	-	-	-	-	-
Республика Коми	113	126	152	164	134

Обращаемость по Республике Коми значительно превышает плановый показатель объема деятельности службы скорой медицинской помощи по Программе государственных гарантий обеспечения граждан РК бесплатной медицинской помощью – **330 выездов на 1000 жителей в год** и составила в 2014 году 377,6 вызова на 1 000 жителей в год. Процент выполнения государственных гарантий в 2014 году по скорой медицинской помощи Республики Коми составил **114,4%** (для сравнения: в 2013 году –

117,8 %).

Только в четырех территориях по Республике Коми не выполнен план по госгарантии в 2014 году: Княжпогостский район (95,0 %), Троицко-Печорский район (87,7 %), Усинский район (84,5 %) и Вуктыльский район (78,5 %).

Значительно превышен план выполнения госгарантий в Усть-Цилемском районе (190,9 %) и Койгородском районе (169,6 %).

Служба Скорой медицинской помощи Республики Коми обслуживает территорию с численностью населения 872 057 человек. Население, охваченное службой Скорой медицинской помощи, составляет 837 905 человека. В соответствии с приказом МЗ СССР от 25.03.1976 года № 300 «О нормах оснащения учреждений санитарным транспортом и о режиме работы санитарного транспорта», в Республике Коми число автомобилей СМП должно составлять не менее 83 единиц автотранспорта.

В 2014 году (по отчетной форме № 30) количество единиц автотранспорта в Республике Коми составляло 192 а/м скорой медицинской помощи.

В декабре 2013 году РК закупила 118 автомобилей скорой медицинской помощи, из них ГБУЗ РК «СССМП» получила 22 автомобиля СМП «Пежо» класса «В». Для сельских районов закуплены 96 автомобилей УАЗ с высокой проходимостью в условиях бездорожья.

При анализе изношенности автопарка обращает внимание, что в 2014 году автопарк Службы скорой медицинской помощи «обновился» на 39%, если в 2013 году а/м скорой помощи со сроком эксплуатации до 3 лет составляли 16,7%, то в 2014 году – 55,7%.

Служба СМП Республики Коми в 2014 году преимущественно на 63% оснащена автомобилями СМП с салоном класса «В» (автомобиль экстренной медицинской помощи) в 33,8% автомобилями СМП с салоном класса «А» (автомобиль для транспортировки пациентов).

В службе СМП РК в 2014 году использовались всего 3 а/м СМП или 1,6%, не имеющих сертификат соответствия и разрешения для использования их в качестве «а/м скорой медицинской помощи». Так, в 2013 году, в службе работало 34 «не сертифицированных» а/м, или 17,6% от всего автопарка.

ВЫВОДЫ:

1. В целом работу службы скорой медицинской помощи по Республике Коми можно оценить, как удовлетворительную.

2. Служба скорой медицинской помощи вынуждена компенсировать работу амбулаторно-поликлинической службы.

Не проводится анализ обращаемости на скорую помощь в разрезе экстренных и неотложных вызовов, поэтому нет возможности определить необходимость организации в территориях службы неотложной медицинской помощи при поликлиниках.

Высокая обращаемость на скорую помощь приводит к снижению своевременности выезда на экстренные вызова.

3. Низкая укомплектованность службы скорой медицинской помощи врачебными кадрами, приводит к снижению качества диагностики и оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

4. За пять лет с 2010 г. по 2014 г. количество выездов бригад СМП на выполнение несвойственных функций (хозяйственные перевозки и медицинские процедуры) снизилось на 52,8 % (32 320 выездов)

5. При анализе изношенности автопарка обращает внимание, что в 2014 году автопарк Службы скорой медицинской помощи «обновился» на 39%, если в 2013 году а/м скорой помощи со сроком эксплуатации до 3 лет составляли 16,7%, то в 2014 году – 55,7%.

6. Низкая оснащенность оргтехникой, в связи с этим отсутствие достоверной информации по многим критериям, определяющих организацию службы СМП в РК не дают возможности для организации анализа работы лечебных учреждений, оказывающих

данный вид медицинской помощи населению в полном объеме.

ЗАДАЧИ НА 2015 ГОД:

1. В работе строго придерживаться порядка и Стандартов по оказанию скорой медицинской помощи, утвержденных МЗ и СР РФ, МЗ РК.

2. Усилить работу с кадрами в части привлечения на скорую медицинскую помощь кадров (особенно врачей), для обеспечения оказания квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

3. Для проведения достоверного мониторинга работы службы скорой медицинской помощи по территориям Республики Коми, рекомендовать главным врачам ЛПУ укомплектовать все учреждения службы скорой медицинской помощи оргтехникой (без современной оргтехники проводить анализ не представляется возможным).

4. Рассмотреть вопрос о возможности централизованного закупа для территорий РК дорогостоящих лекарственных препаратов для проведения ТЛТ.

6.4. Организация экстренной медицинской помощи. В республике постоянно поддерживаются высокие показатели объемов оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации населения с использованием авиации. Уже годно осуществляется более 550 вылетов для оказания экстренной специализированной медицинской помощи, эвакуируется посредством авиации более 600 пациентов.

Готовность и мобильность Центра медицины катастроф к оказанию экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации во многом определяется его оснащенностью мобильным медицинским имуществом и мобильным транспортом.

В настоящее время проводится активная работа специализированной медицинской помощи к населению путем создания филиалов ТЦМК РК и перехода на очное круглосуточное дежурство профильных специалистов ТЦМК для оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации).

Так за 2014 год в Центр медицины катастроф поступило 3688 заявок на оказание экстренной специализированной помощи (выполнено 100%), из них:

1. 1414 - очные консультации специалистов;
2. 1713 медицинских эвакуаций пациентов (всеми видами транспорта), в том числе:
 - 1485 взрослых;
 - 228 детей;

3. Доставлено 966 литров крови и ее препаратов, перевезено 12 811 кг медицинских грузов.

На выезде выполнено 127 хирургических вмешательств и операций, эндоскопических исследований -155.

Малые мощности центральных районных больниц, особенно на севере республики, низкая укомплектованность специалистами «узкого» профиля, вызывают необходимость в привлечении специализированных бригад Территориального центра медицины катастроф.

Для организации санитарно-авиационной эвакуации на базе ГБУ РК «Территориальный центр медицины катастроф РК» отделение плановой и экстренной консультативной медицинской помощи.

Для технического обеспечения деятельности по обеспечению санитарно-авиационной эвакуации на территории РК привлекаются авиационные компании. Применение авиационных средств актуально на всей территории РК, во всех 20 муниципальных образованиях, и прилегающих труднодоступных и удаленных от административных центров районах Кировской, Архангельской областей, Ненецкого Ямало-Ненецкого, Ханты-Мансийского автономных округов, в том числе кочующих групп малочисленных коренных народов Севера.

Только в труднодоступных и отдаленных районах РК обслуживаются посредством привлечения авиатранспортных средств 52 населенных пункта.

Готовность и мобильность Центра к оказанию экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации во многом определяется ее оснащенностью мобильным медицинским имуществом и мобильным транспортом.

В настоящее время проводится активная работа приближению специализированной медицинской помощи к населению путем создания филиалов ТЦМК РК и перехода на очное круглосуточное дежурство профильных специалистов ТЦМК для оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации).

Государственное задание на оказание услуг, связанных с выполнением скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощью в 2014 году:

Плановое значение: 900 эвакуированных больных;

Фактическое значение: 1154 больных;

Процент выполнения 128,2 %

Было запланировано денежных средств: 137 млн. 630 439 рублей.

Израсходовано: 132 млн. 652 523 рублей.

Остаток: 4 млн. 823 926 рублей.

Для обеспечения оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС Министерством здравоохранения РК создана группировка сил и средств, включающая в себя как подвижные силы (бригады скорой медицинской помощи), так и стационарные (сеть травматологических центров I-III уровней).

В организации медицинской помощи пострадавшим при ЧС, задействуется весь комплекс скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи, осуществляемой ГБУ РК «Территориальный центр медицины катастроф РК».

По состоянию на сегодняшний день группировка насчитывает 99 бригад скорой медицинской помощи, 2 станции скорой медицинской помощи, 18 отделений скорой медицинской помощи, 2 травматологических центра I уровня, 12 травматологических центров II уровня и 10 травматологических центров III уровня.

Территориальный центр медицины катастроф РК укомплектован врачами-специалистами: травматологами, нейрохирургами, хирургами, реаниматологами-анестезиологами, средним медицинским персоналом. На оснащении центра имеется 15 специализированных санитарных автомобилей, в том числе 9 реанимобилей, в дежурстве находятся вертолет МИ-8, вертолет МИ-2, самолет L-410.

Таблица 6.57

Динамика количества ЧС в РК

Наименование ЧС	2012г		2013г		2014г	
	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
Биолого-социальные	16	9	17	9	8	2
Природные						
Прочие	7		14	2	17	
Всего	97	47	94	46	93	44

В 2014г в РК произошло 93 ЧС, что на 1,1% меньше, чем в 2013г и на 4,1% меньше, чем в 2012г.

Таблица 6.58

**Количество отдельных видов ЧС на территории
РК в 2012-2014г**

Наименование ЧС	Годы		
	2012	2013	2014
ДТП	56	45	45
Другие техногенные	3	4	1
Пожары	15	14	22
Биолого-социальные	16	17	8
Прочие	7	14	17

В структуре чрезвычайных ситуаций преобладают ЧС техногенного характера, их доля составляет 73,1%, на биолого-социальные ЧС приходится 8,6% и на прочие ЧС – 18,3%. В 2014г вдвое снизилось число биолого-социальных ЧС.

Среди техногенных ЧС преобладают ДТП – 66,2%.

Таблица 6.59

Количество пострадавших при ЧС в РК

Пострадавшие при ЧС	2012г		2013г		2014г	
	Количество пострадавших		Количество пострадавших		Количество пострадавших	
	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
Пораженные/в т.ч. дети	319/62	82/13	456/77	254/49	337/80	162/24
Погибшие/в т.ч. дети	118/12	101/10	136/8	111/4	112/11	90/6

Всего за последние 3 года при ЧС пострадали 1478 человек, в том числе детей – 250, т.е 16,9%, из них погибли 366 человек, что составляет 24,8%, в том числе детей – 31 (8,5% от числа погибших, 12,4% от числа пострадавших детей). Количество пострадавших на 1 ЧС составляет 4,5 – в 2012г и 6,3 - в 2013г и 4,8 – в 2014г, т.е. тяжесть медицинских последствий от ЧС в 2014г по сравнению с 2013г снизилась.

Соотношение погибших и санитарных потерь составляла в 2012, 2013 и -2014г 1:2,7, 1:3,3, 1:3,0 соответственно, т.е. в 2014г тяжесть медицинских последствий ЧС несколько возросла по сравнению с предыдущим годом.

Таблица 6.60

Количество пострадавших при разных видах ЧС в РК за 2012-2014г

Наименование ЧС	2012г			2013г			2014г		
	Постр./ в т.ч. дети	Пораж./ в т.ч. дети	Погибш./ в т.ч. дети	Постр./ в т.ч. дети	Пораж./ в т.ч. дети	Погибш./ в т.ч. дети	Постр./ в т.ч. дети	Пораж./ в т.ч. дети	Погибш./ в т.ч. дети
ДТП	286/27	233/22	53/5	228/25	186/23	42/2	272/34	217/26	55/8
Пожары	43/7	2/-	41/7	57/-	6/-	51/-	60/12	23/11	37/1
Др. техног.	21/-	17/-	4/-	19/-	11/-	8/-	-	-	-
Биолого-соц.	63/40	51/40	12/-	261/53	244/52	17/1	89/38	87/38	2/-
Прочие	24/-	16/-	8/-	27/7	9/2	18/5	28/7	10/5	18/2
Всего	437/74	319/62	118/12	592/85	456/77	136/8	449/91	337/80	112/11

Наиболее тяжкие последствия отмечаются в таких видах ЧС как пожары (95,35% погибших в 2012г, 89,5% - в 2013г, 61,7% - в 2014г) и ДТП от 18,5% в 2012г до 20,2% в 2014г.

Таблица 6.61

Госпитализация пораженных при ЧС в 2012-2014гг.

Показатель	2012г		2013г		2014г	
	Всего		Всего		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего пораженных	319	100	456	100	337	100
Госпитализировано всего:	127	39,8	199	43,6	187	55,5
Находились на амбулаторном лечении	166	52,0	225	43,9	135	40,0
Отказ от медицинской помощи	26	8,2	32	7,0	7	2,1
Проведено в стационаре койко-дней	2526	-	1548	-	3451	-
Средняя длительность пребывания на койке	19,0	-	7,8	-	18,4	-

В 2014 году количество госпитализированных по сравнению с предыдущим годами увеличилось и составило 55,5%, количество пораженных, находившихся на амбулаторном лечении составило 40,0%. Количество пораженных, отказавшихся от медицинской помощи, в 2014 было 2,1%, т.е. на 4,9% меньше, чем в 2013г.

Наиболее тяжёлые, требующие высоко квалифицированной и специализированной медицинской помощи пораженные получили стационарное лечение в республиканских ЛПУ (КРБ и ДРБ).

Таблица 6.62

Формирования, принимавшие участие в ликвидации ЧС

Формирования	2012г	2013г	2014г
Специализированная хирургическая бригада постоянной готовности	-	1	1
Специализированная судебно-медицинская бригада постоянной готовности	-	-	-
Бригады скорой медицинской помощи всего	144	130	164
в том числе:	87	81	115
фельдшерские	38	33	36
врачебные	19	16	13
специализированные			
Другие формирования	5	2	4
Всего	149	133	169

В 2014 году 97,0% формирований, участвовавших в ликвидации ЧС, составляли бригады скорой медицинской помощи, 70,1% выездов выполняют фельдшерские бригады. В структуре выездов доля специализированных бригад скорой медицинской помощи уменьшилась и составила в 2014г 7,9%, (в 2013г – 12,3%, в 2012г 13,2%).

Таблица 6.63

Количество ЧС по районам РК

Территории	Количество ЧС		
	2012г	2013г	2014г
г. Сыктывкар	13	19	18
г. Воркута	7	7	3
г. Инта	6	5	2
г. Ухта	11	13	13
Вуктыльский район	-	2	2

Ижемский район	4	1	5
Княжпогостский район	10	2	6
Койгородский район	-	2	1
Корткеросский район	3	3	5
Печорский район	5	6	2
Прилузский район	6	4	5
Сосногорский район	2	7	5
Сыктывдинский район	12	10	5
Сысольский район	9	2	2
Троицко-Печорский район	2	1	2
Усинский район	3	3	5
Удорский район	1	2	1
Усть-Вымский район	1	2	8
Усть-Куломский район	2	2	2
Усть-Цилемский район	-	1	1
Всего по РК	97	94	93

Наибольшее количество ЧС за период 2012-2014г произошло в городах Сыктывкар (50), Ухта (37), Сыктывдинском районе (27). В 2014г отмечен значительный рост ЧС в Усть-Вымском районе.

Таблица 6.64

Количество пострадавших при ЧС по районам РК

Территории	Количество пострадавших					
	2012г		2013г		2014г	
	всего	в т.ч. детей	всего	в т.ч. детей	всего	в т.ч. детей
г. Сыктывкар	57	15	79	14	70	25
г. Воркута	43	1	41	-	13	4
г. Инта	22	-	13	2	6	-
г. Ухта	53	24	222	45	95	14
Вуктыльский район	-	-	8	-	5	5
Ижемский район	23	3	2	-	20	8
Княжпогостский район	34	-	31	-	19	3
Койгородский район	-	-	6	-	2	-
Корткеросский район	10	-	14	1	36	6
Печорский район	23	5	20	2	7	1
Прилузский район	30	5	20	3	18	4
Сосногорский район	14	1	48	3	25	4
Сыктывдинский район	51	6	50	11	38	9
Сысольский район	49	6	6	-	17	3
Троицко-Печорский район	5	3	1	-	5	-
Усинский район	17	-	6	-	29	3
Удорский район	3	1	9	-	2	-
Усть-Вымский район	2	-	8	3	29	1
Усть-Куломский район	4	1	4	-	11	1
Усть-Цилемский район	-	-	4	2	2	-
Всего по РК	437	74	592	86	449	91

От общего числа пострадавших дети составляют 16,9%, 14,5%, и 20,3%, соответственно в 2012, 2013 и 2014 годах.

При значительных колебаниях количества пострадавших по годам, тенденции к снижению, как среди всех пострадавших, так и среди детей, не наблюдается.

Таблица 6.65

Количественная характеристика пострадавших при ЧС в РК за 2014г.

	Количество пострадавших			
	Всего	Пораж.	Погибш	Пострадавшие на 100 тыс. населения
Сыктывкар	70	60	10	27,14
Воркута	13	11	2	15,34
Вуктыл	5	5		37,70
Инта	6	2	4	19,14
Печора	7	6	1	12,89
Сосногорск	25	16	9	55,33
Усинск	29	18	11	63,38
Ухта	95	85	10	78,64
Ижемский р-н	20	14	6	112,89 (3)
Княжпогостский р-н	19	9	10	89,56
Койгородский р-н	2		2	25,08
Корткеросский р-н	36	31	5	187,80
Прилузский р-н	18	14	4	94,55
Сыктывдинский р-н	38	29	9	160,80 (1)
Сысольский р-н	17	9	8	126,99(2)
Троицко-Печорский р-н	5		5	40,20
Удорский р-н	2		2	10,49
Усть-Вымский р-н	29	20	9	105,27 (4)
Усть-Куломский р-н	11	8	3	43,10
Усть-Цилемский р-н	2		2	16,49
РК	449	337	112	51,48

В 2014г 23,7% от числа поражённых – дети, в 2013г этот показатель был 17,1% , в 2012г – 19,4%.

В 2014г на территории республики произошло 5 ДТП с особо тяжкими последствиями, в том числе 2 – на ФАД «Вятка», 1 в Сыктывкаре на а/трассе Сыктывкар-Эжва, по одному в Ухтинском и Корткеросском районах. Общее число пострадавших при этих ДТП составило 78 человек, в том числе 11 детей, из них погибли 12 человек, в том числе 1 ребёнок.

В 2013г ДТП с особо тяжкими последствиями произошло 2, оба в Сосногорском районе, пострадали при этом 22 человека, из них погибли 5 человек.

В 2012г произошло 3 ДТП с особо тяжкими последствиями, в том числе 1 на ФАД, пострадали всего 26 человек, в т.ч. 1 ребёнок, погибли из них 5 человек.

В 2014г диспетчерской ЦМК принято 185 донесений об угрозе ЧС, в т.ч. 68 – о взрывных устройствах, бесхозных и подозрительных предметах. По донесениям об угрозе ЧС выезжали 116 бригад СМП.

Во исполнение распоряжения Правительства РК от 03.09.2014 № 310-р в 2015 году начнет работу филиал ГБУ РК "Территориальный центр медицины катастроф РК" в г. Печора.

С 2010 года разработаны, утверждены и используются в работе алгоритмы действий оперативных отделов станции скорой медицинской помощи, Территориального центра медицины катастроф РК и медицинских организаций при поступлении сигнала о дорожно-транспортном происшествии с большим количеством пострадавших.

С 2009 года в республике в соответствии с совместным приказом Главного управления МЧС России по РК и Министерства здравоохранения РК «О порядке взаимодействия Министерства здравоохранения РК, органов управления здравоохранения, Главного управления МЧС России по РК и подчинённых ему подразделений в области информационного обмена при угрозе и возникновении

чрезвычайных ситуаций и происшествий на территории РК» от 11.11.2009 г. № 507/11/328 введен в действие Регламент информационного обмена.

Основными целями информационного обмена являются:

- обеспечение непрерывного контроля за складывающейся оперативной обстановкой и её изменениями;

- своевременная подготовка и принятие согласованных управленческих решений при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и происшествий.

Основными целями взаимодействия являются:

- своевременное взаимное оповещение дежурно-диспетчерских служб МЧС России по РК, МВД по РК и Минздрава РК при возникновении ДТП;

- своевременное прибытие сил и средств на место ДТП;

- оказание помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП, в возможно короткие сроки;

- предотвращение распространения вторичных поражающих факторов, возникающих при ДТП.

Разработан План прикрытия автомобильных дорог РК, утверждённый начальником Главного управления МЧС России по РК 01 сентября 2011 года, согласованный с Министерством здравоохранения РК, Управлением ГИБДД МВД по РК, Дорожным агентством РК.

В РК создана и работает республиканская комиссия по обеспечению безопасности дорожного движения, которая является координационным органом при Правительстве РК по рассмотрению вопросов и выработке предложений, касающихся обеспечения безопасности дорожного движения на территории региона.

Ежеквартально на заседаниях указанной комиссии рассматриваются наиболее проблемные и актуальные вопросы безопасности дорожного движения в РК, требующие координации деятельности органов исполнительной власти и органов местного самоуправления РК в области обеспечения безопасности дорожного движения, а также вопросы взаимодействия с негосударственными и коммерческими организациями при их участии в мероприятиях, направленных на повышение безопасности дорожного движения.

В республике утверждена и реализуется региональная программа РК «Повышение безопасности дорожного движения в РК (2013-2015 годы)», стратегической целью которой является сокращение количества погибших в результате дорожно-транспортных происшествий. Основными направлениями реализации данной программы являются:

- развитие системы предупреждения опасного поведения участников дорожного движения;

- развитие системы организации движения транспортных средств и пешеходов, повышение безопасности дорожных условий;

- обеспечение безопасного участия детей в дорожном движении;

- развитие системы помощи пострадавшим.

Объем финансирования программы в 2013-2015 годах составляет более 533 млн. руб. Наиболее значимая доля финансирования программы предусмотрена на реализацию мероприятий, направленных:

- на развитие системы организации движения транспортных средств и пешеходов, повышение безопасности дорожных условий (368 млн. руб. или 68,9% от общего объема финансирования);

- на развитие системы предупреждения опасного поведения участников дорожного движения (144,9 млн. руб. или 27,1%).

В целях развития системы помощи пострадавшим реализуются мероприятия, направленные на эффективную организацию медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на всех этапах ее оказания, позволяющую минимизировать последствия полученных травм. Объем финансирования данного направления составляет 17,6 млн. рублей.

Проблема дорожно-транспортного травматизма в РК является одной из наиболее актуальных, так как тесно сопряжена с высокой смертностью населения от внешних, предотвратимых причин смерти.

Динамика показателей дорожно-транспортных происшествий (далее - ДТП) в РК в течение последних лет не имеет существенной тенденции к улучшению, как по количеству ДТП, так и числу травмированных и погибших:

Соотношение числа погибших к общему числу пострадавших сохраняется в пределах 5-6%, что ниже уровня Российской Федерации и свидетельствует о меньшей тяжести травм и более низкой летальности.

Вместе с тем отмечается устойчивая тенденция к увеличению погибших в крупных ДТП (по критериям отнесения к чрезвычайным ситуациям ДТП Министерства здравоохранения Российской Федерации). Характерным является 2014 год, когда этот показатель достиг 41,2%.

Остается стабильной тяжесть полученных травм, о чем свидетельствует доля погибших до приезда бригад скорой медицинской помощи. Этот показатель на протяжении последних 5 лет находится в пределах 92-98 %.

Проведенный анализ показывает, что, по-прежнему, основной причиной гибели людей на дорогах являются сочетанные, крайне тяжелые несовместимые с жизнью травмы. Высока доля погибших на догоспитальном этапе оказания помощи пострадавшим при ДТП. Среди причин гибели людей преобладают немедицинские факторы:

- несоблюдение правил дорожного движения всеми участниками дорожного движения, как водителями, так и пешеходами (культура поведения, строгость законодательства в отношении нарушителей правил дорожного движения, в том числе в отношении пешеходов);
- использование населением автотранспорта с низким уровнем оборудования системами активной и пассивной безопасности и т.д.;
- неразвитая дорожная инфраструктура, обеспечивающая безопасность организации движения, транспортных развязок, пешеходных переходов, освещения дорог, разделения потоков автотранспорта, светофорного регулирования и т.д.

В соответствии с Оперативным планом профилактических мероприятий по сокращению смертности от внешних причин в РК, утвержденным распоряжением Главы РК от 12.08.2012 года № 260-р, Министерством здравоохранения РК организована система непрерывного обучения врачей и среднего медицинского персонала, сотрудников республиканских спасательных служб Министерства по чрезвычайным ситуациям России (далее – МЧС России), Главной инспекции по безопасности дорожного движения Министерства внутренних дел России (далее – ГИБДД МВД России) по программе первой помощи на базе Школы медицины катастроф Республиканского Центра медицины катастроф.

Оказание первой помощи пострадавшим регламентировано статьей 31 главы 5 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и обязывает специалистов МЧС, МВД, по программе первой помощи на базе Школы медицины катастроф Республиканского Центра медицины катастроф.

Оказание первой помощи пострадавшим регламентировано статьей 31 главы 5 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и обязывает специалистов МЧС, МВД, спасателей, военнослужащих, водителей транспортных средств оказывать данный вид помощи.

Указанной выше региональной программой предусмотрено обучение врачей и среднего медицинского персонала, сотрудников спасательных служб основам оказания первой медицинской помощи, в том числе проведение выездных семинаров. Для повышения эффективности такого обучения предусмотрено приобретение средств имитации пострадавших людей.

За последние 5 лет количество проведенных занятий по программе первой помощи на базе Школы медицины катастроф увеличилось в 2,4 раза (2010 г. - 150 занятий, 2014 г. - 355 занятий), а число обученных возросло в 2,0 раза (с 1 671 человека в 2010 г. до 3145 человек - в 2014 г.).

В 2014 году выездные обучающие семинары проведены в Усть-Куломском, Прилузском, Княжпогостском, Койгородском, Сысольском, Корткеросском, Сыктывдинском, Удорском, Троицко-Печорском, Усть-Вымском районах, г. г. Вуктыл, Ухта, Сосногорск, Усинск, Инта, Сыктывкар, Воркута, Печора.

В целях оптимизации оказания первой и первичной медицинской помощи населению РК, повышения готовности сотрудников организаций, принимающих участие в ликвидации медико-биологических последствий чрезвычайных ситуаций на территории РК к оказанию первой и первичной медицинской помощи пораженным при чрезвычайных ситуациях и дорожно-транспортных происшествиях в мае 2014 года проведены Вторые республиканские соревнования профессионального мастерства среди сотрудников оперативных служб.

Наличие региональной программы, а также аналогичных программ в муниципальных образованиях, позволяет привлекать средства федерального бюджета для финансирования программных мероприятий, синхронизированных с мероприятиями федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах».

Ухудшение в первом полугодии 2014 г. ситуации, связанной со смертностью на дорогах (рост числа погибших, в том числе по отношению к числу пострадавших, увеличение доли погибших в крупных ДТП и погибших до приезда бригад скорой медицинской помощи), еще раз подчеркивает актуальность проблемы дорожно-транспортного травматизма и необходимость усиления межведомственного, межсекторального и межмуниципального взаимодействия в решении задач обеспечения безопасности дорожного движения.

Обеспечить нормативное прибытие (до 20 минут) бригад скорой помощи к месту ДТП во всех случаях невозможно. Величина этого показателя в значительной степени определяется наличием, качеством, протяженностью автомобильных дорог и удаленностью друг от друга учреждений здравоохранения. В южной и средней частях республики указанный показатель составляет от 50 до 75%, в северной части - снижается до уровня от 15-40%. Наиболее остро эта проблема встанет по мере расширения строительства автодороги на Нарьян-Мар. В связи с этим, необходимо рассмотреть вопрос о создании спасательно-медицинских приотрасловых пунктов.

Кроме того, учитывая низкую плотность автомобильных дорог, отсутствие устойчивой транспортной связи между рядом населенных пунктов и ближайшей медицинской организацией, территориальную удаленность части автомобильных трасс от медицинских организаций, не позволяющую осуществлять своевременную доставку пострадавших к месту оказания квалифицированной медицинской помощи необходимо приобретение или аренда вертолетной техники с техническими характеристиками, позволяющими осуществлять посадку на неширокое дорожное полотно и использовать в темное время суток (вертолеты корпорации Камов, Ансат, BELL). Наличие специально оснащенного вертолета расширит возможности своевременного прибытия бригады спасателей и врачей на место ДТП и доставки наиболее пострадавших к месту оказания квалифицированной помощи. Ориентировочная стоимость вертолета составляет 10 млн. долларов, дополнительные затраты на его содержание составят до 18-19 млн. руб. в год.

Учитывая протяженность республики и ограниченные возможности для эффективного реагирования сил, имеющихся в наличии у ГБУ РК «Территориальный центр медицины катастроф РК», на ситуации, возникающие в отдаленных местностях, необходима организация филиалов центра медицины катастроф в гг. Печора и Воркута. Деятельность филиала в г. Воркута будет распространяться на всю заполярную

территорию РК. В том числе это обеспечит экстренное реагирование на внештатные ситуации, связанные с массовыми травмами на предприятиях угольной и нефтегазодобывающей промышленности.

Филиал в г. Печора закрывает всю среднюю часть республики. Это позволит более эффективно решать вопрос о привлечении сил и средств того структурного подразделения центра медицины катастроф, которое находится на максимально близком расстоянии от места происшествия. Дополнительные ежегодные затраты на содержание филиалов составят 65 млн. руб. в год, единовременные (на подготовку помещений и приобретение оборудования) до 5 млн. руб.

Во исполнение распоряжения Правительства РК от 03.09.2014 № 310-р филиал ГБУ РК "Территориальный центр медицины катастроф РК" в г. Печора должен начать работу в 2015 году.

Дальнейшее снижение госпитальной летальности сдерживается недостаточной укомплектованностью медицинских организаций, на базе которых на функциональной основе организованы травматологические центры, современным высокоэффективным медицинским оборудованием, а также потребностью в капитальном ремонте помещений, в которых осуществляется медицинская помощь пострадавшим при ДТП, и капитальном ремонте путей их транспортировки по территории медицинской организации (лифты, подъезды для машин скорой медицинской помощи и др.). Эта проблема в настоящее время решается в рамках реализации соответствующего направления приоритетного национального проекта «Здоровье», ориентированного на совершенствование медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

На переоснащение травматологических центров I и II уровней, расположенных вдоль трасс федерального и регионального значения, современным медицинским оборудованием региону выделена субсидия из федерального бюджета в размере 205,8 млн. руб. Средства в настоящее время не освоены. Подготовлены технические задания на весь перечень оборудования и собраны коммерческие предложения от потенциальных поставщиков, заявки на сумму более 42,0 млн. руб. направлены в Министерство финансов РК на размещение заказа.

Средства софинансирования из республиканского бюджета РК составляют 131,6 млн. руб. За счет этих средств осуществляются капитальные ремонты объектов здравоохранения, проведено обновление парка санитарного автотранспорта. По состоянию на 01.07.2014 г. указанные средства освоены на 84,2% (110,8 млн. руб. от плана 131,6 млн. руб.).

Однако после реализации этих мероприятий сохранится потребность в переоснащении современным медицинским оборудованием травматологических центров II уровня, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим на трассах местного значения и не попавших в программу переоснащения за счет средств субсидии из федерального бюджета, а также потребность в дальнейшем плановом обновлении автопарка скорой медицинской помощи. Для этого в соответствующих разделах подпрограммы 2 Государственной программы РК «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. №420, необходимо предусмотреть указанные выше мероприятия с финансово-экономическим обоснованием.

В соответствии со статьей 31 главы 5 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сотрудники органов внутренних дел Российской Федерации, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы, спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб обязаны оказывать первую помощь пострадавшим в ДТП. По статистике своевременно оказанная первая помощь снижает гибель пострадавших при ДТП до 25%.

На сегодняшний день оснащенность аптечками первой помощи пожарно-спасательных формирований МЧС России по РК составляет 100%, а оснащенность

аптечками первой помощи экипажей дорожно-патрульной службы ГИБДД МВД России по РК составляет 0%.

В ближайшие годы для сокращения дорожно-транспортного травматизма и снижения уровня смертности пострадавших при ДТП предлагается реализация следующего комплекса мер:

1. В части мероприятий, реализуемых по отрасли «Здравоохранение»:

1.1. Продолжить мероприятия, направленные на приведение материально-технической базы травматологических центров, на функциональной основе расположенных на базе государственных учреждений здравоохранения РК, в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. №927н.

1.2. Внести дополнения в мероприятия Государственной программы РК «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. №420 в части отражения поэтапного плана обновления автопарка службы скорой медицинской помощи современными автомобилями, в том числе реанимобилями.

1.3. Подготовить финансово-экономическое обоснование строительства нового здания ГБУ РК «Территориальный центр медицины катастроф РК» с выделением набора помещений для размещения обучающего центра с тренировочным полигоном.

1.4. Подготовить финансово-экономическое обоснование организации 5 спасательно-медицинских притрассовых пунктов.

1.5 Интеграция и информационное взаимодействие дежурно-диспетчерских служб медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь с оператором Системы-112 обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112» в РК;

1.6 Госпитализация (перевод в первые сутки) пострадавших в ДТП с ЧМТ, сочетанной травмой, сопровождающейся шоком, в травмоцентры I-II уровня (> 93 %)

6.5. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Министерством здравоохранения РК была сформирована заявка на оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета для жителей РК в количестве 4157 человек, в том числе на базе федеральных учреждений - 1731 человек, на базе государственных учреждений РК - 2426 человек. В федеральных учреждениях пролечено 1350 человек, из них для взрослых- 883, детей- 467. В государственных учреждениях РК всего пролечено 2426 человек, из них взрослых- 2162, детей- 264.

С целью сохранения доступности ВМП в 2014 году часть широко распространенных видов высокотехнологичной помощи (стентирование, ЭКО, неонатология и т.п.) оказывалась учреждениями здравоохранения РК за счет средств обязательного медицинского страхования. В государственных учреждениях здравоохранения РК высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств ОМС получили 854 пациента, из них 260 детей. Всего в 2014 году высокотехнологичная медицинская помощь оказана 4704 жителям РК.

В 2014 году в медицинские учреждения для оказания высокотехнологичной медицинской (ВМП) отобрано 5822 человек, в том числе на базу федеральных учреждений - 2793 человек, на базу государственных учреждений РК - 3029 человек. В динамике отмечен рост количества пациентов, нуждающихся в оказании ВМП за пределами республики, что свидетельствует об организации отбора на уровне учреждений здравоохранения и главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения РК. Вместе с тем, отмечается наращивание объемов ВМП и расширение профилей ее оказания на базе учреждений здравоохранения РК.

В динамике к 2010 году, объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в 2014 году возросли на 30%. Обеспеченность ВМП составила 544,0 на 100 000 населения. Удовлетворенность населения высокотехнологичными видами медицинской помощи возросла и составила 80,0%.

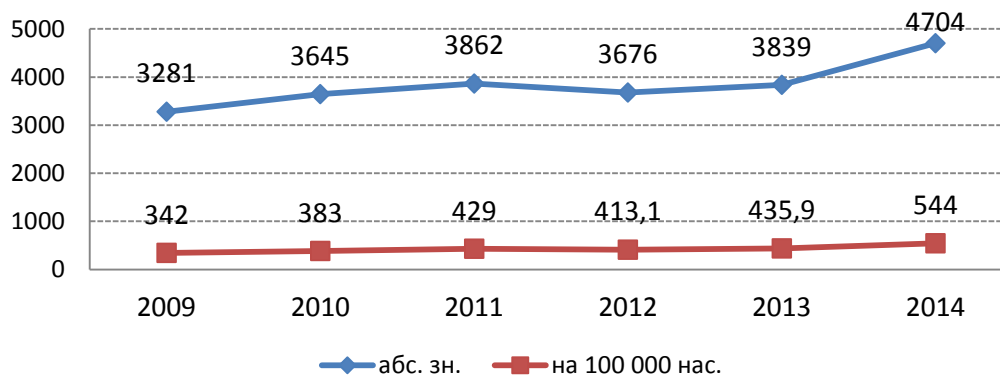


Рис.6.17 Динамика количества граждан, получивших ВМП за счет всех источников (в абс. числах и на 100 000 взрослого населения).

В структуре оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в разрезе профилей в 2014 году наибольшую часть составили болезни сердечно-сосудистой системы (36,2%), заболевания костно-мышечной системы (14,5%), онкологические заболевания (15,1%), заболевания репродуктивной системы (9,5%).

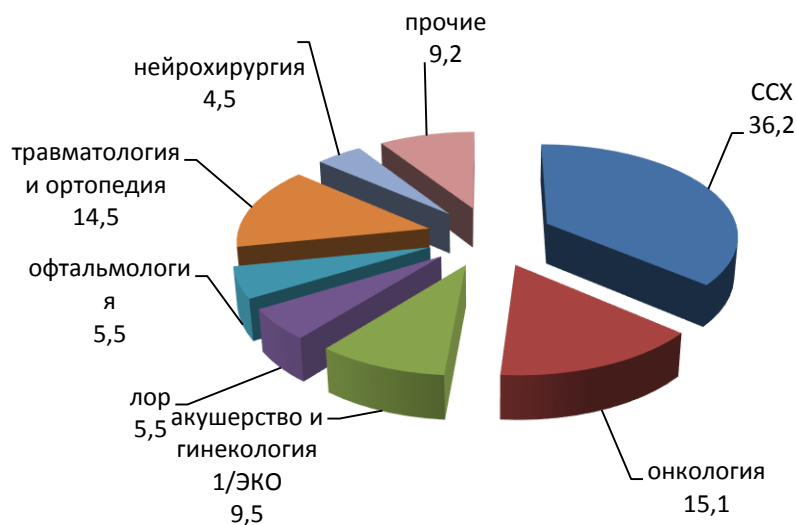


Рис.6.18 Структура оказанной в 2014 г. ВМП за счет всех источников, %

В 2014 году 71,0 % граждан получили ВМП в учреждениях здравоохранения РК, 29,0% - за ее пределами.

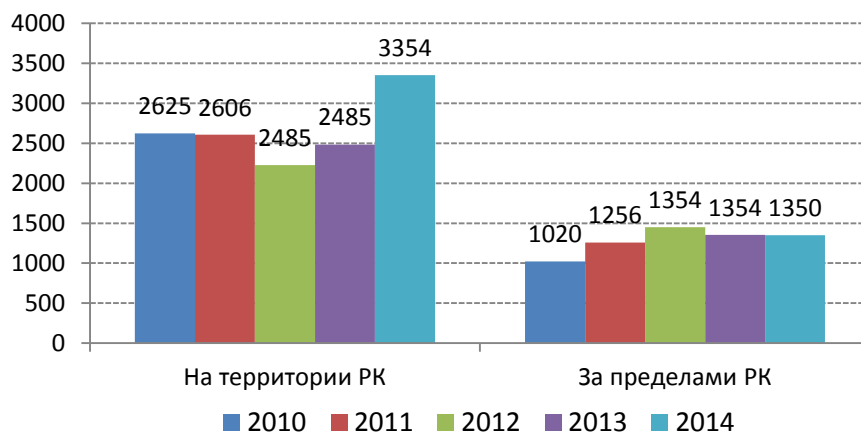


Рис.6.19 Динамика объемов высокотехнологичной медицинской помощи в зависимости от места ее оказания в 2010-2014 годах.

В 2014 году из общего числа получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, 22,0% составили дети, 78,0% - взрослые.

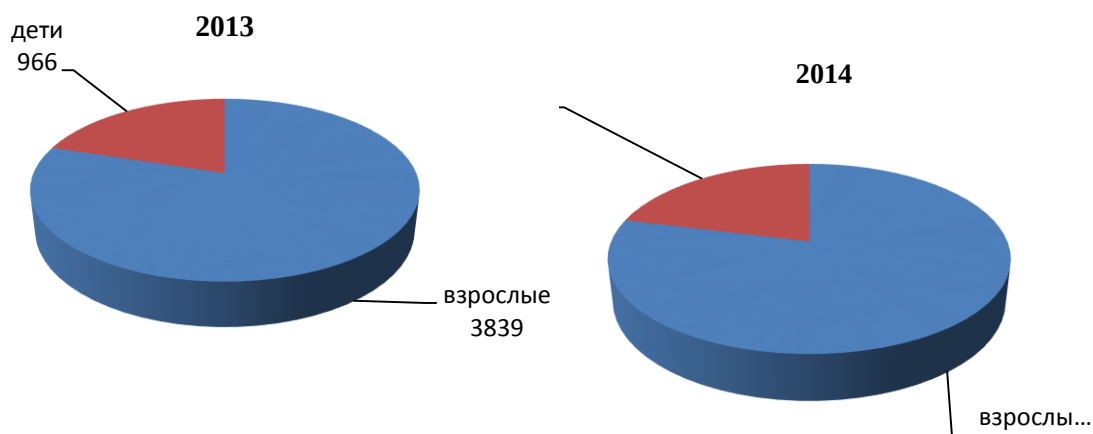


Рис.6.20 Структура оказанной высокотехнологичной медицинской помощи в разрезе возрастных категорий (%).

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи взрослому населению. В 2014 году оказана высокотехнологичная медицинская помощь в федеральных учреждениях 927 взрослым жителям РК. 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.

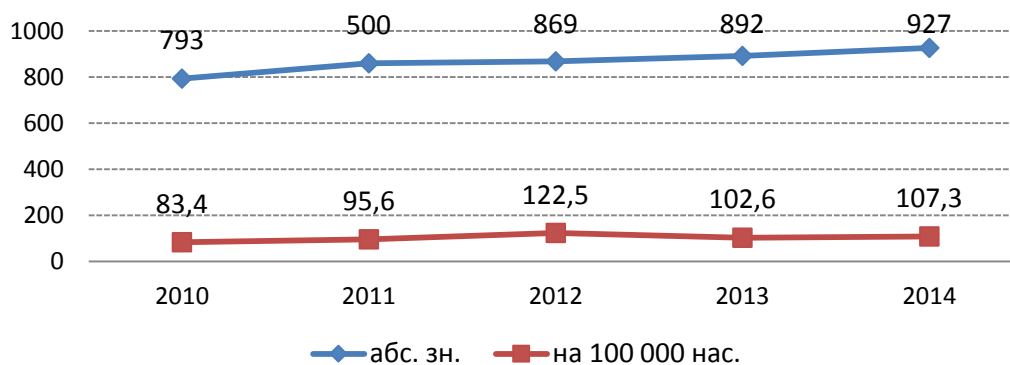


Рис. 6.21 Динамика обеспеченности высокотехнологичной медицинской помощью в федеральных медицинских учреждениях взрослого населения (%)

В структуре пролеченных взрослых в федеральных медицинских учреждениях наибольшую часть составляют пациенты по профилям: «травматология и ортопедия/1 (эндопротезы)» – (17,1%); «офтальмология» – (11,8%); «онкология» – (12,2%), «сердечно-сосудистая хирургия» (13,1%), «нейрохирургия» – 6,1%, акушерство и гинекология (8,3%). Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения осуществляется за счет средств федерального бюджета Российской Федерации.

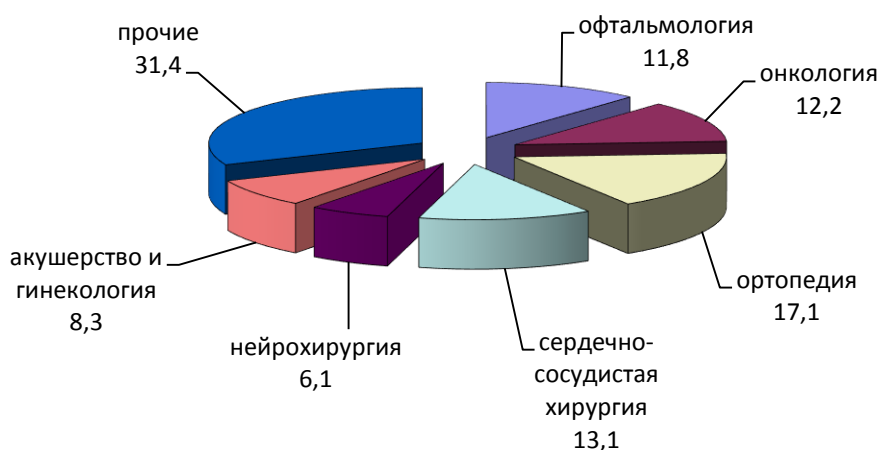


Рис. 6.22 Структура пролеченных больных в ФСМУ в разрезе профилей ВМП в 2014 году (взрослое население)(%)

Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организаций РК на условиях софинансирования в государственных учреждениях здравоохранения РК (Соглашение № ВМП-СУ-6/14 «О предоставлении в 2014 году субсидии из федерального бюджета бюджету РК на софинансирование расходных обязательств РК, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации» подписано 23 апреля 2014 г.).

Государственным заданием на оказание в 2014 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации определены плановые объемы ВМП в количестве 2426 квот следующим государственным учреждениям здравоохранения РК на условиях софинансирования за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК:

ГБУЗ РК «Кардиологический диспансер» – 980;

ГБУЗ «Коми республиканский перинатальный центр» - 160;
ГБУЗ «Республиканская детская больница» - 264;
ГБУЗ «Коми республиканский онкологический центр» - 365;
ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» - 635.
ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» - 22.
Запланированные объемы выполнены в 100%.

По итогам 2014 года в ГУ РК «Кардиологический диспансер» выполнено 980 высокотехнологичных операций за счет средств федерального бюджета, в том числе: аорто-коронарное шунтирование – 283 (27,5%), операции по протезированию клапанов сердца – 76 (7,4%), ангиопластика – 316 (30,7%), хирургическая коррекция нарушений ритма сердца – 196 (19,0%), коррекция врожденных пороков сердца и сосудов -33 человека (3,2%) и др.

В составе пролеченных больных 100% жители РК; из них городского населения - 640 человек (65,3%), сельского – 340 человек (34,7%).

«Коми республиканский онкологический центр» участвует в выполнении государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации государственными учреждениями здравоохранения РК на условиях софинансирования за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК по профилю «онкология» и «гематология». Пролечено в 2014 году 365 пациентов, в том числе-гематологического профиля-10.

По итогам 2014 года в ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» проведено 635 высокотехнологичных операций за счет средств федерального бюджета:

- по профилю «Акушерство и гинекология» - 80 чел.,
- по профилю «Нейрохирургия» - 60 чел.,
- по профилю «Офтальмология» - 50 чел.,
- по профилю «Урология» - 15 чел.,
- по профилю «Эндокринология» - 15 чел.,
- по профилю «Торакальная хирургия» - 55 чел.,
- по профилю «Травматология и ортопедия/1 (Эндопротезы)» - 300 чел.,
- по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» - 5 чел.,
- по профилю «Абдоминальная хирургия» - 50 чел.
- по профилю «Оториноларингология» - 5 чел.

В составе пролеченных больных 100% жители РК; из них городского населения - 404 человека (63,6%), сельского – 231 человек (36,4%).

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в республиканских учреждениях здравоохранения осуществлялось в соответствии с перечнем высокотехнологичных видов медицинской помощи, утвержденным Постановлением Правительства РК от 25.12.2012 г. № 624 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

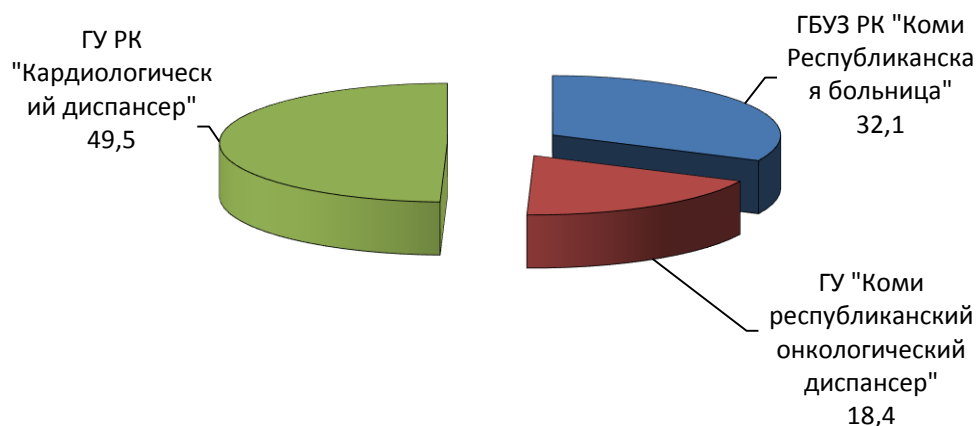


Рис. 6.23 Доля оказанной ВМП (взрослым) в разрезе учреждений здравоохранения РК в 2014 году

В 2014 году в РК реализованы мероприятия по повышению обеспеченности и удовлетворенности населения высокотехнологичной медицинской помощью. В рамках реализации Программы модернизации здравоохранения РК проводились дооснащение учреждений здравоохранения современным оборудованием, расходным материалом, подготовка высококвалифицированных кадров.

В 2014 г. рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями на базе ГУ РК «Кардиологический диспансер» внедрено проведение хирургической коррекции нарушений ритма сердца с имплантацией кардиовертера –дефибриллятора (проведено 5 хирургических вмешательств).

С 2014 году на базе ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер» осуществляется оказание ВМП пациентам с гематологическими заболеваниями (пролечено 10 пациентов).

На базе ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» внедрены и оказываются высокотехнологичные методы лечения по профилю «оториноларингология», «эндокринология».

В 2014 году в целях оптимизации оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи внедрена в учреждениях здравоохранения маршрутизация пациентов при отборе на наиболее востребованные виды высокотехнологичной медицинской помощи (эндопротезирование, ЭКО).

Выводы:

1. По сравнению с 2010 годом отмечается увеличение числа больных, направленных в федеральные медицинские учреждения, на 15%.
2. Обеспеченность всего населения РК высокотехнологичной медицинской помощью за 5 лет выросла и составила 544,0 на 100 000 населения.
3. Наиболее востребованными видами высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных специализированных медицинских учреждениях являются сердечно-сосудистая хирургия - 13,1%, эндопротезирование – 17,1%, офтальмология – 11,8%; онкология - 12,2%.
4. В 2014 году 78,0 % ВМП оказано на базе государственных учреждений здравоохранения РК.
5. Удовлетворенность населения высокотехнологичной медицинской помощью за 5 лет выросла и составила по итогам 2014 года 80,0 %.

Задачи на 2015 год: дальнейшее развитие технологий оказания высокотехнологичной медицинской помощи по основным направлениям: офтальмология (ГБУЗ РК «Республиканский центр микрохирургии глаза», «сердечно-сосудистая хирургия» на базе

ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница № 1», детям с ревматологическими заболеваниями на базе ГУ РК «Кардиологический диспансер».

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи детям.

В 2014 году высокотехнологичную медицинскую помощь за счет федерального и республиканского бюджетов, средств ОМС получили 994 ребенка, проживающих на территории РК, из них в федеральных медицинских учреждениях 483 ребенка, в учреждениях здравоохранения РК – 511 (2013 г. всего – 965 из них 461 в федеральных медицинских учреждениях, 504 в республиканских лечебных учреждениях).

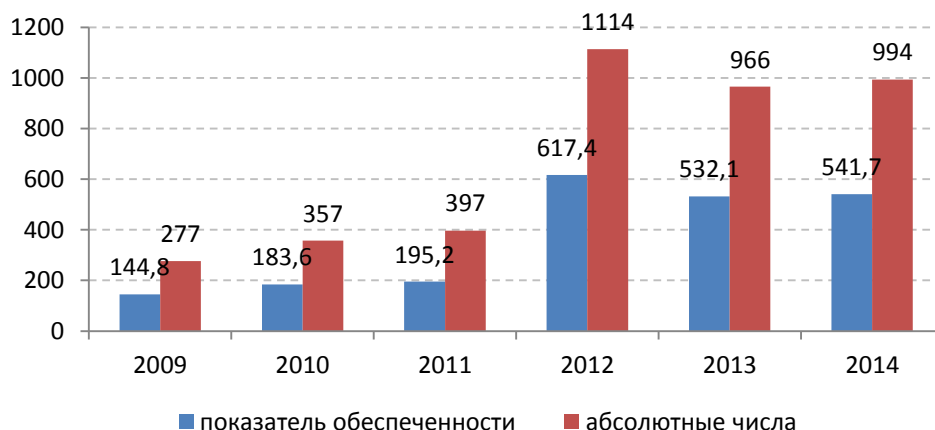


Рис. 6.25 Обеспеченность детского населения высокотехнологичной медицинской помощью (на 100 тысяч детского нас.)

Обеспеченность ВМП выросла и составила 994,0 на 100 000 детского населения. В 2014 г. высокотехнологичную медицинскую помощь получили 138 детей - инвалидов, из них 109 в федеральных медицинских организациях, 29 на базе ГУ «Республиканская детская больница» (в 2013 г. – 176 и 42 соответственно).

В настоящее время в РК пациентам детского возраста высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в ГУ «Республиканская детская больница», ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр», ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» по профилям: неонатология, неонатальная хирургия в период новорожденности, ортопедия и травматология, урология, нейрохирургия, онкология, педиатрия, челюстно-лицевая хирургия, абдоминальная хирургия.

В республике проводятся мероприятия, направленные на совершенствование в РК высокотехнологичного метода лечения – экстракорпорального оплодотворения, в том числе за счет федерального и республиканского бюджетов, средств ОМС: в 2014 году проведено 544 циклов ЭКО, в том числе на базе ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр» 516 процедур (2013 год - 432 цикла, 2012 год – 239, 2011 год – 200, 2010 год – 167, 2009 год - 156). Для увеличения доступности данного вида медицинской помощи для жителей республики в 2014 году в ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр» открыто отделение «Кабинеты супружеских пар, страдающих бесплодием».

Имеет положительную динамику количество детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий: 2009 год – 38 новорожденных; 2010 год – 35 новорожденных; 2011 год – 60 новорожденных, 2012 год – 66 новорожденных, 2013 год – 95 новорожденных, 2014 год – 148 новорожденных.

С 2014 года в ГУ РК «Республиканская детская больница», внедрено оказание медицинской помощи по профилям «абдоминальная хирургия», «неонатальная хирургия в период новорожденности».

В 2015 году планируется внедрение поликомпонентного лечения тяжелых форм аутоиммунного и врожденных моногенных форм сахарного диабета с использованием

систем суточного мониторингования глюкозы и помповых дозаторов инсулина на базе ГУ «Детская республиканская больница».

6.6. Организация санаторно-курортного лечения. В РК в 2014 г. продолжили работу 6 санаторно-курортных учреждений, из них 4 для лечения детей:

- ГАУ РК «Санаторий «Лозым»
 - ГБУЗ РК «Детский санаторий «Кедр»
 - ГБУЗ РК «Корткеросский детский противотуберкулёзный санаторий»
 - ГУЗ РК «Детский противотуберкулёзный санаторий «Кажим».
- 2 для лечения взрослых:
- ГАУ РК «Санаторий Серегово»,
 - ГАУ РК «СП Заполярье»

Санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Минздрава РК общей коечной мощностью – 633 коек, в том числе – 423 койки коечная мощность детских санаториев, в том числе коечная мощность для лечения детей, страдающих разными формами туберкулеза – 123 койки.

Санаторно-курортное лечение детского населения. Проводится как на территории региона, так и за его пределами. На территории региона функционируют два многопрофильных санатория и два санатория противотуберкулезного профиля, подведомственные Министерству здравоохранения РК:

1. ГАУ РК «Санаторий «Лозым» (Сыктывдинский р-он, с. Пажга) на 160 коек для лечения детей с заболеваниями нервной системы, органов дыхания, органов пищеварения, эндокринной системы, расстройства 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 детей 7-14 лет с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, ЛОР-органов и верхних дыхательных путей;

3. ГУЗ РК «Детский противотуберкулезный санаторий «Кажим» Койгородский р-он, п. Кажим) на 45 коек для детей от 7 до 11 лет;

4. ГБУЗ РК «Корткеросский детский противотуберкулезный санаторий» (с. Корткерос) на 73 койки для детей от 3 до 11 лет.

Ежегодно за счет средств республиканского бюджета приобретаются путевки для организации санаторно-курортного лечения детей и подростков РК.

Дети, состоящие на диспансерном учете в лечебно-профилактическом учреждении, участники ликвидации аварии на ЧАЭС и приравненные к ним граждане, а также пациенты больные туберкулезом направляются на санаторно-курортное лечение в санатории, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации.

Таблица 6.66

Обеспеченность детского и взрослого населения санаторно-курортным лечением

Наименование санаторно-курортных организаций	2012 год	2013 год	2014 год
Детское население РК			
Санатории, подведомственные Минздраву РК всего, в том числе:	3 912	5 013	5 278
- ГАУ РК «Санаторий «Лозым»	2567	2596	2660
- ГБУЗ РК «Детский санаторий «Кедр»	199	1280	1384
- ГБУЗ РК «Корткеросский детский противотуберкулезный санаторий»	476	492	541
- ГБУЗ РК «Детский противотуберкулезный санаторий «Кажим»	445	438	486
- ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Санаторное отделение «Орбита»	225	207	207
Санатории Черноморского побережья всего, в том числе:	1 276	1 335	1 019
- ООО «Санаторий «Черноморская зорька»	551	515	340
- ООО «Санаторий «Северное Сияние»	725	696	679
- ЗАО «Кубань»	-	124	-
Федеральные санаторно-курортные организации всего, в том числе:	387	252	316
- нетуберкулезного профиля	342	205	280
- туберкулезного профиля	45	47	36
Итого охвачено лечением детей	5 575	6 600	6 613

В 2014 году в санаторно-курортных организациях оздоровлено 6613 детей и подростков, из них – 5278 (79,8%) на базе республиканских санаторно-курортных организаций, 1019 (15,4%) в санаториях Черноморского побережья, 316 (4,8%) – в санаториях федерального подчинения. Получили санаторно-курортное лечение 1042 ребенка, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе 351 – дети-сироты или оставшиеся без попечения родителей, и 479 - дети-инвалиды, из которых 391 получили лечение на базе республиканских санаториев, 36 – на побережье Черного моря и 52 - в санаториях федерального подчинения. После санаторно-курортного лечения в 2014 году выписаны с улучшением в состоянии здоровья 97% детей.

6.7. Развитие паллиативной помощи.

Паллиативная помощь детскому населению. В 2014 году продолжены мероприятия по развитию паллиативной помощи детскому населению в регионе: с 30.11.2011 года открыты 5 коек по профилю «паллиативная» на базе многопрофильных детских стационаров в городах Сыктывкар, Ухта и Воркута. Госпитализировано за 2012 год – 9 детей (средний к/д 125); за 2013 год - 17 детей (средний к/д 58,7); за 2014 год - 19 детей (средний к/д 69,9). В 2015 году запланировано открытие в городе Инта. Амбулаторная помощь детям с паллиативной патологией оказывается специалистами детских поликлиник по месту жительства. В состав такой бригады обязательно входит участковый педиатр и специалист по профилю заболевания ребенка. План выходов/выездом составляется индивидуально с учетом пожеланий родителей и возможности специалистов. На выездах проводится: осмотр ребенка специалистами по профилю заболевания, коррекция лечения, в том числе медикаментозного, обследование с использованием переносного диагностического оборудования (ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ), забор общеклинических анализов, обучение родителей элементам ухода за ребенком. В 2015 году запланировано внедрение пилотного проекта в городах Сыктывкаре и Ухте по развитию выездной формы оказания паллиативной помощи на дому.

В рамках поддержания Федерального регистра в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 403 «О Порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента», в региональном регистре состоит 65 детей, в том числе: 2 - с мукополисахаридозом, 2- с

нарушение обмена галактозы, 26 - с фенилкетонурией, 5 – с преждевременным половым созреванием, 4 - с гемолитико – уремическим синдромом, 3 – с тромбоцитопенической пурпурой, 2 - с первичной легочной гипертензией, 17- с юношеским артритом с системным началом, 2 - с нарушением обмена меди, 2 – с апластической анемией. Все дети обеспечены специализированными препаратами и продуктами питания.

Паллиативная помощь взрослому населению. В октябре 2014 года Приказом Министерства здравоохранения Республики Коми определен главный внештатный специалист по паллиативной помощи, утвержден план организации подразделений для оказания паллиативной помощи в Республике Коми на 2015 год, в соответствии с которым в государственных медицинских организациях республики запланировано открытие 31 кабинета паллиативной помощи (в том числе 2 для детей) с учетом низкой плотности населения региона, 4 отделения паллиативной помощи для взрослого населения (в сумме на 50 коек) и 23 койки в структуре терапевтических стационаров. Прорабатывается вопрос организации деятельности выездных бригад по оказанию паллиативной медицинской помощи. В целом данная структура соответствует порядку оказания паллиативной медицинской помощи населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 года № 1343н. Медицинские и аптечные организации Республики Коми осуществляют деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ на основании лицензий. Минздравом Республики Коми своевременно сформирована и представлена в Минпромторг России сводная годовая заявка медицинских организаций на наркотические средства и психотропные вещества, внесенных в Список II и III, для включения в план распределения на 2015год.

На основании представленной сводной годовой заявки, от Минпромторга России получены план на распределение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II и III, на 2015год (квоты) и перечень заводов, а именно ФГУП «Московский эндокринный завод» и ФГУП «Государственный завод медицинских предприятий». Уполномоченной организацией на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, а также их распределением на территории Республики Коми на 2015 год является Государственное унитарное предприятие Республики Коми «Государственные аптеки Республики Коми» (ГУП РК «Государственные аптеки РК»). Данное учреждение приобретает наркотические и психотропные лекарственные препараты у поставщиков в рамках выделенной «квоты» на регион (Республика Коми) и распределяет медицинским организациям республики в соответствии с их заявками для обеспечения лечебного процесса в стационаре и в аптеки для обеспечения пациентов по рецептам. На настоящий момент аптечная сеть республики располагает достаточным ассортиментом наркотических средств для обеспечения пациентов при проведении обезболивающих мероприятий

В целях осуществления контроля полной выборки заявленных позиций и количеств наркотических препаратов ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер» и Министерством здравоохранения Республики Коми были направлены информационные письма в государственные медицинские организации Республики Коми.

В 2015 году и в дальнейшем планируется дальнейший переход к более полному назначению и применению неинвазивных и пролонгированных наркотических форм, пероральных, трансдермальных, в том числе и в комбинации с инвазивными формами (для купирования прорывных болей).

В июне 2014 года Министерством здравоохранения Республики Коми был организован и проведен выездной цикл тематического усовершенствования по вопросам оказания паллиативной помощи, обучено 33 специалиста общей лечебной сети (в том числе педиатры), проучен врач онколог ГУ «Республиканская детская больница». На 2015 год запланировано проведение очередного выездного цикла тематического усовершенствования по вопросам оказания паллиативной помощи. Запланировано в 2015

году обучение невролога и неонатолога на таком же цикле и получение дополнительной лицензии на оказание паллиативной помощи в неврологии и неонатологии.

В октябре 2014 года проведена межрегиональная научно-практическая конференция по организации и принципам работы паллиативной медицинской службы, оказанию противоболевой терапии: «Проблемы качества жизни в здравоохранении». Конференция проведена с привлечением специалистов различных специальностей первичного звена, с привлечением ведущих специалистов в области паллиативной помощи в России. Специалисты, участвовавшие в конференции, были обеспечены материалами и методическими рекомендациями по принципам организации и оказания паллиативной помощи, в т.ч. и в электронном виде. На 2015 год запланировано проведение совещания/вебинара по вопросам организации паллиативной помощи с участием врачей различных специальностей из всех муниципальных образований республики.

В ближайшее время до руководителей государственных медицинских организаций будут доведены информационные письма о возможных вариантах информирования пациентов (их родственников) о последовательности осуществления действий, связанных с процедурами назначения, выписывания и получения наркотических средств и психотропных веществ для обезболивания пациентов в амбулаторных условиях (в виде устного информирования, обязательного распространения информационных листовок на приемах, оформление информационных стендов в поликлиниках и прочее) и разъяснениями о необходимости упрощения процедуры назначения и выписывания обезболивающих лекарственных препаратов, а также своевременного и безотказного оформления всех реквизитов рецептов.

6.8. Информатизация здравоохранения. В отрасли здравоохранения Республики Коми на 31.12.2014г. было утверждено 115 ставок программистов для обслуживания информационных систем и компьютерной техники, из них для подразделений амбулаторного звена - 47,25 ставок, стационаров – 43,75. В 40 учреждениях из 98, штатные ставки программистов не выделены. Работают в учреждениях здравоохранения Республики Коми 74 специалиста (физические лица), что составляет 64,35 % укомплектованности штатных должностей, занятость ставок – 95,2%, коэффициент совместительства – 1,5 ставки. В учреждениях (подразделения) амбулаторного звена показатель укомплектованности составил 63,5%, в стационарных – 63,8%. В среднем на 1 занятую ставку программиста приходится около 100 компьютеров, 2-х серверов, 43 принтеров и multifunctional устройств (МФУ), а также обслуживание существующих информационных систем (около 20) и внедряемая региональная информационно-аналитическая медицинская система здравоохранения Республики Коми (далее по тексту РИАМСЗ РК). Для поддержания существующего парка компьютерной техники, программного обеспечения, внедрения и поддержания РИАМСЗ РК реальная потребность в специалистах информационной службы должна быть увеличена не менее чем в 3 раза.

По состоянию на 31.12.2014г. в учреждениях здравоохранения Республики Коми работало 7787 единиц компьютерной техники, из них 5856 (75,2%) соответствовало современным требованиям (Intel Pentium IV и выше), 4666 печатающих устройств и МФУ. По сравнению с 2013 годом количество компьютерной техники увеличилось на 17% или на 1130 единиц. В 2014 году на 100 медицинских работников (врачи и средний медицинский персонал) приходилось 53 единицы компьютерной техники, в 2013г. – 47.

В здравоохранении Республики Коми создана корпоративная сеть для обмена информацией, включающая в себя 76 медицинских учреждений Республики Коми и

подключенная к корпоративной сети передачи данных органов исполнительной власти Республики Коми, в том числе:

- 51 учреждение – по волоконно-оптическим каналам со скоростью передачи данных от 10 до 40 Мбит/с;
- 25 учреждений – по технологии xDSL со скоростью передачи данных 2 Мбит/с.

11 сентября 2013 года заключен государственный контракт на выполнение технологических работ по созданию прикладного компонента РИАМСЗ РК. По состоянию на 31 декабря 2014 года завершены работы по исполнению 1 и 2 этапов государственного контракта, проводились мероприятия по реализации 3 этапа. В соответствии с Планом перевода РИАМСЗ РК в промышленную эксплуатацию завершение 3 этапа (внедрение и ввод в опытно-промышленную эксплуатацию Системы на выделенных объектах автоматизации) запланировано на июль 2015 года. Завершение 4 этапа (тиражирование Системы на объекты автоматизации) запланировано на декабрь 2015 года.

Запись на прием к врачам в электронном виде была реализована через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) (далее - ЕПГУ), по телефону – через регистратуры медицинских организаций и через Региональный центр телефонного обслуживания Республики Коми. В мае 2014 года осуществлен переход на вторую очередь Федерального сервиса «Запись на прием к врачу». По состоянию на 31 декабря 2014 г. в системе по электронной записи работало 39 медицинских организаций. За 2014 год в системе зарегистрировано 110216 записей на прием к врачу.

По состоянию на 31 декабря 2014 года 26 станций (отделений) скорой медицинской помощи оснащены автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов с использованием системы ГЛОНАСС. В каждой диспетчерской станции (отделения) скорой медицинской помощи развернуто рабочее место диспетчера для контроля и управления транспортом, формирования отчетов о движении. Всего спутниковым навигационным оборудованием ГЛОНАСС оснащено 194 автомобиля скорой медицинской помощи.

Телемедицинская сеть здравоохранения Республики Коми представлена 3 телемедицинскими центрами (консультанты) и 9 телемедицинскими пунктами (консультируемые).

Основные направления телемедицины:

- дистанционные УЗИ-консультации в акушерской практике, терапевтической (в основном кардиологии) с целью диагностики сердечно-сосудистой патологии, врожденной патологии плода, исследования внутренних органов;
- телемедицинских консультаций с федеральными учреждениями здравоохранения.

Всего за 2014 года проведено 270 телемедицинских консультаций

6.9. Работа вспомогательных служб.

6.9.1. Патологоанатомическая служба. Патологоанатомическая служба РФ и РК в настоящее время является важным звеном в системе здравоохранения и выполняет ответственную функцию прижизненной морфологической диагностики заболеваний, контроля качества лечебно-диагностической работы клиницистов по результатам патологоанатомических вскрытий. Совершенствование этой работы базируется на современных достижениях научно-технического прогресса, на внедрении в практику новых достижений фундаментальных научных разработок. Совершенствование организации, укрепление престижа патологоанатомической службы (ПАС) в настоящее время важнейшее звено в расширении и объективизации диагностической базы и системы контроля качества в российском здравоохранении.

Характерной особенностью последнего десятилетия в ПАС России в целом, Федеральных округах и регионах является постоянный значимый рост

прижизненной морфологической диагностики в исследовании биопсийного и операционного материалов, что отмечается и в ПАС РК.

Таблица 6.67

Динамика объемов исследования биопсийного и операционного материалов по РК за 2010 - 2014 годы

№	Показатели	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	% роста
1.	Исследовано блоков	212708	229172	231614	245949	279160	32,2
2.	Случаев-пациентов	70722	74618	73005	78911	80854	14,3

Объем прижизненной морфологической диагностики в исследовании биопсийного и операционного материалов по РК согласно отчетным данным по ПАС составил в 2014 году- 80854 случаев (2013 год 78911 случаев), что составило - 9,1% и 9,3% от числа всего населения РК. Данное обстоятельство указывает на значимость патологоанатомической диагностики, особенно в онкопатологии.

Таблица 6.68

Сравнительная характеристика объемов прижизненной морфологической диагностики по РФ, СЗФО и РК.

№	Показатели 2014 года	РФ	СЗФО	РК
1.	Количество населения	145836786	13842159	872057
2.	Количество пациентов	7214591	683491	80854
3.	Количество исследований	364693316	5730404	279160
4.	Процент пациентов, которым проведено исследование от всей численности населения	4,9	4,9	9,3
5.	Среднее количество исследований в 1 год на 1 пациента по прижизненной диагностике	5,1	8,4	3,1
6.	ЦЕЛЕВОЙ показатель по количеству исследований биопсийного и операционного м-ла	50000 на 100000 населения	50000 на 100000 населения	50000 на 100000 населения
7.	ФАКТИЧЕСКИЙ показатель по к-ву исследований	25006	41398	28199
8.	ЦЕЛЕВОЙ показатель по ОХВАТУ пациентов по исследованию биопсийного и операционного материалов	10000 на 100000 населения	10000 на 100000 населения	10000 на 100000 населения
9.	ФАКТИЧЕСКИЙ показатель ОХВАТА пациентов по исследованию б/операц. материала	4947	4937	9047

Морфологическая экспертиза качества клинической диагностики, помимо чисто медицинской оценки дефектов лечебно-диагностического процесса должна ориентировать органы управления здравоохранением куда вкладывать деньги.

Таблица 6.69

Некоторые данные по качеству клинической диагностики по итогам 2012 - 2014 годов по общему количеству патологоанатомических экспертиз по РОССИИ, СЗФО И РК

№	Показатели 2014 года	РФ	СЗФО	РК
1.	Проведено патологоанатомических вскрытий			

	-2012 год	294041	360026	1532
	-2013 год	343780	44615	1549
	-2014 год	нет данных	нет данных	1631
2.	Количество расхождений диагнозов по умершим в стационарах			
	-2012 год	34959	4904	316
	-2013 год	41534	6582	213
	-2014 год	нет данных	нет данных	231
3.	Процент расхождения диагнозов по умершим в стационарах			
	-2012 год	11,9	13,6	21,6
	-2013 год	12,1	14,8	23,1
	-2014 год	нет данных	нет данных	17,8

Для обеспечения должного уровня качества оказания медицинской помощи рекомендован минимальный процент расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов обеспечивающий должный уровень контроля качества- **не менее -15 процентов.**

Улучшение диагностики, адекватной терапии, повышение качества медицинской помощи населению- главные задачи ПАС, для нормального функционирования которой в настоящее время необходимо выполнение как минимум двух основополагающих условий- системы управления и финансирования: вопросы организации биопсийной и секционной работы, анализ качества прижизненной клинической диагностики, заболеваемости, смертности, летальности по данным аутопсий, обеспечение кадрового состава и квалификации специалистов и материально- техническое обеспечение.

Второе- определение объема финансирования, который должен быть адекватным поставленным задачам.

В настоящее время для значимого скачка в улучшении морфологической диагностики требуется привлечение и развертывание трудоемких, высокзатратных, но и высокоинформативных, высокотехнологических методов морфологической диагностики: иммунноморфологических, гистохимических, электронно-микроскопических, молекулярно-генетических исследований.

Таким образом, силами патологоанатомической службы России в целом и РК в частности выполняется значительный объем диагностической работы по прижизненной патологоанатомической диагностике заболеваний и, как показано выше, объемы этих исследований ежегодно растут, что объективно демонстрирует 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, показывает 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.

6.9.2. Деятельность судебно-медицинской экспертной службы РК. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения РК «Бюро судебно-медицинской экспертизы» является специализированным медицинским учреждением и монополистом в оказании судебно-медицинских экспертных услуг на территории региона, миссией которого является качественное и своевременное обеспечение органов дознания, следствия, суда,

медицинских учреждений, юридических и физических лиц профессиональной судебно-медицинской помощью.

Структура учреждения в регионе представлена 29 подразделениями, часть из которых, включая организационно-методический отдел, отдел судебно-медицинской экспертизы трупов, отдел экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц, отдел сложных комиссионных экспертиз, судебно-биологическое отделение с генетической лабораторией, судебно-гистологическое, судебно-химическое и медико-криминалистическое отделения, расположены в г. Сыктывкаре.

В структуру учреждения входят также 19 районных и городских отделений, осуществляющих судебно-медицинскую экспертную деятельность в 19 муниципальных образованиях, помимо МО Сыктывдинский район, МО г. Сыктывкар. Таким образом, ГБУЗ РК «БСМЭ» является единственным медицинским учреждением в РК, отделения которого располагаются практически во всех муниципальных образованиях.

Судебно-медицинская экспертиза трупов проводится на базе отдела судебно-медицинской экспертизы трупов, а также всех городских и районных отделений судебно-медицинской экспертизы.

До 2014 года общее количество исследованных трупов имело устойчивую тенденцию к снижению, но в 2014 году отмечен небольшой рост (на 129, или 3,27%), произошедший за счет увеличения количества случаев насильственной смерти. (Рис.1)

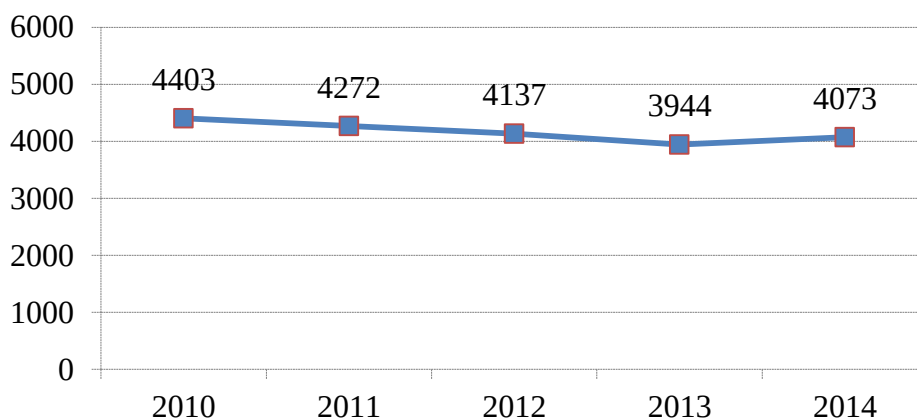


Рис.6.26 Количество выполненных судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов за 2010-2014 гг.

В 2010-2013 годах отмечалось стабильное снижение случаев насильственной смерти по РК, при этом, их количество в 2013 г. составило наименьшее значение за последние 5 лет. Однако в 2014 году произошло увеличение количества случаев насильственной смерти на 114, или 8,78%. (Рис. 2).

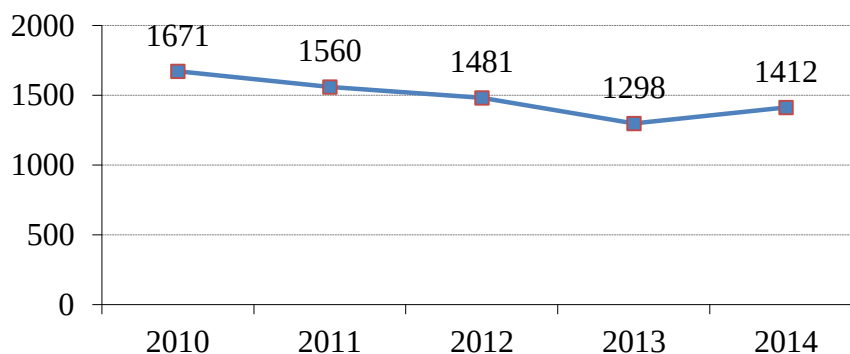


Рис. 6.27 Количество случаев смерти от насильственных причин по РК за 2010-2014 гг.

При этом доля насильственной смерти в структуре причин смерти также выросла с 37% в 2013 г. до 39,05% в 2014 г.

Таблица 6.70**Структура насильственной смерти по РК за 2010-2014 гг.**

	2010	2011	2012	2013	2014	Среднее
Механическая травма	548	563	579	457	496	х
%	32,8%	36,1%	39,1%	35,2%	35,1%	35,7%
Механическая асфиксия	443	399	391	347	345	х
%	26,5%	25,6%	26,4%	26,7%	24,4%	25,9%
Действия крайних температур	113	101	92	80	87	х
%	6,8%	6,5%	6,2%	6,2%	6,2%	6,4%
Отравления	567	497	419	411	483	х
%	33,9%	31,9%	28,3%	31,7%	34,2%	32,0%
Прочие	0	0	0	3	1	х
%	0,0%	0,0%	0%	0,2%	0,1%	0,1%
Насильственная смерть (всего)	1671	1560	1481	1298	1412	х

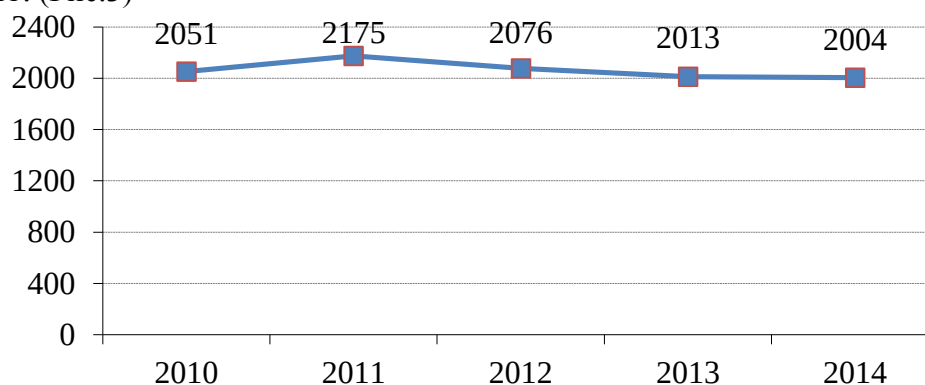
В структуре насильственной смерти по РК из всех ее видов наиболее часто встречается механическая травма. Ее доля в насильственной смерти, в среднем за 2010-2014 гг., составляла 35,7% с наибольшим значением в 2012 году – 39,1%.

Второе место в структуре насильственной смерти занимали отравления (за исключением 2010 года, когда доля отравлений незначительно превысила долю механической травмы). Доля отравлений в среднем за 5 лет составила 32%.

Третье место в структуре насильственной смерти занимают случаи различных видов механической асфиксии, доля которых в среднем составила 25,9%, причем на 2013 год приходится максимальное значение – 26,7%.

Четвертое место за последние пять лет занимают случаи смерти от действия крайних температур, их доля составляла в среднем 6,4% (Таб. 1).

На приведенной ниже диаграмме наглядно видны стабильные абсолютные цифры количества исследований в случаях *ненасильственных причин* смерти по РК в период 2010-2014 гг. (Рис.3)

**Рис. 6.28 Количество случаев исследованных трупов в категории ненасильственная смерть за 2010–2014 гг.**

При этом, с учетом снижения общего количества исследованных трупов, доля случаев с ненасильственными причинами смерти в 2010-2013 гг. возрастала (с 51,5% в 2010 г. до 57,3% в 2013 г.), в 2014 г. снизилась на 1,9% и составила 55,4%. (Табл.2)

Таблица 6.71
Структура ненасильственных причин смерти за 2010-2014 гг.

	2010	2011	2012	2013	2014	Среднее, %
Ненасильственная смерть	2051	2175	2076	2013	2004	х
% от исследованных трупов	51,5	55,0	55,2	57,3	55,4	54,9
Болезни	2011	2131	2033	1982	1965	х
%	98,0%	98,0%	97,9%	98,5%	98,1%	98,1
Смерть детей в возрасте до 1 года	13	13	16	10	13	х
%	0,6%	0,6%	0,8%	0,5%	0,6%	0,6%
Прочие	27	28	26	17	23	х
%	1,4%	1,3%	1,3%	0,8%	1,1%	1,2%
Мертворожденные	0	2	1	4	3	х
%	0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%

Основную массу случаев в категории ненасильственной смерти составляют болезни, в среднем 98,1%. (Табл.2)

Ведущей причиной в случаях смерти от болезней явились заболевания системы кровообращения. Их доля имеет волнообразную динамику и составляла в среднем за анализируемый период 64,8%. (Табл.3)

Таблица 6.72
Структура смертей по классам болезней за 2010-2014 гг.

	2010	2011	2012	2013	2014	Среднее, %
Системы кровообращения	1293	1357	1336	1275	1297	х
	64,3%	63,7%	65,7%	64,3%	66,0%	64,8
Органов дыхания	215	228	192	175	179	х
	10,7%	10,7%	9,4%	8,8%	9,1%	9,7
Органов пищеварения	344	319	272	302	261	х
	17,1%	15,0%	13,4%	15,2%	13,3%	14,8
Нервной системы	44	58	47	45	44	х
	2,2%	2,7%	2,3%	2,3%	2,2%	2,3
Новообразования	69	129	151	161	160	х
	3,4%	6,1%	7,4%	8,1%	8,1%	6,6
Инфекционные	46	40	35	24	24	х
	2,3%	1,9%	1,7%	1,2%	1,2%	1,7
БОЛЕЗНИ (ВСЕГО)	2011	2131	2033	1982	1965	х
из них в алк. опьянении, %	26,7	26,6	34,9	28,8	22,9	28,0

На втором месте среди причин смерти от болезней - заболевания органов пищеварения (в среднем 14,8%). (Табл.3)

На третьем месте - смерть от заболеваний органов дыхания, доля которых составила в среднем 9,7%. За указанный период доля смертей, обусловленных онкозаболеваниями, выросла с 3,4% до 8,1% (рост в абсолютных цифрах с 69 случаев в 2010 году до 160 случаев в 2014 году, т.е. более, чем в 2 раза). (Табл.3)

Алкогольное опьянение в той или иной степени способствовало наступлению смерти от заболеваний в среднем в 28% случаев. (Табл.3)

Судебно-гистологическое исследование трупного материала производится в 99,1% случаев исследования трупов, что является одним из самых высоких показателей по СЗФО, и свидетельствует о высоком уровне гистоверификации диагнозов. В 2014 г. по сравнению с 2012 г. произошло увеличение количества проведенных экспертиз и исследований на 637, или 14,5%, за счет внедрения в практику иммуногистохимических исследований (позволяющих установить этиологию выявленного патоморфологического процесса).

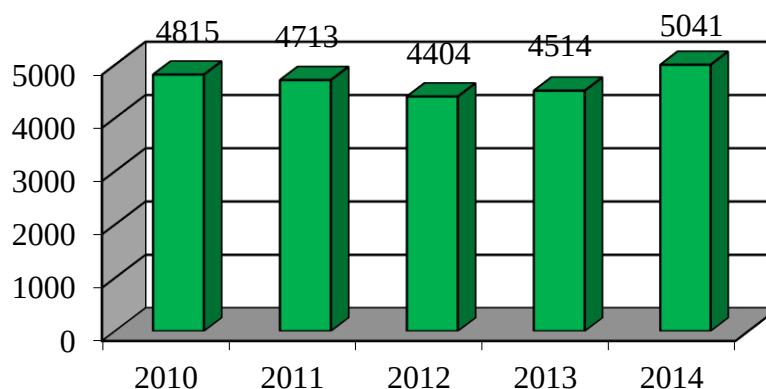


Рис. 6.29 Динамика количества судебно-гистологических экспертиз и исследований за 2010-2014 гг.

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц, являющаяся одной из наиболее важных сфер деятельности судебно-медицинских экспертных учреждений, проводится на базе всех городских и районных отделений судебно-медицинской экспертизы и в самостоятельном структурном подразделении – отделе экспертизы потерпевших обвиняемых и других лиц.

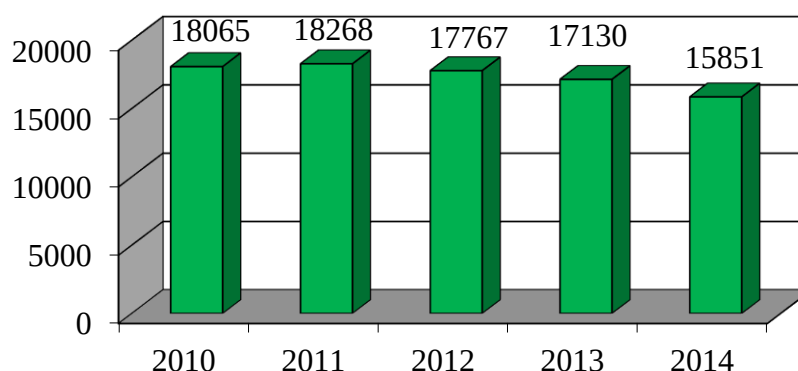


Рис. 6.30 Количество экспертиз и исследований потерпевших, обвиняемых и др. лиц за 2010–2014 гг.

Объемные показатели экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц выглядят достаточно стабильно, с тенденцией к снижению количества обследований. Снижение в 2014 г. количество экспертиз и обследований живых лиц на 7,5% по сравнению с 2013 г. связано со вступлением в силу изменений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации, допускающих назначение экспертиз до возбуждения уголовного дела. (Рис.5)

Основной объем выполняемой работы при экспертизах и обследованиях потерпевших, обвиняемых и др. лиц связан с оценкой вреда здоровью, доля таких случаев в 2014 г. составила 97,0%. (Табл.5)

Таблица 6.73

Структура экспертиз и обследований потерпевших обвиняемых и др. лиц по виду деятельности за 2010-2014 гг.

	2010	2011	2012	2013	2014
Оценка вреда здоровью:	17574	17682	17134	16525	15375
%	97,3%	96,8%	97,4%	96,5%	97,0%
Определение половых состояний	362	361	465	437	355
%	2,0%	2,0%	2,6%	2,6%	2,2%
Определение возраста, рубцов (наркоманов, инвалидов ВОВ)	23	33	26	22	13
%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
Не окончены на конец года	106	192	142	146	108
%	0,6%	1,1%	0,8%	0,9%	0,7%
ОБСЛЕДОВАНО (ВСЕГО):	18065	18268	17767	17130	15851

Увеличение количества экспертиз и исследований по определению половых состояний в 2012 г. с последующим снижением к 2014 г. связано с изменениями, вносимыми в УПК РФ, согласно которым сначала возникла, а затем была отменена необходимость определения половой зрелости у лиц в возрасте до 16 лет.

В большинстве случаев экспертиз и обследований по оценке вреда здоровью было установлено наличие повреждений, не причинивших вреда здоровью, их доля в среднем за пять лет составила 44,5% (Табл.6)

Таблица 6.74

Структура экспертиз и обследований потерпевших обвиняемых и др. лиц по оценке вреда здоровью по РК за 2010-2014 гг.

	2010	2011	2012	2013	2014	Среднее, %
ОЦЕНКА ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ, в том числе:	17574	17682	17134	16525	15375	х
Тяжкий вред здоровью	1107	1123	1112	1108	966	х
%	6,3%	6,4%	6,3%	6,7%	6,3%	6,4
Средней тяжести	1340	1444	1284	1291	1235	х
%	7,6%	8,2%	7,3%	7,8%	8,0%	7,8
Легкий вред здоровью	3844	3607	3537	3575	3312	х
%	21,9%	20,4%	20%	21,6%	21,5%	21,1
без оценки вреда здоровью	8017	8190	7981	7259	6331	х
%	45,6%	46,3%	45,3%	43,9%	41,2%	44,5
повреждения не обнаружены	3266	3318	3220	3292	3531	х
%	18,6%	18,8%	18,3%	19,9%	23,0%	19,7

Однако в 2014 г., по сравнению с 2010 г., произошло снижение доли таких экспертиз на 4,4%. В 2014 г., по сравнению с 2010 г., наблюдается снижение абсолютного числа случаев установления тяжкого (на 141, или 12,7%), среднего (на 105, или 7,8%) и легкого (на 532, или 13,8%) вреда здоровью. При этом доля их, вследствие снижения общего числа экспертиз, за пять лет почти не изменилась. При этом в 2014 г. по сравнению с 2010 г. отмечается увеличение как общего числа (на 265, или 8,1%), так и доли (на 4,4%) экспертиз, где не было установлено наличие повреждений.

Экспертизы по материалам следственных и судебных дел, проводимые в отделе сложных и комиссионных экспертиз, как первичные, так и повторные выполняются с участием нескольких экспертов. Количество выполняемых экспертиз в данном отделе имеет волнообразную динамику с максимумом в 2011 году и последующим постепенным снижением.

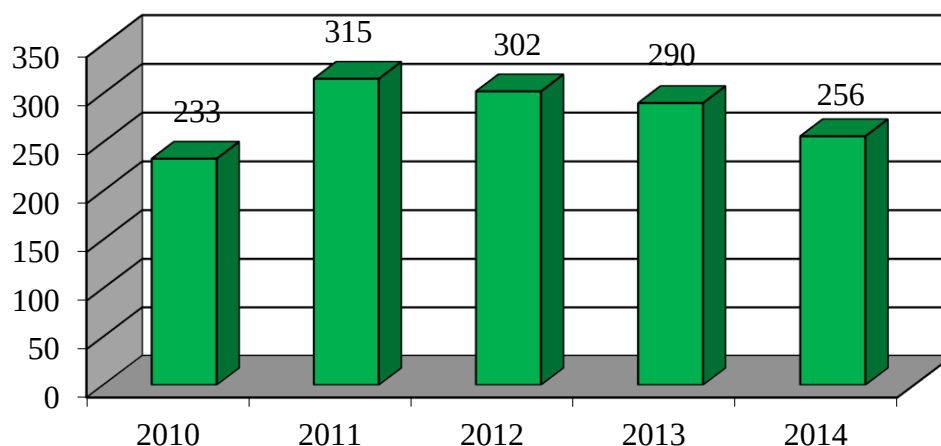


Рис.6.31 Динамика количества комиссионных экспертиз за 2010-2014 гг.

В 2014 году выполнено 50 экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи (в том числе по уголовным делам, возбужденных в отношении медицинских работников – 23), что на 8, или 13,8% меньше, чем в 2013 г.

Одной из основных задач **медико-криминалистической экспертизы** механических повреждений является установление признаков орудия, которым нанесена травма. В зависимости от формы орудия, механизма его действия и свойств поврежденных тканей возникают следы, имеющие различную ценность для решения указанной задачи.

В 2014 году количество проведенных медико-криминалистических экспертиз и исследований снизилось по сравнению с 2013 годом на 5,4%, по сравнению с 2011 годом на 21,6%.

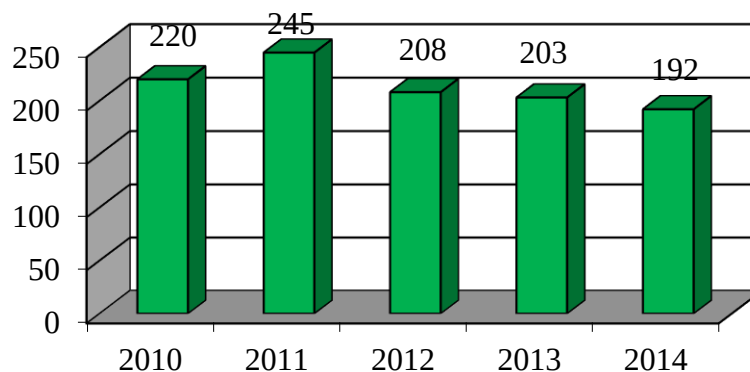


Рис. 6.32 Динамика количества медико-криминалистических экспертиз и исследований за 2010-2014 гг.

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.

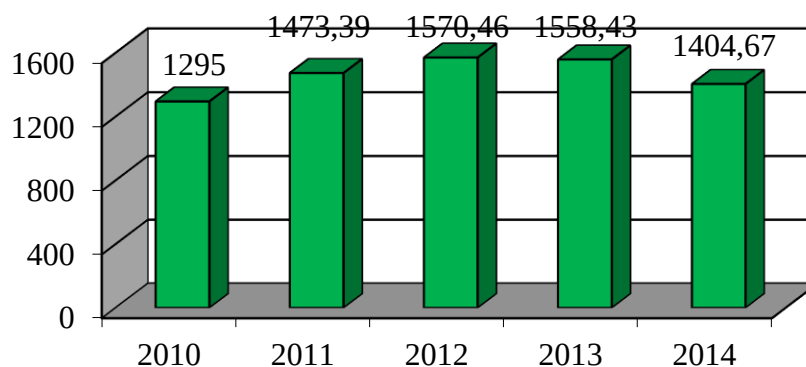


Рис. 6.33 Динамика количества полных судебно-химических анализов за 2010-2014 гг.

Структура выполненных судебно-химических экспертиз и исследований по обнаруженным отравляющим веществам в среднем за последние пять лет распределилась следующим образом: этанол составил 86,6%, растворители и технические жидкости – 1,4%, лекарственные средства – 5,0%, наркотические вещества 4,3%, окись углерода 2,4%.

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.

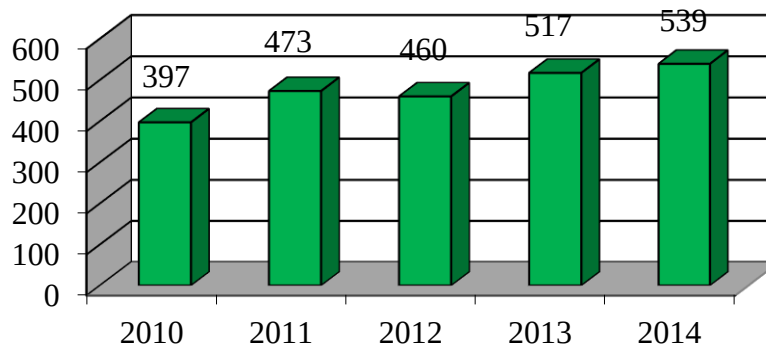


Рис. 6.34 Динамика количества судебно-биологических экспертиз и исследований за 2010-2014 гг.

Несмотря на годовые колебания, количество судебно-биологических экспертиз и исследований за период 2010-2014 гг. имеет тенденцию к увеличению (на 4,3% по сравнению с 2013 г. и на 35,8% по сравнению с 2010 г.).

Структура выполненных экспертиз и исследований за 5 лет распределилась следующим образом: кровь составляла 52,9%, выделения – 37,6%, волосы – 2,1%, мышцы – 0,1%, клетки – 4,5%, кости – 0,4%.

За 2010-2014 гг. экспертами РК выполнено 3707 выездов на места происшествий для осмотра трупов либо обследования живых лиц при преступлениях против половой неприкосновенности. Наблюдается ежегодное снижение количества выездов на места происшествия, что связано с общей тенденцией снижения количества правонарушений в РК. Доля выездов на места происшествия в случаях убийств от общего числа выездов в 2014 году составила 14,6%, что на 2,8% меньше, чем в 2013 году.

6.9.3. Работа лабораторной службы Республики Коми. Лабораторное обеспечение медицинской помощи жителям республики осуществляют 133 лаборатории различного профиля, из них 111 клиничко-диагностических лабораторий, 13 микробиологических лабораторий, 7 иммунологических лабораторий (диагностика ВИЧ инфекции и гепатитов), 1 цитологическая, 1 лаборатория генетики и 1 иммуногематологическая

лаборатория.

В составе 7 КДЛ имеются микробиологические отделы и в 11 КДЛ имеются отделы по диагностике гепатитов и ВИЧ инфекции.

На базе 18 лабораторий проводятся исследования централизованно (биохимические, серологические, иммунологические, цитологические, генетические).

Функционируют 25 круглосуточных постов, 11 из них – врачебных, 4-экспресс лаборатории работают самостоятельно при отделениях реанимации и анестезиологии.

76 (57%) лабораторий находятся в городских ЛПУ(57%) и 57 лабораторий (43%) находится в районах (ЦРБ, районные больницы, участковые больницы и врачебные амбулатории).

В медицинских учреждениях РК на конец 2014 года имелось 415,25 штатных должностей специалистов с высшим образованием в области лабораторной диагностики (бактериологи+врачи КЛД + биологи), на данных должностях работает 277 физических лиц, общая укомплектованность составляет 67%. Квалификационную категорию имеет 68% сотрудников с высшим медицинским и немедицинским образованием. Высшую квалификационную категорию имеют 25%, первую -34%, вторую-16%. Сертификаты имеют 80 % специалистов. Существенной проблемой является низкий процент укомплектованности микробиологических лабораторий врачами- бактериологами - 35%. Кроме того, некомплектованы врачебными кадрами ЦРБ Ижемского, Княжпогостского, Койгородского и Удорского районов, всего на 44-50% укомплектованы Сыктывдинская, Печорская, Сосногорская и Вуктыльская ЦРБ. Городские лаборатории (Сыктывкар, Воркута, Ухта, Инта, Печора и Усинск) в среднем укомплектованы врачебными кадрами на 51%, особенно не хватает врачебных кадров в Ухте – укомплектованность всего 25%, Усинске-36% и Воркуте укомплектованность 46%. Лаборатории республиканских ЛПУ в среднем укомплектованы на 63%, при этом отмечается высокий процент совместительства на вакантные ставки. В кадровом обеспечении деятельности лабораторной службы наблюдается выраженный дефицит специалистов с высшим медицинским образованием. Доля специалистов с высшим образованием пенсионного возраста составляет 48%.

Количество штатных должностей специалистов со средним медицинским образованием в лабораториях республики составило в 2014 году 1222,5 единиц, работает в службе 755 человек, общая укомплектованность составляет 62 %. В районах общая укомплектованность составляет 80%, в городских ЛПУ данный показатель несколько ниже -65%. В лабораториях республиканских ЛПУ укомплектованность составляет 80%, также как и среди врачебного персонала, отмечается высокий процент совместительства на вакантные ставки. Доля сотрудников со средним образованием пенсионного возраста составляет 35%. Среди специалистов лабораторной службы со средним образованием высшую квалификационную категорию имеет 32%, первую 36%, вторую категорию имеет 15%, всего аттестовано 83%, сертификаты имеют 705 человек (93%).

Общее количество лабораторных исследований имеет ежегодную тенденцию к росту. За 2014 год выполнено на 999670 анализов больше чем в 2013 году.

Доля исследований, выполненных в лабораториях стационаров, остается на уровне предыдущих лет, при этом растет как общее количество исследований, так и количество исследований на 1 стационарного больного за счет внедрения нового оборудования и новых методов исследований, а также в результате сокращения количества поступивших на стационарное лечение.

Доля исследований, выполненных в лабораториях амбулаторного звена, также практически не меняется. Общее количество исследований возросло незначительно, а в расчете на 100 амбулаторных посещений сократилось, что объясняется ростом количества посещений к специалистам.

Таблица 6.75

Показатели деятельности лабораторной службы РК в 2012-2014 гг.

Показатель	2012 год	%	2013 год	%	2014 год	%
Общее количество лабораторных исследований	27 569372	100	28 361906	100	29 361 576	100
Выполнено исследований стационарным больным	12 819356	46,5	12 977028	45,8	13 504253	46,0
Количество исследований на 1 стационарного больного	56,2		61,1		64,0	
Выполнено исследований амбулаторным больным	14 750016	53,5	15 384878	54,2	15 857323	54,0
Количество исследований на 100 амбулаторных посещений	203,1		218,1		199,8	
Количество исследований на 1 жителя РК	30,98		32,2		33,7	

Количество лабораторных исследований на 1 жителя республики также возросло, что объясняется, общим увеличением количества исследований, а также сокращением численности населения в республике.

Таблица

6.76

Объемы лабораторных исследований в городах и районах РК

Территории	Число проведенных исследований					
	2012	На 1 жителя	2013	На 1 жителя	2014	На 1 жителя
Вуктыльский	365959	25,7	356937	25,8	334776	25,2
Ижемский	364402	20,0	381845	21,3	394837	22,2
Княжпогостский	465830	20,8	501155	22,9	439338	20,7
Койгородский	196655	23,8	265830	32,7	245670	33,7
Корткеросский	364040	18,9	488587	25,4	493365	25,7
Печорский	1 468776	26,2	1470252	26,6	1572692	28,9
Прилузский	530168	26,5	572280	29,4	536187	28,1
Сосногорский	843729	18,3	895961	19,6	998442	22,1
Сыктывдинский	275307	11,9	269518	11,5	316903	13,4
Сысольский	361599	26,4	449709	33,1	256359	19,1
Тр.- Печорский	370653	27,7	400738	30,9	320890	25,8
Удорский	313700	15,8	362568	18,6	396877	20,8
Усинский	1 130012	24,2	1549395	33,6	1624743	35,5
Усть – Вымский	521751	18,2	555680	19,8	644476	23,4
Усть – Куломский	730422	27,8	833354	32,2	882632	34,5
Усть – Цилемский	211546	16,7	225373	18,2	262500	21,6
Воркута	2 949583	32,3	3103862	35,2	2951034	34,8
Инта	836406	24,5	1022509	31,6	1030671	32,8
Ухта	3 796558	31,1	3185320	26,2	3224896	26,6
Сыктывкар	11 472276	45,0	11471033	44,8	1234288	48,2
По РК	27 569372	30,98	28 361906	32,2	29 361576	33,7

С каждым годом количество исследований в расчете на одного жителя Республики Коми возрастает. В среднем этот показатель по районам составляет 20,6 исследований на 1 жителя, значительно ниже он в Сыктывдинском (13,4) районе и выше в Усть-Куломском (34,5) и Койгородском (33,7) районах. В городах на 1 жителя выполняется в среднем 31,2 исследования, ниже этот показатель в Ухте (26,6). В Сыктывкаре на одного жителя выполняется 48,2 исследований.

Структура лабораторных исследований в целом по РК в течение трех лет изменяется незначительно. В сравнении с показателями по РФ, в республике меньше выполняется общеклинических, цитологических, микробиологических, гематологических и иммунологических исследований и больше биохимических и коагулологических.

Контроль качества клинических лабораторных исследований

Управление качеством клинических лабораторных исследований регламентируется приказами МЗ РФ и реализуется в комплексе мер, осуществляемых на различных уровнях системы здравоохранения.

Первый уровень – это Федеральная система внешней оценки качества клинических лабораторных исследований (ФСВОК), участие в которой определяется приказами МЗ РФ № 295 от 21.12.1993 года, № 9 от 26.01.1994 года, № 117 от 03.05.1995 года, № 60 от 19.02.1996 года, № 380 от 25.12.1997 года и № 45 от 07.02.2000 года.

Согласно этим нормативным документам, **участие каждой лаборатории в ФСВОК является обязательным компонентом деятельности КДЛ** независимо от ее штатной численности, и ведомственной принадлежности. Свидетельство об участии в ФСВОК предъявляется при лицензировании КДЛ и при прохождении инспекционного контроля. Целью ФСВОК является оказание помощи КДЛ в обеспечении качества выполняемых исследований путем предоставления им информации о правильности получаемых результатов, рекомендаций по устранению возможных источников обнаруживаемых ошибок и совершенствованию используемых методик. Участие в ФСВОК осуществляется на платной основе, сумма определяется каждой КДЛ в зависимости от количества заявленных тестов.

Таблица

6.77

Динамика количества участников ФСВОК на территории РК за 2010-2014гг.

Наименование подразделений	2010	2011	2012	2013	2014
Всего участников ФСВОК в том числе:	46	46	46	51	53
- КДЛ ЛПУ	32	28	29	32	34
- КДЛ службы крови	5	7	7	7	7
- частные и ведомственные КДЛ	9	11	10	12	11

В 2014 году число КДЛ, включая частные и ведомственные, зарегистрированных в ФСВОК составило 53 единицы, что составляет всего 25% участия лабораторий государственных ЛПУ в данной системе. Для сравнения – из Карелии участвует в ФСВОК – 47% лабораторий, из Удмуртии – 68% лабораторий, из Архангельской области – 71% лабораторий, то есть процент участников в ФСВОК от Республики Коми крайне низок, хотя платные услуги оказывают почти во всех лабораториях, но главные врачи не считают нужным выделять средства на контроль качества.

Второй уровень контроля качества клинических лабораторных исследований проводится контрольно-методическим центром, располагающимся на базе лаборатории диагностического центра – так называемый внешний территориальный контроль качества. Участвуют в нем 22 лаборатории ЛПУ г. Сыктывкара. Проводится контроль правильности и сходимости биохимических исследований на коммерческих контрольных сыворотках.

В 2014 году было проведено три цикла контроля качества, участвовало 21 лаборатория, где имеются биохимические отделы. В двух циклах по 4-м лабораториям результаты неудовлетворительные по определению билирубина и амилазы. Лаборатории, которые представили неудовлетворительные результаты, проверялись повторно с

коммерческими контрольными сыворотками на контроль правильности лабораторных исследований.

Третий уровень контроля качества – это оперативный внутрилабораторный контроль качества – ВКК, который является единственным средством выявления и оценки ошибок при помощи которого лаборатория оценивает правильность получаемых результатов. Основой лабораторных исследований является выполнение стандартов аналитического качества, сформулированных ОСТ 91500.13.0001-2003 и утвержденных Приказом Минздрава РФ №220 от 26.05.2003. В этом документе не только приведены критерии точности исследований, ниже которых лаборатории не могут работать (быть аккредитованы), но и дан алгоритм определения точностных характеристик, которыми может воспользоваться каждая лаборатория.

К сожалению, не во всех КДЛ оперативный внутрилабораторный контроль проводится по всем правилам – не систематически и не по всем разделам работы, объясняют это недостатком финансовых средств в ЛПУ на приобретение контрольных материалов, кроме этого, для проведения этой работы в полном объеме, необходимы компьютеры и компьютерные программы для обработки получаемых данных, компьютеры же имеются далеко не во всех КДЛ.

За последние годы повысился уровень оснащения КДЛ высокотехнологическим оборудованием, полученным в рамках Национального проекта «Здоровье». В 2009-2010 годах по социальным программам было получено 2 автоматических анализатора гликированного гемоглобина, 2 лаборатории ПЦР и токсикологическая лаборатория. Обучены специалисты. Все оборудование введено в работу и эксплуатируется. В 2012 году по программе модернизации здравоохранения лабораторная служба получила 284 единицы современного лабораторного оборудования, в том числе 16 автоматических биохимических анализаторов, 16 гематологических анализаторов, 20 анализаторов кислотно-щелочного состояния, 18 анализаторов мочи и другое высокотехнологичное оборудование. В 2012 году имелось 1722 единицы лабораторного оборудования - 284 единицы получено по программе модернизации, в 2013 году старое оборудование списывалось (115 единиц), в 2014 году ЛПУ было приобретено 42 единицы оборудования. Но, несмотря на определенные подвижки в сторону качественного развития лабораторной службы, продолжает сохраняться несбалансированность ее ресурсной базы – перебои с поставками реактивов и расходных материалов, отсутствие постоянного сервисного сопровождения и обслуживания, устаревшее вспомогательное оборудование (центрифуги, термостаты, весы, холодильники). Существует проблема недостаточного финансирования ЛПУ на медикаменты и ИМН, что не позволяет им в достаточном количестве приобретать реактивы и расходный материал.

Проблемы в работе службы клинической лабораторной диагностики

Несмотря на значительные количественные показатели объемов работы, служба клинической лабораторной диагностики работает недостаточно эффективно, испытывая существенные трудности из-за наличия серьезных нерешенных проблем:

1. Нерациональное использование имеющегося оборудования вследствие несогласованного подхода к обеспечению лечебных учреждений реактивами и расходными материалами. В результате функциональные возможности анализаторов КДЛ используются в среднем на -30-40%.
2. Недоукомплектованность КДЛ специалистами с высшим образованием. Основной проблемой последних лет остается сохранение своего рода «ножниц» между ростом объемов выполняемых тестов и ростом численности должностей персонала лабораторий. Объемные показатели деятельности лабораторий не учитываются при формировании штатов и бюджета.
3. На муниципальных уровнях не уделяется должного внимания вопросам планирования объемов диагностики на амбулаторном и стационарном этапах с учетом действующих нормативов Программы госгарантий оказания гражданам РФ

бесплатной медицинской помощи. При превышении нормативных показателей за последние годы фактические объемы диагностической помощи, особенно лабораторной, в медицинских учреждениях в основном имеют тенденцию к росту без обеспечения необходимого уровня финансирования.

4. Недостаточное финансирование закупок реагентов, контрольных материалов, калибровочных материалов, отсутствие статьи затрат на реагенты и сервисное обслуживание, отсутствие в штате даже крупных лабораторий сотрудников инженерной и эксплуатационной службы.
5. Руководители медицинских учреждений и заведующие КДЛ недостаточно уделяют внимания вопросам повышения аналитической точности измерений, освоению новых, более информативных тестов.
6. Отсутствие материальной заинтересованности лабораторных специалистов в повышении производительности труда и качества проводимых исследований. Лабораториям часто неизвестен объем финансирования, на который они могут рассчитывать в течение определенного срока и планировать интенсивность работы, внедрение новых и замену устаревших лабораторных тестов.
7. Отсутствие общепринятых стандартов назначений и проведения лабораторных исследований на различных этапах оказания медицинской помощи.
8. Существенно тормозит деятельность лабораторий процедура закупок по аукционам реактивов и оборудования для КДЛ.

Предложения по совершенствованию службы клинической лабораторной диагностики.

Основные усилия в ближайшие годы должны быть направлены на оптимизацию структуры и сети лабораторной службы, дальнейшее увеличение количества и номенклатуры выполняемых исследований, повышение точности результатов и обеспечение более полной реализации лабораторной информации в лечебно-диагностическом процессе. На различных уровнях управления необходимо разработать дополнительные мероприятия по обеспечению соответствия сложившихся объемов диагностической помощи на амбулаторном и стационарном этапах нормативам программы госгарантий, усилив контроль за обоснованностью назначения диагностических исследований.

Учитывая возрастание роли экономических методов управления и потребности снижения затратности работы КДЛ, целесообразно рассмотреть вопрос о передаче части полномочий в расходовании средств заведующим отделений, включая КДЛ.

В работе по совершенствованию организации диагностики необходимо предусмотреть меры по рациональному формированию потоков больных, минимизации времени получения результатов исследований, подготовке врачей лечебной сети по вопросам диагностики, оценке эффективности совместной работы.

При разработке мероприятий по кадровому обеспечению необходимо обратить особое внимание на решение вопросов в области нормирования и организации труда медицинского персонала и подготовку специалистов.

Рост затрат на развитие лабораторной диагностики без обеспечения аналитической достоверности получаемых результатов лабораторных исследований не даст желаемого повышения качества здравоохранения. Участие КДЛ в Федеральной системе внешней оценки качества дает возможность руководителям всех уровней объективно оценивать деятельность КДЛ и принимать необходимые меры по совершенствованию их работы. Следует обязать руководителей ЛПУ обеспечить участие в ФСВОК всех, без исключения лабораторий, использовать ее результаты при лицензировании и контроле за деятельностью учреждений.

6.10. Результаты ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности Министерством здравоохранения РК за 12 месяцев 2014 г. проведено 10 плановых проверок по соблюдению медицинскими работниками, руководителем медицинской организации ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности. В ходе проверок были выявлены следующие нарушения:

1. Не исполняется приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 августа 2010 г. № 706н «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств» в части:

1.1. Нарушаются условия хранения лекарственных средств (далее – ЛС) (ГБУЗ РК «ЭГП»; ГБУЗ РК «УМРД»; ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»; ГБУЗ РК «СГП № 3»; ГБУЗ РК «ГБЭР»);

1.2. Отсутствуют гигрометры для контроля за температурным режимом хранения ЛС или отсутствуют гигрометры с соответствующим интервалом температур или использования не заполненных очищенной водой гигрометров (ГБУЗ РК «СГП № 2»; ГБУЗ РК «ЦП г. Сыктывкара»; ГБУЗ РК «УМРД»; ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»; ГБУЗ РК «СГП № 3»; ГБУЗ РК «ГБЭР»);

1.3. Используются не поверенные гигрометры (ГУ «КРОД»; ГБУЗ РК «УМРД»; ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»);

1.4. Наличие ЛС с истекшим сроком годности (ГБУЗ РК «СГП № 2»; ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»);

1.5. Отсутствует договор на утилизацию отходов класса «Г» со специализированной организацией, имеющей лицензию на данный вид деятельности (ГБУЗ РК «СГП № 2»);

1.6. Отсутствует стеллажная карта ЛС (ГБУЗ РК «УМРД»; ГБУЗ РК «ГБЭР»);

1.7. Отсутствует журнал учета сроков годности ЛС (ГБУЗ РК «УМРД»);

1.8. Установлены факты хранения ЛС пациентов (ГБУЗ РК «ЦП г. Сыктывкара»; ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»);

1.9. Установлены факты хранения посторонних предметов в холодильниках для ЛС (ГБУЗ РК «ЦП г. Сыктывкара»);

1.10. В помещениях для хранения отсутствуют поддоны для размещения ЛС и ИМН (ГБУЗ РК «ГБЭР»);

1.11. Установлен факт использования ЛС с признаками, несоответствующими требованиям инструкции по применению данного препарата (ГБУЗ РК «ГБЭР»).

2. Не соблюдается приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» в части необеспечения выписки ЛС на рецептурных бланках, утвержденных приказом (ГБУЗ РК «ЭГП»).

3. Не исполняется часть 3 статьи 96 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2012 г. № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий» в части:

3.1. Отсутствует инструкция и назначение ответственного должностного лица (ГУ «КРОД»);

3.2. Отсутствует журнал регистрации непредвиденных реакций на ИМН (ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»).

4. Нарушена часть 3 статьи 64 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» в части отсутствия журнала регистрации непредвиденных реакций на ЛС («ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»).

5. Не соблюдается ст. 74 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части наличия информации рекламного характера о применении лекарственных препаратов, детского питания (ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»).

По результатам проверок вынесено 8 Предписаний об устранении выявленных нарушений.

В 2014 г. проведено 9 внеплановых документарных проверок по контролю исполнения предписаний. По результатам проверок по одному предписанию срок выполнения был продлен (ходатайство главного врача), 8 предписаний сняты с контроля как исполненные.

6.11. Лицензирование медицинской деятельности. В соответствии с подпунктом а пункта 1 части 1 статьи 15 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Коми, утвержденным Постановлением Правительства Республики Коми от 05 июля 2012 № 283 «О Министерстве здравоохранения Республики Коми», Министерство здравоохранения Республики Коми осуществляет переданные полномочия по лицензированию медицинской деятельности медицинских и иных организаций, за исключением подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

Деятельность осуществляется в соответствии с федеральными нормативными актами, нормативными правовыми актами, принятыми субъектом.

По итогам 2014 года рассмотрено 38 заявлений о предоставлении лицензии, предоставлено 38 лицензий, средний срок рассмотрения составил – 23 рабочих дня (в 2013 г. – 21 рабочий день). По сравнению с 2013 годом количество соискателей лицензии, обратившихся за получением лицензии, увеличилось на 46 %. В числе соискателей лицензии 23 % были индивидуальные предприниматели.

Рассмотрено 151 заявление о переоформлении лицензии, в том числе: в связи с изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, в связи с изменением видов работ, оказываемых услуг – 124, в связи с изменением наименования юридического лица и прочие – 27. Переоформлено всего 151 лицензия, средний срок рассмотрения заявлений составил: в случае переоформления лицензии в связи с изменением наименования юридического лица – 7,4 рабочих дней; в связи с изменением адресов мест осуществления деятельности, изменением видов работ, оказываемых услуг – 18,7 рабочих дней. В 15 случаях приняты решения о прекращении действия лицензии по заявлению лицензиата (в 2013 г. – 148). Отказов в предоставлении лицензии и в переоформлении лицензии в 2014 г. не было.

С 2013 году организована возможность подачи заявлений через многофункциональные центры (поступлений заявлений через многофункциональные центры в 2014 г. не было).

Осуществлялось взаимодействие с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека по Республике Коми, Управлением Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии Республики Коми средний срок предоставления информации не превысил 5 рабочих дней. В 2014 г. проведено 38 выездных проверок в отношении соискателей лицензии, 124 выездных проверок в отношении лицензиатов, по заявлениям о переоформлении лицензии, осуществлено 55 документарных проверок в отношении лицензиатов, по заявлениям о

переоформлении лицензии. По сравнению с 2013 годом количество выездных проверок в отношении лицензиатов и соискателей лицензии несколько уменьшилось, количество документарных проверок увеличилось почти в 2 раза.

В соответствии с утвержденным планом проверок на 2014 г. проведено 5 плановых выездных проверок, в отношении лицензиатов. По результатам проверки составлено 5 протоколов об административном правонарушении. Принято положительных решений судом в 5 случаях: в 1 случае предупреждение, в 4 случаях наложен административный штраф. Проведено 18 внеплановых проверок, в том числе 10 по контролю за исполнением предписания. Проведено 8 внеплановых проверок в отношении лицензиатов по заявлению граждан. По результатам проверок составлено 3 протокола об административном правонарушении. Принято положительных решений судом в 3 случаях: наложен административный штраф в 2 случаях, в 1 случае предупреждение. Общая сумма наложенных штрафов составила 418 тыс. руб. (в 2013 г. 562 тыс. руб.), взыскано 52%. Дополнительно по информации, поступившей из территориального управления Росздравнадзора Республики Коми, были составлено 4 протокола об административных правонарушениях в отношении должностных лиц, приняты положительные решения судов в 4 случаях: в 1 случае предупреждение, в 3 случаях административный штраф. Общая сумма наложенных штрафов составила 60 тыс. руб.

Проверок, проведенных лицензирующим органом с нарушением требований законодательства Российской Федерации о порядке их проведения, по результатам выявления которых к должностным лицам применены меры дисциплинарного и административного наказания в 2014 г. не было.

ГЛАВА 7. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ.

7.1. Лекарственное обеспечение. Обеспечение населения в РК бесплатными лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания в 2014 году осуществлялось в рамках:

- Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федерального Закона № 178 от 17.07.1999г. «О государственной социальной помощи» (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 г. №122-ФЗ);
- постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»;
- постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011г. №1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»;
- Закона РК от 12.11.2004г. № 55-РЗ «О социальной поддержке населения в РК»;
- постановления Правительства РК от 23.12.2013г. № 528 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

7.2. Реализация программы обеспечения населения необходимыми лекарственными средствами в рамках программы ОНЛС. В соответствии с Федеральным законом от 18.10.2007г. №230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием разграничения полномочий» с 2008 г. полномочия в части лекарственного обеспечения федеральных льготников (далее - программа ОНЛС) переданы субъектам Российской Федерации. Для реализации таких полномочий в республике создана система льготного лекарственного обеспечения населения.

В рамках реализации полномочий определена схема взаимодействия всех 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 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 аптечных организациях региона.

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 или смерти.

Внедрена система мониторинга реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами.

За последние 3 года подушевой норматив увеличился на 11,09 %. Однако число пациентов, сохранивших право на получение социальной помощи, уменьшилось на 7,52 %.

Таблица

Динамика финансирования программы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан на территории РК

Годы	Объем финансирования, млн. руб.	Количество пациентов, сохранивших право на получение социальной помощи, чел.	Подушевой норматив, руб.
2012	364,13	33 228	604
2013	373,60	32 093	638
2014	369,34	30 729	671

Причины отказа от предоставления набора социальных услуг:

- не востребованность частью граждан набора социальных услуг в части бесплатного лекарственного обеспечения;
- общая потребность в медикаментах составляет сумму ниже суммы денежной компенсации;
- возможность одновременного получения денежной компенсации при отказе от набора социальных услуг в рамках программы ОНЛС и необходимых лекарственных препаратов в рамках постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (далее - постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 г. №890).

Основной проблемой обеспечения льготных категорий граждан в рамках федеральной программы ОНЛС 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 Российской Федерации 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 Российской Федерации, не позволяет в полной мере обеспечить отдельные категории граждан всеми необходимыми для лечения пациентов препаратами в полном объёме.

Для реализации программы ОНЛС в 2014 г. в Республику Коми в виде субвенций и межбюджетных трансфертов поступили средства федерального бюджета в размере 369,20 млн. руб., в том числе для оплаты государственных контрактов на оказание услуг по товаросопровождению в размере 22 процента от общей суммы финансирования (2012 - 364,00 млн. руб. 2013 - 373,20 млн. руб.).

Общая сумма заключённых в 2014 г. государственных контрактов на поставку лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в рамках программы ОНЛС составила более 364,7 млн. руб. (2012 - 322,72 млн. руб., 2013 - 290,47 млн. руб.). Поставлено медикаментов на сумму 319,67 млн. руб. (2012 - 314,36 млн. руб. 2013 - 288,75

млн. руб.). Исполнение контрактов на поставку лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения составило в 2014г. - 99,6 % (2012 - 97,4 %, 2013 г. - 99,4 %).

В течение 2014 г. более 21,1 тыс. человек было обеспечено бесплатными медикаментами по 414,3 тыс. рецептам (2013 - обеспечено 23,3 тыс. человек по 457,4 тыс. рецептам; 2012 - обеспечено 28,5 тыс. человек по 509,3 тыс. рецептам).

Сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 265,96 млн. руб. Средняя стоимость 1 рецепта при этом составила 641,84 руб. (в 2011 г. - сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 316,4 млн. руб., средняя стоимость рецепта - 556 руб.; в 2012г. сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 295,4 млн. руб., средняя стоимость рецепта - 578 руб., 2013г. сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 296,7 млн. руб., средняя стоимость рецепта - 648 руб.).

Среднее количество обеспеченных рецептов на 1 обеспеченного льготника в год составило 20 рецептов (в 2012г. – 18 рецептов в 2013г. - 20).

В отношении поставщиков, не исполняющих в полном объеме условия государственных контрактов, Министерство здравоохранения РК совместно с Центром правового обеспечения 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 2014 г. 99,95 %.

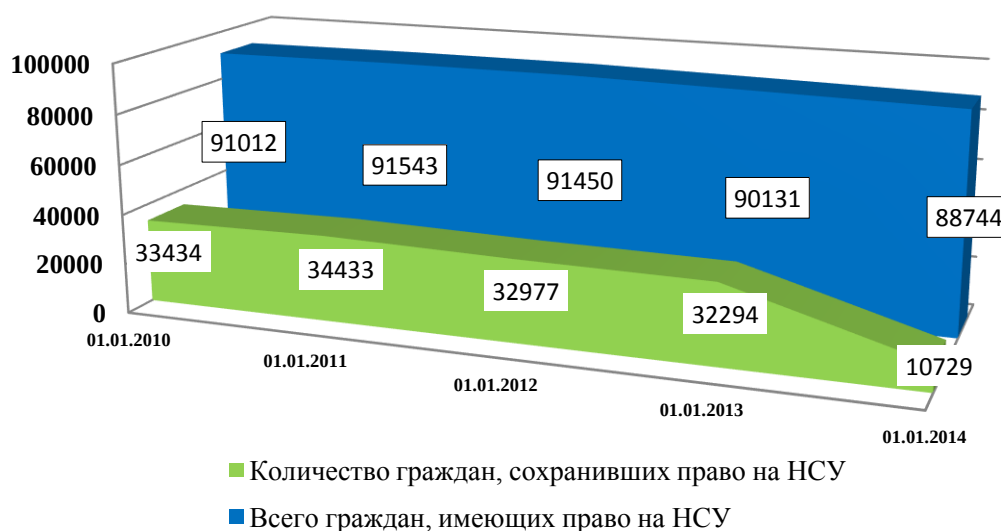


Рис. Изменение количества граждан, сохранивших НСУ в части лекарственного обеспечения

7.3. Лекарственное обеспечение населения в рамках реализации региональной программы льготного лекарственного обеспечения. Финансирование программы осуществляется за счёт средств бюджета РК. Для реализации постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» на 2014год из бюджета РК были выделены средства в размере, 564 638,70 тыс. руб. (в 2013г. -361 500,0 тыс. руб., в 2012г. – 198 260,0 тыс. руб., в 2011г. - 163 440,0 тыс. руб., в 2010г. - 127 600,0 тыс. руб.).

В 2014г. более 41,1 тыс. человек обеспечено бесплатными медикаментами по 286,86 тыс. рецептам (2013 – обеспечено 35,8 тыс. человек по 234,3 тыс. рецептам; 2012 – обеспечено 35,9 тыс. человек по 199,9 тыс. рецептам; 2011 – обеспечено 21,1 тыс. человек

по 100,6 тыс. рецептам; 2010 – 26,8 тыс. человек получили ЛП и ИМН по 120,6 тыс. рецептам, 2009 – обеспечено 16,2 тыс. человек по 147,6 тыс. рецептов).

В течение 2014г. льготные категории граждан обеспечены бесплатными медикаментами на сумму 504 080,17 тыс. руб., средняя стоимость рецепта при этом составила 1757,20 руб. (в 2013г. – на сумму 343 361,21 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 1464,00 руб.; в 2012г. – на сумму 220 334,7 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 1102,00 руб.; в 2011г. – на сумму 117 244,43 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 1165 руб.; в 2010г. – на сумму 86 643,44 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 700,64 руб.).

Среднее количество обеспеченных рецептов на 1 обеспеченного льготника в год составило 7 (в 2013г. – 7 рецептов, в 2012г. – 6 рецептов, в 2011г. – 5 рецептов; в 2010г. – 5 рецептов).

Количество обеспеченных пациентов постоянно увеличивается, в том числе, за счёт пациентов, которые отказываются от права на бесплатное лекарственное обеспечение в рамках программы ОНЛС.



Рис. Финансирование региональной программы льготного лекарственного обеспечения в рамках постановления Правительства РФ № 890 в сравнении с программой ОНЛС

7.4. Реализация программы обеспечения пациентов, страдающих высокозатратными нозологиями (программа «7 нозологий»). Обеспечение граждан, имеющих право на получение лекарственной помощи в рамках программы «7 нозологий», осуществляется в рамках постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 г. № 1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей».

Закуп дорогостоящих препаратов осуществляет централизованно Министерством здравоохранения Российской Федерации за счет средств федерального бюджета.

По состоянию на 01.01.2014 г. в региональный сегмент Федерального регистра больных высокозатратными нозологиями (далее - Федеральный регистр) включен 671 больной, в том числе больных гемофилией 62 человека, гипофизарным нанизмом 28 человек, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и

родственных им тканей 295 человек, муковисцидозом 23 человек, рассеянным склерозом 223 человека, после трансплантации органов и (или) тканей 40 человека.

За последние 5 лет количество пациентов, включённых в Федеральный регистр, увеличилось в 1,7 раза (в 2009 г. - 390 человек).

Объёмы поставленных дорогостоящих препаратов составили в 2012г. - 221,3 млн. руб. в 2013 г. - 238,5 млн. руб., в 2014 г. - 246,3 млн. руб. При этом количество препаратов, поставленных в Республику Коми в 2014 г., значительно увеличилось по сравнению с 2012 г., что связано со снижением стоимости поставляемых в рамках исполнения федеральных контрактов лекарственных препаратов.

Положительным является также тот факт, что заявки субъектов Российской Федерации на поставку дорогостоящих препаратов формируются в течение последних 3 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 «7 нозологий». Так, в 2013 г. лекарственными препаратами были - 377 человек, в 2014 г. - 453 человека.

Снижение стоимости препаратов повлияло и на среднюю стоимость рецепта: в 2013 г. она составляла 64,26 тыс. руб., 2014 г. - 60,48 тыс. руб.

Такая динамика стоимости лекарственных препаратов, поступивших в республику в рамках программы «7 нозологий» положительно отразилась на показателе удовлетворенности спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей, составившем по итогам 2014 г. 100 процентов.

7.5. Реализация программы обеспечения больных, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями. С принятием Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочия по организации обеспечения пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) (далее – орфанные заболевания) заболеваниями переданы органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Для реализации данных полномочий в настоящее время законодательно утверждены только перечень орфанных заболеваний 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 31.12.2014г. в региональном сегменте Федерального регистра состояло 112 пациентов, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, в 2013 г. в региональном сегменте Федерального регистра состоял 91 пациент, в 2012 г. в региональном сегменте Федерального регистра состояло 62 пациента.

Для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями в 2014г. за счёт средств республиканского бюджета были закуплены лекарственные препараты и специализированное лечебное питание на сумму более 133 млн. руб. (23,5% от общей суммы финансирования).

Для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями в 2013г. за счёт средств республиканского бюджета были закуплены лекарственные препараты и специализированное лечебное питание на сумму более 114,41 млн. руб. (31,6% от общей суммы финансирования). В 2012г. для закупа лекарственных препаратов и специализированного питания было затрачено более 86,2 млн. руб. средств республиканского бюджета РК (43,4% от общей суммы финансирования).

Для сравнения, в 2011г. для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями затрачено 51,9 млн. руб., закуплено лекарственных препаратов и специализированного питания (40,6% от общей суммы финансирования).

Реализация переданных полномочий по обеспечению пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями в РК.

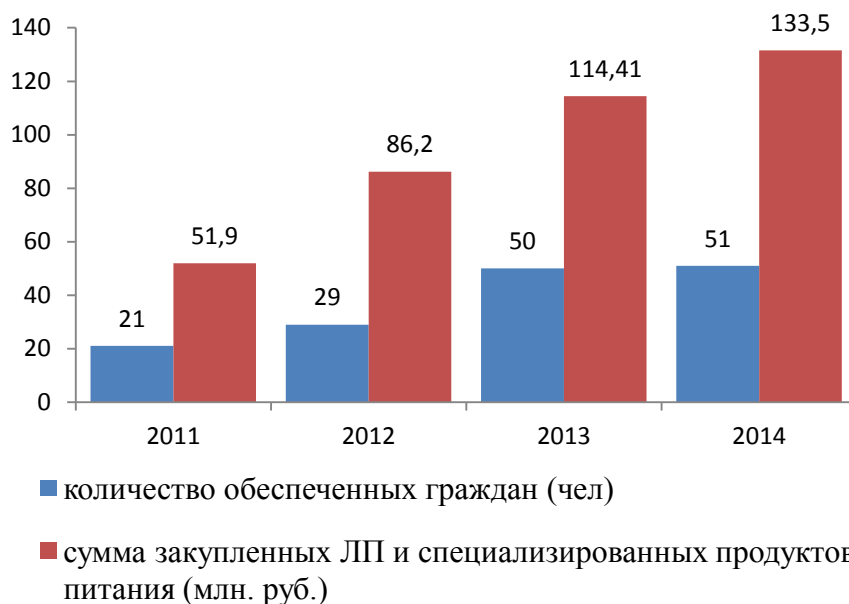


Рис. Реализация переданных полномочий по обеспечению пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями

7.6. Лекарственное обеспечение в рамках реализации Республиканского Закона от 12.11.2004г. № 55-РЗ. Для реализации Закона РК от 12.11.2004г. № 55-РЗ «О социальной поддержке населения в РК» на 2013г. утверждены бюджетные ассигнования в размере 2 001,0 тыс. руб. (2011г – 2 001,0 тыс. руб., в 2010г. - 2 001,0 тыс. руб. , 2009г. - 4 965,8 тыс. руб.).

Льготные категории граждан обеспечены в 2012г. лекарственными препаратами на сумму 0,027 млн. руб. (в 2011г. – 0,5 млн. руб., в 2010г. – 2,1 млн. руб., в 2009г. на сумму 1,19 млн. руб.). С 2013 года закуп лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в рамках реализации данного закона Министерством здравоохранения РК не производился.

В 2014г. категории граждан «Лица, проработавшие в тылу в период ВОВ не менее 6 месяцев, награжденные орденами и медалями СССР за самоотверженный труд в период ВОВ» и «Реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий» обеспечивались лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в рамках реализации постановления Правительства РФ № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

ГЛАВА 8. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В РК усилен приоритет профилактических мероприятий при осуществлении деятельности, направленной на охрану здоровья населения. С 2013 года в регионе реализуется Государственной программы 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 здорового образа жизни.

Служба профилактической медицины в РК представлена 2 центрами медицинской профилактики (в гг. Сыктывкар и Воркута), 7 отделениями медицинской профилактики (г. Сыктывкар - 2 отделения, г. Воркута - отделение, г. Ухта - 2 отделения, г. Инта - 1 отделение, г. Емва - 1 отделение), 17 кабинетами медицинской профилактики, 5 Центрами здоровья (3 - для взрослых в гг. Сыктывкар, Ухта, Воркута и 2 - для детей в гг. Сыктывкар, Ухта), 4 мобильными комплексами, которые выполняют функции, схожие с основными задачами Центров здоровья (в сельских территориях).

В марте 2014 года была организована деятельность межмуниципального центра здоровья на базе Печорской ЦРБ, проведены организационные мероприятия по открытию центра здоровья на базе Усинской ЦРБ. Полное обеспечение необходимым оборудованием данного центра будет завершено в 2015 году.

При учреждениях здравоохранения созданы и работают школы здоровья, школы больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом, коронарные клубы и др. За 2014 г. в школах здоровья обучено более 100 тыс. человек.

С 2009 г. в РК начато осуществление нового направления приоритетного национального проекта «Здоровье» по формированию здорового образа жизни.

В рамках деятельности организованных на территории РК 5-ти Центров здоровья проводятся следующие мероприятия:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.), формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких, профилактика потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака.

В 2014 г. обследование в Центрах здоровья прошли 21 042 жителя РК, в том числе 13 410 взрослых и 7 632 детей.

В Школах здоровья, организованных при Центрах здоровья, в течение 2014 г. прошли обучение 16 287 человек, в том числе 5 083 ребенка.

Факторы риска развития неинфекционных заболеваний выявлены у 69,3 процента из числа обратившихся. В учреждения здравоохранения общей лечебной сети для консультации врачами-специалистами из центров здоровья было направлено 8,5 тыс. человек.

В 2014 году деятельность центров здоровья для детей расширена в части организации выездной работы: в течение года состоялось 143 выезда в районы, осмотрено 4,9 тыс. детей.

В центрах здоровья для детей проводится 2-х этапное тестирование на предмет употребления наркотических средств и психоактивных веществ: в течение года обследовано 203 подростка, проведено 81 добровольное тестирование (все результаты оказались отрицательными).

На базе Центра здоровья при Сыктывкарской детской поликлинике №3 функционируют «Школа избыточного питания» и «Школа рационального питания», в которой проводятся комплексные занятия с детьми (обучено в 2014 году 215 и 495 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 центральными районными больницами и имеющих статус сельских межрайонных центров. За 2014 год на 5 мобильных диагностических комплексах осуществлен 191 выезд, осмотрено 8,2 тыс. пациентов. С 2013 года 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, флюорографического и стоматологического обследования. В 2014 году передвижными маммографами осуществлен 201 выезд (осмотрено 15,2 тыс. женщин), передвижными флюорографами осуществлено 425 выездов (осмотрено 43,0 тыс. человек), передвижными стоматологическими установками осуществлено 102 выезда (осмотрено 4,9 тыс. пациентов).

Все кабинеты, отделения, центры медицинской профилактики, а также школы здоровья ведут постоянную работу по обучению населения РК основам здорового образа жизни, включая правила оказания первой медицинской помощи. Медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений республики проводится санитарно-просветительская работа по здоровому питанию и обучение пациентов принципам рационального питания при заболеваниях.

В печатном издании «Медицинский вестник РК» в 2014 г. были подготовлены и опубликованы более 30 статей на темы пропаганды ЗОЖ, включая сокращение потребления алкоголя и табака; всего за 4 года в данном вестнике опубликовано более 100 статей на темы ЗОЖ.

В 2014 году впервые реализовано соглашение с некоммерческой организацией об оснащении медицинских учреждений региона современными телевизионными комплексами. Новый формат подачи информации о пользе ведения здорового образа жизни и здоровьесберегающем поведении, порядке и возможности получения государственных услуг в сфере здравоохранения позволит повысить качество предоставляемых услуг, увеличить информированность населения о первичных способах профилактики социально-значимых заболеваний.

За период 2011-2014 гг. службой профилактической медицины РК в части формирования принципов здорового образа жизни прочитано 47 871 лекций; вышли в радиоэфир 254 передачи, в телеэфир - 680 передачи; опубликованы 564 печатных статей и 335 интернет-выпусков; состоялось 17 485 кино-видеодемонстраций; проведено 1093 конференций, круглых столов, 1 363 тематических вечера, 622 конкурсов, викторин; в ЛПУ оформлено 22785 санбюллетеней, альбомов, стендов; проведено 2 722 сеанса «Телефона доверия» и телефона «Горячая линия»; среди населения распространены методические материалы для населения в количестве 130 521 экз.; обучено 20 108 медицинских работников и 109 057 человек из следующих контингентов: студенты учебных заведений, работающее население, пенсионеры.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» в РК утвержден Закон 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». Это позволит начать масштабную работу с жителями республики по преодолению этой вредной привычки и усилить пропаганду здорового образа жизни. К числу полномочий Правительства РК также отнесено создание «горячих линий» для обращения граждан, предпринимателей, юридических лиц по вопросам нарушения данного законодательства, обеспечение организации оказания гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечения табачной зависимости и его последствий. Новый закон наделяет Государственный Совет РК полномочиями принимать нормативные акты в сфере охраны населения от последствий табакокурения, контролировать их соблюдение и исполнение.

Постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 420 утверждена Государственная программа РК «Развитие здравоохранения», которая первоначально включала подпрограмму «Формирование здорового образа жизни». С 01 января 2014 г. Госпрограмма РК «Развитие здравоохранения» реализуется в новом формате, который включает мероприятия по профилактическому направлению, сгруппированные в подпрограмме 1. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»:

- 1) 15 биллбордов наружной рекламы размером 3х6 м
- 2) 8 месяцев трансляции видеороликов на плазменных панелях в супермаркетах Сыктывкара (более 2500 показов в день)
- 3) 7 публикаций в периодических печатных изданиях
- 4) 12 видеосюжетов и 10 видеороликов транслируемых, местными телеканалами (более 100 показов).

Мероприятия, направленные на снижение распространенности заболеваний, связанных с питанием, регламентированы следующими направлениями работы Министерства здравоохранения РК:

- 1) повышение информированности населения о поведенческих и алиментарно-зависимых факторах риска, доступности продуктов «здорового питания».
- 2) совершенствование системы подготовки кадров для обеспечения помощи в профилактике факторов риска, связанных с питанием.
- 3) внедрение программ профилактики и лечения в региональную систему здравоохранения и создание службы помощи при ожирении и коррекции факторов риска, связанных с питанием.
- 4) совершенствование работы «Школы избыточного питания», и «Школы рационального питания» на базе Сыктывкарской детской поликлиники № 3, в том числе в части проведения приемов пациентов по вопросам рационального питания.

С целью организации медицинской помощи населению, направленной на снижение распространенности заболеваний, связанных с питанием, специалистами медицинских организаций на территории республики используются методические рекомендации Минздравсоцразвития Российской Федерации 2012 г. «Оказание медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела». Также в лечебно-профилактические учреждения республики направлены рекомендации Общественной палаты Российской Федерации по итогам общественных слушаний на тему «Здоровый образ жизни. Борьба с диабетом и ожирением».

В соответствии с Постановлением Главного государственного врача РК от 18.04.2000 г. № 6 «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом йода и других микронутриентов» в лечебно-профилактических учреждениях при организации питания больных используется йодированная соль. Индивидуальная коррекция йодной и иной недостаточности питания проводится по назначению врача.

Население РК имеет возможность употреблять обогащенные витаминами и микроэлементами продукты питания, выпускаемые местными предприятиями пищевой

промышленности и реализуемые в торговой сети. 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 железом.

Меры, предпринятые Правительством РК и региональным Министерством здравоохранения по реализации проекта «Формирование здорового образа жизни» позволили активизировать деятельность медицинского персонала всех уровней в сфере медицинской профилактики, сформировать службу медицинской профилактики и укрепления здоровья в лечебно-профилактических учреждениях с созданием кабинетов медицинской профилактики, кабинетов здорового ребенка, оснастить Центры здоровья для взрослого населения и детей необходимым оборудованием.

Усилена работа по медицинской профилактике в части координации работы по пропаганде медико-гигиенических знаний, формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний между органами здравоохранения и заинтересованными министерствами, ведомствами и общественными организациями, обеспечено информационное сопровождение мероприятий по формированию здорового образа жизни в средствах массовой информации.

Иммунизация населения РК. Складывающаяся ситуация по инфекционным заболеваниям, управляемым средствами специфической профилактики является следствием огромной работы, проведенной медицинскими организациями по организации и проведению иммунизации населения республики. Показатели своевременности проведения профилактических прививок в целом по республике в декретированные возраста находятся выше рекомендованного 95% уровня. В 2014 году в возрасте 12 месяцев вакцинацию против дифтерии получили 97,2% детей, против коклюша – 97,2%, против полиомиелита – 97,5%, против вирусного гепатита В – 97,2%. К 24 месяцам ревакцинацию против коклюша имеют 96,3% детей, против дифтерии – 96,3%, вторую ревакцинацию против полиомиелита – 96,3%, вакцинацию против кори, эпидпаротита и краснухи – 97,9%. Вместе с тем, отмечается тенденция к снижению показателей.

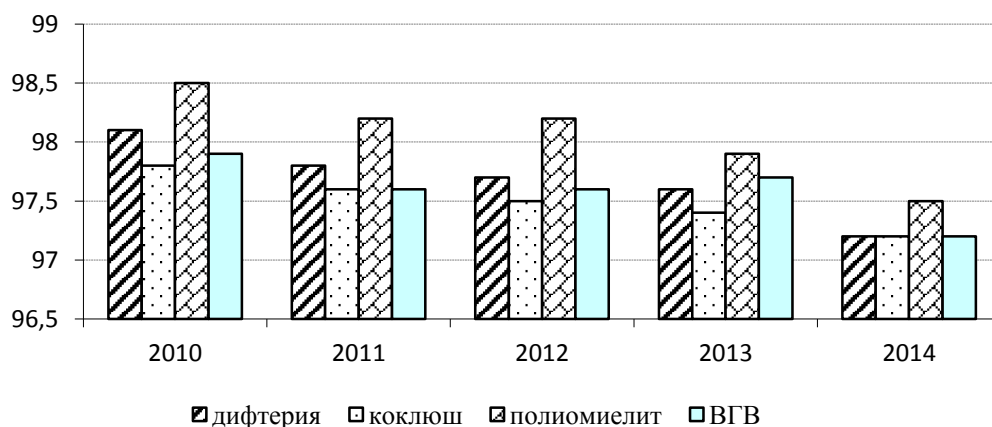


Рисунок 8.1 Динамика своевременности проведения профилактических прививок в декретированные возраста к возрасту 12 мес. за 2010-2014 гг.

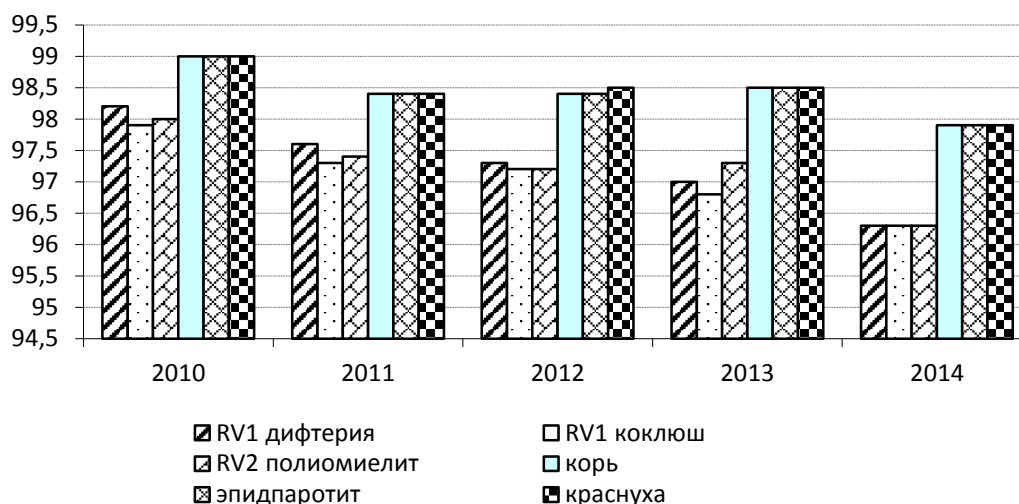


Рисунок 8.2 Проведение профилактических прививок в декретированные возраста к возрасту 24 мес. за 2010-2014гг.

По состоянию на 31.12.2014 года в соответствии с формой №6 «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» охват прививками против дифтерии детей до 14 лет составил 99,1%, подростков – 15-17 лет – 99,9%, взрослых – 95%. Законченный курс вакцинации к 12 месяцам получили – 97,2% детей, законченный курс вакцинации и первую ревакцинацию к 24 месяцам – 96,3%.

За 2014 год также есть территории, которые не достигли нормативных показателей привитости против дифтерии:

- охват вакцинацией против дифтерии детей с 6 месяцев до 11 месяцев 29 дней – г. Ухта 89,1%, Удорский район 92,9%, Княжпогостский район 94,7%, Усть-Цилемский район 94,7%;
- своевременность вакцинации против дифтерии в 12 месяцев – г. Ухта 94,7%;
- охват ревакцинацией против дифтерии детей в возрасте 2 года – г. Ухта 90,5%;
- своевременность ревакцинации против дифтерии детей в 24 месяца – г. Ухта 90,3%;
- охват второй ревакцинацией против дифтерии в 7 лет – г. Ухта 93,4%;
- охват третьей ревакцинацией против дифтерии в 14 лет – г. Ухта 82,9%;
- охват ревакцинацией против дифтерии взрослых – г. Ухта 88,2%, г. Сыктывкар 93%, г. Усинск 94,4%, Усть-Куломский район 91,9%, Троицко-Печорский район 93,3% (оценочный критерий 95% в соответствии с СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии. Профилактика инфекционных заболеваний. Инфекции дыхательных путей»).

В рамках Национальной программы профилактики кори в период верификации и элиминации в Российской Федерации, приоритетного национального проекта с сфере здравоохранения в РК за 2010 – 2014 годы вакцинировано против кори 5114 человека, ревакцинировано 16460 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 2014 г. показал, что имеют ревакцинацию 94,3% при нормативном показателе 90% и рекомендуемом 95%.

Охват иммунизацией против кори детей выше рекомендованного 95% уровня. Так, в возрасте 12 месяцев вакцинацию против кори в 2014 году получили 97% детей, ревакцинацию в 6 лет получили 95,5%

Во исполнение постановления Главного государственного санитарного врача РК №5 от 21.04.2014 года «О проведении подчищающей иммунизации против кори» была проведена иммунизация 12 детей в возрасте 15-17 лет, из них вакцинированы – 8

подростков и получили ревакцинацию 4 подростка.

Из неучтенных контингентов взрослого населения Усинского района за 2013-2014 годы привито 161 человек из мигрантов за счет средств муниципального бюджета.

В соответствии с формой №5 «Сведения о профилактических прививках» в 2014 году были вакцинированы против кори 11341 детей (98,6% от годового плана) и 1016 взрослых (112,9% соответственно), ревакцинированы 10918 детей (99% от годового плана) и 2071 взрослых (103,5% соответственно).

В 2014 году проведена вакцинация против кори 26 детей и 40 взрослых, ревакцинация 11 детей и 56 в и взрослых вынуждено переселившихся из Украины.

В результате реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в РК в 2014 году полностью завершена иммунизация против вирусного гепатита В контингентов взрослых, подлежащих прививкам в 2013 г. и не завершивших курс иммунизации. По данным формы № 5 государственного статистического наблюдения «Сведения о профилактических прививках» в 2014 году вакцинировано против вирусного гепатита В 27299 человек, в том числе детей – 11089. По состоянию на 31.12.2014 г. в возрасте 18-35 лет имеют иммунизацию 89,5% человек, 36-59 лет – 64,9%.

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок подлежат иммунизации против гриппа контингенты из групп риска: дети, посещающие дошкольные учреждения, учащиеся 1-11 классов, студенты СУЗов и ВУЗов, медицинские работники, работники образовательных учреждений, взрослые старше 60 лет, работники коммунальной, транспортной сферы и торговли, лица, страдающие хроническими заболеваниями.

В 2014 году были охвачены иммунизацией против гриппа 235 535 человека или 27,1% от совокупного населения. В рамках Национального календаря профилактических прививок вакцинированы против гриппа 73700 детей или 100% от подлежащих, 144800 взрослых (100% от подлежащих).

За счет средств организаций, учреждений, граждан иммунизировано против гриппа 17035 человек.

В 2010 году прививки против сезонного гриппа получили прививки 12,5% населения. Кроме того, в 2010 году была проведена иммунизация населения из групп риска против пандемического гриппа, охвачено 137406 человек, в том числе 37262 детей.

С целью обеспечения условий транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов в государственных учреждениях здравоохранения Министерством здравоохранения РК изданы приказы:

- от 22.11.2013 года №11/548 «О соблюдении транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов в РК»;
- от 07.11.2013 №11/528 «О совершенствовании иммунопрофилактики инфекционных заболеваний в государственных учреждениях здравоохранения РК».
- от 26.02.2015 года №2/79 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения РК от 22 ноября 2013 года №11/548 «О соблюдении транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов в РК»

На Иммунологической комиссии РК в 2013 году были рассмотрен вопрос:

- Об организации «холодовой» цепи на разных уровнях транспортировки и хранения медицинских иммунобиологических препаратов;

По информации государственных учреждений здравоохранения обеспеченность холодильным оборудованием на 2, 3 и 4 уровнях «холодовой» цепи составляет 100%. За последние 3 года государственными медицинскими организациями республики были приобретены 286 холодильников и 2 морозильные камеры, 129 термоконтейнеров на сумму 5553,8432 тыс. рублей. Медицинскими организациями проводится замена бытовых холодильников для хранения МИБП на фармацевтические холодильники. Учреждения здравоохранения в полном объеме обеспечены термоконтейнерами, термометрами. На

этапе транспортирования МИБП контроль температурного режима осуществляется термоиндикаторами. При транспортировании МИБП в течение 1 часа контроль температурного режима осуществляется термометрами.

В рамках Национального календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям в РК проводится иммунизация населения против вирусного клещевого энцефалита, против туляремии, бешенства, вирусного гепатита А

Во исполнение постановлений Главного государственного санитарного врача по РК от 25.03.2011 №4 «О дополнительных мерах, направленных на предупреждение заболеваний клещевым вирусным энцефалитом населения в РК» и от 21.03.2013 года №2 «О включении в перечень эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту территорий Усть-Вымского района РК» в 2012-2014 годах из средств республиканского бюджета медицинским организациям для проведения вакцинация против клещевого энцефалита населения эндемичных территорий (г. Сыктывкара, Сыктывдинского, Койгородского, Сысольского, Прилузского и Усть-Куломского, Усть-Вымского районов) было выделено 37029,87 тыс. рублей, в том числе в 2012 году - 2367,6 тыс. рублей, в 2013 году - 14 867,99 тыс. рублей, в 2014 году - 19794,281 тыс. рублей.

За 2012-2014 годы в целом по республике охвачены вакцинацией против клещевого энцефалита 46864 человека, в том числе 9463 детей, ревакцинацией 26258 человек, в том числе 2091 ребенок. В эндемичных территориях охвачены вакцинацией 45948 человек, в том числе 9444 детей, ревакцинацией 25332 человека, в том числе 2091 детей.

Таблица 8.1

Охват вакцинацией населения в эндемичных по клещевому энцефалиту и приравненных к ним территориях за 2010-2014 годы

	Иммунизация населения									
	2010 г		2011 г		2012 г		2013 г		2014 г	
	V	RV	V	RV	V	RV	V	RV	V	RV
г. Сыктывкар	876	818	2636	711	1807	2321	5434	1683	13884	3602
Сыктывдинский район	26	-	65	51	1272	306	1677	1090	1468	1460
Сысольский район	260	63	984	322	1718	436	1125	1918	1629	1238
Койгородский район	212	378	122	273	623	295	141	1157	550	429
Прилузский район	753	505	276	799	1923	1097	2710	2484	1977	2432
Усть-Куломский район	406	20	111	104	2262	437	548	844	1707	1104
Усть-Вымский район	179	130	78	87	4	137	318	133	2766	56
Всего по РК	3244	2231	4703	2912	9928	5459	12379	9810	24557	10989

В целом иммунная прослойка в эндемичных территориях составляет 71280 человек, или около 19 % от подлежащего населения.

Во исполнение постановления Главного государственного санитарного врача по РК от 30.01.2014 г. №1 «О проведении вакцинации по эпидемическим показаниям против вирусного гепатита А на территории МО ГО «Ухта» для иммунизации по эпидпоказаниям контингентов риска (воспитателей и персонал детских дошкольных учреждений; работников сферы обслуживания населения, занятых в организациях общественного питания; работников водопроводных и канализационных сооружений; детей, посещающих дошкольные учреждения) Министерством здравоохранения РК было выделено государственным медицинским организациям г. Ухты 7892,0 тыс. рублей для приобретения 8096 доз вакцин против гепатита А, в том числе 5315 доз детской вакцины на первую аппликацию.

Государственными медицинскими организациями г. Ухты было приобретено 7324 доз вакцин против гепатита А, в том числе 5315 доз детской.

По результатам обследования контингентов риска, определенных иммунизации против гепатита А в соответствии с постановлением №1 от 30.01.2014 года, подлежали вакцинации 7064 человека, из них 5315 детей.

В г. Ухта были охвачены первой вакцинацией против гепатита А 7064 человек (100% от подлежащих), в том числе 5315 детей (100%). Кроме того проводилась иммунизация контактных в очагах гепатита А, в домашних и организованных.

На основании постановления заместителя главного государственного санитарного врача по РК от 06.10.2014 №8 8 «О проведении вакцинации по эпидемическим показаниям против вирусного гепатита А» на территории всей республики в 2014 году была начата иммунизация по эпидпоказаниям воспитателям и персоналу детских дошкольных учреждений; работникам сферы обслуживания населения, занятым в организациях общественного питания; работникам водопроводных и канализационных сооружений; детям, посещающим дошкольные учреждения; контактными лицам в очагах гепатита А.

Государственными медицинскими организациями г. Сыктывкара определена численность контингентов риска, подлежащих иммунизации против гепатита А по эпидемическим показаниям, всего 22,0 тыс. человек, числе 18,0 тыс. детей, посещающих детские дошкольные учреждения, и 4,0 тыс. взрослых (медицинских работников, работников детских дошкольных учреждений, работников пищеблоков медицинских организаций, школ и детских дошкольных учреждений; контактных в очагах).

В 2014 году Министерством здравоохранения РК выделено медицинским организациям г. Сыктывкара 19532,46 тыс. рублей на приобретение вакцин против гепатита А.

По состоянию на 31.12.2014 года в г. Сыктывкаре было привито 11346 человек, из них 3964 взрослых и 7382 детей.

В целом по РК в 2014 году охвачено вакцинацией против гепатита А 20686 человек, в том числе 14282 ребенка.

Во исполнение постановления заместителя Главного государственного санитарного врача по РК от 27.03.2014 № 3 «О проведении вакцинации по эпидемическим показаниям против бешенства» была организована профилактическая иммунизация против бешенства контингентов риска на территории МО ГО «Воркута», «Усинск», «Инта», МО МР «Ижемский», «Усть-Цилемский». В 2014 году охвачено профилактической вакцинацией против бешенства 263 человека и ревакцинацией 21 человек из групп риска в вышеуказанных территориях.

Имеет место неудовлетворительное выполнение планов иммунизации декретированных групп населения. При ежегодном планировании порядка 2800 – 2900 человек, в 2014 году иммунизировано по данным формы №5 2389 человек.

Выводы

1. Показатели охвата плановыми профилактическими прививками в декретированных возрастах в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок составляют более 95%;
2. Охват прививками в декретированные сроки в рамках национального календаря профилактических прививок снизился до 97,2%, при запланированном показателе «не ниже 98%»;
3. В результате дополнительной иммунизации в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения достигнуто снижение заболеваемости гепатитом В в 6 раз, краснухой 385 раз.
4. Достигнуты показатели заболеваемости на уровне: дифтерией – не регистрируется с 2008 года, острым гепатитом В – 1,2 на 100 тысяч населения, корью – единичные случаи, краснухой – не регистрируется с 2012 года;

эпидемическим паротитом – не регистрируется с 2010 года, отсутствие случаев заболеваемости врожденной краснушной инфекцией.

5. Во всех лечебно-профилактических учреждениях республики созданы условия для соблюдения "холодовой" цепи при транспортировке и хранении МИБП.

2.3. Диспансеризация населения.

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 г. №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», с 2013 г. в РК начато проведение всеобщей диспансеризации.

На 31.12.2014 г. диспансеризация завершена в отношении 122 704 человек, из них работающих граждан – 75 169 человек, неработающих граждан - 45 301 человека, прошедших диспансеризацию граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме - 2 234 человек. Установлено: 1 группа здоровья - 27 455 человек, 2 группа здоровья - 30 226 человек, 3 группа здоровья - 62 789 человек, что составило 22 %, 25% и 51% от общего числа осммотренных соответственно.

Заподозрено наличие заболеваний в 4 723 случаях (4 % от общего числа осммотренных); выявлено заболеваний - 37 661 случаев (31 % от общего числа осммотренных).

Поскольку диспансеризация направлена на выявление и профилактику заболеваний, определяющих основные причины смертности и инвалидности, анализ сведений о патологической поражённости (числа впервые выявленных заболеваний на 1000 осммотренных) и ее структуре позволяет делать выводы об основных направлениях лечебной и оздоровительной работы с данным контингентом.

Таблица 8.2

Структура впервые выявленных заболеваний в ходе диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2014 году

Класс заболеваний	Удельный вес в структуре
Болезни эндокринной системы	30 %
в том числе впервые выявленное ожирение	8,3%
Болезни системы кровообращения	20,2%
Болезни органов пищеварения	12%
Болезни мочеполовой системы	7,6%
Болезни крови и кроветворной системы	2,9%

У граждан старше 60 лет в ходе диспансеризации впервые выявленная патология представлена болезнями системы кровообращения (28,8%), болезнями эндокринной системы (25,8%), мочеполовой системы (18,8%), болезнями органов пищеварения (9,4%), болезнями крови и кроветворной системы (1,5 %).

В ходе диспансеризации определены также группы лиц с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, которые вносят существенный вклад в структуру заболеваемости, инвалидности и смертности. С возрастом число лиц, имеющих факторы риска, существенно увеличивается, что определяет необходимость дальнейшей работы по пропаганде здорового образа жизни и профилактике основных модифицируемых факторов риска.

Таблица 8.3

**Сведения о распространенности факторов риска развития хронических
неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и
преждевременной смертности населения Российской Федерации (на 100
осмотренных)**

Факторы риска	Встречаемость (в процентах)	
	Всего взрослого населения, прошедшего диспансеризацию	Взрослого населения старше трудоспособного возраста, прошедшего диспансеризацию
Повышенный уровень артериального давления	21,0	26,2
Дислипидемия	16,8	15,5
Курение табака	24,3	5,5
Нерациональное питание	41,9	25,3
Низкая физическая активность	26,5	22,9
Избыточная масса тела (ожирение)	39,2	29,9
Высокий и очень высокий суммарный сердечно- сосудистый риск	13,2	21,4

Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2014 г. выявило частую встречаемость болезней эндокринной системы, болезней органов пищеварения, болезней системы кровообращения, что определяет необходимость реализации мер по профилактике их распространения и решения вопросов формирования у населения навыков ведения здорового образа жизни. Распространенность модифицируемых факторов риска определяет вектор дальнейших усилий РК в вопросах формирования ответственного отношения граждан к своему здоровью.

ГЛАВА 9. ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРОГРАММЫ И НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения в медицинских организациях Республики Коми осуществляется в тесной взаимосвязи с Коми филиалом ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России и Медицинского института ФГБОУ ВПО Сыктывкарский государственный медицинский университет имени 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 филиала 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 Сыктывкарским Государственным университетом. Научные сотрудники этих организаций заведуют кафедрами и ведут преподавательскую деятельность в образовательных медицинских организациях.

Таблица 9.1

Направления научных исследований Коми филиала Кировской ГМА и Медицинского института СГУ им. Питирима Сорокина

Кафедра медико-биологических дисциплин	Временные аспекты адаптации человека к условиям Севера Морфологические корреляты патологии в условиях Севера
Кафедра биологической химии с курсом фармакологии	«Метаболические основы здоровья человека на Севере» «Физиолого-биохимические закономерности формирования тканевой гипоксии у человека на европейском Севере»
Кафедра нормальной физиологии	Электрофизиологические механизмы адаптации сердца.
Кафедра внутренних болезней № 1	Первичная и вторичная профилактика ССЗ у жителей Республики Коми Электрофизиологические механизмы адаптации сердца
Кафедра внутренних болезней № 2	Качество жизни больных с заболеваниями почек и сердечно-сосудистой системы, Остеопороз
Кафедра хирургических болезней № 1	Совершенствование методов диагностики и лечения больных хирургического профиля. Реконструктивная хирургии наружных половых органов у детей.
Кафедра хирургических болезней № 2	Оказание экстренной помощи больным с ОКС в ГУРК КД Новые методы диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы Геропротекция сосудистой патологии нижних конечностей у северян Болезнь Гиршпрунга: инновации и методики
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом педиатрии	Перинатология и репродуктивное здоровье женщин в условиях Европейского Севера Совершенствование системы медицинского сопровождения глубоко недоношенных новорожденных с учетом условий региона
Кафедра неврологии и психиатрии	Совершенствование оказания неврологической и

	профпатологической помощи жителям Северных территорий (Республика Коми) Проблемы нарушений эмоционального статуса у жителей высоких широт Проблемы дерматологии в Республике Коми.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения	«История и перспективы развития системы здравоохранения и медицинского образования в Республике Коми»

В Коми филиале функционирует научная школа д.м.н. Г.О.Пениной: Совершенствование оказания неврологической и профпатологической помощи жителям Северных территорий (Республика Коми). Основные темы научной школы: «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)».

Таблица 9.2

Основные показатели научно-исследовательской работы филиала в 2014 г.

№ п.п	Показатель	Кол-во
1.	Защищено диссертаций, всего:	3
	- докторских	-
	- кандидатских	3
3.	Издано монографий	4
4.	Издано учебников и учебных пособий, всего, в том числе:	2
	- грифом УМО	-
	- с другими грифами	2
5.	Опубликовано статей, всего, в том числе:	59
	- в реферативных журналах и изданиях, рекомендованных ВАК	28
	- в региональных журналах	15
	- в сборниках научных трудов	16
6.	Получено патентов	-
7.	Проведено научно-практических конференций	7

В 2014 году было защищено 3 диссертации:

Цанг Н.В. «Научное обоснование организационных мероприятий по совершенствованию системы профпатологической медицинской помощи жителям Севера, работающим на горнодобывающих предприятиях». Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Специальности: 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение 14.02.04 - медицина труда. Защищена 26 июня 2014 г. в

диссертационном совете Д 208.086.02 при ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России.

Оплетаев В.Ф. «Влияние простой и классической мигрени на качество жизни пациентов в Республике Коми». Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Специальность: 14.01.11 – нервные болезни. Защищена 8 октября 2014 в диссертационном совете Д 208. 090. 06 при ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Богомоллов Андрей Николаевич. Ретроспективный анализ результатов коронарного стентирования у больных пожилого и старческого возраста. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Специальность: 14.01.30 – геронтология и гериатрия (медицинские науки). Защищена 09 июля 2014г. в диссертационном совете Д 601. 001. 01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН.

За указанный период опубликовано 28 научные статьи в рецензируемых журналах (перечень ВАК), 15 публикаций в региональных журналах, 16 статей в сборниках научных работ, в том числе, зарубежных. Вышло из печати 66 тезисов. На съездах, конференциях и других научно-практических мероприятиях различного уровня сделано 52 докладов.

Кафедрами Коми филиала в 2014 г. организованы 7 научно-практических конференций, в том числе, совместно с Коми научным медицинским центром СЗО РАМН.

Реализация научной продукции осуществляется в форме внедрения результатов НИР в практическое здравоохранение, учебный процесс, в выступлениях на научных форумах, в издании печатной продукции.

Основные научные направления проводимых в Коми филиале исследований в полной мере соответствуют профилю подготовки специалистов. 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 Кировской ГМА Минздрава России и Медицинском институте СыктГУ им. Питирима Сорокина систематически, планомерно проводятся конференции по результатам исследований, тематические конференции по направлениям с изданием программ, материалов, тезисов. Ежегодно сотрудники филиала проводят региональную конференцию Северо-Западного округа совместно с Геронтологическим обществом при РАН. Традиционной стала научная конференция студентов и интернов.

Внедрение новых технологий в республиканских учреждениях здравоохранения:

ГБУЗ РК «Коми республиканская больница»:

Торакальное отделение:

- торакоскопическая лобэктомия;
- видеоторакоскопическая тимомэктомия;
- видео-ассистированная резекция легкого с ручным ушиванием.

Рентгенхирургический кабинет:

- субинтимальная ангиопластика сосудов нижних конечностей при диабетической ангиопатии.

Нейрохирургическое отделение:

- удаление внутримозговых гематом и внутримозговых опухолей с помощью нейронавигации,

- корпородез при травмах и дегенеративной патологии позвоночника трансторакальным и забрюшинным доступами с применением титановых имплантов;
- чрескожная стабилизация позвоночника при дегенеративной патологии.

Хирургическое отделение:

- лапароскопическая субтотальная резекция толстой кишки при долихоколоне;
- панкреато-дуоденальная резекция с резекцией магистральных сосудов.

ГУ РК «Кардиологический диспансер»:

- применение самораскрывающихся стентов в лечении окклюзирующего поражения артерий нижних конечностей;
- применение окклюдоров «Амплатцер» третьего поколения при транскатетерной коррекции открытого артериального протока;
- применение окклюдоров «Фигула Флекс II ASD» при транскатетерной коррекции дефектов межпредсердной перегородки;
- освоение и внедрение в клиническую практику методики экстренного транскатетерного гемостаза при акушерских кровотечениях спиралями Гиантурко;
- освоение и внедрение в клиническую практику эмболизации маточных артерий при высокой угрозе акушерских кровотечений у рожениц с осложненным течением беременности (как второй этап оперативного родоразрешения в условиях рентгенооперационной);
- 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.

ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр»:

- пункция молочных желез,
- определение панкреатической липазы,
- определение панкреатической амилазы.

ГБУЗ РК «Республиканская инфекционная больница»:

- внедрен экспресс - тест для качественного одноэтапного выявления антигена и разработан алгоритм бактериологического выделения *Listeria monocytogenes*;
- в парентеральном питании стали использоваться жировые эмульсии, содержащие омега-3 и омега-6 жирные кислоты, обладающие мощным антиоксидантным действием, что позволяет сократить сроки перевода тяжелых больных на энтеральное питание.

ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница»:

- введено применение инъекционного пролонгированного нейролептика Палиперидона пальмитата.

ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер»:

- определение легких цепей иммуноглобулинов. Диагностика множественной миеломы, мониторинг терапии;
- определение онкомаркеров иммунохемилюминесцентным методом НСЕ, тиреоглобулин с подтверждающим тестом, белок S – 100. Мониторинг лучевой химиотерапии, прогноз при онкопатологии;
- определение прокальцитонина и интерлейкина -6 диагностика и мониторинг септических состояний;

- определение липазы. Диагностика острого панкреатита, новообразований поджелудочной железы;
- применение лазерной центрации на гамма-терапевтических аппаратах «Рокус АМ» и «Тератрон»;
- освоена методика физической радиомодификации на аппарате для гипертермии «CELSIUS 42»;
- освоена методика лечения электронами без блоков на линейном ускорителе «ELEKTA»;
- освоены методики лечения на рентген-терапевтическом аппарате «GULMAY»;
- начато использование новых препаратов в рамках ВМП (вайдаза, револейд, ревлимид, эксиджад);
- ультрасонографические исследования подслизистых и опухолевидных образований верхних отделов ЖКТ;
- освоены видеоассистированные операции на толстой и прямой кишке, почке, забрюшинных опухолях;
- освоены термоабляция опухолей печени и почек, расширенные лимфодиссекции при раках предстательной железы и желудка;
- окраска на слизь альциановый синий;
- окраска на пигмент по Перльсу;
- жидкостная цитология.

ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер»:

- организован мониторинг ШЛУ-туберкулеза (выделен отдельно) по всей республике с целью улучшения качества оказания специализированной медицинской помощи данной категории больных;
- проведена модернизация программы амплификации.

ГЛАВА 10. РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РЕСПУБЛИКИ КОМИ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ», РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

10.1. Реализация Государственной программы Республики Коми «Развитие здравоохранения».

В 2014 г. отрасль работала в рамках Государственной программы РК «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 420.

Государственная программа «Развитие здравоохранения» была разработана в соответствии с постановлением Правительства РК от 30.06.2011 г. № 288 «О государственных программах РК» и по своей структуре является системой мероприятий (взаимоувязанных по задачам, срокам осуществления и ресурсам) и инструментов государственной политики, реализуемой в РК, обеспечивающих социально-экономическое развитие республики в сфере охраны здоровья граждан.

Государственная программа включает в себя долгосрочные республиканские целевые программы и подпрограммы, ведомственные целевые программы и отдельные мероприятия, реализуемые по отрасли «Здравоохранение»; срок действия – 2013-2020 годы.

Целью государственной программы является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения Республики Коми, передовым достижениям медицинской науки.

Для достижения цели определены следующие задачи:

1. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья населения Республики Коми и развития первичной медико-санитарной помощи.

2. Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации в учреждениях здравоохранения Республики Коми.

3. Повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям в Республике Коми; улучшение состояния здоровья детей и матерей.

4. Увеличение продолжительности активного периода жизни населения Республики Коми.

5. Повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

6. Обеспечение системы здравоохранения Республики Коми высококвалифицированными и мотивированными кадрами.

7. Формирование эффективной системы лекарственного обеспечения населения Республики Коми.

8. Привлечение внебюджетных средств и средств частной системы здравоохранения к повышению доступности и качества медицинских услуг населению Республики Коми.

9. Обеспечение эффективной информационной поддержки организаций системы здравоохранения и населения Республики Коми, направленной на повышение качества и эффективности лечебно-профилактической помощи.

10. Создание оптимальной структуры системы здравоохранения на территории Республики Коми.

В состав государственной программы в 2014 г. входило 11 подпрограмм:

Таблица 10.1

Показатели реализации подпрограмм, входящих в состав Государственной программы Республики Коми «Развитие здравоохранения» в 2014 году.

Наименование подпрограммы	Количество запланированных мероприятий	Из них выполненных в полном объеме (%)	Количество показателей эффективности	Из них достигнуты целевые значения (%)
Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи.	23	100	17	76,5%
Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.	53	100	19	52,6%
Охрана здоровья матери и ребенка.	34	100	9	88,9%
Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям.	24	95,8	8	87,5%
Оказание паллиативной помощи, в том числе детям.	11	90,9	2	50%
Кадровое обеспечение системы здравоохранения	21	100	13	76,9%
Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе амбулаторных условиях	13	100	6	100%
Обеспечение реализации государственной программы	9	100	2	50%
Развитие государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения	5	100	2	100%
Развитие информатизации в здравоохранении	9	11,1	5	0
Совершенствование системы территориального планирования здравоохранения Республики Коми	6	83,3	3	66,7%

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

Цель подпрограммы: обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья населения Республики Коми и развития первичной медико-санитарной помощи. Задачи подпрограммы:

- 1) развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения региона, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска;
- 2) реализация дифференцированного подхода к организации профилактических осмотров и диспансеризации населения, в том числе детей;
- 3) снижение уровня распространенности инфекционных заболеваний, предупреждаемых методами иммунопрофилактики;
- 4) совершенствование организации раннего выявления инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С, другими инфекционными заболеваниями.

В рамках реализации задач целевые значения достигнуты по следующим показателям:

- распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения (плановое значение - 36%, фактическое значение - 8,7%): показатель изучался в ходе диспансеризации определенных групп взрослого населения по данным анкетирования;

- распространенность низкой физической активности среди взрослого населения (плановое значение - 39%, фактическое значение - 26,5%): показатель изучался в ходе социологического опроса населения, проводимого на уровне регионального центра медицинской профилактики;

- распространенность избыточного потребления соли среди взрослого населения (плановое значение - 48%, фактическое значение - 41,9%): показатель изучался в ходе социологического опроса населения, проводимого на уровне регионального центра медицинской профилактики;

- охват профилактическими осмотрами детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (плановое значение - 97,9%, фактическое значение - 100%).

Достигнуты целевые значения по показателям заболеваемости дифтерией и корью, которые во многом зависят от эффективности реализации профилактических программ, реализуемых на уровне первичного звена здравоохранения (повышение санитарной грамотности населения, вакцинация населения, организация раннего выявления заболеваний, своевременность проведения противоэпидемических мероприятий в очаге).

В 2014 году обеспечено повышение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез, проводимых в ходе профилактических осмотров и диспансеризации населения: фактическое значение превысило плановое на 12,7 процентных пункта, а достигнутый уровень 2013 года - на 4,1 процентных пункта. Это способствовало дальнейшему снижению показателя смертности от туберкулеза, который по итогам года составил 9,7 случая на 100 тыс. населения (ниже среднероссийского уровня). Такая динамика показателя стала возможной благодаря оснащению передвижной и стационарной флюорографической техникой учреждений здравоохранения в период реализации региональной программы модернизации здравоохранения.

Несмотря на небольшой прирост в 2014 году показателя смертности от самоубийств (на 6,7 процента) целевое значение показателя на 2014 год достигнуто. Учитывая высокую распространенность в Республике Коми психических заболеваний и расстройств поведения, включая алкоголизм, волнообразный характер снижения смертности от самоубийств, высокий вклад субъективных факторов в формирование указанного показателя, планировать достижение его более низких целевых значений считаем нецелесообразным.

В 2014 году снизилась доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в наркологический стационар в течение года. Это свидетельствует о достаточности применяемых мер по реабилитации таких больных.

Кроме того, в 2014 году были введены в действие все фельдшерско-акушерские пункты, начало строительства которых началось в 2013 году. Часть из них прошли обязательную процедуру лицензирования и функционируют по назначению. В отношении части фельдшерско-акушерских пунктов, сданных в эксплуатацию в конце 2014 года, проводятся предлицензионные мероприятия: оформление права собственности и получение санитарно-эпидемиологического заключения.

Также были выполнены все запланированные мероприятия в отношении объекта строительства «Лечебный корпус в с. Усть-Цильма».

Для организации эффективного противодействия распространению инфекционных заболеваний, регулируемых методами иммунопрофилактики, необходимо поддерживать охват профилактическими прививками населения на уровне не менее 95 %. Достигнутый в 2014 году уровень составляет 97%. Целевое значение показателя «Доля ВИЧ-инфицированных лиц, состоящих на диспансерном учете, от числа зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц» на 2014 год (85%) достигнуто с превышением (96%).

По итогам 2014 года не были достигнуты целевые значения по следующим показателям:

- распространенность ожирения среди взрослого населения ($ИМТ > 30$ кг/кв.м): плановое значение - 25%, фактическое значение - 39,2%. Высокий уровень распространенности ожирения среди взрослого населения ($ИМТ > 30$ кг/кв. м) может быть

обусловлен некорректностью формирования выборки для проведения социологического исследования. Вместе с тем, полученный результат, требует принятия дополнительного комплекса мер, направленных на повышение санитарной грамотности населения в части распространения знаний о факторах риска, связанных с питанием. Высокая распространенность ожирения среди населения республики способствует сохранению высокой заболеваемости болезнями системы кровообращения и не позволяет получить должный ответ от мероприятий, направленных на снижение смертности от указанной причины.

- охват профилактическими медицинскими осмотрами детей (0-14 лет): плановое значение - 96,1 %, фактическое значение - 93,2 %. Недостижение целевого значения в большей степени связано с убытием за пределы Республики Коми части детей, в отношении которых планировалось проведение профилактических медицинских осмотров. Это требует более взвешенного подхода при планировании мероприятий.

- доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на I - II ст.: плановое значение - 48,5%, фактическое значение - 45,4%. Данное обстоятельство обусловлено более высокой представленностью в 2014г. случаев выявления злокачественных новообразований на поздних стадиях на фоне значительного роста выявляемости злокачественных новообразований на всех стадиях. В первую очередь это связано с недоработками первичного звена здравоохранения по раннему выявлению новообразований, имевшими место в предыдущие годы.

- доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года: плановое значение - 25,4 %, фактическое значение - 35,1%. Недостижение связано, в первую очередь, с недостаточным развитием системы комплексной реабилитации (ресоциализации и реадaptации) лиц, страдающих алкоголизмом. В 2015г. по отрасли здравоохранения запланированы мероприятия по развитию реабилитационной помощи больным алкоголизмом, однако наиболее эффективное решение проблемы находится в плоскости организации более тесного межведомственного взаимодействия для противодействия распространения пьянства и алкоголизма.

Финансовое обеспечение подпрограммы за счет средств республиканского бюджета составило 875 471,2 тыс. руб., исполнение по итогам 2014г. - 754 403,6 тыс. руб. (86,2% от планового финансирования). В разрезе главных распорядителей бюджетных средств освоение подпрограммы сложилось следующим образом:

Министерство здравоохранения РК: план - 44 603,3 тыс. руб., факт - 42 429,7 тыс. руб., освоение - 95,1%;

Министерство архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РРК: план - 830 868,2 тыс. руб., факт - 711 973,9 тыс. руб., освоение - 85,7 процента.

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

Цель подпрограммы: повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации в учреждениях здравоохранения Республики Коми. Задачи подпрограммы:

- 1) совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом;
- 2) совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С;
- 3) совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным;
- 4) совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения;

5) совершенствование системы оказания медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями;

6) совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями;

7) совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;

8) совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях;

9) совершенствование системы оказания медицинской помощи больным прочими заболеваниями;

10) совершенствование высокотехнологичной медицинской помощи, развитие новых эффективных методов лечения;

11) развитие службы крови.

Реализация мероприятий позволила достичь следующие целевые значения показателей эффективности:

- доля абациллированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением увеличилась с 62,7% в 2013г. до 65,6% в 2014г., фактическое значение показателя превысило целевое значение на 21,1%;

- доля ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию, от числа состоящих на диспансерном учете, увеличилась с 81,7% в 2013 г. до 94% в 2014 г.;

- смертность от ИБС: плановое значение - 261,3 случая на 100 тыс. чел. населения, фактическое значение - 233,6 случая на 100 тыс. чел. населения;

- смертность от ЦВЗ: плановое значение - 226,1 случая на 100 тыс. чел. населения, фактическое значение - 219,6 случая на 100 тыс. чел. населения;

- годовая летальность больных со ЗНО: плановое значение - 28,1%, фактическое значение - 26,4% (показатель, прежде всего характеризующий эффективность деятельности непосредственно онкологической службы (ее стационарного и амбулаторного звеньев) улучшился по сравнению с 2013г. на 1,1 %);

- процент технической готовности объекта «Реконструкция радиологического отделения Коми республиканского онкологического диспансера по ул. Гаражной в г. Сыктывкаре» - достигнуто целевое значение 6,3%.

- процент технической готовности объекта строительства «Кислородопровод к республиканским объектам здравоохранения в г. Сыктывкаре (ГУ РК «Кардиологический диспансер» и ГБУЗ РК «Республиканская инфекционная больница»)»: плановое значение - 0 процентов, фактическое значение – 0% (все работы по строительству объекта перенесены на 2015г.);

- готовность проектной документации на строительство объекта «Пристройка хирургического корпуса в п. Шудаяг»: плановое значение - нет (да/нет), фактическое значение - нет (обеспечение готовности проектной документации на строительство указанного объекта будет обеспечена в 2015г.);

- готовность проектной документации на строительство объекта «Строительство многопрофильной больницы с отделением для оказания медицинской помощи больным, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, мощностью 80 коек в с. Визинга Сысольского района»: плановое значение - нет (да/нет), фактическое значение - нет (обеспечение готовности проектной документации на строительство указанного объекта будет обеспечена в 2015г.).

- доля станций переливания крови, обеспечивающих современный уровень качества и безопасности компонентов крови, от общего числа станций переливания крови, увеличилась с 20 % до 100 %.

Несмотря на комплексность подхода к решению проблем совершенствования системы оказания медицинской помощи не удалось достичь целевых значений по следующим показателям, избранным в качестве индикаторов эффективности реализации мероприятий:

- доля наркологических больных, находящихся в ремиссии более 2 лет, от общего числа наркологических больных: плановое значение - 8,1%, фактическое значение - 6,0%.

- доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет, от общего числа больных алкоголизмом: плановое значение - 9,2%, фактическое значение - 7,3%.

Недостижение целевых значений представленных показателей связано, как уже указывалось выше, с недостаточным развитием системы комплексной реабилитации (ресоциализации и реадaptации) лиц, страдающих наркологическими расстройствами, включая алкоголизм. Требуется дальнейшая реализация и расширение комплекса мер, связанных с реабилитацией лиц, страдающих наркологическими расстройствами, включая алкоголизм, более активное привлечение к этой деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций, взаимодействие со служителями Русской Православной церкви и других конфессий по указанному вопросу.

-доля больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, от общего числа больных психическими расстройствами: плановое значение - 19,8%, фактическое значение - 22,9%. Кроме того этот показатель вырос по сравнению с предыдущим годом на 0,5 %. Основной причиной недостижения целевого значения показателя является тенденция к старению населения и нарастающая потеря социальных связей между пациентом и его родственниками, сослуживцами, окружением. Кроме того, это связано с недостатком предоставляемых мест в домах-интернатах и, как следствие, недостаточным контролем за лечением в амбулаторной сети, что вызывает более частые обострения заболеваний. Таким образом, указанная проблема требует комплексного межведомственного решения. Основным направлением, реализуемым по отрасли здравоохранения, которому необходимо уделить приоритетное внимание, является развитие стационарозамещающей помощи при оказании медицинской помощи психиатрическим больным.

-удельный вес больных ЗНО, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, от общего числа больных ЗНО: плановое значение - 56,0%, фактическое значение - 55,2%. Недостижение целевого значения носит относительный характер, так как в число выбывших (умерших) больных ЗНО, состоящих на учете, попадают лица, выбывшие не по причине смерти, а по причине смены места жительства (переезда в другой субъект РФ).

-доля выездов бригад СМП со временем доезда до больного менее 20 мин. от общего числа выездов бригад СМП, по итогам 2014г. составила 91,4% при плановом значении 94,6% (значение показателя снизилось по сравнению с 2013г. на 2,3%). Данное обстоятельство во многом связано с внедрением с 2013 года функций диспетчеризации санитарного автотранспорта с использованием спутниковых навигационных технологий, что позволяет объективизировать информацию о реальном времени доезда бригад СМП до больного. Такая ситуация требует пересмотра показателя в сторону его снижения, так как достижение более высоких значений показателя сдерживается недостаточным развитием транспортной инфраструктуры региона.

- больничная летальность пострадавших в результате ДТП выросла по сравнению с прошлым годом в 2,25 раза, составила 4,5% при плановом целевом значении показателя 1,9%. Рост в 2014 году данного показателя связан со значительным числом в регионе крупных ДТП с большим количеством жертв. Пострадавшие в таких ДТП чаще имеют сочетанные, крайне тяжелые, несовместимые с жизнью травмы и погибают на всех этапах эвакуации, в том числе на госпитальном этапе, характеристикой деятельности которого и является показатель больничной летальности.

- смертность от транспортных травм всех видов увеличилась на 14% по сравнению с прошлым годом и составила 20,3 случая на 100 тыс. чел. населения при плановом целевом значении показателя 20,2 случая на 100 тыс. чел. населения. В структуру данного показателя входит и смертность от ДТП. Учитывая рост показателя смертности от ДТП, имеет место и недостижение целевого значения показателя смертности от транспортных травм всех видов.

- процент технической готовности объекта «Реконструкция республиканской инфекционной больницы в г. Сыктывкаре» (1 этап)» (плановое значение - 0,04%, фактическое значение – 0%), что связано с отсутствием положительного заключения государственной экспертизы на подготовленный проект. Это не позволило произвести оплату работ проектной организации и обеспечить выполнение целевого значения показателя.

-удовлетворенность населения высокотехнологичными видами медицинской помощи: плановое значение 82%, фактическое – 80%. Это связано, прежде всего, с наличием значительного «листа ожидания» на лечение в федеральные клиники. В течение 3-х последних лет отмечается стабильный рост потребности пациентов в оказании высокотехнологичной медицинской помощи за пределами РК в учреждениях нейрохирургического, травматолого-ортопедического, офтальмологического и оториноларингологического профилей. Это связано с ограниченным числом учреждений здравоохранения различного подчинения, функционирующих на территории РФ и оказывающих высокотехнологичную помощь данных профилей. Кроме того, имеет место рост заболеваемости населения указанными видами патологии.

Финансовое обеспечение подпрограммы за счет средств республиканского бюджета составило 2 513 941,5 тыс. руб., исполнение по итогам 2014г. - 2 076 763,7 тыс. руб. (82,6 % от планового финансирования). В разрезе главных распорядителей бюджетных средств освоение подпрограммы сложилось следующим образом:

Министерство здравоохранения РК: план - 2 490 442,0 тыс. руб., факт - 2 066 910,0 тыс. руб., освоение - 83,0%;

Министерство архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РК: план - 23 499,5 тыс. руб., факт - 9 853,7 тыс. руб., освоение - 41,9%.

10.1.3. Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка».

Цель подпрограммы: повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям в РК; улучшение состояния здоровья детей и матерей. Задачи подпрограммы:

- 1) совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи в службе родовспоможения и детства;
- 2) создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка;
- 3) выхаживание детей с экстремально низкой массой тела;
- 4) развитие первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям;
- 5) совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ от матери к плоду;
- 6) профилактика абортот; развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Реализация подпрограммы осуществлялась в рамках 6 задач (34 основных мероприятий, 107 мероприятий).

В рамках реализации задач

Все запланированные в качестве показателей эффективности реализации указанной задачи целевые индикаторы были достигнуты:

- доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка из общего числа закончивших беременность, составила 79,6% при плановом значении 71,0%;

- доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, от общего числа женщин с преждевременными родами, составила 80,4% при плановом значении 78,0%.

- охват неонатальным скринингом достигнуто с улучшением по сравнению с 2013 г. (рост на 3,2 %);

- смертность детей 0 - 17 лет (плановое значение - 81,0 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста, фактическое значение - 71,9 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста);

- первичная инвалидность у детей 0 - 17 лет (плановое значение - 23,0 случая на 10 тыс. детей соответствующего возраста, фактическое значение - 21,4 случая на 10 тыс. детей соответствующего возраста).

- доля детей, получающих химиопрофилактику в соответствии с действующими стандартами, в случае наличия ВИЧ-инфекции у матери, составила 97,7% при плановом показателе 95,0%. Кроме того, указанный показатель вырос по сравнению с 2013 г. на 4 %.

- результативность мероприятий по профилактике абортов составила 21,3% при плановом показателе 19,8%.

- уровень ранней неонатальной смертности (плановое значение - 1,5 случая на 1000 родившихся живыми, фактическое значение - 1,4 случая на 1000 родившихся живыми). Финансовое обеспечение подпрограммы за счет средств республиканского бюджета составило 686 250,8 тыс. руб., исполнение по итогам 2014 г. - 577 138,7 тыс. руб. (84,1 % от планового финансирования). В разрезе главных распорядителей бюджетных средств освоение подпрограммы 3 сложилось следующим образом:

Министерство здравоохранения РК: план - 682 756,7 тыс. руб., факт - 577 075,3 тыс. руб., освоение - 84,5%;

Министерство архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РК: план - 3 494,1 тыс. руб., факт - 63,4 тыс. руб., освоение - 1,8 %.

10.1.4. Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям».

Цель подпрограммы 4: увеличение продолжительности активного периода жизни населения РК. Задачи подпрограммы:

1) организация и совершенствование работы по медицинской реабилитации в отделениях реанимации и в специализированных отделениях по профилю оказываемой помощи;

2) организация отделений реабилитации;

3) совершенствование деятельности сети кабинетов (отделений) реабилитации в амбулаторно-поликлинических учреждениях;

4) совершенствование санаторно-курортного этапа реабилитации.

По итогам реализации мероприятий, предусмотренных задачами достигнуты следующие целевые значения показателей эффективности реализации мероприятий:

- охват реабилитационной медицинской помощью пациентов: плановое значение - 15,7%, фактическое значение - 79,2%;

- охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов: плановое значение - 81,0%, фактическое значение - 90,5%.

- охват санаторно-курортным лечением пациентов составил 59,7% при плановом значении 30,0%.

Не достигнуто целевое значение показателя «Процент технической готовности объекта строительства «Санаторный комплекс в с. Серегово Княжпогостского района» (плановое значение - 86,4%, фактическое значение - 82,1%), что связано с отсутствием у генерального подрядчика полного комплекса рабочей документации по отдельным объектам строительства. Это не позволило обеспечить достаточные темпы работ.

Финансовое обеспечение подпрограммы за счет средств республиканского бюджета составило 1 007 741,2 тыс. руб., исполнение по итогам 2014 года - 564 763,6 тыс. руб. (56,0% от планового финансирования). В разрезе главных распорядителей бюджетных средств освоение подпрограммы сложилось следующим образом:

Министерство здравоохранения РК: план - 76 787,6 тыс. руб., факт - 66 842,5 тыс. руб., освоение - 87,0%;

Министерство архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РК: план - 930 953,6 тыс. руб., факт - 497 921,1 тыс. руб., освоение - 53,5%.

10.1.5. Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям».

Цель подпрограммы: повышение качества жизни неизлечимых больных за счет решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания. Задачи подпрограммы:

- 1) организация оказания паллиативной помощи взрослому населению;
- 2) организация оказания паллиативной помощи детскому населению.

По итогам работы в 2014 году достигнуто целевое значение показателя эффективности реализации мероприятий: обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым (плановое значение - 1,7 койки на 100 тыс. человек взрослого населения, фактическое значение - 61,0 койка на 100 тыс. человек взрослого населения),

В течение 2014 года не было реализовано 1 основное мероприятие: не организована койка для паллиативной (хосписной) помощи детям, страдающим неизлечимыми заболеваниями на базе ГБУЗ РК «Интинская центральная городская больница». Это не позволило достичь запланированного значения целевого показателя (индикатора) эффективности реализации мероприятий - обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям составила 3,2 койки на 100 тыс. человек детского населения при плановом значении 3,7 койки на 100 тыс. человек детского населения.

Финансовое обеспечение подпрограммы за счет средств республиканского бюджета составило 170 860,7 тыс. руб., исполнение по итогам 2014 года - 141 370,1 тыс. руб. (82,7 % от планового финансирования).

10.1.6. Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

Цель подпрограммы: обеспечение системы здравоохранения РК высококвалифицированными и мотивированными кадрами. Задачи подпрограммы:

- 1) формирование системы управления кадровым потенциалом здравоохранения в Республике Коми;
- 2) достижение наиболее полной укомплектованности медицинских учреждений медицинскими работниками;
- 3) создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников;
- 4) обеспечение социальной защиты, повышения качества жизни медицинских работников;
- 5) регулирование подготовки и сохранение медицинских кадров для системы территориального здравоохранения.

По итогам работы в 2014 году достигнуты следующие целевые значения показателей эффективности реализации мероприятий:

- обеспеченность врачами составила 39,5 на 10 тыс. человек населения при плановом значении 38,9 на 10 тыс. человек населения.

- обеспеченность врачами сельского населения составила 21,9 на 10 тыс. человек сельского населения при плане 19,8 на 10 тыс. человек населения;

- обеспеченность средним медицинским персоналом сельского населения составила 97,0 на 10 тыс. человек сельского населения при плане 92,2 на 10 тыс. человек населения.

- проведение республиканских мероприятий по повышению престижа профессии медицинского работника: факт проведено 2 мероприятия (план - 2);

- соотношение средней заработной платы врачей и работников, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающие предоставление медицинских услуг), государственных учреждений РК и средней заработной платы в РК составило 142,9 % при плановом значении 130,7%;

- соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений РК и средней заработной платы в РК составило 80,9% при плановом значении 76,2%;

- соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) государственных учреждений РК и средней заработной платы в РК составило 54,4% при плановом значении 51,0%.

- доля медицинских и фармацевтических специалистов, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд РК, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации системы здравоохранения РК (врачи) (плановое значение - 80,0 %, фактическое значение - 85,0 %);

- доля лиц с высшим медицинским образованием из числа административно-управленческого персонала государственных учреждений здравоохранения, обученных по вопросам организации здравоохранения (плановое значение - 80,0%, фактическое значение - 81,2%).

Не достигнуты целевые значения по показателям:

- обеспеченность средним медицинским персоналом (плановое значение - 123,7 на 10 тыс. человек населения, фактическое значение - 122,1 на 10 тыс. человек населения), что преимущественно связано с оттоком из отрасли специалистов со средним медицинским образованием (в том числе в связи с миграцией специалистов за пределы республики и переходом на работу в частные медицинские организации и в другие сектора экономики) и сокращением числа выпускников медицинских колледжей, приступающих к работе в государственных учреждениях здравоохранения.

- доля врачей, имеющих квалификационную категорию, от общего числа работающих врачей в медицинских организациях РК (плановое значение - 37,5%, фактическое значение - 36,8%);

- доля средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в медицинских организациях РК (плановое значение - 54,1%, фактическое значение - 51,9 %). Недостижение целевых значений указанных выше показателей связано рядом факторов, включая миграционный отток наиболее квалифицированных специалистов (врачей и средних медицинских работников), имеющих квалификационные категории, высокую долю молодых специалистов, не имеющих права на получение квалификационной категории и отказ части медицинских работников с высшим и средним образованием от аттестации.

Финансовое обеспечение подпрограммы 6 за счет средств республиканского бюджета составило 64 698,0 тыс. руб., исполнение по итогам 2014 года - 53 862,9 тыс. руб. (83,3 % от планового финансирования).

10.1.7. Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях».

Цель подпрограммы: формирование эффективной системы лекарственного обеспечения населения РК. Задачи подпрограммы:

1) совершенствование системы льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в амбулаторных условиях;

2) совершенствование системы лекарственного обеспечения государственных учреждений здравоохранения Республики Коми;

3) совершенствование организации лекарственного обеспечения жителей сельских населенных пунктов.

Проведенные мероприятия обеспечили достижение целевых значений всех показателей (индикаторов) эффективности реализации указанных выше мероприятий:

- удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов составила 99,2% при плановом показателе 99,2 %;

- удовлетворенность спроса на лекарственные препараты, предназначенные для лечения больных ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также трансплантации органов и (или) тканей, составила 99,97% при плановом показателе 99,97 %;

- удовлетворенность потребности в лекарственных препаратах, изделиях медицинского назначения, а также специализированных продуктах лечебного питания льготных категорий граждан регионального уровня ответственности составила 93,0% при плановом показателе 93,0%;

- уровень удовлетворенности спроса на лекарственные препараты для лечения граждан, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями составила 90,0% при плановом показателе 90,0%.

- уровень обеспечения качества и безопасности лекарственных препаратов и медицинских изделий, поступающих в государственные учреждения здравоохранения РК составил 95% при плановом значении 95%.

- доля обособленных подразделений медицинских организаций (амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики), расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации, имеющих лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, от общего числа таких организаций составила 95,4% при плановом значении 70,5%.

Финансовое обеспечение подпрограммы за счет средств республиканского бюджета составило 1 135 214,1 тыс. руб., исполнение по итогам 2014 года - 1 017 452,5 тыс. руб. (89,6% от планового финансирования).

10.1.8. Подпрограмма «Обеспечение реализации государственной программы».

Цель подпрограммы: обеспечение реализации подпрограмм, основных мероприятий и мероприятий программы в соответствии с установленными сроками и задачами. Задачи подпрограммы:

1) обеспечение управления реализацией мероприятий Программы органами исполнительной власти Республики Коми;

2) обеспечение управления реализацией мероприятий Программы государственными учреждениями Республики Коми, в отношении которых Министерство здравоохранения Республики Коми осуществляет функции и полномочия учредителя.

В рамках задачи «Обеспечение управления реализацией мероприятий Программы органами исполнительной власти Республики Коми» Министерством здравоохранения РК осуществлялась координирующая работа по реализации мероприятий, предусмотренных государственной программой Республики Коми «Развитие здравоохранения». Было организовано межведомственное взаимодействие с другими органами исполнительной власти, являющимися как соисполнителями, так и участниками реализации указанной госпрограммы, с целью создания условий для ее эффективной реализации.

Кроме того, в 2014 году были реализованы мероприятия, связанные с осуществлением полномочий РФ в сфере охраны здоровья граждан, а именно полномочий лицензированию

медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти), фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти), деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти).

В рамках указанной выше задачи также осуществлялись мероприятия, связанные с централизованной закупкой медицинского оборудования и санитарного автотранспорта.

В рамках задачи «Обеспечение управления реализацией мероприятий Программы государственными учреждениями Республики Коми, в отношении которых Министерство здравоохранения Республики Коми осуществляет функции и полномочия учредителя» в 2014 году были реализованы мероприятия, связанные с оказанием государственных услуг (выполнением работ) государственными учреждениями здравоохранения, обеспечивающими предоставление услуг в сфере здравоохранения, и обеспечением деятельности подведомственных казенных учреждений, а также предоставлением иных межбюджетных трансфертов бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на обязательное медицинское страхование неработающего населения, и иных межбюджетных трансфертов бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Коми на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

В качестве целевых индикаторов реализации подпрограммы установлены 2 два показателя, один из которых достигнут в 2014 году: уровень ежегодного выполнения государственного задания в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи фактически составил 98% при плановом значении 92 %.

Не было достигнуто целевое значение показателя ежегодного достижения показателей (индикаторов) Программы и подпрограмм, который по итогам 2014 года составил 66,5 % при плане 95%.

Финансовое обеспечение подпрограммы за счет средств республиканского бюджета составило 6 890 440,9 тыс. руб., исполнение по итогам 2014 года - 6 825 689,4 тыс. руб. (99,1% от планового финансирования).

10.1.9. Подпрограмма «Развитие государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения».

Цель подпрограммы: привлечение внебюджетных средств и средств частной системы здравоохранения к повышению доступности и качества медицинских услуг населению Республики Коми. Задачи подпрограммы:

- 1) создание условий для привлечения инвестиций в развитие инфраструктуры здравоохранения;
- 2) повышение эффективности использования имущества учреждений системы здравоохранения, находящегося в государственной собственности Республики Коми, обеспечивающего повышение качества медицинской помощи.

В рамках реализации задачи «Создание условий для привлечения инвестиций в развитие инфраструктуры здравоохранения» проведен анализ опыта реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения других субъектов РФ.

Установлено наиболее эффективное взаимодействие при реализации проектов ГЧП в области оказания диализной помощи больным заболеваниями уронефрологического профиля.

В течение 2014 года проработан вопрос о привлечении частного инвестора к реализации проекта строительства центра амбулаторного диализа в г. Сыктывкаре (проведены совещания на уровне Министерства здравоохранения РК).

В 2014 году для участия в реализации базовой программы ОМС включено в реестр 16 негосударственных медицинских организаций, что составляет 18,8% от общего числа всех медицинских организаций, участвующих в реализации базовой программы ОМС, из них 13 - частной формы собственности и 3 - ОАО «Российские железные дороги». При этом доля объемов медицинской помощи, оказанной организациями частной формы собственности, составила: в стационаре - 0,6%, в амбулаторно-поликлинических подразделениях - 4,9%, в дневных стационарах - 3,5% от общего числа запланированных объемов по указанным видам помощи соответственно. Исполнение объемных показателей за 2014 г. следующее: амбулаторно-поликлиническая помощь - 95%; стационарная помощь - 111%; дневной стационар - 103%.

Информация о планируемых к реализации проектах государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения размещена на сайте Министерства здравоохранения Республики Коми в информационно-коммуникационной сети «Интернет». Всего размещен 1 материал, что соответствует целевому значению показателя эффективности реализации мероприятий задачи на 2014 год.

Реализация задачи «Повышение эффективности использования имущества учреждений системы здравоохранения, находящегося в государственной собственности РК, обеспечивающего повышение качества медицинской помощи» начнется после выбора частного инвестора по организации центра амбулаторного диализа в г. Сыктывкаре.

Достижение в 2014 году целевого значения показателя «Количество объектов недвижимости в здравоохранении, построенных с привлечением частных инвестиций на условиях государственно-частного партнерства» не планировалось.

10.1.10. Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении».

Цель подпрограммы: обеспечение эффективной информационной поддержки организаций системы здравоохранения и населения РК, направленной на повышение качества и эффективности лечебно-профилактической помощи. Задачи подпрограммы:

1) совершенствование условий для внедрения систем электронного документооборота при обмене медицинской информацией, ведения персонифицированного учета оказанных медицинских услуг, возможности ведения электронной медицинской карты гражданина и организации записи к врачу в электронном виде;

2) совершенствование системы обмена телемедицинскими данными;

3) организация и ведение системы управленческого учета административно-хозяйственной деятельности медицинских учреждений, единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения.

Основным исполнителем подпрограммы являлся Комитет информатизации и связи РК.

В рамках реализации задачи «Совершенствование условий для внедрения систем электронного документооборота при обмене медицинской информацией, ведения персонифицированного учета оказанных медицинских услуг, возможности ведения электронной медицинской карты гражданина и организации записи к врачу в электронном виде» все мероприятия являются исполненными частично в связи с отсутствием внедрения в 2014 году Региональной медицинской информационно-аналитической системы здравоохранения Республики Коми (не исполнен государственный контракт № ЕЭП 007/033 от 11.09.2013 г. с ОАО «Ростелеком»). Это не позволило провести мероприятия по развитию компьютерной и телекоммуникационной инфраструктуры медицинских организаций с

учетом требований законодательства в области защиты информации, включению новых медицинских организаций в региональную подсистему единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, обеспечению работоспособности и бесперебойной работы прикладных компонентов региональной подсистемы.

По указанной выше причине не были достигнуты целевые значения следующих показателей (индикаторов) эффективности реализации данной задачи:

- доля пациентов, у которых ведутся электронные медицинские карты, от общего числа пациентов: плановое значение - 20 %, фактическое значение - 0;

- доля государственных учреждений здравоохранения, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием сети Интернет и инфоматов, от общего количества государственных учреждений: плановое значение - 77,08%, фактическое значение - 39,8%;

- доля государственных учреждений здравоохранения, использующих электронный документооборот при обмене медицинской информацией, от общего количества государственных учреждений: плановое значение – 50%, фактическое значение - 0.

В рамках реализации задачи «Совершенствование системы обмена телемедицинскими данными» также не в полном объеме были исполнены мероприятия. В частности, в связи с дефицитом финансирования не был внедрен удаленный скрининг высокорисковых групп пациентов на уровне первичного звена здравоохранения. По этой же причине сдержано дальнейшее развитие телемедицинской сети в удаленных сельских территориях. Соответствующие мероприятия получают свое дальнейшее развитие после 2016 года.

По указанной выше причине не было достигнуто целевое значение показателя эффективности реализации указанных мероприятий, связанных с развитием телемедицины: доля государственных учреждений здравоохранения, охваченных системой телемедицинских консультаций, в общем объеме государственных учреждений здравоохранения, составила 12% при плановом значении 16,1%.

В рамках реализации задачи «Организация и ведение системы управленческого учета административно-хозяйственной деятельности медицинских учреждений, единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения» подключение новых медицинских организаций к информационным ресурсам не осуществлялось. Для повышения информированности медицинских работников и граждан по вопросам здравоохранения созданы специализированные информационные ресурсы.

Целевое значение показателя эффективности реализации мероприятий задачи не достигнуто: количество работников государственных учреждений здравоохранения на один современный персональный компьютер, составило 2,46 человек при плановом значении 2,16, кроме того, значение показателя ухудшилось по сравнению с 2013 годом на 15,8 %.

Основной причиной недостижения целевого значения показателя связано с недостаточностью финансирования на приобретение компьютерной техники.

10.1.11. Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования здравоохранения Республики Коми».

Цель подпрограммы: создание оптимальной структуры системы здравоохранения на территории Республики Коми. Задачи подпрограммы:

- 1) совершенствование деятельности межтерриториальных центров для оказания специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи;
- 2) реорганизация маломощных учреждений здравоохранения.

По итогам реализации в 2014 году мероприятий задачи достигнуты следующие целевые значения индикаторов эффективности реализации указанных мероприятий:

- количество межтерриториальных амбулаторных центров, организованных на территории Республики Коми: плановое значение - 3 центра, фактическое значение - 4 центра;

- количество межтерриториальных центров для оказания стационарной медицинской помощи, организованных на территории Республики Коми: плановое значение - 5 центров, фактическое значение - 12 центров.

В связи с непроведением в 2014 году мероприятий по юридическому объединению учреждений здравоохранения не было достигнуто целевое значение показателя

- количество учреждений здравоохранения Республики Коми, являющихся юридическими лицами, составило 98 при плановом значении 95. Указанная работа не была проведена в 2014 году в связи с негативной реакцией населения на оптимизационные мероприятия, перенесена на 2015 год.

Информация о степени выполнения основных мероприятий и мероприятий государственной программы и составляющих ее подпрограмм представлена в приложении 2 к настоящему отчету. В целом из 208 мероприятий государственной программы в полном объеме выполнены 198 (95,2 %).

8 из 10 неисполненных мероприятий касались информатизации здравоохранения и выполнялись совместно с Комитетом информатизации и связи РК в рамках реализации государственной программы Республики Коми «Информационное общество».

Общее освоение средств республиканского бюджета по итогам реализации государственной программы Республики Коми «Развитие здравоохранения» в 2014 году составляет 90,0% (плановое финансирование - 13 344 618,7 тыс. руб., фактическое исполнение - 12 011 444,5 тыс. руб.).

Оценка эффективности государственной программы Республики Коми «Развитие здравоохранения» проведена согласно Методике оценки эффективности государственных программ Республики Коми, утвержденной совместным Приказом Министерства финансов Республики Коми и Министерства экономического развития Республики Коми от 30.12.2011г. № 263/487 (далее - Методика оценки эффективности).

По результатам проведенного анализа в соответствии с вышеуказанной Методикой оценки эффективности оценка степени достижения целей и решения задач государственной программы Республики Коми «Развитие здравоохранения» составляет 0,97, что указывает на высокую эффективность реализации государственной программы.

10.2. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье».

10.2.1. Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний.

Профилактика инфекционных заболеваний, иммунизация населения (совершенствование национального календаря профилактических прививок, обеспечение населения групп риска необходимыми иммунобиологическими препаратами).

В течение 2014 г. в рамках реализации постановления Правительства РФ от 11.03.2011г. № 156 «Об использовании бюджетных ассигнований федерального бюджета, предоставленных на закупку медицинских иммунобиологических препаратов в рамках национального календаря профилактических прививок для передачи федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Министерству здравоохранения РФ, и Федеральному медико-биологическому агентству, а также в собственность субъектов РФ с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований» в Республику Коми поступили иммунобиологические препараты на общую сумму 71 639,3 тыс. руб.

Иммунизация населения проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от

31.01.2011 г. №51н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Численность граждан, в отношении которых в 2014 г. была проведена иммунизация, приведена в разрезе видов иммунизации:

- против полиомиелита: по состоянию на 01 января 2015 г. привито 41 737 человек (97,7% от годового плана 42 700 человек); число привитых в возрасте до одного года: 11 428 чел. (99,4% от годового плана 11 500 чел.);

- против гемофильной инфекции (дети из групп риска): привито 7 180 детей;

- против гепатита В: количество привитых детей, подростков, взрослых, ранее не привитых - 27 299 чел.;

- против краснухи (детей до 14 лет, лиц до 25 лет, не привитых ранее): 23 635 чел.;

- иммунизация против гриппа: привито из числа всех контингентов 218 500 чел. (100% от годового плана);

- против дифтерии, коклюша, столбняка (дети до 1 г., в возрасте 18 мес., 6 лет и 14 лет, взрослые в возрасте 25, 35, 45, 55 лет и старше): 77 333 чел. (98,5% от годового плана 78 500 чел.);

- против кори и эпидемического паротита (детей до 1 г. и 6 лет): 22 259 чел. (98,9% от годового плана 22 500 чел.); число привитых от кори взрослых - 600 чел. (100% от плана);

- против туберкулеза (новорожденные и дети в возрасте 7 и 14 лет): 12 251 чел. (95 % от годового плана в 12 900 чел.).

Обследование населения с целью выявления инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а так же лечение больных ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С. Проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С.

Реализация данного направления ПНП «Здоровье» осуществлялась в рамках постановления Правительства РФ от 27.12.2012 г. № 1438 «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С».

В 2014 г. в рамках финансирования, предусмотренного Федеральным законом от 02.12.2013 N 349-ФЗ "О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов", в республиканский бюджет РК поступили средства в размере 29 956,10 тыс. руб.

В течение 2014 г. было заключено 20 государственных контрактов (договоров) на поставку противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С на сумму 29 163,02 тыс. руб. По состоянию на 31.12.2014 г. освоение средств составило 97%.

В 2014 г. в рамках финансирования, предусмотренного Федеральным законом от 02.12.2013 N 349-ФЗ "О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов", в республиканский бюджет РК поступили средства в размере 4 535,7 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством РК и Министерством здравоохранения РФ о предоставлении в 2014 г. субсидии из федерального бюджета бюджету РК на софинансирование расходных обязательств субъекта РФ, связанных с финансовым обеспечением закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С от 11.09.2014 г. № С-24-11.

В течение 2014 г. было заключено 2 государственных контракта (договора) на поставку диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С на сумму 4 535,7 тыс. руб. Средства освоены в полном объеме.

Количество обследованных на ВИЧ-инфекцию и гепатиты В и С по состоянию на 1 января 2015 г. составило 376 760 человек (91,4% от плана 412 000 человек).

Количество ВИЧ-инфицированных, получавших антиретровирусную терапию в отчетном периоде - 393 человека.

Обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, профилактические мероприятия

В 2014 году в рамках реализации постановления Правительства РФ от 16.10.2013 г. № 928 «О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий» в пределах финансирования, предусмотренного Федеральным законом от 02.12.2013 N 349-ФЗ "О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов", в республиканский бюджет РК поступили средства в размере 19 818,40 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством РК и Министерством здравоохранения РФ о предоставлении в 2014 г. иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджету РК на финансовое обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулеза и мониторинга лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя от 17.03.2014 г. № 149/ЛТ-2014-928.

В рамках проведения профилактических мероприятий в 2014 г. число лиц, обследованных на предмет раннего выявления туберкулеза, составило 493 778 человек. Количество впервые выявленных больных составило 402 человек. Численность больных, направленных на стационарное лечение, составила 662 человека, на санаторно-курортное лечение - 37 человек.

10.2.2. Повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

В рамках реализации постановления Правительства РФ от 26.12.2011 г. № 1143 (ред. от 12.10.2013) «О порядке предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» и распоряжения Правительства РФ от 27.12.2012 г. № 2541-р (ред. от 30.10.2013) «О распределении субсидий, предоставляемых в 2013 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях» Республике Коми выделены средства в размере 205 807,0 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Министерством здравоохранения РФ и Правительством РК о предоставлении в 2013 г. субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта РФ на софинансирование расходных обязательств субъекта РФ, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях от 29.11.2013 г. № 543/ДТП-2013-1143.

По состоянию на 31.12.2014 г. в рамках освоение указанной субсидии было заключено 53 государственных контракта на сумму 175 179,6 тыс. руб. В 2015 году объявлен аукцион на закупку аппаратов рентгенотелевизионных передвижных хирургических с С-дугой с начальной максимальной ценой контракта в размере 20 000,0 тыс. руб. Заявка на закупку 2 реанимобилей направлена в Министерство финансов Республики Коми.

В настоящее время осуществлена поставка 435 единиц оборудования на сумму 169 819,9 тыс. руб. Кассовые расходы составили 105 055,8 тыс. руб. за поставку 378 единиц медицинского оборудования. Освоение средств федерального бюджета составило 51,0%.

С целью софинансирования расходов федерального бюджета по данному направлению ПНП «Здоровье» в республиканском бюджете на 2013-2015 годы запланированы средства в размере 131 581,52 тыс. рублей, в том числе:

- на проведение капитальных ремонтов объектов здравоохранения в размере 59 557,8 тыс. руб.;
- на приобретение санитарного автотранспорта для оснащения учреждений и подразделений скорой медицинской помощи в размере 72 023,7 тыс. руб.

Средства республиканского бюджета освоены в полном объеме. Завершены капитальные ремонты 23 объектов здравоохранения. Приобретено 50 автомобилей скорой медицинской помощи.

Для реализации мероприятий, связанных с совершенствованием организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, Министерством здравоохранения РК подготовлена необходимая региональная нормативная правовая база.

Мероприятия, направленные на совершенствование организации онкологической помощи населению. В рамках реализации постановления Правительства РФ 27.11.2011 г. № 1164 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями» и распоряжения Правительства РФ от 27.12.2011 г. № 2397-р «О распределении в 2012 г. субсидий, предоставляемых бюджетам субъектов РФ на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями» РК выделены средства в размере 370 356,5 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством РК и Министерством здравоохранения и социального развития РФ о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта РФ на софинансирование расходных обязательств субъекта РФ, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Поступили в 2012 г., когда началась реализация мероприятий от 28.04.2012 г. № 391/0-2012-1164.

На средства субсидии из федерального бюджета заключено 79 государственных контрактов (договоров) на поставку 265 единиц оборудования на сумму 370 356 499 рублей 43 копейки. В учреждение (ГБУЗ РК «Коми республиканский онкологический диспансер» и филиал в г. Воркута) поступило и введено в эксплуатацию 264 единицы медицинского оборудования на сумму 369 915 788 рублей 26 копеек. Все поступившее оборудование введено в эксплуатацию и оплачено. Кассовые расходы за счет средств субсидии из федерального бюджета составляют 369 915 788 рублей 26 копеек. Освоение 99,9%.

С целью софинансирования расходов федерального бюджета по данному направлению ПНП «Здоровье» в республиканском бюджете РК на 2012-2013 гг. запланированы средства в размере 230 000,0 тыс. рублей, в том числе:

- на приобретение медицинского и технологического оборудования - в размере 67 061,62 тыс. руб.;
- на проведение капитальных ремонтов объектов здравоохранения, в том числе на подготовку помещений для размещения приобретаемого оборудования - в размере 151 490,68 тыс. руб.;
- на подготовку кадров и проведение профилактических агитационно-пропагандистских мероприятий, направленных на предупреждение и снижение смертности от онкологических заболеваний - в размере 11 447,70 тыс. руб.

За счет средств республиканского бюджета Республики Коми запланировано приобретение 318 единиц медицинского и технологического оборудования на сумму 67 061 620,0 рублей. Заключено 15 государственных контрактов (договоров) на поставку 318 единиц оборудования на сумму 67 054 090 рублей 47 копеек. В учреждение (ГБУЗ РК «Коми

республиканский онкологический диспансер» и филиал в г. Воркута) поступило и введено в эксплуатацию 318 единиц оборудования на сумму 67 054 090 рублей 47 копеек. Кассовые расходы произведены в размере 67 054 090 рублей 47 копеек. Освоение 100%.

За счет средств республиканского бюджета Республики Коми запланировано проведение капитальных ремонтов 30 объектов здравоохранения, в том числе на подготовку помещений для размещения приобретаемого оборудования, на сумму 151 490 680,0 рублей. Заключены госконтракты (договора) на ремонт 27 объектов на сумму 141 414 895 рублей 71 копейку:

- завершены капитальные ремонты 25 объектов здравоохранения;
- продолжаются капитальные ремонты на 2 объектах здравоохранения (степень готовности строительных работ составляет 40%);
- 1 аукцион не состоялся, будет объявлен в 2015 году.

Кассовые расходы произведены в размере 127 747 742 рублей 20 копеек. Освоение 84,3%.

За счет средств республиканского бюджета проводились мероприятия по подготовке медицинских кадров. На указанные мероприятия были направлены средства в размере 1 895 282 рубля 31 копейка. Кассовые расходы составили 1 809 256 рублей. Всего было запланировано и проведено обучение 39 врачей.

За счет средств республиканского бюджета в размере 9 552 417 рублей 69 копеек проведена информационно-коммуникационной кампании в средствах массовой информации.

В Коми республиканский онкологический диспансер и его филиал в г. Воркута приобретена тяжелая техника: магнитно-резонансный и мультиспиральный компьютерный томографы, маммографы, передвижной палатный рентгеновский аппарат, рентгеновские аппараты на 3 рабочих места, переносные УЗИ-аппараты и УЗИ-аппарата экспертного класса.

В рамках информационного проекта с «Коми республиканским онкологическим диспансером» на сайте «КомиОнлайн» были размещены 18 материалов по профилактике и лечению онкозаболеваний. На прямой линии в Общественной приемной Главы РК шла речь о вопросах ранней диагностики онкозаболеваний. В октябре 2013 г. «Комиинформ» провел онлайн-трансляцию на тему «Первичные онкологические кабинеты»: ранняя диагностика онкозаболеваний».

В соответствии с порядком оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, а также с целью ранней диагностики в учреждениях здравоохранения республики создано 22 первичных онкологических кабинета, работа которых организована в соответствии с разработанными и утвержденными положениями. Подготовлен и направлен в территории республики сборник нормативных документов «Организационно-методические аспекты деятельности онкологических кабинетов на территории РК».

В республике создана единая система выявления онкологических заболеваний, разработаны маршруты для пациентов при подозрении и установлении диагноза онкологических заболеваний, внедрены стандарты оказания медицинской помощи, разработан алгоритм первичного обследования пациентов с подозрением на онкологическую патологию.

В РК реализуется план профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и снижение смертности от новообразований, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РК от 23 марта 2012 г. № 456-р. В учреждениях здравоохранения организован скрининг рака шейки матки в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 17.02.1999 г. № 2/29 «Об утверждении системы ранней диагностики онкологических заболеваний у женщин». По итогам работы ежегодно в территориальные лечебные учреждения представляется информация о результатах скрининга рака шейки матки. Приказом Министерства здравоохранения РК от 14 июля 2008 г. №7/137 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях

молочной железы» утвержден алгоритм действий медицинского персонала при выявлении патологии молочной железы.

С целью повышения доступности диагностики онкологических заболеваний в труднодоступные и отдаленные населенные пункты выезжают мобильные флюоро- и маммографические установки. В 2014 году передвижными маммографами осуществлен 201 выезд (осмотрено 15,2 тыс. женщин), передвижными флюорографами осуществлено 425 выездов (осмотрено 43,0 тыс. человек).

Повышение доступности и качества оказываемой населению РФ высокотехнологичной медицинской помощи. Реализация данного направления ПНП «Здоровье» в 2014 г. осуществлялась в рамках постановления Правительства РФ от 26.12.2013 г. № 1278 "Об утверждении Правил финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных государственных бюджетных и автономных учреждениях за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, в 2014 году" и распоряжения Правительства РФ от 26.02.2014 г. № 264-р «О распределении субсидий, предоставляемых в 2014 году бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации». В соответствии с указанными нормативными правовыми актами РФ РК в 2014 г. выделена субсидия из федерального бюджета на сумму 43 274,80 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством РК и Министерством здравоохранения РФ от 23 апреля 2014 г. № ВМП-СУ-6/14 о предоставлении в 2014 году субсидии из федерального бюджета бюджету Республики Коми на софинансирование расходных обязательств Республики Коми, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

В 2014 г. в федеральных и республиканских учреждениях высокотехнологичная помощь оказана 3 737 жителям республики, в том числе в государственных учреждениях здравоохранения РК на условиях софинансирования за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК - 2 384 пациентам.

Уровень удовлетворенности населения высокотехнологичной медицинской помощью по итогам 2014 г. составил 80%.

Мероприятия по развитию службы крови, улучшение материально-технического состояния организаций здравоохранения (структурных подразделений), осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов. В рамках реализации постановления Правительства РФ от 27.12.2012 г. №1447 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови» и распоряжения Правительства РФ от 28.12.2012 г. №2604-р «О распределении субсидий, предоставляемых в 2013 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, связанных с реализацией мероприятий по развитию службы крови» РК выделены средства в размере 38 107,7 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Федеральным медико-биологическим агентством и Правительством РК о предоставлении в 2013 г. субсидии из федерального бюджета бюджету РК на софинансирование расходных обязательств РК, связанных с реализацией мероприятий по развитию службы крови от 05.07.2013 г. № 16 (доп. соглашение № 2 от 11.11.2013 г.).

В 2014 г. средства субсидии освоены в полном объеме.

Средства субсидии федерального бюджета запланировано направить на приобретение медицинского оборудования с целью обеспечения требований приказа Минздравсоцразвития России от 28.03.2012 г. № 278н «Об утверждении требований к организациям здравоохранения (структурным подразделениям), осуществляющим заготовку, переработку,

хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов, и перечня оборудования для их оснащения».

С целью софинансирования расходов федерального бюджета по данному направлению ПНП «Здоровье» в республиканском бюджете РК на 2013 год запланированы средства в размере 26 103,8 тыс. рублей на проведение капитальных ремонтов объектов здравоохранения.

По состоянию на 31.12.2014 г. освоение средств республиканского бюджета РК составило 16 544,55 тыс. руб. (63,4% от планового финансирования 26 103,8 тыс. рублей). Всего для реализации мероприятий, связанных с капитальными ремонтами объектов здравоохранения службы крови, было заключено 11 государственных контрактов (договоров) на сумму 22 453,40 тыс. руб.

Реализация указанных выше мероприятий регламентировалась приказом Министерства здравоохранения РК от 2 апреля 2013 г. № 4/146 «О мерах по реализации в 2013 г. постановления Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. № 1447 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови» (в ред. Приказов от 11.10.2013 г. № 10/476, от 18.11.2013 г. № 11/539, от 16.12.2013 г. № 12/603).

Формирование единой информационной базы реализации мероприятий по развитию, организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов. Реализация данного направления ПНП «Здоровье» регламентируется: на уровне РФ постановлением Правительства РФ от 27.12.2012 г. № 1447 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови»;

распоряжением Правительства РФ от 27.12.2012 г. № 2569-р «О распределении иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых в 2013 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на финансовое обеспечение закупок компьютерного и сетевого оборудования с лицензионным программным обеспечением для реализации мероприятий по развитию службы крови»; на уровне РК: приказом Министерства здравоохранения РК от 2 апреля 2013 г. № 4/146 «О мерах по реализации в 2013 г. постановления Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. № 1447 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови» (в ред. приказа от 16.12.2013 г. № 12/603).

Указанным выше распоряжением Правительства РФ от 27.12.2012 г. № 2569-р РК предоставлены межбюджетные трансферты в размере 63 853,0 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Федеральным медико-биологическим агентством и Правительством РК о предоставлении в 2013 г. иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджету РК на финансовое обеспечение закупок компьютерного и сетевого оборудования с лицензионным программным обеспечением для реализации мероприятий по развитию службы крови, перечень которого рекомендован приказом Минздравсоцразвития России от 27.01.2010 г. № 31н «О мерах по реализации Постановления Правительства РФ от 31 декабря 2009 г. № 1145 «О финансовом обеспечении в 2010 г. за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови».

В 2014 году контракт на закупку вышеуказанного оборудования заключен 10.12.2014 г. Мероприятия исполнены в полном объеме. В апреле 2015 года средства субсидии из федерального бюджета освоены.

10.2.3. Совершенствование медицинской помощи матерям и детям.

Развитие программы «Родовой сертификат». Информация по оплате услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого г. жизни предоставляется Государственным учреждением - региональным отделением Фонда

социального страхования РФ по РК. Запланированный для выплат объем средств федерального бюджета на 2014 год составлял 130 444,0 тыс. руб.

За счет средств федерального бюджета в течение 2014 г. произведена оплата услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого г. жизни на сумму 117 658,0 тыс. руб. (90,2% от планового финансирования 130 444,0 тыс. руб.). 3.2. Пренатальная и неонатальная диагностика.

Пренатальная диагностика. Реализация данного направления ПНП «Здоровье» осуществляется в рамках постановления Правительства РФ от 27.12.2010 г. №1141 (ред. от 04.09.2012 г.) «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка».

В 2014 г. РК выделена субсидия из федерального бюджета в размере 4 812,0 тыс. руб. на реализацию мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством Республики Коми и Министерством здравоохранения Российской Федерации о предоставлении в 2014 году субсидии из федерального бюджета бюджету Республики Коми на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от 15.04.2014 г. № 15/20п-2014.

За счет предоставленных федеральным бюджетом средств были приобретены расходные материалы для обеспечения ранней пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

Софинансирование за счет средств республиканского бюджета РК составило 721,7 тыс. руб. По итогам 2014 г. средства федерального и республиканского бюджетов освоены в полном объеме.

Все мероприятия данного направления ПНП «Здоровье» регламентированы приказом Министерства здравоохранения РК от 28 марта 2014 г. № 3/99 «О реализации в 2014 году Постановления Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2010 года № 1141 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка».

С целью проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребёнка и лечения детей с врожденной патологией созданы 6 межтерриториальных центров (место проведения УЗИ и забора анализа на биохимический скрининг в I триместре (11-13 недель): 2 - в Сыктывкаре, 1 - в Ухте, 1 - в Воркуте, 1 – в Печоре, 1 – в Усинске. Охват комплексной пренатальной диагностикой в 2014 г. составил 79,6% от числа беременных, вставших на учет в первом триместре, что позволяет своевременно решить вопрос об объеме необходимой помощи ребенку еще на внутриутробном этапе.

Неонатальный и аудиологический скрининг. Реализация данного направления ПНП «Здоровье» осуществляется в рамках постановления Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 1140 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения».

В 2014 г. РК выделена субсидия из федерального бюджета в размере 4 007,9 тыс. руб. на закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга. Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством Республики Коми и Министерством здравоохранения Российской Федерации о предоставлении в 2014 году субсидии из федерального бюджета бюджету Республики Коми на закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и

аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения от 21.05.2014 г. № 15/20на-2014.

За счет предоставленных федеральным бюджетом средств были приобретены расходные материалы для неонатального и аудиологического скрининга.

Софинансирование за счет средств республиканского бюджета РК составило 660,0 тыс. руб. По итогам 2014 г. средства федерального и республиканского бюджетов освоены в полном объеме.

Все мероприятия данного направления ПНП «Здоровье» регламентированы приказом Министерства здравоохранения РК от 25 марта 2014 г. № 3/94 «О реализации в 2014 году постановления Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2010 г. № 1140 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения».

По состоянию на 31 декабря 2014 г. обследовано 11 237 новорожденных. Выявлен 1 случай галактоземии, 1 случай адреногенитального синдрома, 1 случай фенилкетонурии, 2 случая врожденного гипотериоза.

В рамках проведения аудиологического скрининга в течение 2014 г. обследовано 11 590 детей, выявлено 8 детей с нарушением слуха.

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Реализация указанного направления ПНП «Здоровье» осуществлялась в 2014 г. в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Всего в РК в рамках диспансеризации было осмотрено 1 748 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (97,6% от плана 1 791 человек). Невыполнение плана связано с передачей детей-сирот в семью.

Проведение мероприятий, направленных на формирование и популяризацию здорового образа жизни. Совершенствование деятельности центров здоровья. С 2009 г. в РК реализуется направление приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения - «Формирование здорового образа жизни», которым предусмотрены мероприятия, направленные на сохранение здоровья; пропаганду здорового образа жизни; мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей; разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, 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 соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в РК организована деятельность 5 центров здоровья (3 - для взрослого населения в городах Сыктывкар, Ухта и Воркута и 2 - для детского населения в городах Сыктывкар и Ухта), оснащенных аппаратами функциональной диагностики и клиничко-диагностическими приборами осуществляется определение параметров здоровья граждан. Для прошедших обследование составляются индивидуальные планы по здоровому образу жизни. Граждане с выявленными изменениями направляются на дообследование.

Совершенствование медицинской помощи наркологическим больным, включая профилактику, диагностику и медицинскую реабилитацию наркологических больных. В рамках реализации постановления Правительства РФ от 27.12.2011 г. № 1166 (ред. от 26.12.2013) «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального

бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» и распоряжения Правительства РФ от 18.09.2013 г. № 1684-р «О распределении субсидий, предоставляемых в 2013 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» РК выделены средства в размере 25 644,7 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Министерством здравоохранения РФ и Правительством РК о предоставлении в 2013 г. субсидии из федерального бюджета бюджету РК на софинансирование расходных обязательств РК, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табак от 25.10.2013 г. № 474/ЗОЖ-1166.

По состоянию на 31.12.2014 г. в рамках освоения указанной субсидии было заключено 9 государственных контрактов на сумму 11 802,16 тыс. руб. В 2015 году объявлено 2 аукциона на закупку анализаторов паров этанола, алкоголя и электрокардиографов, аппаратов рентгеновских и системы оцифровки к аппарату рентгеновскому.

В настоящее время осуществлена поставка 44 единиц оборудования на сумму 11 703,2 тыс. руб. Кассовые расходы составили 11 703,2 тыс. руб. Освоение средств федерального бюджета составило 45,6%.

С целью софинансирования расходов федерального бюджета по данному направлению ПНП «Здоровье» в республиканском бюджете РК на 2013-2015 годы запланированы средства в размере 29 192,8 тыс. рублей на проведение капитальных ремонтов объектов здравоохранения.

Заключены государственные контракты на проведение капитальных ремонтов 18 объектов здравоохранения на сумму 29 164,0 тыс. руб. Завершены капитальные ремонты 11 объектов. 7 объектов находятся в стадии ремонтов. Кассовое освоение средств республиканского бюджета РК составило 12 413,2 тыс. руб. (42,5% от планового финансирования в размере 29 192,8 тыс. руб.).

С целью реализации мероприятий, направленных на совершенствование наркологической помощи больным, в РК принят план мероприятий по реализации Концепции модернизации наркологической службы на 2013-2015 гг., утвержденный приказом Министерства здравоохранения РК от 31.10.2013 г. № 2073-р.

Комплекс мер указанного выше плана включают в себя мероприятия, направленные на укрепление материально-технической базы учреждений наркологической службы, подготовку медицинских кадров, активизацию профилактической работы, совершенствование медицинской, в том числе медико-социальной помощи наркологическим больным, систематизацию межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики алкоголизма и наркомании.

ГЛАВА 11. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

На основании отчетов, предоставленных государственными учреждениями здравоохранения РК, оказано платных медицинских услуг за 2014г. - **1 193,6 млн. рублей**. Из них большая часть приходится на услуги поликлиники – 35% (416,9 млн. руб.) и услуги параклинических служб – 30% (356,2 млн. руб.). На стационарные услуги приходится 9% (106,9 млн. руб.) и стоматологические услуги (зубопротезирование и платное лечение) – 26% (313,6 млн. руб.).

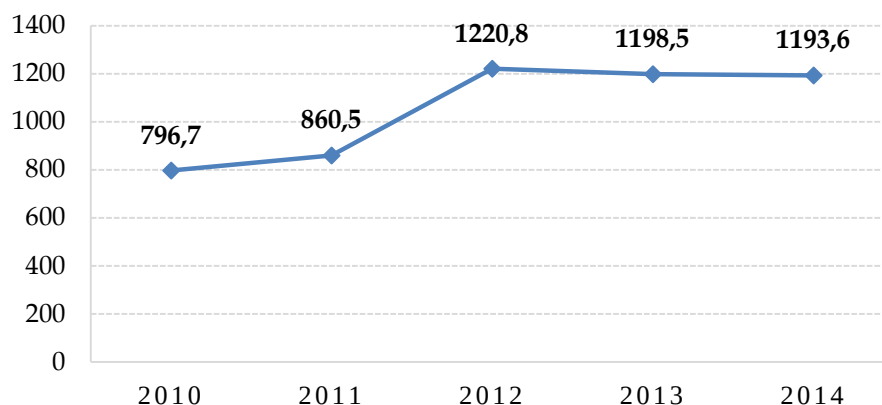


Рис. 11.1. Динамика поступления средств от оказания платных услуг 2010-2014 гг.

В 2013г. данный показатель составил 1198,5 млн. руб. Таким образом, наблюдается незначительное снижение поступлений средств от оказания платных медицинских услуг в 2014г. по отношению к 2013г. на 0,4%, что обусловлено снижением объемов платных услуг в 2014г. по сравнению с 2013г. по видам деятельности:

- поликлиническая служба – на 7,7% (число посещений 1 407 778/1 525 185);
- стационарная служба – на 19,4% (число койко/дней 56 919/70 635);
- параклиническая служба – на 2,2% (число исследований 1 684 057/1 721 725);
- стоматологическая служба – на 12,4% (число УЕТ 505 894/577 678);

При таком снижении объемов предоставляемых платных медицинских услуг, тот факт, что уровень поступлений остался практически неизменным, объясняется ростом цен на медицинские услуги, которые в свою очередь объясняется повышением оплаты труда медицинских работникам с 1 мая 2014 года.

Расходы от поступления средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности государственными учреждениями здравоохранения РК составили 1 592,3 млн. руб. (рост 17 процентов по отношению к 2013 г., на 22 процента - к 2012 г.), в том числе от оказания платных услуг – 1 332,2 млн.руб.

Увеличение расходов за счет средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности в 2014 году обусловлено ростом доходов, который в свою очередь объясняется увеличением объемов исследований параклинических служб, в т.ч. дорогостоящих исследований, например, УЗИ. А также увеличилась доля оказываемых учреждениями здравоохранения РК прочих немедицинских услуг, таких как: сдача в аренду имущества, сдача металлолома, макулатуры и прочих.

Наибольший удельный вес в структуре расходов за счет средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности приходится на оплату труда и начисления – 55 процентов (876,8 млн.руб.), а также на увеличение стоимости материальных запасов – 19,6 процентов (311,6 млн.руб.).

Оказание платных медицинских услуг представляет собой дополнительный источник финансирования, который направляется на развитие материально-технической базы учреждения, на социальные нужды и на увеличение размеров оплаты труда.

Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК. В 2014 году (далее – Программа) осуществлялось в соответствии с постановлением Правительства Республики Коми от 25 декабря 2013 года № 528 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

Таблица 11.1

Источники финансирования расходов на оказание медицинской помощи в 2014 г.

Источники финансирования	2010		2011		2012		2013		2014	
	Млн руб.	Доля в общем объеме финансирования, %	Млн. руб.	Доля в общем объеме финансирования, %	Млн. руб.	Доля в общем объеме финансирования, %	Млн. руб.	Доля в общем объеме финансирования, %	Млн. руб.	Доля в общем объеме финансирования, %
Федеральный бюджет	854,7	8,5	1 384,1	11,2	846,05	6,5	457,7	2,9	580,6	3,2
Консолидированный бюджет РК	3 588,8	35,7	4 153,6	33,5	3686,2	28,3	4636,8	28,9	5045,8	27,8
Средства обязательного медицинского страхования	5 632,6	55,8	6 856,5	55,3	8491,37	65,2	10982,6	68,2	12516,02	69
Всего	10 076,1	100	12 394,2	100	13023,62	100	16077,1	100	18142,42	100

Изменение структуры источников финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в рамках Программы, в сторону увеличения доли средств обязательного медицинского страхования и снижения доли федерального бюджета соответствует требованиям законодательства Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

В целом расходы на финансирование Программы за период 2010-2014 годов увеличились на 80%.

Расчетная стоимость Программы государственных гарантий на 2014 год без учета расходов на ведение дела в системе ОМС составила 17 556 698,7 тыс. руб., в том числе из средств ОМС - 11 840 297,1 тыс. руб.

Утвержденная сумма финансовых затрат на реализацию Программы государственных гарантий составила 18 233 570,2 тыс. руб., в том числе Программа ОМС - 13 128 862,1 тыс. руб. Профицит от расчетной части составил 676 871,5 тыс. руб., или 3,8 % от расчетной стоимости. Дефицит от расчетной части имеется в части

средств республиканского бюджета РК – 611 693,5 тыс. руб. или 10,7 % от расчетной стоимости.

Кассовые расходы по исполнению Программы государственных гарантий за 2014 год составили 17 356 197,1 тыс. руб. (95 % к утвержденному плану на 2014 год), в том числе за счет средств ОМС – 12 310 405,8 тыс. руб. (93,8%), за счет средств бюджета – 5 045 791,3 тыс. руб. (98,8%).

В реализации Программы в 2014 году приняло участие 117 медицинских организаций из них 14 в сельской местности (12%), в том числе:

- 98 медицинских организаций собственности субъекта РФ (государственных учреждений здравоохранения РК) – 83,8 %, из них в сельской местности – 14;
- 3 медицинские организации федеральной собственности - 2,5 %
- 16 медицинских организаций негосударственных форм собственности – 13,7 %.

В реализации Программы ОМС участвовали 85 медицинские организации, или 73 % от общего числа медицинских организаций.

За период 2010 - 2014 годы в структуре медицинских организаций увеличилась доля медицинских организаций частной формы собственности более, чем в два раза:

Таблица 11.2

Уровень достижения запланированных показателей Программы следующий:

Условия оказания медицинской помощи	ПГГ, подушевые нормативы объемов				ДОРОЖНАЯ КАРТА, доля расходов в общей стоимости ПГГ		
	Федеральный норматив на 1 жителя	план	факт	%	план	факт	%
Скорая медицинская помощь	0,33 вызова на 1 жителя	0,33	0,314	94,8	8,2	8,6	104,9
Амбулаторная помощь, всего					30,8	32,6	105,8
оказанная с профилактической и иными целями	2,77 посещений на 1 жителя	2,602	2,591	99,6			
оказанная в связи с заболеваниями	2,12 обращений на 1 жителя	2,575	2,596	100,8			
оказанная в условиях неотложной помощи	0,46 посещений на 1 жителя	0,463	0,419	90,6	1,8	1,8	100,0
Медицинская помощь, оказанная в условиях дневных стационаров	0,665 пациенто-дня на 1 жителя	0,741	0,669	90,3	3,5	3,3	94,3
Медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях:	0,197 госпит. на 1 жителя	0,199	0,205	103,2	55,7	53,7	96,4

Исполнение запланированных объемов Программы государственных гарантий за 2014 год сложилось следующим образом: скорая помощь – 94,8%, амбулаторно-поликлиническая помощь с профилактической целью – 96,5 %, в неотложной форме – 90,6%, в связи с заболеванием – 100,8 %; стационарная медицинская помощь – 103,2 %, недостаточно используются мощности дневные стационаров 90,3 %. Отмечается недостаточное выполнение объемов амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме – 90,6%. Положительные направления в структуре оказания амбулаторно-поликлинической помощи в сравнении с уровнем 2011 года – рост доли посещений с профилактической целью – 8%, сокращение количества обращений в связи с заболеваниями на 7%, рост доли посещений с неотложной целью – 1%.

Отмечается интенсивное использование коечного фонда: средняя длительность лечения в стационаре по сравнению с 2013 годом снизилась на 2% и составила 12,6%. Средняя занятость койки составила 327 дней в году, что составляет 99% от установленного показателя в Дорожной карте.

Ниже запланированного уровня сложилась доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

Высокотехнологичная помощь. В рамках Программы в 2014 году за счет средств республиканского бюджета РК и средств обязательного медицинского страхования оказана высокотехнологичная медицинская помощь на базе государственного учреждения РК «Кардиологический диспансер», государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК «Коми республиканская больница», государственного учреждения «Республиканская детская больница», государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК «Коми республиканский перинатальный центр», государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом».

Количество пациентов, которым оказана высокотехнологичная помощь в медицинских организациях РК, увеличилось в сравнении с 2012 годом в 2,2 раза:



В 2014 году 710 пациентам высокотехнологичная помощь оказана за счет средств обязательного медицинского страхования.

Перечисленными учреждениями выполнено в 2014 году 61 031 койко-дней на сумму 384 922,984 тыс. руб.

Также, высокотехнологичную помощь (ЭКО) 150 пациентов на базе ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр» получили в условиях дневного стационара на общую сумму 17 627,312 тыс. руб.

Высокотехнологичная помощь оказывалась в соответствии с Перечнем, утвержденным Программой.

Из средств федерального бюджета в 2014 году осуществлялось финансовое обеспечение следующих направлений на общую сумму 580 574,8 тыс.руб.в том числе:

1. Оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств, поступающих из федерального бюджета	43274,8 тыс. руб.
2. Совершенствование профилактики распространения ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С с учетом остатков на 01.01.2015 г.	84,945 тыс. руб.
3. Финансовое обеспечение закупок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С с учетом остатков на 01.01.2015 г.	29163,019 тыс. руб.
4.Финансовое обеспечение закупок иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики в рамках	73 737,179 тыс. руб.

национального календаря профилактических прививок за счет остатков на 01.01.2015 г.	
4. Закупка антибактериальных и противотуберкулёзных лекарственных препаратов (второго ряда), применяемых при лечении больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности микобактерии туберкулёза и мониторинга лечения больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя с учетом остатков на 01.01.2015 г.	38 796,4 тыс. руб.
5. Реализация мероприятий государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 – 2015 годы	1 202,45 тыс. руб.
6. Проведение мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике	4 812,0 тыс. руб.
7. Закупки оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга	4 007,9 тыс. руб.
8. Осуществление организационных мероприятий по обеспечению лиц лекарственными препаратами, оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов	340 664,805 тыс. руб.