

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД

**О состоянии здоровья населения
Республики Коми в 2013 году**

**г. Сыктывкар
2014**

Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Республики Коми в 2013 году» – Сыктывкар: Министерство здравоохранения Республики Коми, 2013. – 250.

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 Республике Коми в 2013 году.

Доклад подготовлен Министерством здравоохранения Республике Коми и ГБУЗ РК «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр».

Под общей редакцией Я.С. Бордюга

Составители: И.Д. Бабушкина, Т.А. Безносикова, А.В. Братинков, А.В.Винницкий, С.А.Водопьянов, С.В. Габова, Н.Г. Иваненко, И.И. Иванов, Н.П. Илларионова, С.А. Каракина, В.В. Катков, И.П. Коданёва, В.А. Колесников, М.А. Колесников, И.А. Кондратьева, Е.Г. Котова (к.м.н.), А.Л.Коюшев, М.С. Комягин, Л.В. Кузнецова, Р.А. Лодыгина, В.В. Лукина, Р.С. Мухаметшина, Э.С.Наумов, Н.В. Никулина, О.П. Носов, Н.А.Овчинникова, Е.Е. Петрова, С.С. Поган, Е.Н. Помаскина, Д.Г. Прокошев, А.А. Прокушев, И.В. Потапова, Н.П. Пшеничная, А.В. Северинов, В.И. Салий, Е.А.Сухорукова, Л.Р. Торопова, Е.В. Ткаченко, Л.Ю.Туркова, А.С. Фридман, Н.Н. Хозяинова, Н.В. Цанг, Т.П. Шарлай, И.В. Югова, Т.А. Ягупова, А.В. Якимов.

Благодарность
за предоставление статистических и аналитических материалов
для работы над докладом:

М.Ю. Кудиновой - руководителю территориального органа федеральной службы государственной статистики по Республике Коми, 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 Республике Коми.

Т.А. Абрамовой – руководителю ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми»

ОГЛАВЛЕНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ДОКЛАДЕ	4
ГЛАВА 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	5
ГЛАВА 2. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	11
ГЛАВА 3. ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	70
ГЛАВА 4. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	85
ГЛАВА 5. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	101
ГЛАВА 6. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА	198
ГЛАВА 7. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	210
ГЛАВА 8. РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РЕСПУБЛИКИ КОМИ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ», РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	217
ГЛАВА 9. ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, И НАУЧНЫЕ ПРОГРАММЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ	248

СОКРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ДОКЛАДЕ

1.	АВОП	амбулатория врача общей практики	51.	МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
2.	АГ	артериальная гипертония	52.	Мин-здравсоцразвития РФ	Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
3.	АД	артериальное давление	53.	МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
4.	А/м	автомобиль	54.	МО	муниципальное образование
5.	АПФ	ангиотензинпревращающий фермент	55.	МСКТ	мультиспиральная компьютерная томография
6.	БАД	биологически активная добавка	56.	нас.	население
7.	БИТ	бригада интенсивной терапии	57.	ОАП	открытый аортальный клапан
8.	БОМЖ	без определенного места жительства	58.	ОВП	острый вялый паралич
9.	БСК	болезни системы кровообращения	59.	ОИМ	острый инфаркт миокарда
10.	ВИЧ	вирус иммунодефицита человека	60.	ОМС	обязательное медицинское страхование
11.	ВЗН	Высокозапретная нозология	61.	ОНЛС	обеспечение необходимыми лекарственными средствами
12.	ВН	временная нетрудоспособность	62.	ОНМК	острое нарушение мозгового кровообращения
13.	ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения	63.	ОНМТ	очень низкая масса тела
14.	ВОП	врачи общей практики	64.	ПГГ	программа государственных гарантий
15.	ВПИ	впервые признанные инвалидами	65.	ПНП	приоритетный национальный проект
16.	ВТП	высокотехнологическая помощь	66.	ПИ	первичная инвалидность
17.	ВУЗ	высшее учебное заведение	67.	ПИН	потребление инъекционных наркотиков
18.	ВУТ	временная утрата трудоспособности	68.	ПРП	программа реабилитации пострадавшего
19.	ВЦП	ведомственная целевая программа	69.	ПСО	первичное сосудистое отделение
20.	ГБУЗ РК	государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми	70.	рис.	рисунок
21.	ГМО	гинетически модифицированный организм	71.	РК	Республика Коми
22.	г.	год	72.	РКВД	республиканский кожно-венерологический диспансер
23.	г. название	город	73.	РНК	рибонуклеиновая кислота
24.	ГЛПС	геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	74.	РСЦ	республиканский сосудистый центр
25.	ГУ	государственное учреждение	75.	РФ	Российская Федерация
26.	ДДУ	детское дошкольное учреждение	76.	СЗФО	Северо-Западный федеральный округ
27.	ДМПП	Дефект межпредсердной перегородки	77.	СМП	скорая медицинская помощь
28.	ДС	дневной стационар	78.	СПИД	синдром приобретенного иммунного дефицита
29.	ДТП	дорожно-транспортное происшествие	79.	ССУЗ	средне-специальное учебное заведение
30.	ДХПП	домовые хозяйства первой помощи	80.	Табл.	таблица
31.	Ж.ф.в.	женщина фертильного возраста	81.	ТКК	трикуспидальный клапан
32.	ЗНО	злокачественное новообразование	82.	ТЛТ	тромболитическая терапия
33.	ЗОЖ	здоровый образ жизни	83.	ТН	торговое название
34.	ИБ	иммунный блотинг	84.	Тыс.	тысяча
35.	ИБС	ишемическая болезнь сердца	85.	УЕТ	условная единица трудоемкости
36.	ИВЛ	искусственная вентиляция легких	86.	УПТ	утрата профессиональной трудоспособности
37.	ил.	иллюстрация	87.	ТСР	технические средства реабилитации
38.	ИППП	инфекции передающиеся половым путем	88.	ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
39.	ИПР	индивидуальная программа реабилитации	89.	ФБУЗ	Федельное бюджетное учреждение здравоохранения
40.	КВУ	кожно-венерологическое учреждение	90.	ФЗ	Федеральный закон
41.	КВЭ	клещевой вирусный энцефалит	91.	ФКУ	Федеральное казенное учреждение
42.	КМС	костно-мышечная система	92.	ХИБС	хроническая ишемическая болезнь сердца
43.	КРОД	коми республиканский онкологический диспансер	93.	ЦВЗ	церебро-васкулярные заболевания
44.	КРПБ	коми республиканская психиатрическая больница	94.	ЦГБ	центральная городская больница
45.	КПУ	(количество) кариозных, пломбированных, удаленных (зубов)	95.	ЦРБ	центральная районная больница
46.	ЛОУ	Летнее оздоровительное учреждение	96.	чел.	человек
47.	ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение	97.	ЧЛХ	челюстно-лицевая хирургия
48.	ЛП	Лекарственный препарат	98.	ЭКГ	электрокардиограмма
49.	МБТ	микобактерия туберкулеза	99.	ЭНМТ	экстремально низкая масса тела
50.	МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Коми	100.	ЮРА	ювенольный ревматоидный артрит

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 2014г. составила 872,1 тысячи человек, из них городское население составило 77,5% (675,7 тыс.чел.), сельское -22,5% (196,3 тыс.чел.). За 2013г. число жителей республики уменьшилось на 8,6 тысячи человек, или на 1%. В большей степени сокращение численности населения наблюдалось в сельской местности, где количество жителей уменьшилось на 1,6%, горожан стало меньше на 0,8%. Причиной сокращения численности населения республики являлся миграционный отток населения. Численные потери населения частично компенсировал естественный прирост, который был зафиксирован с 2011 г. В городской местности превышение числа родившихся над числом умерших отмечалось с 2008г., в сельской - с 2012 г.. Свыше трех четвертей 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 26 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.

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

Год / Показатель	Всего			В % к общей численности населения	
	Все население	городское	сельское	городское	сельское
2013	880,6	681,1	199,5	77,3	22,7
2014	872,1	675,7	196,3	77,5	22,5
2014 в % к 2013	99,0	99,2	98,4	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, наибольшее - в Троицко-Печорском районе (на 3,9%), Воркуте (на 3,8%), Вуктыле (на 3,8%) и Инте (на 3,1%). Численные потери населения этих муниципальных образований обусловлены интенсивным миграционным оттоком. Численные потери населения этих территорий обусловлены интенсивным миграционным оттоком населения. Миграционная убыль (в расчете на 1000 населения) в 2013г. составила в Воркуте 41,9‰, Вуктыле 39,2‰, Инте 29,2‰, Троицко-Печорском районе 34,6‰ при среднереспубликанском показателе 12‰.

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 не только сохранился, но и увеличился. В городской местности превышение числа родившихся над числом умерших отмечалось с 2008 г. и ежегодно увеличивалось (с 34 до 1554 человек в 2013 г.). Второй год подряд естественный прирост зарегистрирован и в сельской местности (398 человек).

Таблица 2.

**Естественное движение населения РК в 2009-2013 гг.
Общие итоги естественного движения населения**

	2009	2010	2011	2012	2013	2013 в % к 2012
Человек						
Все население						
Родившихся	11868	11648	11720	12418	12436	100,1
умерших	12182	11819	11065	10830	10484	96,8
в том числе до 1 года	60	59	51	73	74	101,4
Естественный прирост, убыль (-)	-314	-171	655	1588	1952	122,9
Браков, единиц	8207	8177	9406	7822	8043	102,8
Разводов, единиц	5268	4648	4795	4707	4924	104,6
Городское население						
Родившихся	8464	8536	8377	8752	8900	101,7
Умерших	8260	7980	7549	7492	7346	98,1
в том числе до 1 года	40	38	33	52	50	96,2
Естественный прирост	204	556	828	1260	1554	123,3
Сельское население						
Родившихся	3404	3112	3343	3666	3536	96,45
Умерших	3922	3839	3516	3338	3138	94,0
в том числе до 1 года	20	21	18	21	24	114,3
Естественный прирост, убыль (-)	-518	-727	-173	328	398	121,3

Естественный прирост населения за прошедший год отмечен в 14 из 20 (в 2013 г. в 12 территориях). Самый высокий коэффициент естественного прироста (8‰) в 2013 г. зафиксирован в Ижемском районе. Из 6 территорий республики, где наблюдалось превышение числа умерших над числом родившихся, наибольшие естественные потери населения были зафиксированы в Троицко-Печорском районе (5,6‰), городах Инта (2‰) и Печора (1,2‰).

В последние годы в республике наблюдается рост показателей рождаемости. В 2013 г. в республике отмечался самый высокий за последние 30 лет уровень рождаемости (14,2‰). В расчете на 1000 жителей число родившихся за 2013 г. по сравнению с предыдущим годом увеличилось на 1,1%, в том числе в городской местности - на 2,6%.

Среди административных территорий республики наибольший коэффициент рождаемости сложился в Ижемском (22,1 младенца в расчете на 1000 населения), Усть-Куломском (21,8), Корткеросском (19,7), и Прилузском (18,5) районах; наименьший - в Инте (11,0) и Ухте (11,8).

Наглядное представление о репродуктивных установках семей дает структура новорожденных по очередности рождений. В 2006 г. первенцами для своих родителей были 59% появившихся на свет малышей, в 2013г. - 43%, соответственно, доля повторных рождений за данный период возросла на 16%. Удельный вес детей, родившихся по порядку вторыми, в прошедшем году составил 41%, третьими - 13%, четвертыми и последующими - 3%. Вторых по счету детей чаще рожали горожанки (в общем числе рождений - 42% против 39% на селе), а третьих и более - сельские жительницы (19% против 15% в городской местности).

По сравнению с 2007 г. доля внебрачных рождений в общем числе родившихся уменьшилась на 7% (с 39% до 32%). Абсолютное число рождений вне зарегистрированного брака в 2013 г. составило 4 тысячи. Из них 59% рождений были зарегистрированы по совместному заявлению родителей, 41% - по заявлению одной матери. В сельской местности удельный вес внебрачной рождаемости традиционно выше, чем в городской. За последние пять лет республиканский уровень внебрачной рождаемости выше, чем в целом по России, на 8-12%.

Важнейшим демографическим процессом, так же как и рождаемость, является смертность населения. В последние годы наметилась тенденция улучшения показателей смертности населения, но, несмотря на некоторое снижение, показатель смертности как в целом по стране, так и в РК, остается довольно высоким.

За прошедший год уровень смертности по сравнению с 2012 г. снизился на 2,2% (по сравнению с 2009 г. - на 6,1%). Общие показатели смертности по республике ниже, чем в среднем по России, за счет более молодой возрастной структуры населения.

Самый низкий общий коэффициент смертности в 2013 г. наблюдался в городах: Усинск (8,7‰), Воркута (10,0‰) и Сыктывкар (10,1‰). Города 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 г. Сыктывкаре выше уровень медицинского обслуживания населения.

Особенно неблагоприятное положение с общим уровнем смертности населения в прошедшем году наблюдалось в сельских районах: Троицко-Печорском и Сысольском районах. Общий коэффициент смертности в этих районах превысил среднереспубликанский показатель в полтора раза и составил 18‰ – 18,6‰. Кроме того, в указанных муниципальных образованиях зафиксирован рост данного показателя на 15,9 и 26,9% соответственно.

Ежегодно мужчин умирает больше, чем женщин (за прошедший год - соответственно 55% и 45% от общего числа умерших) и это усугубляет неблагоприятную ситуацию с диспропорцией полов.

Основными причинами смерти населения остаются заболевания органов кровообращения, новообразования и внешние причины (несчастные случаи, отравления и травмы). За 2013 г. они составили 75,5% всех смертельных исходов (в 2009 г. - 76%). За прошедший год по сравнению с 2012 г. отмечались некоторые изменения в уровнях смертности по данным причинам: от внешних причин зафиксировано снижение на 8,5%, от болезней системы кровообращения - на 3,8%, от новообразований - рост на 2,6%. В группе внешних причин на 21,7% снизился коэффициент смертности от самоубийств и от дорожно-транспортных происшествий (5,5%). Одновременно повысился уровень смертности от случайных отравлений алкоголем (на 2,5%).

Среди всех умерших в 2013 г. 35,2% приходилось на лиц трудоспособных возрастов (в 2012 г. - 37,1%), из них 81% - мужчины. Первое место среди причин смерти трудоспособного населения занимали внешние причины, второе - болезни системы кровообращения. В группе внешних причин преобладали самоубийства, отравления алкоголем, убийства и транспортные травмы. Они составляли 57,7% умерших от всех внешних причин смерти (в 2012 г. - 62%).

В структуре причин смерти в республике за 2012 г. в сравнении с предварительными показателями по России наблюдался более низкий уровень смертности от болезней системы кровообращения, органов дыхания, новообразований, некоторых инфекционных и паразитарных болезней и более высокий - от болезней органов пищеварения и внешних причин.

По предварительным данным, в расчете на 100 000 населения уровень смертности от болезней органов пищеварения в республике за 2012 г. превысил среднероссийский показатель в 1,4 раза, от внешних причин - в 1,5 раза, в том числе от случайных отравлений алкоголем - почти в 4 раза, убийств и самоубийств - в 2 раза.

Существенное влияние на общий уровень смертности оказывает злоупотребление алкоголем и его суррогатами. В структуре неестественных причин смерти случайные отравления алкоголем по республике в 2012 г. составили 15%, по России - 6% 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 2013 г. погибло 716 человек, что составляло 6,8% всех смертей. По сравнению с 2011 г. коэффициент смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, снизился на 4,7% (по сравнению с 2009 г. - снизился на 5,9%).

Состояние здоровья населения и уровень развития здравоохранения наиболее объективно отражает младенческая смертность. В последние годы коэффициент младенческой смертности

неуклонно снижался. С 2012 г., 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), уровень младенческой смертности увеличился и в 2013 г. тенденция к увеличению показателя сохранилась. Значение коэффициента младенческой смертности составило в 2013 г. 5,95‰ против 4,4‰ за 2011 г., по сравнению с предыдущим годом рост показателя составил менее 1%.

Рост младенческой смертности в 2013 г. был связан, прежде всего, с ростом смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальный период (от 28 недель беременности, включая роды, и первые 7 дней жизни ребенка (+12,7%)), а рост смертности в данном классе обусловлен прежде всего значительным ростом младенческой смертности от геморрагических нарушений плода и новорожденного (+55,3% к уровню прошлого года).

Кроме того, увеличился уровень смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (с 3,3‰ до 4,8‰), болезней нервной системы (с 1,6‰ до 4,0‰), болезней системы кровообращения (с 0‰ до 0,8‰). Число умерших детей до 1 года от внешних причин по сравнению с предыдущим периодом увеличилось на 1, и, как следствие, относительный показатель на 24,8% (с 3,4 до 4,0 умерших на 10 тысяч родившихся живыми).

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

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

Больше всего детских жизней уносят несчастные случаи. В 2013 г. от внешних причин погибло 46% от всех умерших в возрасте 1-14 лет детей (в 2012г. 56%, 2011 г. – 43%, 2010г. – 57%, 2009 г. – 30%, 2008 г. – 51%, 2007 г. – 61%). Из 17 детей, погибших от внешних причин в 2013 г., 7 – погибли от утоплений, 4 – от убийства, по 2 – погибли от несчастных случаев с огнем и от случайных отравлений, по 1 – от транспортных несчастных случаев и от случайных падений.

Таблица 3.

**Младенческая смертность в РК 2012-2013 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)		
	2012	2013	прирост, снижение (-)	2012	2013	2013 в % к 2012
РК	73	74	+1,4%	5,9	5,95	100,9
Городское население	52	50	-3,9%	6,0	5,6	93,3
Сельское население	21	24	+14,3%	5,8	6,7	115,5

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 127,8 тысячи человек, из них миграционные потери составили 119,7 тысячи, или 94%. В 2011-2013 гг. естественный прирост населения частично компенсировал миграционную убыль населения.

За период с 2003 г. динамика миграционных потерь была неоднозначной. Наибольшая миграционная убыль населения в республике наблюдалась в 2005 и 2006 гг. (16,3 ‰ и 16,2 ‰ в расчете на 1000 человек населения), наименьшая – в 2007 г. (9,8 ‰). В сельской местности коэффициент миграционной убыли традиционно выше показателя городского населения (в 1,3 – 3 раза).

В 2013 г. республика потеряла за счет миграции в другие регионы страны и за ее пределы 10,5 тысячи человек. В минувшем году в республику прибыло 12,9 тысячи человек, из них 5,6 тысячи человек - на срок 9 месяцев и более, а выбыло за ее пределы 23,4 тысячи человек, из них 8,6 тысячи человек - на срок 9 месяцев и более.

По сравнению с 2012 г. миграционная убыль населения уменьшилась на 2,3%, в том числе в городской местности - на 7,6%, в сельской - увеличилась на 9,3%.

В 2013 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.

Интенсивность оборота миграции в сельской местности республики на 10,7 % выше, чем в городских поселениях: в 2013 г. в среднем из 1000 сельских жителей совершили миграционные перемещения 86,7 человека, из 1000 городских - 78,3.

В 2013 г. отрицательное сальдо миграции имело место практически во всех городах и районах республики, кроме Сыктывкара и Сыктывдинского района. Наиболее существенные миграционные потери (в расчете на 1000 населения) понесли Воркута (41,9 ‰), Вуктыл (39,2 ‰), Троицко-Печорский (34,6 ‰), Княжпогостский (29,7 ‰) районы, Инта (29,2 ‰).

В потоках миграции существуют два основных направления: внутрирегиональная и внешняя для республики миграция. В структуре миграционных потоков внешняя миграция составила 51,6 %, в том числе с регионами России - 48,0 %. В миграционном обмене со странами СНГ участвовало 3,3 % мигрантов, 0,3 % выехали или приехали из стран дальнего зарубежья.

Внутрирегиональная миграция охватывает ежегодно около половины объема миграционных потоков. В 2013 г. в целом по республике на нее приходилось 48,4 % оборота мигрирующего населения, в том числе для городского населения -

38,6 %, сельского - 79,0 %.

Внутренние перемещения населения характеризуются миграцией из села в город, обеспечивающей частичное замещение оттока городского населения за пределы республики.

В миграционном обмене со всеми регионами Российской Федерации за прошедший год более интенсивные миграционные потоки в республику были направлены из Кировской области (свыше тысячи человек), г.Санкт-Петербурга (0,9 тысячи человек), Архангельской (0,8 тысячи человек), Краснодарского края, Республики Башкортостан (по 0,6 тысячи человек).

Для выезжающих за пределы республики мигрантов наиболее предпочтительными были г.Санкт-Петербург (2,6 тысячи выехавших), Краснодарский край (1,8), Кировская область (1,6), Московская область (1,3), г.Москва (1,2), Ярославская и Белгородская области (по 0,9), Нижегородская и Ленинградская области (по 0,8).

В межрегиональном обмене незначительный миграционный приток сложился с 16 регионами Российской Федерации: Архангельской областью (139 человек), Республикой Дагестан (118), Республикой Саха (16), Красноярским краем (12), Новосибирской областью (8), Чеченской республикой, Забайкальским краем (по 7), Курганской, Кемеровской областями (по 6), Карачаево-Черкесской Республикой (5), Республикой Бурятия (3), Амурской областью (2), Астраханской, Иркутской, Омской областями, Республикой Ингушетией (по 1).

В составе международной миграции основную долю составляет обмен со странами СНГ. В 2013 г. положительное сальдо миграционного обмена республики со странами СНГ составило 988 человек. Самые существенные по величине современные миграционные потоки связывают республику с Украиной (на неё приходилось 30 % миграционного оборота со странами СНГ), Узбекистаном (28 %), Азербайджаном (14 %). Положительное сальдо миграции сложилось со всеми странами СНГ, кроме Беларуси и Туркменистана.

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 %.

В 2013 г. всего эмигрировало в страны дальнего зарубежья 99 человек. Наиболее предпочтительной страной оставалась Германия (37 человек или 37,4 %). Почти десятую часть

составляли эмигранты, выехавшие в Сербию, по 6 % - в Болгарию и США, по 3%-4% - Канаду, Турцию, Швецию, Латвию, Италию, Египет, Австрию.

Наиболее высокой миграционной активностью обладает население трудоспособного возраста, составляющее ежегодно около трех четвертей общего объема мигрантов. В 2013 г. из всех прибывших 76,4 % составляли мигранты трудоспособного возраста, из выбывших - 74,3 %. Особенно интенсивно мигрировали молодые люди в возрасте от 16 до 35 лет (соответственно 53,7 % и 50,0 % прибывших и выбывших). В миграционных потерях в 2013 г. население трудоспособного возраста составляло 68,3 %, дети до 16 лет - 9,7 %, лица старше трудоспособного возраста - 22,0 %.

Миграционный отток населения из республики определяет не только численные потери, но и оказывает влияние на качественный состав населения. Республику покидает в основном квалифицированная часть трудового потенциала.

В целом выбывшие за пределы РК мигранты отличались более высоким уровнем образования. За 2013 г. республику покинули вдвое больше мигрантов с высшим и неполным высшим профессиональным образованием, чем прибывшие из-за ее пределов с соответствующим уровнем образования. Со средним профессиональным образованием республику покинуло в 1,9 раза больше, чем прибыло в нее.

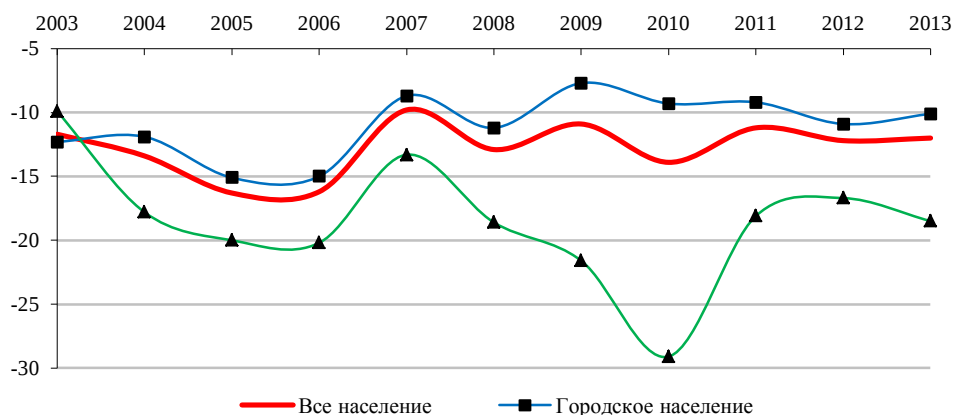
При всем многообразии причин переезда чаще других в листках статучета указывались обстоятельства личного, семейного характера (40 % в обороте мигрантов в возрасте 14 лет и более). Также к главным причинам миграций относились перемена места работы (21 %), переезд в связи с учебой (17 %) и возвращение к прежнему месту жительства (5 %).

Более чем три четверти мигрантов, указавших длительность проживания, проживали по прежнему месту жительства (пребывания) не с рождения, из них 42,5 % - 10 лет и более, 25,7 % - 5-9 лет, 18,1 % - 2-4 года, 13,7 % - 1 год.

При переселении в 2013 г. отток занятого населения отмечался во всех видах экономической деятельности, кроме сельского хозяйства, охоты и лесного хозяйства.

Структура встречных потоков мигрантов по их брачному состоянию в прошедшем году отличалась незначительно. В 2013 г. среди прибывших в республику мигрантов в возрасте 14 лет и старше 46 % указали, что состоят в браке (среди выбывших - 47 %), никогда не состояли в браке - 38 % (37 %), вдовы составили - 4 % (5), разведенные - 12% (11 %). Таким образом, среди выбывших за пределы республики мигрантов удельный вес состоящих в браке выше, чем среди прибывших в республику, что увеличивает долю одиночек в общей численности населения.

На 1 января 2014 г. в Управлении Федеральной миграционной службы России по РК зарегистрировано 20 человек вынужденных переселенцев, из них 11 человек приехали из Казахстана.



**Рис. 1. Динамика миграционной убыли населения в РК
(в расчете на 1000 человек населения)**

ГЛАВА 2. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

2.1. Показатель общей (исчерпанной) заболеваемости всего населения в РК в 2013 г. составил 2110,3 на 1000 человек. В динамике с 2009 г. имеет место рост показателя на 10,0 % в основном за счет сельских районов. Исследуемый год дал самую высокую заболеваемость за последние 5 лет.

Таблица 1.

Общая заболеваемость населения РК в разрезе городов и районов в 2009-2013гг. (на 1000 нас.)

Города и районы / Год	Всего заболеваний					
	2009	2010	2011	2012	2013	Отклонение от 2009
Вуктыльский	1898,8	2014,7	2067,2	1969,8	1894,5	-0,2
Ижемский	1610,9	1825,7	2336,0	2662,4	2699,9	+67,6
Княжпогостский	1646,6	1601,9	1663,0	1585,7	1840,4	+11,8
Койгородский	2099,6	2325,1	2495,9	2423,5	2540,9	+21,0
Корткеросский	1597,0	1474,3	1822,3	1862,4	2560,8	+60,4
Печорский	1605,6	1557,0	1707,3	1753,6	1682,3	+4,8
Прилузский	2443,8	2395,1	2401,0	2489,2	2821,0	+15,4
Сосногорский	1499,6	1493,6	1510,2	1513,6	1470,5	-1,9
Сыктывдинский	1369,9	1397,3	1384,4	1328,8	1326,8	-3,1
Сысольский	1631,2	1652,8	1851,0	1816,2	1650,2	+1,2
Троицко-Печорский	2294,5	2362,4	2455,5	2259,2	2326,2	+1,4
Удорский	1310,9	1209,3	1409,8	1439,7	1441,8	+10,0
Усинский	1882,7	1866,5	2101,2	1987,8	1913,4	+1,6
Усть-Вымский	1282,4	1223,7	1303,6	1404,7	1467,0	+14,4
Усть-Куломский	1636,5	1717,9	1960,7	1996,8	2196,4	+34,2
Усть-Цилемский	1854,2	1955,6	5057,9	1871,1	1980,1	+6,8
Воркута	1660,5	1470,2	1569,0	1513,6	1515,2	-8,8
Инта	1955,6	1922,4	2098,8	2308,5	2437,8	+24,7
Ухта	1703,4	1698,1	1789,7	1801,5	1731,7	+1,7
Сыктывкар	2561,0	2589,6	2594,5	2719,5	2790,5	+9,0
РК	1918,4	1906,4	2019,7	2063,5	2110,3	+10,0
РФ	1607,2	1588,3	1602,9	1605,8	н/д	

Показатели заболеваемости всего населения значительно превышают среднереспубликанский показатель в г.г. Сыктывкаре и Инте, в Ижемском, Прилузском, Троицко-Печорском, Койгородском, Усть-Куломском, Корткеросском районах. Наибольший прирост в динамике с 2009 г. (более 20%) отмечен в Ижемском, Усть-Куломском, Койгородском, Корткеросском районах, в г. Инте. Отмечается устойчивая тенденция снижения уровня заболеваемости в г. Воркуте и в Сыктывдинском районе.

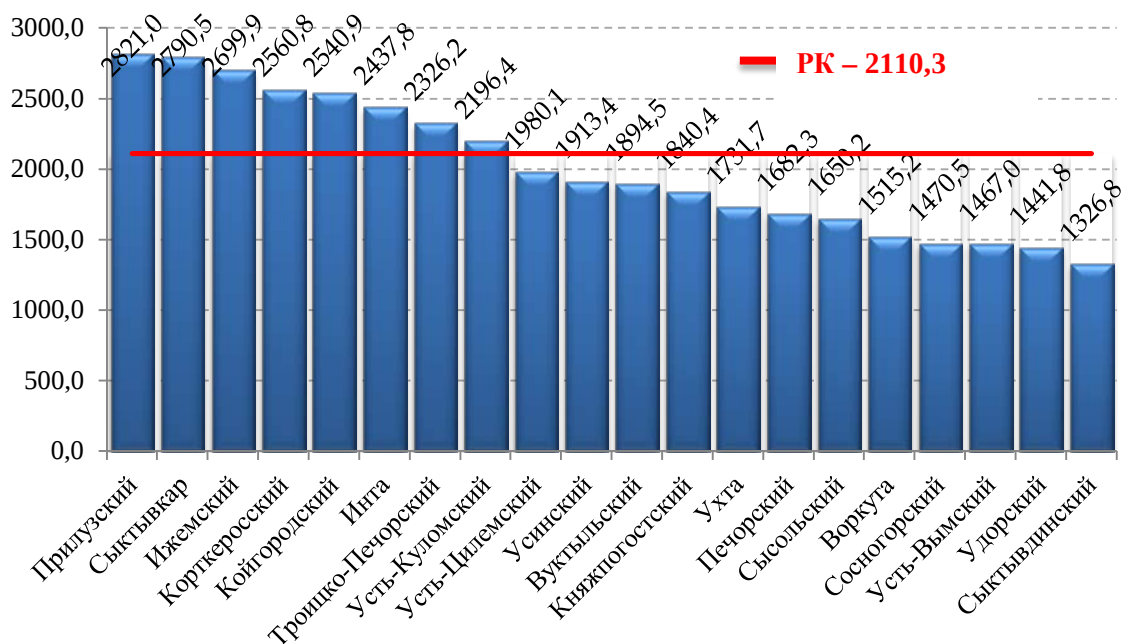


Рис. 1. Показатели общей заболеваемости населения в 2013 г. в разрезе городов и районов РК (на 1000 нас.)

В структуре заболеваемости первые три ранговых места занимают последовательно болезни органов дыхания (25,8%), болезни системы кровообращения (11,9%), болезни костно-мышечной системы (10,9%).

Несколько иначе выглядит заболеваемость в отдельных возрастных группах. Так, заболеваемость взрослого населения (18 лет и старше) с 2010 г. имеет тенденцию к росту. Рост показателя произошёл на 9,5%, а по сравнению с 2012 г. на 1,9 %.

У детей 0-14 лет показатель заболеваемости в 1,9 раза превышает таковой у взрослого населения, что должно вызывать определенную озабоченность. У подростков 15-17 лет он также значителен (1,6). Следует заметить, что если прирост заболеваемости у взрослого населения в динамике за 5 лет составил +9,5 %, то у подростков +10,3 %, у детей он превышает +8,5 % (к 2009 г.).

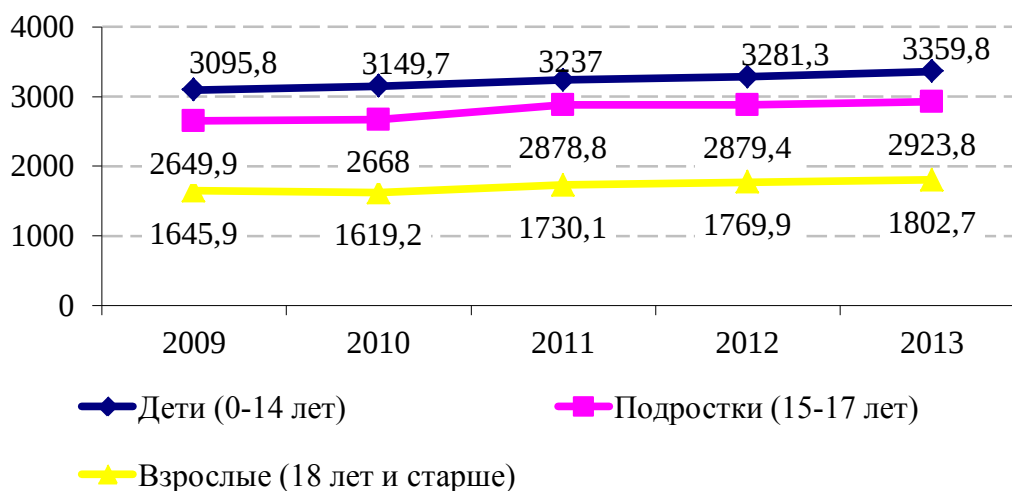


Рис. 2. Показатели общей заболеваемости отдельных возрастных групп населения РК в динамике за 2009-2013 гг. (на 1000 нас.)

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.

Таблица 2.

**Показатели общей заболеваемости населения РК в 2013 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	1872,0	Болезни органов дыхания	963,0	Болезни системы кровообращения	310,0
II	Болезни кожи и подкожной клетчатки	173,4	Болезни глаза и придатков	322,2	Болезни костно-мышечной системы	247,3
III	Болезни глаза и придатков	171,6	Болезни костно-мышечной системы	250,6	Болезни органов дыхания	234,9
IV	Болезни органов пищеварения	154,6	Болезни кожи и подкожной клетчатки	189,9	Болезни мочеполовой системы	170,4
V	Болезни костно-мышечной системы	148,1	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	189,4	Болезни глаза и придатков	127,9

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

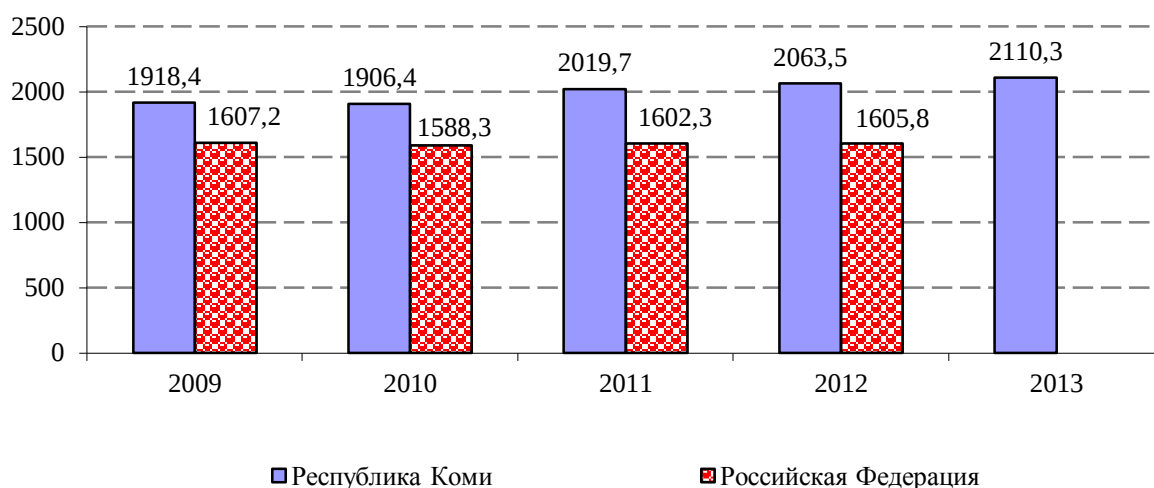


Рис. 3. Сравнительная характеристика уровня общей заболеваемости населения РК и РФ в динамике за 2009-2013 гг. (на 1000 населения)

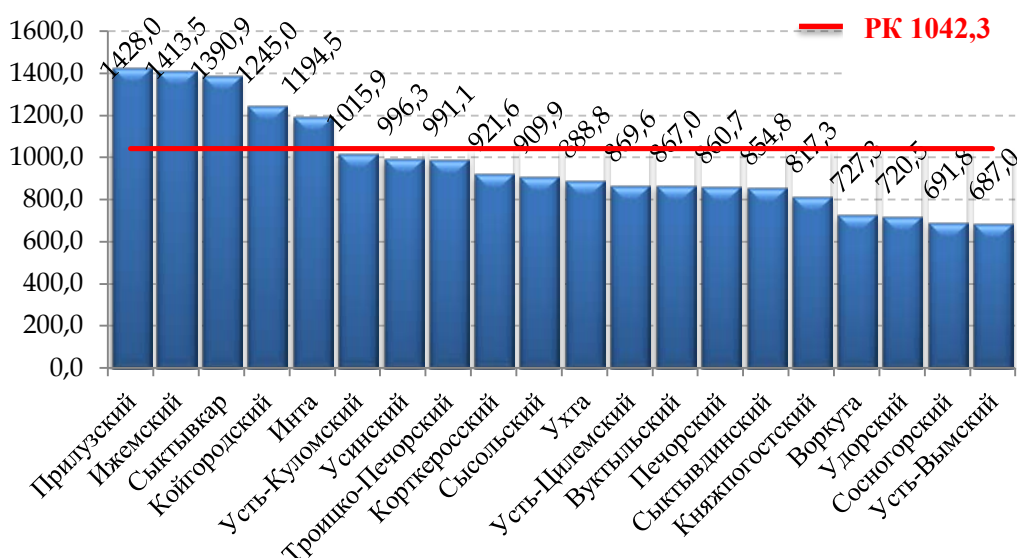
2.2. Первичная заболеваемость. Впервые в жизни зарегистрированная (инцидентная) заболеваемость в анализируемый пятилетний период имеет последовательный рост, в 2013 г. этот показатель на 6,5 % выше по сравнению с 2009 г.

Таблица 3.

**Динамика показателей первичной заболеваемости населения РК
в разрезе городов и районов в 2009-2013 гг. (на 1000 населения)**

Города и районы / Год	Всего заболеваний					
	2009	2010	2011	2012	2013	Отклонение к 2008
Вуктыльский	927,5	942,3	969,3	886,1	867,0	-6,5
Ижемский	759,4	1020,4	1291,9	1373,3	1413,5	86,1
Княжпогостский	750,0	643,0	683,0	654,4	817,3	9,0
Койгородский	1057,2	1278,2	1224,5	1125,4	1245	17,8
Корткеросский	726,2	612,4	738,1	768,5	921,6	26,9
Печорский	794,5	779,6	856,0	841,9	860,7	8,3
Прилузский	1364,7	1286,8	1249,3	1335,6	1428	4,6
Сосногорский	726,9	702,3	706,2	714,4	691,8	-4,8
Сыктывдинский	789,3	910,7	901,2	853,4	854,8	8,3
Сысольский	763,9	859,7	958,2	959,4	909,9	19,1
Троицко-Печорский	1095,7	1405,5	1277,7	1085,7	991,1	-9,5
Удорский	637,4	603,3	724,1	731,0	720,5	13,0
Усинский	984,1	960,6	1116,8	1039,6	996,3	1,2
Усть-Вымский	600,9	588,1	644,9	684,5	687	14,3
Усть-Куломский	788,1	815,6	929,7	918,6	1015,9	28,9
Усть-Цилемский	782,2	787,4	833,7	827,8	869,6	11,2
Воркута	838,6	689,1	749,0	782,3	727,3	-13,3
Инта	943,3	962,0	1069,1	1163,0	1194,5	26,6
Ухта	976,0	969,9	1020,7	1010,4	888,8	-8,9
Сыктывкар	1313,1	1372,4	1365,0	1380,8	1390,9	5,9
РК	978,9	985,7	1041,1	1048,1	1042,3	6,5
РФ	802,5	782,5	797,4	794,7	н/д	

Существенно выше средне-республиканского показателя первичная заболеваемость в г. Сыктывкаре, г. Инте, Ижемском, Прилузском, Койгородском районах. Этот показатель в указанных территориях коррелирует с показателем общей заболеваемости. Очевидно, что рост общего числа зарегистрированных заболеваний связан и с ростом впервые в жизни зарегистрированной патологии.



**Рис. 4. Первичная заболеваемость населения в РК в 2013 г.
(на 1000 нас.)**

Наибольшую долю в структуре впервые выявленной заболеваемости занимают болезни органов дыхания (46,3 процента). Этот 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 (10,1 процента). Травмы и отравления, также как и ОРВИ, дают ежегодный прирост впервые зарегистрированной патологии (острые состояния). Третье ранговое место (6,9 процента) 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 заболевания, регистрируемые ежегодно.



Рис. 5. Структура первичной заболеваемости населения РК в 2013 г. (в %)

Динамика показателя первичной заболеваемости в отдельных возрастных группах неоднозначна (рис. 6). Высокий уровень первичной заболеваемости складывается в основном за счет высоких показателей впервые зарегистрированной патологии у детей и подростков. У детей он выше в 4,4 раза, а у подростков - в 3 раза. И если первичная заболеваемость взрослого населения в динамике с 2009 г. снизилась на 1,5 процента, то у детей и подростков этот показатель вырос на 10,5 процента и 9,2 процента соответственно.

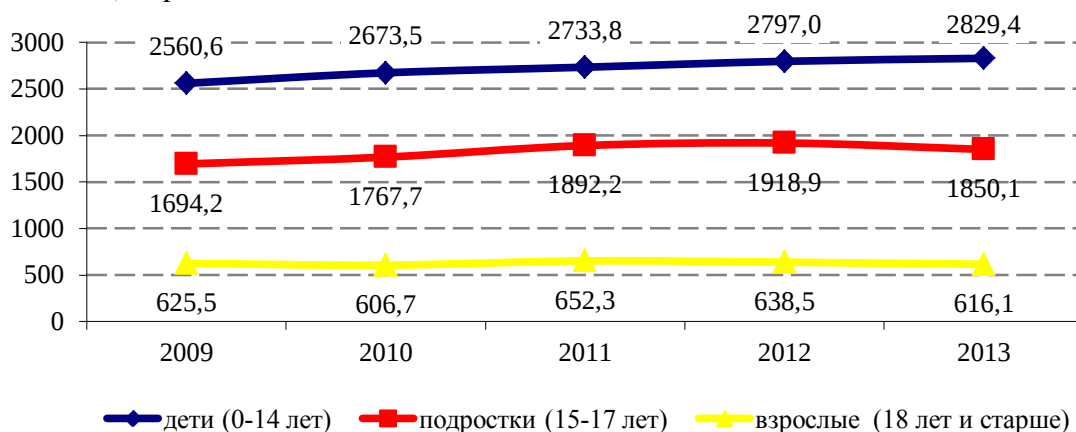


Рис. 6. Динамика первичной заболеваемости в отдельных возрастных группах населения РК в 2009-2013 гг. (на 1000 населения соответствующего возраста)

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

Таблица 4.

**Показатели первичной заболеваемости основных групп населения РК
на 1000 постоянного населения соответствующего возраста
по основным классам болезней в 2013 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	1799,7	Болезни органов дыхания	863,9	Болезни органов дыхания	176,2
II	Болезни кожи и подкожной клетчатки	151,8	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	189,4	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	94,6
III	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	139,4	Болезни кожи и подкожной клетчатки	137,6	Болезни мочеполовой системы	62,1
IV	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	124,5	Болезни мочеполовой системы	112,5	Болезни кожи и подкожной клетчатки	52,1
V	Болезни органов пищеварения	116,5	Болезни костно-мышечной системы	97,2	Болезни костно-мышечной системы	38,4

2.3. Патологическая поражённость.

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 31.12.2013 г. диспансеризация завершена в отношении 92 964 человек, из них работающих граждан - 56 777 человек, неработающих граждан - 36 053 человека, прошедших диспансеризацию граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме - 1 717 человек.

Установлено:

1 группа здоровья - 18 951 чел. (20,4 процента от общего числа осмотренных);

2 группа здоровья - 22 864 чел. (24,6 процента от общего числа осмотренных);

3 группа здоровья - 51 149 чел. (55,0 процентов от общего числа осмотренных).

Заподозрено наличие заболеваний - 4 016 случаев (4,3 процента от общего числа осмотренных); выявлено заболеваний - 10 370 случаев (11,1 процента от общего числа осмотренных).

Поскольку диспансеризация направлена на выявление и профилактику заболеваний, определяющих основные причины смертности и инвалидности, анализ сведений о патологической поражённости (числа впервые выявленных заболеваний на 1000 осмотренных) и ее структуре позволяет делать выводы об основных направлениях лечебной и оздоровительной работы с данным контингентом.

Структура впервые выявленных заболеваний в ходе диспансеризации определенных групп взрослого населения представлена следующими классами заболеваний:

болезни эндокринной системы - 44,9 процента, в том числе впервые выявленное ожирение - 11,9 процента;

болезни органов пищеварения - 11,8 процента;
 болезни системы кровообращения - 10,8 процента;
 болезни мочеполовой системы - 9,6 процента;
 болезни крови и кроветворной системы - 5,1 процента.

У граждан старше 60 лет в ходе диспансеризации впервые выявленная патология представлена болезнями эндокринной системы (41,2 процента), болезнями системы кровообращения (17,2 процента), болезнями органов пищеварения (12,0 процентов), мочеполовой системы (8,8 процента), болезнями крови и кроветворной системы (3,7 процента).

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 5.

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	23,6	50,2
Дислипидемия	16,8	27,6
Курение табака	23,5	10,2
Нерациональное питание	38,4	42,9
Низкая физическая активность	25,1	39,5
Избыточная масса тела (ожирение)	38,6	52,5
Высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск	10,8	29,6

Таким образом, в динамике с 2009 г. по 2013 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. В то же время проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2013 г. выявило частую встречаемость болезней эндокринной системы, болезней органов пищеварения, болезней крови и кроветворных органов, 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.

Указом Главы РК 2014 г. объявлен в РК Годом здоровья.

2.4. Социально-значимые заболевания.

Заболеваемость болезнями системы кровообращения (БСК).

В РК на протяжении последних лет отмечается неуклонная тенденция к росту общей заболеваемости болезнями системы кровообращения как среди взрослого населения, так и у детей. Общая заболеваемость взрослого населения БСК в РК за последние 5 лет выросла на 16,2 %, а по отношению к 2012 г. на 3,4%, за счет улучшения выявляемости в рамках выполнения нацпроекта «Здоровье» и диспансеризации взрослого населения. Впервые выявленная заболеваемость БСК снизилась с 24,8 до 22,9 на 1000 взрослого населения.

В целом заболеваемость болезнями системы кровообращения превышает уровень, характерный для Российской Федерации в среднем на 10-15 процентов (в РФ в 2012 г. - 27 318,1 на 100 000 населения).

За 2013 г. общая заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла:

среди взрослого населения - на 3,4 процента (с 29 983,7 на 100 000 населения в 2012 г. до 31 004,5 на 100 000 населения в 2013 г.);

у детей в возрасте 15-17 лет - на 7,7 процента (с 5 217,6 на 100 000 населения соответствующего возраста в 2012 г. до 5 616,8 на 100 000 населения соответствующего возраста в 2013 г.);

у детей в возрасте до 14 лет - на 3,9 процента (с 2 229,0 на 100 000 населения соответствующего возраста в 2012 г. до 2 316,1 на 100 000 населения соответствующего возраста в 2013 г.).

В наибольшей мере в 2013 г. отмечался рост показателей заболеваемости при артериальной гипертензии, цереброваскулярных болезнях, стенокардии и повторных инфарктах миокарда. Рост общей заболеваемости болезнями системы кровообращения связан с улучшением выявляемости заболеваний в ходе диспансеризации и профилактических осмотров населения.

Таблица 6.

Динамика общей заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения в РК в 2009-2013 гг. (на 1000 взрослого нас.)

Нозология / Год	2009	2010	2011	2012	2013	% к 2012	РФ 2011
Болезни системы кровообращения: общая заболеваемость; впервые выявленная заболеваемость.	266,7 20,0	270,2 22,8	292,6 26,4	299,8 24,8	310,0 22,9	3,4 -7,7	273,6 29,9
Ишемическая болезнь сердца: общая заболеваемость; впервые выявленная заболеваемость.	44,2 4,2	45,0 4,3	50,2 5,3	48,5 4,9	48,1 5,0	-8,0 2,0	62,4 6,1
Заболеваемость острым инфарктом миокарда.	1,92	1,83	1,5	1,7	1,5	-28,6	1,7
Артериальная гипертензия: общая заболеваемость; впервые выявленная заболеваемость.	97,2 4,6	101,6 5,0	109,7 5,8	112,2 4,2	117,9 4,3	5,1 2,4	101,0 7,4
Цереброваскулярные заболевания: общая заболеваемость; впервые выявленная заболеваемость.	77,7 5,8	73,1 6,2	74,4 6,68	82,2 7,4	90,9 6,9	10,6 -6,8	60,4 7,3

Рост общей заболеваемости болезнями системы кровообращения имеет место практически во всех районах РК. Превышение среднереспубликанского показателя отмечается в г.г. Сыктывкаре и Воркуте, в Вуктыльском, Троицко-Печорском, Сысольском, Удорском, Княжпогостском районах.

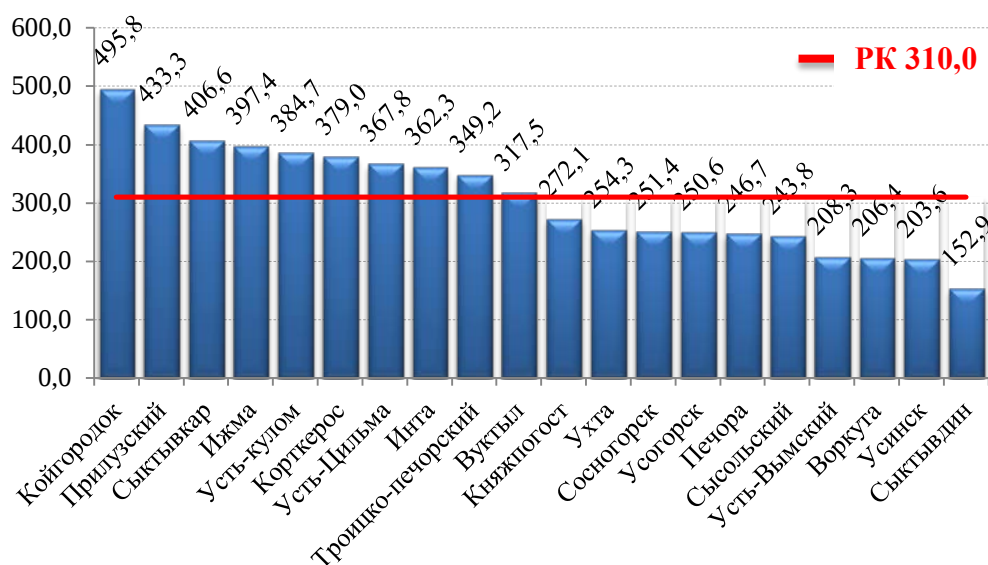


Рис. 7. Общая заболеваемость БСК в РК в 2013г. по территориям (на 1000 взрослого населения)

В структуре общей заболеваемости БСК преобладает артериальная гипертония (АГ). Общая заболеваемость АГ выросла по сравнению с предыдущим отчетным периодом на 5 процентов: в 2013 г. - 11 785,5 на 100 000 населения, в 2012 г. - 11 221,1 на 100 000 населения (в РФ 2012 г. АГ составила 112,0 на 1000 взрослого населения). В структуре артериальной гипертензии возросло число случаев с преимущественным поражением сердца и уменьшилось число случаев артериальной гипертензией с преимущественным поражением почек. Высокий уровень заболеваемости АГ зарегистрирован в Вуктыльском, Ижемском, Койгородском, Корткеросском, Прилузском, Троицко-Печорском, Усть-Куломском, Усть-Цилемском районах, в гг. Сыктывкаре и Инте.

Уровень общей заболеваемости хронической ишемической болезнью сердца в 2013 г. снизился на 0,5 процента, с 48,5 до 48,1 на 1000 взрослого населения (в 2013 г. - 3 292,9 на 100 000 населения, в 2012 г. - 3 310,8 на 100 000 населения). Этот показатель остается ниже среднероссийского уровня (3 349,4 на 100 000 населения), что может косвенно свидетельствовать о недостатках в диспансерном наблюдении указанного контингента пациентов. Уровень первичной заболеваемости хронической ишемической болезнью сердца в 2013 г. увеличился на 40,4 процента (2013 г. - 145,2 на 100 000 населения, 2012 г. - 103,4 на 100 000 населения), однако не достиг уровня показателя Российской Федерации - 206,6 на 100 000 населения.

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

ИБС в 2013 г. зарегистрировано 33630 случаев или 48,1 (2012г.-34417 случаев или 48,5) на 1000 взрослого населения, в РФ в 2012г. составила 63,0 на 1000 взр.нас.). Высокая заболеваемость ИБС в Койгородском, Усть-Цилемском, Прилузском, Инте, Вуктыльском, г. Сыктывкаре, относительно низкая заболеваемость ИБС в Сыктывдинском 18, Усинском 22,9, Усть-Вымском 24,4, Удорском 30,0 районах, что свидетельствует о недостаточном выявлении ИБС в этих районах.

Рост показателей заболеваемости цереброваскулярными болезнями связан с улучшением выявляемости (рост первичной заболеваемости), увеличением охвата диспансеризацией пациен-

тов (рост распространенности) пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, а также с ростом заболеваемости артериальной гипертонией - главным фактором риска развития инсультов.

Уровень общей заболеваемости цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) по РК снизилась и составила 90,9 (в 2012 г. – 82,2 на 1000 взрослого населения) и значительно превышает показатель по РФ (в РФ в 2011 г. - 58,3). Значительное превышение общереспубликанского показателя отмечается в районах: Троицко-Печорском (163,3), Усть-Куломском (128,2), Прилузском (125), Койгородском (181,9), в г. Сыктывкаре (121,7), г. Инте (130,6). Относительно низкая заболеваемость ЦВЗ отмечается: в г.г. Ухте (74,6) Воркуте (17,8), в Усть-Цилемском (53,0), Сыктывдинском (54,8), Сысольском (44,0), Усть-Вымском (44,1) и Усинском (39,6) районах.

Первичная заболеваемость БСК по РК в 2013 г. составила 22,9 на 1000 взрослого населения, это ниже, чем в 2012 г. (24,8 на 1000 взрослого населения) и ниже, чем по РФ в 2012 г. (30,4). Это связано с недостаточным выявлением указанной группы заболеваний.

В 2013 г. зарегистрировано 16014 больных с впервые в жизни установленным диагнозом БСК, или 22,9 на 1000 взрослого населения (в 2012г. - 17584 случаев, или 24,8 на 1000 взрослого населения), что также свидетельствует о низкой выявляемости БСК, а также отдельных нозологий БСК (ИБС, АГ, ЦВЗ) в РК.

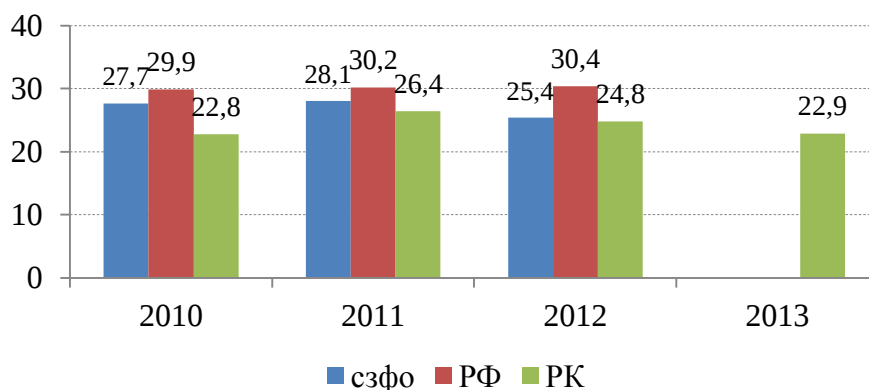


Рис. 8. Первичная заболеваемость БСК по РК в 2010-2013 гг. (на 1000 взрослого населения)

Первичная заболеваемость артериальной гипертонией в 2013 г. несколько увеличилась и составила 4,3 (в 2012 г. - 4,2, в 2011 г. - 5,8 на 1000 взрослого населения), но осталась ниже уровня РФ (в 2011 г. – 7,4 на 1000 взрослого населения).

Первичная заболеваемость ИБС выросла и составила 5,0 на 1000 взрослого населения (в 2012 г. – 4,9, в 2011г. - 5,3, в РФ в 2012 г. - 6,1). Высокая первичная заболеваемость ИБС отмечалась в 2013 г. в Сысольском районе (13,8) и в Койгородском районе (11,9). Низкая первичная заболеваемость выявлена в Вуктыльском (3,9), Корткеросском (3,2), Удорском (3,2), Княжпогостском (2,9), в г. Воркуте (2,9).

Первичная заболеваемость ЦВЗ снизилась и составила 6,9 на 1000 взрослого населения (в 2012 г. – 7,4, в 2011 г. - 7,2, в РФ в 2011 г. - 7,3). Высокий уровень первичной заболеваемости ЦВЗ зарегистрирован в Койгородском (21,7) и Княжпогостском (15,9) районах. Низкая первичная заболеваемость ЦВЗ отмечалась в 2013 г. в Усть-Вымском (4,4) и Усинском (3,2) районах.

Инфарктов миокарда зарегистрировано в абсолютных цифрах - 1078 случаев, или 1,5 на 1000 взрослого населения (в 2012 г. - 1179 случаев, или 1,7 случая на 1000 взрослого населения, в 2011 г. – 1072 случая, или 1,5 на 1000 взрослого населения, в РФ 2012 г. - 1,3).

Заболеваемость повторным инфарктом миокарда немного выросла и составила 0,4 (в 2012 г. - 0,37, в 2011 г. - 0,40 на 1000 взрослого населения), это выше, чем показатели по РФ в 2012 г. - 0,25 и в СЗФО - 0,21. В г. Сыктывкаре повторный инфаркт миокарда в 2013 г. развился у 108 человек (в 2012 г. – у 121 человека, в 2011 г. – у 136 человек) или 0,53 случая на 1000 взрослого населения, это максимальный показатель по РК.

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 3,8% в год, причины роста показателя заболеваемости, как и прежде, обусловлены снижением численности населения постоянно проживающего на территории республики, постарением населения, улучшением диагностики, увеличением количества первично-множественных форм рака, в доле первично выявленных злокачественных новообразований.

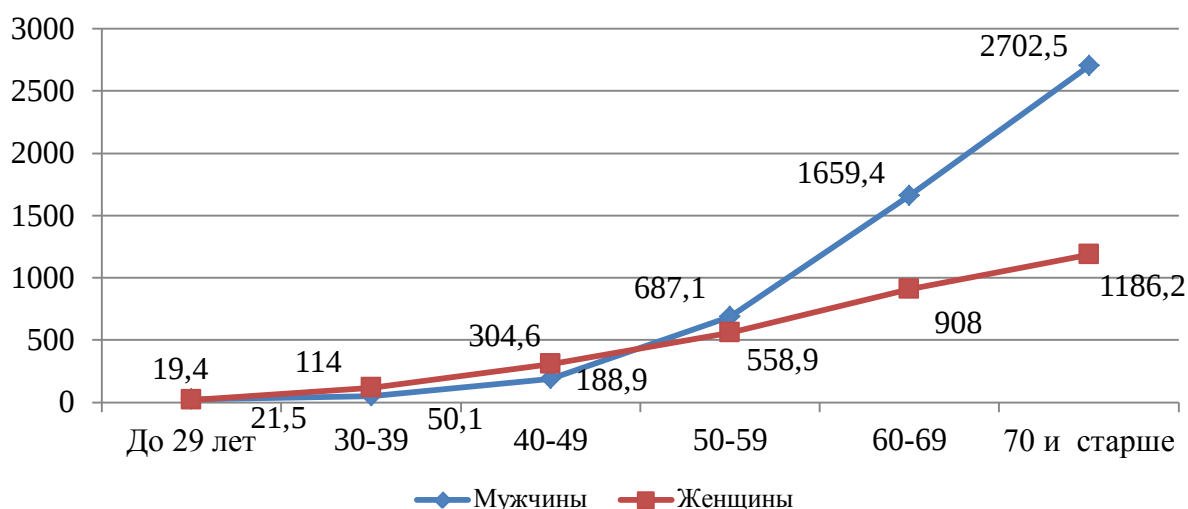
Таблица 7.

**Динамика обычного и стандартизованного показателей заболеваемости
злокачественными новообразованиями населения РК
в 2008-2012 гг. (на 100 тыс. жителей)**

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013	РФ 2012	СЗФО 2012
Обычный	305,5	311,6	334,1	348,9	364,1	367,3	381,0
Стандартизованный	241,3	237,5	246,8	251,5	258,2	227,6	

Анализируя повозрастную заболеваемость раком среди мужчин, можно сделать вывод, что в 2013 г. продолжает увеличиваться заболеваемость раком возрастных групп, с 40 лет. Следует отметить, что уровень зарегистрированных случаев рака у мужчин в возрасте до 29 лет самый высокий за последние 30 лет. В целом заболеваемость у мужчин с 2003 г. увеличилась на 36,0%. У мужчин в возрасте 50 лет и старше рак встречается почти в 1,5 раза чаще, так как основные нозологические формы у мужчин это рак легкого, желудка, которые, как правило, развиваются многие годы, а манифестация заболевания происходит в возрасте 50 лет и старше. Рост заболеваемости у мужчин обусловлен за счет половозрастных особенностей распространения рака, массовым курением среди мужчин, злоупотреблением алкоголя и др. причинами.

В 2013 г. у женщин отмечается рост заболеваемости только в возрастной группе 50-59 лет. За 10 лет наблюдений рост заболеваемости характерен для возрастных групп 40 лет и старше. До 50 лет случаи рака у женщин встречаются чаще, чем у мужчин за счет заболеваний шейки матки и молочной железы.



**Рис. 9. Повозрастная заболеваемость злокачественными новообразованиями
женского и мужского населения РК
(на 100 тысяч соответствующего возраста)**

Как и прежде, многие годы, первое место в структуре заболеваемости у мужчин занимает рак легкого – 19,9%. На втором месте колоректальный рак – 12,5%, рак желудка с 9,5% занимает третью строчку в структуре ЗНО, впервые на четвертое место вышли ЗНО предстательной железы – 9,3%, при этом у этой локализации имеется динамика роста, что в дальнейшем обязательно отразится на распределение мест. Далее по рангу расположились гемобластозы – 6,6%, ЗНО почек – 5,8%. У мужчин существенную группу образований формируют ЗНО органов пищеварения и дыхания, 32,1%, 19,9% соответственно, за последние годы эта группа практически не меняется.

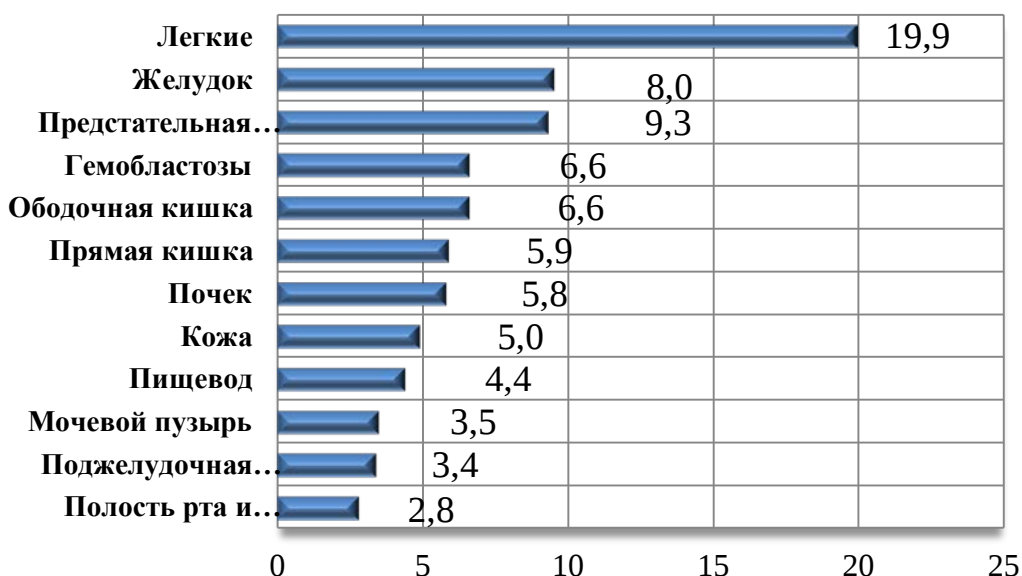


Рис. 10. Структура заболеваемости ЗНО мужского населения РК (%) за 2013 г.

У женщин в структуре заболеваемости наибольший удельный вес приходится на злокачественные опухоли молочной железы – 20,5%, на 2^{ом} месте – колоректальный рак 12,1%, на третьем – ЗНО кожи 7,2%, далее ЗНО тела матки 6,8%, шейки матки – 6,6%, яичников – 5,3%, желудка – 5,1%. Наибольший удельный вес в структуре онкозаболеваний женщин имеют органы репродуктивной и половой сферы, а также молочной железы, на их долю приходится 39,8%. При этом на опухоли половых органов приходится 19,3% это на 4,0% больше прошлого года, на органы пищеварения 23,2%, что на 3,0% меньше чем за аналогичный период прошлого года.

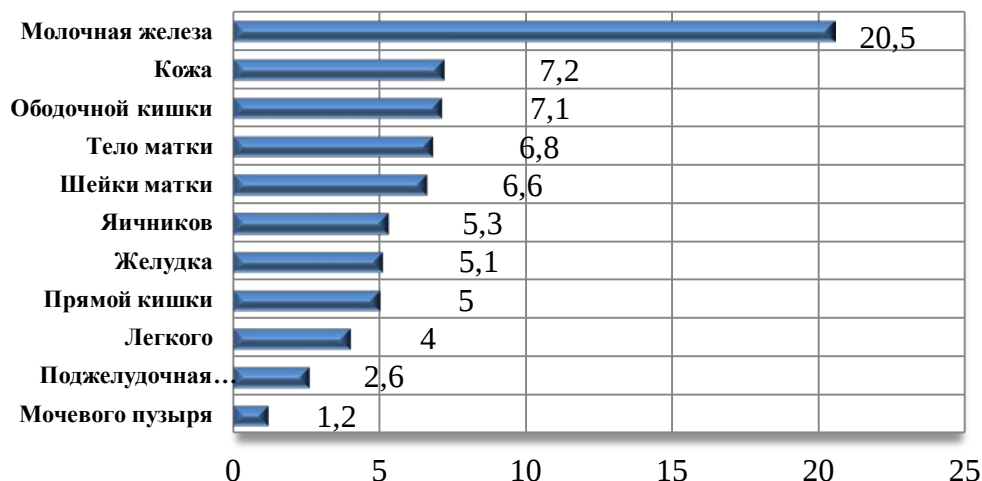


Рис. 11. Структура заболеваемости ЗНО женского населения РК (%) за 2013 г.

По темпу роста заболеваемости среди районов РК самый высокий прирост, за последние пять лет, отмечается в Княжпогостском районе, Удорском районе Усть-Куломском районе. Самый низкий темп роста по уровню заболеваемости отмечается в районах Сыктывкар, Сосногорск, Инта, в свою очередь в 2013 г. ни одна территория не показала уровень заболеваемости ниже пятилетнего.

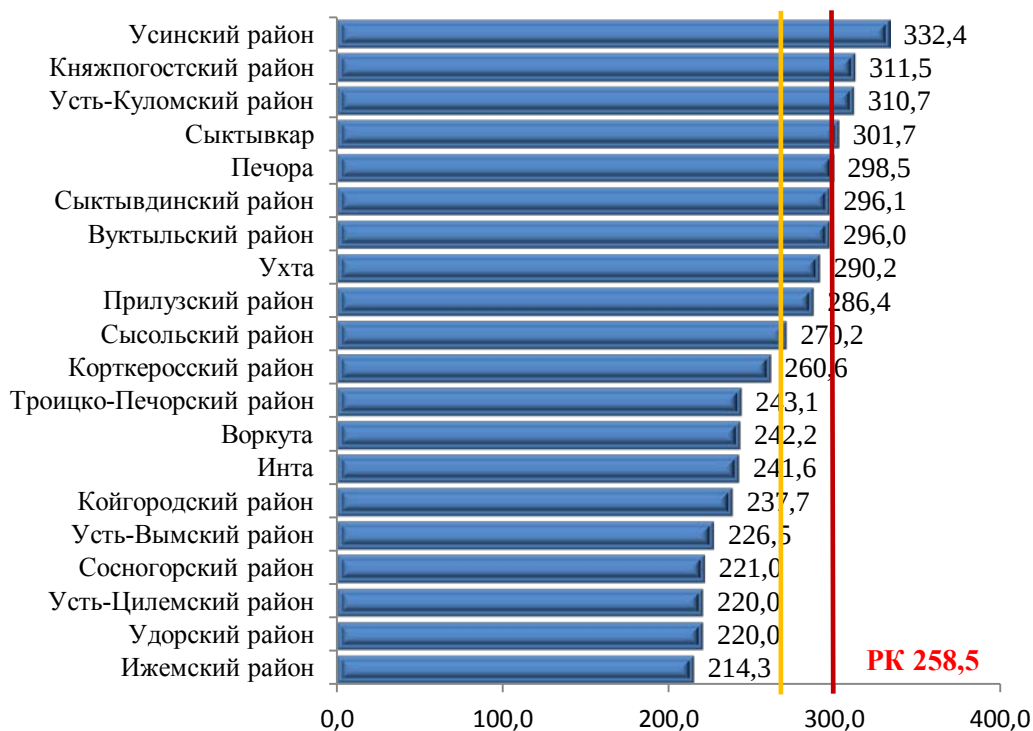


Рис. 12. Стандартизованная заболеваемость ЗНО по территориям РК в 2013 г. (на 100 000 населения)

Заболеваемость психическими расстройствами. На 31.12.2013 г. в диспансерах и психиатрических кабинетах было зарегистрировано 26010 пациентов с диагнозом психического расстройства, что составило 2,95 % населения республики или 2953,5 случаев на 100 000 населения, что на 3,3 % выше, чем российские показатели (по РФ данный показатель равен 2858,6 случая на 100 000 населения). При этом если российские показатели постепенно снижались, то по РК этот показатель с 2008 по 2010 г. существенно уменьшился и лишь в 2011 г. и ещё более в 2012 г. сблизился с российским показателем, а в 2013 г. несколько превысил его (Таблица 3, рис.2).

Среди этого количества больных зарегистрировано 4245 ребёнка до 14 лет или 2748,7 на 100000 детского населения (2012 г. 4270 ребёнка до 14 лет или 2809,4 случаев на 100000 населения), 1939 подростков или 7151,0 на 100000 подросткового населения и 19826 взрослых или 2836,0 случаев на 100000 соответствующего населения (2012 год-1810 подростков или 6564,2 на 100000 подросткового населения и 19393 взрослых или 2733,7 случаев на 100000 соответствующего населения). За 5 лет произошли небольшие изменения: снижение числа больных в расчёте на 100000 населения только в группе детей до 14 лет, а по подросткам и взрослым этот показатель увеличился, при этом в абсолютных цифрах по всем возрастным группам снижение. За 5 лет по этому показателю произошёл рост по психозам на 1%, по непсихотическим расстройствам на 6,7%, на 4,2% по умственной отсталости. Т.е. динамика небольшая и неустойчивая.

Таблица 8.

Контингенты зарегистрированных больных и заболеваемость психическими расстройствами на конец соответствующего периода в РК и РФ за 2009-2013 гг.

Годы	Всего		Психозы и состояния слабоумия		в т.ч. шизофрения		Непсихотические формы		Умственная отсталость	
	абс.	На 100 тыс. нас.	абс.	На 100 тыс. нас.	абс.	На 100 тыс. нас.	абс.	На 100 тыс. нас.	абс.	На 100 тыс. нас.
2009	27251	2843,0	6430	670,8	3260	336,7	13695	1414,5	7126	736,0
2010	25545	2685,7	6364	669,1	3193	335,7	12415	1305,3	6766	711,3
2011	25709	2859	6099	678,3	3232	359,4	12686	1410,8	6924	770
2012	25530	2869,1	6126	688,4	3225	362,4	12627	1419	6777	761,6
2013	26010	2953,5	5969	677,8	3110	353,2	13287	1508,8	6754	766,9
РФ-2008	4226899	2977,6	1105382	778,7	573950	404,3	2159398	1521,2	962119	677,8
РФ-2009	4215043	2970,2	1100039	775,2	570636	402,1	2164217	1525,1	950787	670
РФ-2010	4187873	2941,1	1107512	777,8	571305	401,2	2146851	1507,7	933510	656,6
РФ-2011	4135116	2894,4	1102140	771,4	567938	397,5	2112883	1478,9	920093	644
РФ-2012	4089439	2858,6	1091574	763,0	562021	392,9	2090683	1461,4	907182	634,1

По РФ за 5 лет произошло небольшое сокращение этого показателя-на 4,0% по всем группам психических расстройств.

В структуре контингента больных, в расчёте на 100000 населения, в целом преобладали больные непсихотическими формами – 51,1 %, доля больных с умственной отсталостью составила 25,9%, больных психозами и состоянием слабоумия – 23%, из них шизофрения 11,9%. По РФ по 2012 г. это соотношение соответственно 51,1 %: 22,2 %: 26,7 %, из них шизофрения 13,7%. Соотношение данных групп заболеваний не имело существенных сдвигов за 5 лет, как в РК, так и по РФ.

Уровень распространенности психических расстройств (общей заболеваемости) в расчёте на 100000 населения имеет свои особенности относительно российских показателей. В структуре психических расстройств преобладают непсихотические психические расстройства как и по российским показателям. Далее следует умственная отсталость (выше на 20,9% к РФ), по РФ же на втором месте психотические состояния и состояния слабоумия.

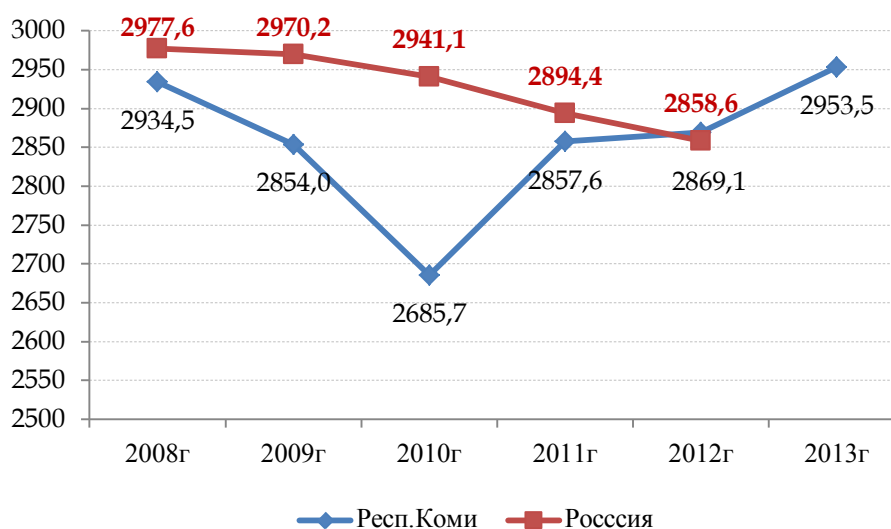


Рис.13. Распространённость психических расстройств и расстройств поведения на 100 тысяч человек населения в 2008-2013 гг.

Таблица 9.

**Уровень распространенности психических расстройств и расстройств поведения
в разрезе городов и районов РК за 2009-2013 гг.**

Города и районы / год	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский	2578,8	2645,4	2745,2	2821,4	2824,2
Ижемский	7056,1	7268,3	7694,8	7672,8	7849,8
Княжпогостский	2397,8	2633	2392,1	2486,5	2605,3
Койгородский	3365,9	3229,4	3348	3408,5	3516,8
Корткеросский	3282,8	3203,4	2783	3013,6	3184,8
Печорский	3404,6	3084,2	3273,9	3288,3	3324,9
Прилузский	2951,8	3155,9	2297,5	2669,7	2530,8
Сосногорский	1815,9	1800,7	1895,4	1807,3	1886,5
Сыктывдинский	2839	2994,4	3343	3771,5	3742,9
Сысольский	5219,4	4559,9	3840,6	3745,9	4280,4
Троицко-Печорский	4510,5	4552,9	5211	5138,6	5295,5
Удорский	3148,9	3153,4	3414	3536,2	3721,0
Усинский	1289,8	1479	1595,4	1739,4	1694,1
Усть-Вымский	2390,7	2425,5	2621	2749,8	2896,0
Усть-Куломский	4558	4139,9	5020,6	4358,8	4368,0
Усть-Цилемский	3119,4	2791	2734,9	2631,2	2606,4
г. Воркута	2681,8	2443,7	2581,3	2329,3	2558,8
г. Инта	3271,9	2678,7	2733,4	2155,6	2292,6
г. Ухта	1567,8	1543,2	1495,1	1477,4	1588,1
г. Сыктывкар	3093,5	2788,9	3223,8	3381,3	3454,5
РК	2843	2685,7	2859	2869,1	2953,5
РФ	2970,2	2941,1	2892,5	2858,6	-

Наибольшая заболеваемость по РК в Ижемском районе-7849,8, что в 2,66 раза выше республиканских цифр, при ежегодном росте показателя; в Троицко-Печорском районе - 5295,5 (в 1,79 раза выше, чем по РК), с ростом за 5 лет; на третьем месте по количеству зарегистрированных психических расстройств Усть-Куломский район-4368,0 случаев на 100000 населения (в 1,48 раз выше, чем по РК).

Таблица 10.

Соотношение диспансерного наблюдения и консультативной группы (в %)

Показатель/год		2009	2010	2011	2012	2013
РК	Диспансерное наблюдение	44,3	39,8	36,1	35,4	34,3
	Консультативная группа	55,7	60,2	63,9	64,6	65,7
РФ	Диспансерное наблюдение	43,7	43,2	42,8	42,2	-
	Консультативная группа	56,3	56,8	57,2	57,8	-

Сокращение по России пациентов в диспансерной группе составило за 5 лет 7,7%, рост по консультативно лечебной помощи увеличился на 0,7%.

Таблица 11.

**Контингенты больных психическими расстройствами и расстройствами поведения
на 100 тыс. населения наблюдаемых психиатрической службой (форма 36)**

Показатель//Год		2009	2010	2011	2012	2013
Контингенты больных, находящихся на диспансерном наблюдении	РК	1071,0	980,8	946,6	906,0	892,6
	РФ	1178,8	1146,0	1122,9	1103,2	-
из них с диагнозом:						
Психозы и состояния слабоумия	РК	431,4	403,2	401,3	393,0	394,6
	РФ	521,4	513,2	508	502,2	-

окончание табл. 11

в том числе шизофрения, шизоаффективные психозы, шизотипическое расстройство, аффективные психозы с неконгруэнтным аффекту бредом	РК	283,9	276,4	286,7	284,2	282,2
	РФ	336,9	332,7	329,8	327,1	-
Психические расстройства непсихотического характера	РК	211,9	188,7	172,6	154,5	149,9
	РФ	264,2	254,1	245,9	239,4	-
Умственная отсталость	РК	427,7	388,9	372,2	358,5	348,2
	РФ	393,2	378,8	369	360,8	-
Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь:	РК	1347,1	1485,9	1672,7	1649,7	1713,1
	РФ	1519,9	1505,0	2147,8	1510,9	-
Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь и находящиеся на диспансерном наблюдении	РК	2418,1	2466,7	2620,2	2555,7	2605,7
	РФ	2698,7	2652,1	2624,3	2614,1	-

Соотношение консультативной группы и диспансерного наблюдения (таблица 5) в целом по РК (65,7:34,3) и по России (57,8:42,2) 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.

В группе диспансерного наблюдения основную группу составляют пациенты с психотическими расстройствами и слабоумием 44,2% (по РФ-45,5%), затем пациенты с умственной отсталостью 39,0% (по РФ-32,7%), меньше всего наблюдаются пациенты с непсихотическими психическими расстройствами 16,8% (по РФ-21,8%).

Выявляемость психических расстройств. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства за 5 лет снизилось с 4641 больных в 2009 г. до 4085 больных в 2013 г., т.е. снижение на 12%, при этом в расчёте на 100 тысяч населения снижение на 4,2%. За 5 лет снижение первичной заболеваемости произошло по всем наблюдаемым группам заболеваний (таблица 12).

Таблица 12.

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства

Годы	Всего психические расстройства		Психозы и состояния слабоумия		в т.ч. шизофрения		Непсихотические психические расстройства		Умственная отсталость	
	абсолютное число	На 100 тыс.на с.	абсолютное число	На 100 тыс.на с.	абсолютное число	На 100 тыс.на с.	абсолютное число	На 100 тыс.на с.	абсолютное число	На 100 тыс.на с.
2009	4641	484,2	694	72,4	140	14,6	3646	380,4	301	31,4
2010	4255	447,4	551	57,9	115	12,1	3389	356,3	315	33,1
2011	4073	453,0	621	69,1	97	10,8	3175	353,1	277	30,8
2012	3518	395,4	537	60,3	87	9,8	2742	308,1	239	26,9
2013	4085	463,9	610	69,3	94	10,7	3179	361,0	296	33,6
РФ (2008)	506906	357,1	86250	60,7	19593	13,8	381258	268,6	39398	27,8
РФ (2009)	536136	358,3	88327	62,2	18800	13,3	382283	269,4	37811	26,9
РФ (2010)	498862	350,4	90894	63,8	18475	13,0	372274	261,4	35694	25,1
РФ (2011)	479709	335,6	88551	61,9	17416	12,2	357219	250,0	33939	23,7
РФ (2012)	469661	328,3	87741	61,3	16716	11,7	349254	244,1	32666	22,8

Сравнительный анализ показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами с российскими, показывает превышение уровня выявляемости психических расстройств по РК на 41,3% в расчёте на 100 000 населения. Такая тенденция сохранялась в течение всего 5 летнего периода, с некоторым сближением показателей в 2012 г., при этом показатель первичной

заболеваемости по России (328,3 на 100000 населения) постоянно снижается, за 5 лет снижение на 8,1%. Превышение идёт за счёт непсихотических психических расстройств (на 47,9%) и умственной отсталости (на 47,3%), по психозам и состояниям слабоумия на 13,1%, но по шизофрении меньше на 8,5%.

Уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами (в расчёте на 100 000 населения) в некоторых районах значительно превышает республиканский (таблица 13)

Таблица 13.

**Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами
по территориям республики в 2013 г. на 100 тысяч населения**

Города и районы	Всего психические расстройства	Психозы		Псих. расстройства непсихотического характера	Умственная отсталость
		Всего	из них шизофрения		
Вуктыльский	130,5	29,0	7,3	72,5	29,0
Ижемский	451,8	78,1	11,2	290,0	83,7
Княжпогостский	485,0	68,6	4,6	352,3	64,1
Койгородский	221,6	49,2	12,3	172,3	0
Корткеросский	677,0	98,9	15,6	510,4	67,7
Печорский	297,2	23,6	5,4	264,6	9,1
Прилузский	483,3	144,0	10,3	272,5	66,8
Сосногорский	170,7	39,4	15,3	91,9	39,4
Сыктывдинский	993,8	110,9	29,9	784,8	98,1
Сысольский	920,7	206,2	7,4	626,1	88,4
Тр.-Печорский	154,5	61,8	7,7	77,2	15,4
Удорский	174,5	25,7	0	143,7	5,1
Усинский	208,3	21,7	6,5	180,1	6,5
Усть-Вымский	311,0	78,6	10,7	185,9	46,5
Усть-Куломский	61,9	11,6	0	11,6	38,7
Усть-Цилемский	56,7	16,2	0	24,3	16,2
г.Воркута	210,2	51,1	17,0	148,8	10,2
г.Инта	244,3	37,1	9,3	133,0	74,2
г.Ухта	230,1	98,1	16,5	117,9	14,0
г.Сыктывкар	872,8	84,0	8,2	750,6	38,3
РК	463,9	69,3	10,7	361,0	33,6
РФ (2012)	328,3	61,3	11,7	244,1	22,8

В Сыктывдинском районе в 2,14 раза (за счёт всех психических расстройств : , непсихотических в 2,17 раз, и умственной отсталости в 2,92 раза, что выше всех других районов и психотических - выше РК в 1,6 раз); в Сысольском районе первичная заболеваемость превышает республиканские показатели в 1,98 раз также по всем группам заболеваний, но больше всего по психотическим состояниям и слабоумию в 2,98 раза, что выше всех других районов; г. Сыктывкаре в 1,88 раза а счёт, прежде всего, непсихотических расстройств в 2,1 раза.

Не менее важен и анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами в районах с низким уровнем выявляемости данной патологии. Существенно ниже средних цифр первичная заболеваемость в следующих районах: Усть-Цилемский район в 8,2 раза за счёт психотических расстройств и слабоумия и по непсихотическим расстройствам; Усть-Куломский (в 7,5 раз) также за счёт психотических расстройств и слабоумия и по непсихотическим расстройствам с постоянным снижением в последние 3 года.

Заболеваемость населения наркологическими расстройствами. В 2013 г. в РК было зарегистрировано 17097 человек с наркологическими расстройствами, что составило 1,9% от всего населения. В структуре общей заболеваемости наркологическими расстройствами 69,3% составляет алкоголизм, 6,1% - наркомания, 3,5% - алкогольные психозы, 0,3% - токсикомания. В динамике с 2009 г. отмечается тенденция снижения общей заболеваемости наркологическими расстройствами. Уровень болезненности в РК на 4,75% выше, чем в среднем по РФ, в основном за счет хронического алкоголизма. Мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины.

Таблица 14.

Заболеваемость населения наркологическими расстройствами

Годы	Всего		Алкоголь- ные психозы		Алкоголизм		Наркома ния		Токсико- мания		Злоупотр. алко- гол.		Злоупот. нарког. ср- ми	
	Абсолютное число	на 100 тыс. населения	Абсолютное число	на 100 тыс. населения	Абсолютное число	на 100 тыс. населения	Абсолютное число	на 100 тыс. населения	Абсолютное число	на 100 тыс. населения	Абсолютное число	на 100 тыс. населения	Абсолютное число	на 100 тыс. населения
2009	25811	2692,7	876	91,4	15727	1640,7	1307	136,4	88	9,2	7348	766,6	266	27,8
2010	24284	2553,1	793	83,4	15575	1637,5	1236	129,9	77	8,1	6105	641,9	364	38,3
2011	22313	2481,4	761	84,6	13918	1544,8	1236	137,4	61	6,8	5791	644,0	458	50,9
2012	19026	2138,1	722	81,1	12896	1449,2	1065	119,7	55	6,2	3797	426,7	409	46,0
2013	17097	1941,43	590	67,0	11843	1344,82	1036	117,64	42	4,8	3009	341,68	494	56,10
РФ- 2009		2290,7		73,96		1450,36		252,10		10,12		348,92		139,18
РФ- 2010		2214,99		70,67		1402,54		246,46		9,41		333,97		137,75
РФ- 2011		2114,46		66,90		1335,13		237,51		8,64		317,99		135,85
РФ- 2012		2041,16		60,75		1344,11		232,54		8,11		304,51		140,33

Значительное превышение среднереспубликанского уровня общей заболеваемости наркологическими заболеваниями в 2013 г. было зарегистрировано в Троицко-Печорском (в 2,6 раза), Прилузском районе (в 2,3 раза), Сысольском (в 2,2 раза), Ижемском (в 2,5 раза), Усть-Цилемском (в 1,7 раза). В динамике за последние 5 лет тенденция к росту распространенности наркологическими расстройствами наблюдается в Ижемском, Княжпогостском, Сысольском, Троицко-Печорском, Усть-Цилемском районах. Заболеваемость наркологическими расстройствами по РК в сравнении с 2012 годом снизилась на 9,2%.

Таблица 15.

Распространенность наркологических болезней в городах и районах РК (на 100 тыс. нас.)

Города и районы / год	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский	2449,3	2505,9	2453,7	2442,4	2240,75
Ижемский	3324,7	4185,9	4641,5	4885,7	4846,90
Княжпогостский	2970,9	3119,8	3463,4	3598,1	2795,83
Койгородский	3124,7	2141,8	2156,5	1067,4	960,12
Корткеросский	2812,5	2624,6	2675,6	2498,3	2671,60
Печорский	2755,9	2588,5	2592,8	2240,9	2025,84
Прилузский	6131,4	5756,2	6115,2	4954,5	4513,91
Сосногорский	5195,4	5332,4	5413,6	2661,0	2134,37

окончание табл. 15

Сыктывдинский	2424,1	2634,8	1418,2	1652,7	1770,10
Сысольский	3221,7	3492,7	4359,4	4928,8	4331,17
Троицко-Печорский	4696,5	5176,1	5536,6	5573,0	5036,69
Удорский	2068,9	2305,8	2606,0	2530,2	2289,65
Усинский	2370,9	2410,0	2570,4	2067,2	1906,89
Усть-Вымский	3526,6	1753,9	1558,2	1640,7	1379,75
Усть-Куломский	1702,6	1899,1	2214,3	1624,9	1787,03
Усть-Цилемский	2817,5	2798,4	2989,8	3318,6	3294,21
г. Воркута	1164,1	1175,7	769,0	927,0	847,48
г. Инта	3366,3	3115,1	2716,2	2743,0	2866,42
г. Ухта	1982,0	1940,5	1843,5	1311,3	1141,42
г. Сыктывкар	2739,4	2377,8	2194,3	1957,6	1739,32
РК	2692,7	2553,1	2481,4	2138,1	1941,43

В 2013 г. 80,6% больных, наркологическими расстройствами, находятся в группе диспансерного наблюдения, под профилактическим наблюдением состоит 19,4% всех учетных больных. Начиная с 2010 г. удельный вес лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, увеличивается (с 74% в 2010 г. до 81% в 2013 г.); удельный вес, состоящих под профилактическим наблюдением снижается (с 26% в 2010 г. до 19% в 2013 г.). Данная тенденция связана с изменениями в обществе к лицам, страдающим наркологическими расстройствами и стремлением разрешения социальных последствий самими пациентами.

Таблица 16.

**Структура больных, состоящих
под диспансерным и профилактическим наблюдением (в %)**

Показатель / Год	2009	2010	2011	2012	2013
Диспансерное наблюдение	73,6	74,1	76,4	79,4	80,9
Профилактическое наблюдение	26,4	25,9	23,6	20,6	19,1

Из данных таблицы, четко прослеживается тенденция снижения удельного веса лиц, состоящих в группе профилактического наблюдения, и увеличение удельного веса лиц, состоящих в группе диспансерного наблюдения.

Первичная заболеваемость наркологическими расстройствами в РК.

В 2013 г. в РК было зарегистрировано впервые в жизни больных с диагнозом наркологические расстройства (диспансерная и профилактическая группа) 1768 человек или 200,8 на 100 тыс. населения, в 2012 г. 2179 человек или 244,9 на 100 тыс. населения. В сравнении с 2012 г. показатель заболеваемости снизился на 18,0%.

По РФ первичная заболеваемость наркологическими расстройствами так же имеет тенденцию к снижению. Показатель больных, с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства в 2011 г. был равен 237,3 на 100000 населения, в 2012 г. был равен 215,04 на 100 тыс. населения снизился на 9,4 %.

Первичная заболеваемость диспансерной группы по РК в 2013 г. составила 978 человек, показатель равен 111,1 на 100 тыс. населения. В 2012 г. показатель был равен 126,8 на 100 тыс. населения или 1128 человек (в 2009 г. 210,0 на 100 тысяч населения, в 2010 г. – 197,8 на 100 тыс. населения, в 2011 г. 194,9 на 100 тыс. населения или 1753 человек). За прошедшие 5 лет количество больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение уменьшилось на 1035 человек, показатель снизился на 48,6%, (в 1,9 раза). По РФ показатель больных, с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства, взятых под наблюдение в диспансерную группу учета, в 2011 г. был равен 112,5 на 100 тыс. населения, в 2012 г. - 100,2 на 100 тыс. насе-

ления. Уровень первичной заболеваемости населения, взятого группу диспансерного наблюдения в РК в 2012 г. превышал среднероссийский показатель на 26,6%, в основном за счет заболеваемости хроническим алкоголизмом.

Таблица 17.

**Первичная заболеваемость всего населения наркологическими расстройствами
(диспансерная группа) (на 100 тыс. населения)**

Год	Всего	Алкоголизм	Алкогольные психозы	Наркомании	Токсикомании
2009	210,0	138,0	49,4	21,8	0,7
2010	197,8	130,8	41,9	24,5	0,5
2011	194,9	136,2	41,0	17,2	0,4
2012	126,8	84,8	27,3	14,2	0,4
2013	111,1	82,3	21,4	7,0	0,3
РФ-2009	131,02	76,9	35,67	17,77	0,68
РФ-2010	126,6	75,0	33,35	17,5	0,6
РФ-2011	112,54	66,2	30,47	15,36	0,51
РФ-2012	100,2	59,6	26,2	13,87	0,46

В 2013 г. первичная заболеваемость наркологическими расстройствами (диспансерная группа наблюдения) в РК в сравнении с 2012 годом, как видим в таблице, снизилась на 12,4%.

В 2013 г. превышение среднереспубликанского показателя заболеваемости диспансерной группы наблюдалось в Сысольском, Прилузском, Ижемском районах, г. Инта, Троицко-Печорском, Усинском районах.

Первичная заболеваемость наркологическими расстройствами женского населения РК (диспансерная группа). Всего зарегистрировано впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства женщин в РК в 2013 г. 439 человек (94,5 на 1000 тыс. женского населения), в 2012 г. 550 (117,14 на 1000 тыс. женского населения). Снижение произошло на 19,3%. Показатель первичной заболеваемости женского населения, взятого в диспансерную группу наблюдения в 2013 г. составил 56,8 на 100 тыс. женского населения или 264 женщины, в 2012 г. составил 70,3 на 100 тыс. женского населения или 330 человек. Показатель снизился по сравнению с 2012 г. на 19,2% или на 66 человек. В целом за 5 лет первичная заболеваемость у женщин, состоящих под диспансерным наблюдением, снизилась в 1,9 раза. Структура заболеваемости у женщин не отличается от структуры всего населения: на 1 месте хронический алкоголизм с алкогольными психозами (97,01%), на 2 месте – наркомании (2,99%), первичная заболеваемость токсикоманиями среди женского населения отсутствует как в 2012 г., так и в 2013г..



Рис. 14. Первичная заболеваемость женского населения

Заболееваемость отдельными кожными и венерическими болезнями.

Сифилис. По итогам 12 месяцев 2013 г. на территории республики в сравнении с аналогичным периодом 2012 г. отмечается существенное, на 24,1% снижение заболеваемости сифилисом (2012 г.-22,6 на 100 тыс. населения, 2013г. -17,0). Зафиксирован один случай сифилиса среди подростков и один случай у ребенка с половым путем передачи (случай сексуального насилия).

Рост заболеваемости сифилисом наблюдается среди населения г. Сыктывкара (в 1,4 раза, показатель 2012 г.- 16,6, 2013 г.- 23,0 на 100 тыс. населения), Усть-Цилемского района (в 3,5 раза), Корткеросского района (2,3 раза). Не регистрируются случаи сифилиса в Троицко-Печорском, Удорском и Княжпогостском районах.

В течение 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. Так, в 2011 г. заболеваемость по РК составила 21,1 на 100 тыс. (РФ – 37,6, СЗФО -39,1), в 2012 г. по республике показатель -22,6 на 100 тыс. (РФ – 33,0, СЗФО – 37,6).

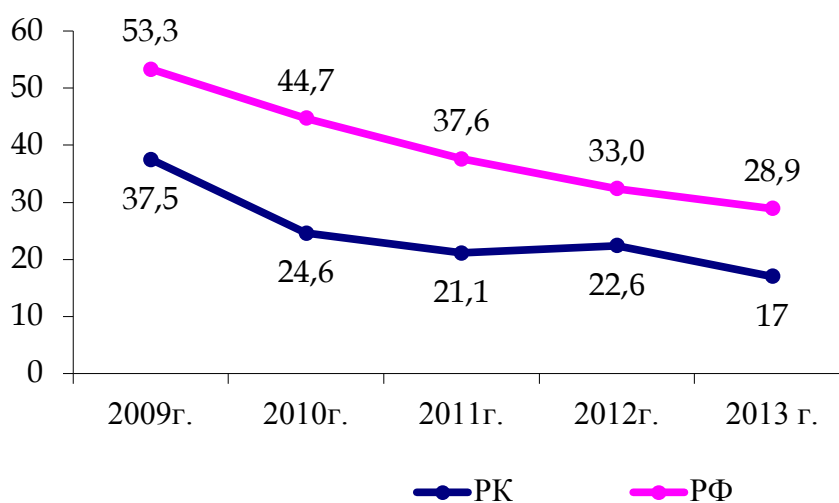


Рис. 15. Заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения по РК и РФ в 2009-2013 гг.

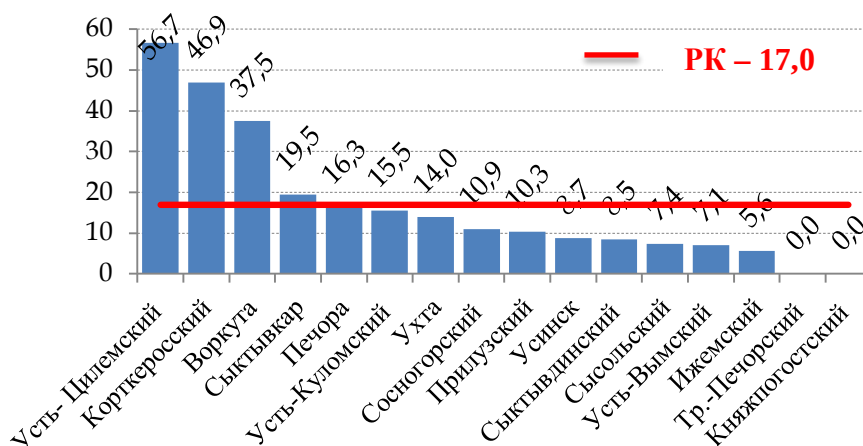


Рис. 16. Заболеваемость сифилисом за 2013г. по территориям РК

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

Таблица 18.

**Динамика заболеваемости сифилисом
в разрезе территорий РК за 2009-2013 гг.**

Территория	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013
Сыктывкар	34,2	24,7	16,3	18,3	19,5
г. Ухта	29,9	33,8	37,7	22,1	14,0
г. Воркута	24,7	11,8	22,1	65,1	37,5
г. Инта	15,7	11,0	5,7	0	3,1
г. Печора	21,0	18,0	19,3	24,5	16,3
г. Усинск	43,3	11,9	12,7	21,2	8,7
г. Вуктыл	74,0	12,7	6,8	0	14,5
Усть-Куломский	33,1	23,4	15,0	11,2	15,5
Сыктывдинский	52,9	44,5	30,8	22,0	8,5
Корткеросский	57,7	9,0	5,1	20,5	46,9
Сысольский	31,7	25,9	0	14,4	7,4
Койгородский	98,7	22,2	11,9	0	12,3
Тр.-Печорский	102,7	26,2	36,2	21,7	0
Усть-Вымский	12,8	13,0	23,9	6,8	7,1
Княжпогостский	50,7	8,0	0	8,6	0
Прилузский	53,6	13,7	43,7	9,7	10,3
Ижемский	71,2	46,6	26,8	16,1	5,6
Усть-Цилемский	50,3	80,8	7,7	15,5	56,7
Удорский	4,3	17,6	0	0	0
Сосногорский	77,3	61,6	47,2	30,1	10,9
РК	37,5	24,6	21,1	22,6	17,0
РФ	53,3	44,7	37,6	33,0	28,9

Рост заболеваемости сифилисом в 2013 г. отмечался среди населения г. Сыктывкара, Усть-Цилемского и Корткеросского районов, несмотря на снижение уровня заболеваемости в г. Воркута показатель – 37,5 на 100 тыс. населения значительно превышает республиканский уровень.

Таблица 19.

**Структура заболеваемости сифилисом по возрастам
в динамике за 5 лет**

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013
Всего по РК	359	234	190	201	150
0-14 лет	2 (0,5%)	1 (0,4%)	1(0,6%)	2(1,0%)	1 (0,6%)
15-17 лет	7 (2,0%)	6 (2,3%)	3(1,6%)	1(0,5%)	1 (0,6%)
18-19 лет	20 (5,6%)	13 (5,6%)	8(4,2%)	7(3,5%)	6 (4,0%)
20-29 лет	139 (38,7%)	115 (49,3%)	81(42,6%)	75(37,3%)	47(31,3%)
30-39 лет	106 (29,5%)	45 (19,2%)	55(28,9%)	54(26,9%)	57 (38,2 %)
40 лет и старше	85 (23,7%)	54 (23,2%)	42(22,1%)	62(30,8%)	38 (25,3%)

В показателях на 100 тыс. населения самый высокий уровень заболеваемости сифилисом отмечается в возрастной группе 20-29 лет, где уровень превышает в 1,95 раза заболеваемость сифилисом по республике в целом.

Таблица 20.

Структура заболеваемости сифилисом по полу в динамике за 2009-2013 гг.

	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.
мужчины	52,9%	48,7	59,0%	58,7%	52,66%
женщины	47,1%	51,3	41,0%	41,3%	47,34%

Уровень заболеваемости сифилисом среди мужчин и женщин в 2013 г. приблизительно одинаков (соответственно 18,9 и 15,4 на 100 тыс. населения мужского и женского пола) в 2012 г. уровень заболеваемости сифилисом был выше среди мужчин на 29,1%.

Таблица 21.

Структура выявленного сифилиса по формам в динамике за 2009-2013 гг.

Нозология	2009	2010	2011	2012	2013
Первичный	64 (17,8%)	43(18,8%)	36(19,0%)	23(11,4%)	18 (11,6%)
Вторичный	126 (35,1%)	59 (25,2%)	45(23,7%)	68(33,7%)	36 (23,4%)
Ранний скрытый	159 (44,3%)	117 (50,0%)	99(52,1%)	94(46,4%)	67(45,65%)
Поздний скрытый	2 (0,6%)	1 (0,4%)	1(0,5%)	1(0,5%)	-
Скрытый неуточненный	7 (1,9%)	9 (3,9%)	5(2,6%)	5(2,5%)	1 (0,7%)
Нейросифилис с симптомами	1 (0,3%)	5 (2,12%)	4(2,1%)	10(5,0%)	28 (18,65%)
Врожденный	-	-	-	1(0,5%)	-

Число заболевших сифилисом подростков за 2013 год составило 1 случай или 3,5 на 100 тыс. нас., что соответствует уровню 2012 г.. Заражение произошло половым путем. Случаев сексуального насилия не было.

Среди детей за 2013 было выявлен 1 случай сифилиса в г. Сыктывкаре (сифилис скрытый ранний), ребенок из социально неблагополучной семьи, путь передачи половой (сексуальное насилие).

В сравнении с 2012 годом на 1 случай увеличилось число беременных женщин, больных сифилисом. В 2013 г. зарегистрировано 10 случаев сифилиса у беременных (2012 – 9 случаев, 2011 год- 20 случаев, 2010 год- 29 случаев). В отчетном г. беременность закончили родами 5 женщин, вставших на учет в 2013 г. и 4 женщины, состоящих на учете с 2012 г., прервали беременность – 3 женщины, продолжают вынашивать на конец отчетного года – 3 женщины.

Таблица 22.

Структура заболеваемости сифилисом в РК по занятости населения за 2012-2013 гг.

Отрасль	2012		2013	
	Абс.	Уд. вес	Абс.	Уд. вес
ВСЕГО:	201	100	150	100
Соц. защита	-	-		
Прочие мин-ва и отрасли	7	3,5	5	3,2
Промышленность	16	8,0	12	7,8
Сельское хозяйство	-	-	1	0,7
Транспорт	12	6,0	10	6,7
Строительство	2	1,0	1	0,7
Торговля и общепит	24	12,0	17	11,0

окончание табл. 22

Жилкомхоз и бытовое обслужив.	7	3,5	5	3,2
Здравоохранение	4	2,0	1	0,7
Образование	5	2,5	3	2,1
Учащиеся всего, в т.ч.:	11	5,5	4	2,7
ВУЗов	5	2,5	2	1,4
ССУЗов	4	2,0	1	0,65
Школ	2	1,0	1	0,65
Неработающие	78	39,0	82	55,3
БОМЖи	2	1,0	2	1,4
Прочие	31	15,0	11	7,3
Неорганизованные подростки	-	-	-	
Неорганизованные дети	2	1,0	-	
Дети ДДУ	-	-	-	

Таблица 23.

Структура выявления больных сифилисом специалистами разных учреждений

Учреждение/ год	2010 г.		2011г.		2012 г.		2013 г.	
	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК
Обратились самостоятельно	25,2	21,6	23,4	24,4	22,9	19,6	н/д	13,5
Медицинские организации КВ профиля	22,2	29,3	22,4	28,5	23,1	31,5	н/д	41,5
Другие м/о	18,4	15,9	19,2	16,4	19,6	13,9	н/д	16,2
Стационары	17,5	17,2	18,8	15,9	16,8	21,1	н/д	16,7
Мед. осмотры	17,3	15,6	17,1	14,8	17,7	13,9	н/д	12,1

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

Таблица 24.

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

№	показатели	2009	2010	2011	2012	2013
1.	В КВУ при обследовании, в т.ч. обследовании контактов	37,3	37,5	36,9	38,7	48,0
2.	Акушер-гинекологами (амбулаторно)	8,1	13,0	8,2	6,8	8,5
3.	Акушер-гинекологами (стационарно)	3,3	1,6	2,1	3,7	1,5
4.	Урологами	1,9	0,5	2,1	2,5	0,7
5.	В стационарах различных профилей, кроме акушер-гинекологов	18,1	20,1	18,4	22,2	17,7
6.	В амбулаторно-поликлинических учреждениях, кроме акушер-гинекологов	9,6	7,1	13,1	10,4	10,0
7.	При обследовании доноров	1,1	0,5	0,7	1,2	0
8.	Периодические проф. осмотры	9,2	6,5	5,4	6,2	10,8
9.	При прочих проф. осмотрах	5,9	7,6	3,5	2,5	1,4
10.	При поступлении на работу	7,4	6,0	9,6	7,4	1,4

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

Гонорея. Отмечено снижение заболеваемости гонореей среди населения РК на 11,9%. Уровень заболеваемости гонореей среди подростков так же снизился на 4% в сравнении с показателем 2012 г.

Заболеваемость гонореей повысилась по сравнению с 2012 г. в г. Сыктывкар (рост в 1,3 раза), Корткеросском (рост в 1,3 раза), Сысольском (рост в 1,8 раза), Койгородском (рост в 2 раза), Усть-Цилемском (рост в 2 раза) районах. В перечисленных муниципальных образованиях (кроме Сысольского, Койгородского, Усть-Цилемского районов) отмечается и превышение среднего республиканского показателя. Несмотря на снижение уровня заболеваемости превышение среднереспубликанского уровня отмечается в г. Инта (показатель 120,6 на 100 т.), г. Печора (146,1 на 100 т.) Уровень заболеваемости гонореей за 12 месяцев 2013 г. среди подростков превышает данные показатели в целом среди населения на 22,2%, однако в сравнении с 2012 годом снизился на 23%. Зарегистрирован один случай заболевания у детей, показатель аналогичен уровню 2012 г.

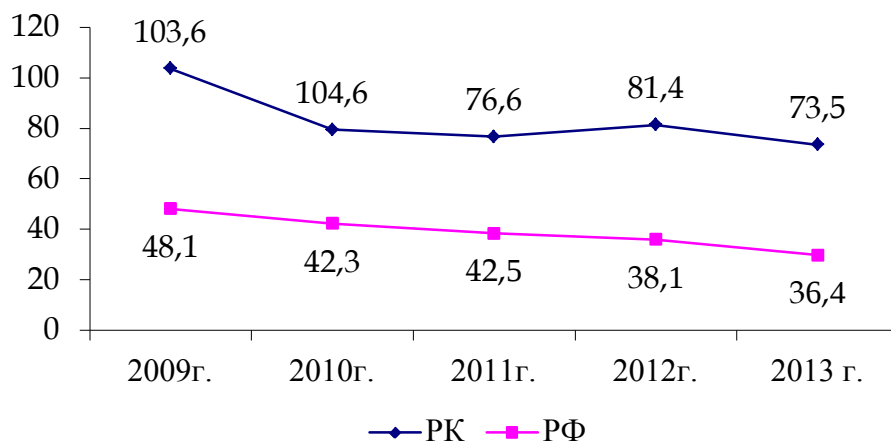


Рис. 17. Динамика заболеваемости населения гонореей на 100 тыс. населения в РК и РФ за 2009-2013 гг.

Таблица 25.

Уровень заболеваемости гонореей в разрезе территорий РК (на 100 тыс. нас.) за 2009-2013 гг.

Территория	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.
Сыктывкар	131,7	97,6	92,6	86,2	102,7
г. Ухта	76,4	83,4	104,9	91,0	47,0
г. Воркута	70,5	58,8	60,9	58,8	57,9
г. Инта	133,7	104,3	108,9	177,6	120,6
г. Печора	166,2	134,2	113,8	162,8	143,1
г. Усинск	92,6	81,4	65,9	110,5	69,4
г. Вуктыл	61,7	19,0	27,1	13,6	0,0
Усть-Куломский р-н	119,2	50,2	67,4	45,0	73,5
Сыктывдинский р-н	130,2	101,0	74,9	92,5	59,7
Корткеросский р-н	164,1	85,2	66,5	97,2	130,2
Сысольский р-н	57,1	38,8	57,6	36,0	66,3
Койгородский р-н	65,8	44,4	59,6	11,9	24,6
Тр-Печорский р-н	64,2	45,9	28,9	43,4	46,3

окончание табл. 25

Усть-Вымский р-н	128,4	114,1	44,4	37,6	21,4
Княжпогостский р-н	81,9	43,9	64,5	43,0	32,0
Прилузский р-н	178,6	104,7	48,6	106,9	72,0
Ижемский р-н	30,5	15,5	32,2	42,9	27,9
Усть-Цилемский р-н	50,3	22,0	7,7	7,7	16,2
Удорский р-н	91,1	57,1	49,3	29,6	35,9
Сосногорский р-н	46,8	24,6	25,8	19,3	21,9
РК	104,6	79,5	76,6	80,5	73,5
РФ	48,1	42,5	38,1	36,4	29,58

Самый высокий уровень заболеваемости гонореей отмечается среди возрастных групп населения 20-29 лет (превышение среднереспубликанского показателя в 3,7 раза) и среди 15-19 лет (превышение в 1,7 раза).

Таблица 26.

Структура заболеваемости гонореей по возрастам

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013
Всего по РК	1003	756	689	724	647
0-14 лет	1 (0,1%)	1 (0,1%)	3 (0,4%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)
15-17 лет	48 (4,8%)	25 (3,3%)	35 (5,1%)	27 (3,7%)	26 (4,0%)
18-19 лет	96 (9,6%)	58 (7,7%)	23 (3,3%)	36 (5,0%)	29 (4,4%)
20-29 лет	647 (64,7%)	489 (64,7%)	464 (67,3%)	490 (67,7%)	431 (66,7%)
30-39 лет	149 (14,8%)	139 (18,4%)	127 (18,4%)	117 (16,2%)	120 (18,6%)
40 лет и старше	62 (6,2%)	44 (5,8%)	37 (5,3%)	53 (7,3%)	40 (6,2%)

Заболеваемость подросткового населения РК гонореей в 2013 г. в сравнении с 2012 годом практически не изменилась и составила по итогам 2013 г. 95,8 на 100 тыс. подросткового населения или 26 случаев. Для сравнения в 2012 г. было зарегистрировано 27 случаев заболевших гонореей подростков или 94,9 на 100 тыс. нас.

В 2013 г. зарегистрирован 1 случай заболевших гонореей детей в г. Сыктывкаре (в 2012 г. так же был выявлен 1 случай гонореи среди детского населения).

Заболеваемость гонореей среди городского населения на 28,8% выше, чем среди сельского населения.

Таблица 27.

Распределение больных гонореей по полу (в %)

	2009	2010	2011	2012	2013
мужчины	74,4	77,9	78,8	75,3	74,1
женщины	25,6	22,1	21,2	24,7	25,9

Таблица 28.

Структура заболеваемости гонореей за 2012-2013 гг.
в РК по занятости

Отрасль	2012 г.		2013 г.	
	Абс.	Уд. вес	Абс.	Уд. вес
ВСЕГО:	724	100,0	647	100,0
Соц. защита	0	-	0	

окончание табл. 28

Прочие мин-ва и отрасли	34	4,7	31	4,8
Промышленность	92	12,7	88	13,6
Сельское хозяйство	2	0,3	2	0,3
Транспорт	27	3,8	24	3,7
Строительство	20	2,8	17	2,6
Торговля и общепит	78	10,8	69	10,7
Жилкомхоз и бытовое обслуж.	11	0,4	10	1,5
Здравоохранение	14	1,9	8	1,2
Народное образование	15	2,1	13	2,0
Учащиеся в т.ч.:	79	11,0	73	11,3
ВУЗов	23	3,2	19	2,9
ССУЗов	43	6,0	41	6,4
Школ	13	1,8	13	2,0
Неработающие	247	34,1	221	34,2
Прочие	103	14,2	91	14,1
Дети ДДУ	1	0,15	0	0

Структура заболеваемости за 2013 год практически не изменилась в сравнении с предыдущим годом. В структуре заболеваемости гонореей, по прежнему, значительное количество случаев приходится на безработных – 34,2%, работников промышленности – 13,6%, учащихся – 11,3%. Качественные показатели по выявлению больных и по работе в очагах остаются на прежнем уровне.

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).

Таблица 29.

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

Нозология/год	2009	2010	2011	2012	2013	2013 РФ
Хламидиоз	138,3	105,7	85,4	68,9	72,9	53,2
Кандидоз	195,9	166,1	169,9	165,6	171,0	
Гарднереллез	261,2	206,4	224,5	191,2	177,8	
Кондиломатоз	46,2	37,5	38,9	37,9	36,9	23,7
Трихомониаз	163,2	137,1	111,1	97,2	81,3	82,1
Урогенитальный герпес	27,4	23,3	21,5	21,0	21,7	15,4
Уреаплазмоз	424,8	264,9	187,7	263,2	258,8	

По заболеваемости хламидиозом и трихомониазом, в течение пяти лет отмечается стабильный тренд к снижению, хламидиозом на 96,2%, а трихомониазом в два раза.

Хламидиоз. Наиболее высокие показатели заболеваемости хламидиозом, превышающие среднереспубликанский уровень, наблюдаются среди населения г. Сыктывкара (на 51%), г. Воркута (на 21%), г. Усинск (в два раза), г. Вуктыл (62 случаев при отсутствии регистрации в 2012 г.), Сосногорского (91%) и Сыктывдинского (50,6%) районов. Однако статистические данные по хламидиозу в целом по республике не являются полностью корректными из-за отсутствия качественных лабораторных методов исследований в территориях, кроме г.г. Сыктывкара, Воркуты, Печоры и Ухты. Только единичные случаи зарегистрированы в Сысольском, Удорском и Усть-Цилемском районах.

Трихомоноз. Наиболее «неблагополучные» территории по трихомонозу: г. Инта, Сыктывдинский, Корткеросский, Сысольский, Троицко-Печорский и Прилузский районы превышение в два и более раза республиканского уровня.

Необходимо отметить, что приведенные статистические данные нельзя считать полностью достоверными, т.к. исследования на ИППП нового поколения не проводятся во многих 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.

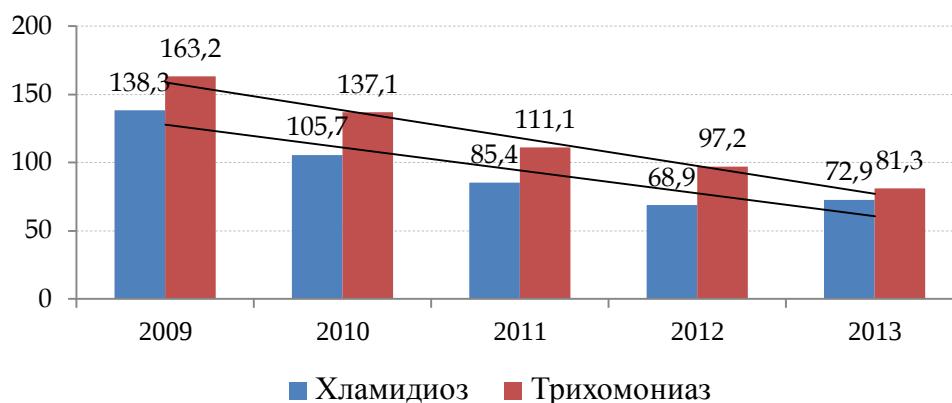


Рис. 18. Динамика заболеваемости хламидиозом и трихомониазом по РК за 5 лет

Заболеваемость заразными кожными заболеваниями.

Чесотка. По показателям 2013 г. отмечается стабильное снижение пораженности населения **чесоткой** с 165,4 в 2009 г. до 47,6 в истекшем г., снижение более чем в 3,4 раза. Выше среднереспубликанского показателя пораженности чесоткой отмечается среди населения г. Сыктывкар (с Эжвой), в 1,3 раза), Троицко-Печорского (в 1,6 раза), Сысольского (в 2,1 раза), Ижемского (в 4,7 раза), Удорского (в 1,5 раза), Прилузского (в 2,9 раза), и Усть-Цилемского (на 44 %) районов. Не регистрируется чесотка в г. Вуктыл.

Таблица 30.

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

Территории/год	2009	2010	2011	2012	2013
г. Сыктывкар	230,8	176,4	133,5	87,8	63,3
г. Ухта	122,8	72,4	63,1	39,3	11,5
г. Инта	86,5	107,0	68,8	48,7	21,6
г. Воркута	151,7	79,6	89,3	28,4	38,6
г. Печора	72,6	75,3	70,0	73,5	43,5
г. Усинск	230,4	162,8	93,5	36,1	19,5
г. Вуктыл	43,2	76,1	33,9	6,8	0
Сыктывдинский	211,5	177,8	88,1	79,3	42,7
Корткеросский	190,8	107,7	133,0	87,0	26,0
Сысольский	114,2	245,8	331,5	180,1	103,1
Койгородский	186,4	144,3	119,1	35,7	36,9

окончание табл. 30

Усть-Куломский	258,4	134,0	97,4	112,4	61,9
Усть-Цилемский	208,4	235,0	54,1	108,2	64,8
Троицко-Печорский	89,8	59,0	101,3	79,6	61,8
Усть-Вымский	86,6	55,4	78,6	34,2	17,9
Княжпогостский	128,7	103,7	43,0	25,8	13,7
Прилузский	192,0	214,0	306,0	116,6	174,8
Ижемский	188,1	150,2	182,4	166,3	223,1
Удорский	273,2	210,8	177,3	152,7	77,0
Сосногорский	56,9	28,7	32,2	30,1	17,7
По РК	165,4	124,4	104,6	67,5	47,6
РФ		64,9	49,5	38,2	н/д
СЗФО		75,3	56,4	43,9	н/д

Таблица № 31.

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

2009	2010	2011	2012	2013
40,5%	45,2%	45,3%	46,0%	51,6%

Таблица 32.

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

Показатели/год	2009	2010	2011	2012	2013
В КВУ по поводу интеркурентных заболеваний	61,3	66,3	69,9	70,8	75,0
В стационарах различных профилей	11,1	9,0	6,6	2,9	3,8
При периодических проф.осмотрах	4,5	4,9	4,9	7,7	3,3
При прочих проф.осмотрах	10,0	9,3	11,1	8,8	9,9
В амбулаторно-поликлинических учреждениях (прочими специалистами)	10,3	9,0	7,5	8,8	8,0

Таблица 33.

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

2009	2010	2011	2012	2013
10,4	13,8	11,2	13,2	11,5

Микроспория. Заболеваемость населения РК данной нозологией в сравнении с 2012 годом уменьшилась на 4,8% и составила в 2013 г. – 349 случ. или 39,6 на 100 тыс нас. (в 2012 г. - 369 случая или 41,5 на 100 тыс. нас.). Пик выявляемости, как и в прошлые годы, был зарегистрирован в осенний период, что объясняется большим количеством завозных случаев микроспории из-за пределов РК (д/д, лагеря, базы отдыха). Наибольший уровень заболеваемости микроспорией среди территорий РК зарегистрирован в Прилузском районе – 138,8 на 100 тыс. нас., что в 3,5 раза превышает среднереспубликанский показатель.

Выше среднереспубликанского показателя заболеваемость в: г. Сыктывкаре – в 1,3 раза, г. Воркуте – в 2 раза, г. Усинске – в 2,2 раза, Койгородском р-не – в 1,8 раза, Корткеросском районе – в 1,7 раза,

В сравнении с 2012 годом рост количества случаев микроспории в 2013 г. отмечался среди населения г. Усинска, г. Печора, Сысольского, Усть-Куломского, Прилузского и Троицко-Печорского районов.

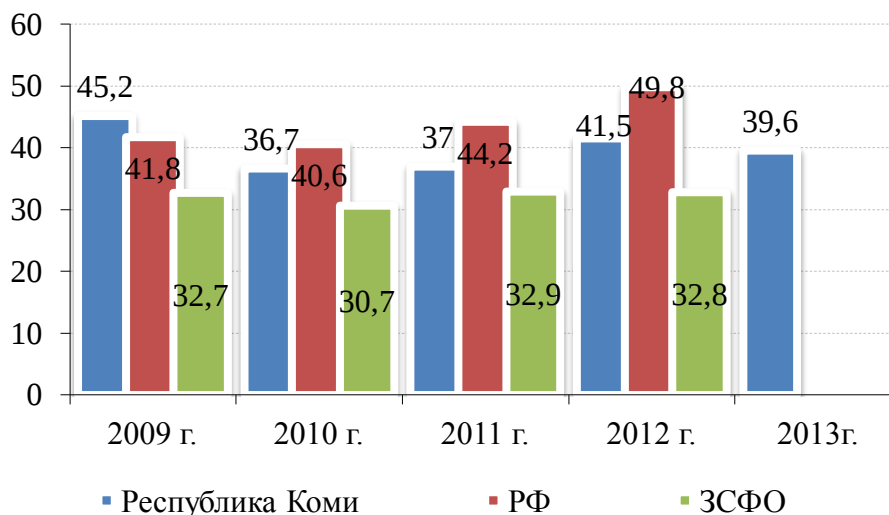


Рис. 19. Динамика заболеваемости микроспорией за 2009-2013 гг. в РК, РФ и ЗСФО

Таблица 34.

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

Территории	2009	2010	2011	2012	2013
г. Сыктывкар(с Эжвой)	98,3	66,9	53,7	63,7	51,5
г. Ухта	22,0	21,2	17,2	5,8	4,1
г. Инта	7,9	8,2	34,4	17,9	3,1
г. Воркута	62,6	39,8	63,0	98,5	79,5
г. Печора	16,1	1,6	3,5	1,8	23,6 √
г. Усинск	-	17,9	34,0	53,6	88,9 √
г. Вуктыл	-	25,4	-	-	-
Сыктывдинский р-н	44,7	60,6	39,6	51,8	29,9
Корткеросский р-н	17,7	4,5	-	72,9	67,7
Сысольский р-н	114,2	58,2	57,6	14,6	51,6 √
Койгородский р-н	54,8	55,5	59,6	72,8	73,9
Усть-Цилемский р-н	-	-	-	-	-
Усть-Куломский р-н	13,2	6,7	26,2	15,2	30,9 √
Усть-Вымский р-н	16,0	78,2	82,0	21,0	14,3
Троицко-Печорский р-н	109,1	118,1	108,6	37,5	46,3 √
Прилузский р-н	17,9	63,8	43,7	100,0	138,8 √
Ижемский р-н	-	-	-	-	-
Княжпогостский р-н	-	-	-	-	-
Удорский р-н	17,3	-	9,9	10,1	10,3
Сосногорский р-н	10,2	2,1	17,2	15,2	15,3
РК	45,2	79,5	37,0	41,5	39,6
Российская Федерация	41,8	40,6	44,2	49,8	н/д
Северо-Западный ФО	32,7	30,7	32,9	32,8	н/д

Таблица 35.

Удельный вес активно выявленных больных

	2009	2010	2011	2012	2013
Трихофития	-	-	-	-	-
Микроспория	32,1	24,0	47,8	31,4	47,0

Эпидемические показатели по туберкулезу. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в РК остается напряженной, но стабильной.

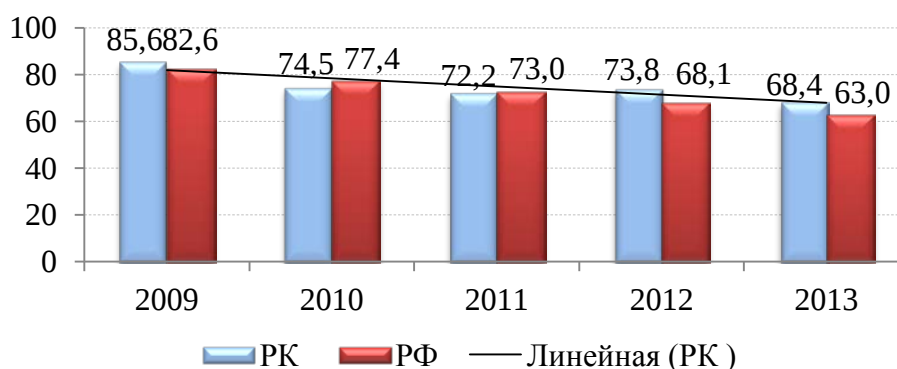


Рис.20. Динамика показателя заболеваемости туберкулезом в РК и РФ за 2009-2013 гг.

Территориальный показатель заболеваемости активным туберкулезом в 2013 г. в сравнении с 2012 годом снизился на 7,3% и составил 68,4 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости по ф.8 выше, чем по РФ. В структуру территориального показателя 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.

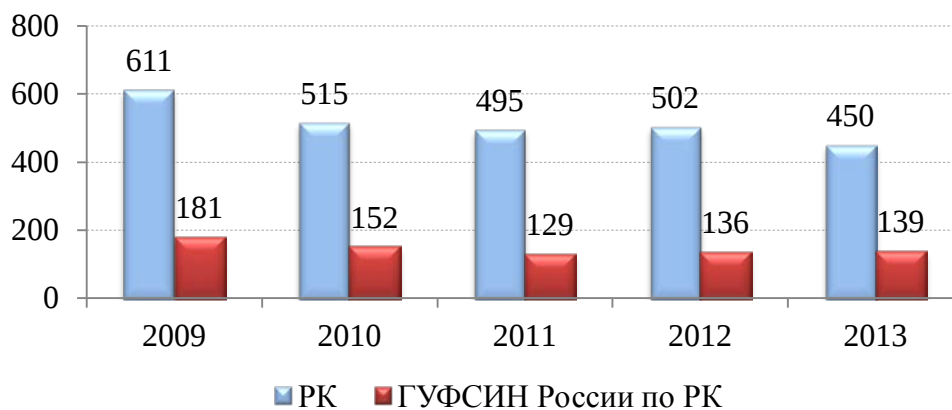


Рис.21. Количество первичных случаев туберкулеза в гражданском и пенитенциарном секторах (абс. число) за 2009-2013 гг.

В абсолютных числах среди постоянного населения республики в 2013 г. выявлено 450 больных туберкулезом, среди контингентов ГУФСИН России по РК 139 человек, кроме этого у 16 человек диагноз туберкулеза установлен посмертно.

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

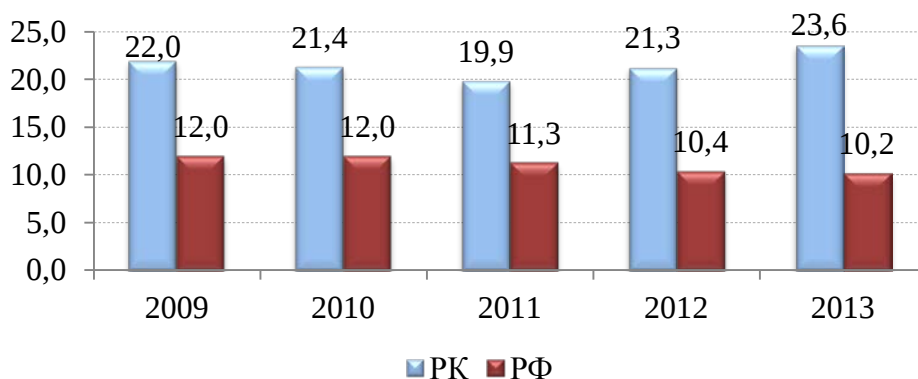


Рис 22. Доля пенитенциарного сектора в общем количестве первичных случаев заболевания туберкулезом (%).

По итогам 2013 г. доля лиц, выявленных в системе ГУФСИН России по РК в общем количестве новых случаев заболевания туберкулезом по республике составила 23,6%, тогда как в среднем по РФ 10-12%.

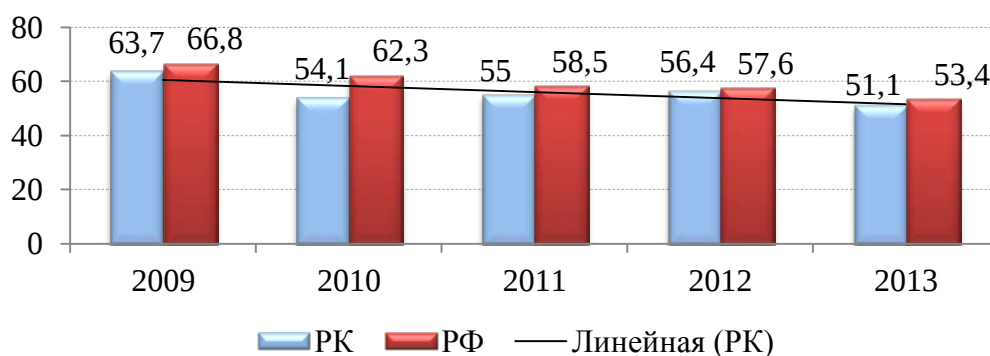
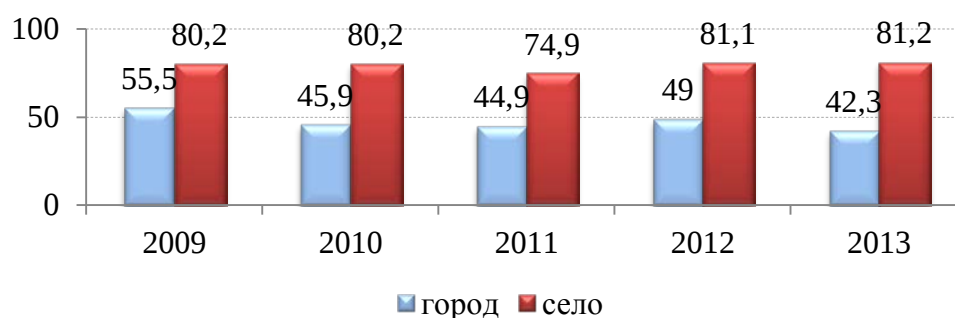


Рис. 23. Динамика заболеваемости туберкулезом постоянного населения РК на 100 тыс. населения (ф. 33)

По итогам работы в 2013 г. показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения (ф. 33) в РК снизился с 56,4 на 100 тыс. в 2012 г. до 51,1 на 100 тыс. населения в 2013 г. или на 9,4%. Показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения республики несколько ниже, чем по РФ.

Из года в год стабильно высокие показатели заболеваемости туберкулезом регистрируются в Сысольском (125 на 100 тыс. населения), Троицко – Печорском (108,5 на 100 тыс. населения), Сыктывдинском районах (85,5 на 100 тыс. населения).



**Рис. 24. Заболеваемость туберкулезом жителей города и села в 2009-2013 гг.
(на 100 тыс. соответствующего населения)**

Стабильно высокий показатель заболеваемости туберкулезом отмечается среди жителей села и он превышает заболеваемость городских жителей в 1,9 раза.

Таблица 36.

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

Профессиональная принадлежность	2011		2012		2013	
	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. числа	%
1. Рабочие	120	24,2	112	22,3	107	23,8
2. Служащие	33	6,75	27	5,4	42	9,3
3. Работники сельского хозяйства	0	0	0	0	0	0
4. Работники частного или коммерческого предприятия	0	0	0	0	0	0
5. Учащиеся школы	14	2,8	11	2,2	9	2,0
6. Учащиеся сред. уч. заведений	6	1,2	4	0,8	5	1,1
7. Учащиеся высших уч. заведений	1	0,2	3	0,6	3	0,7
8. Дошкольники организованные	7	1,4	7	1,4	8	1,8
9. Дошкольники неорганизованные	1	0,2	1	0,2	3	0,7
10. Пенсионеры	60	12,1	74	14,7	59	13,1
11. Инвалиды	42	8,5	48	9,6	34	7,6
12. Неработающие трудоспособного возраста	201	40,6	203	40,4	167	37,1
13. Безработные	10	2,0	12	2,4	13	2,9
Всего:	495	100,0	502	100,0	450	100,0

Социальными группами риска по заболеванию туберкулезом в РК по-прежнему являются неработающие трудоспособного возраста, инвалиды и безработные (в сумме они составили 47,6%).

Эпидемические показатели по туберкулезу среди детей и подростков. В РК показатель заболеваемости туберкулезом детей за последние три года снизился с 11,6 на 100 тыс. детского населения в 2011 г. до 11,0 в 2013 г., снижение составило 5,2%. Показатели заболеваемости туберкулезом детей в республике значительно ниже показателей РФ и показателей Северо-Западного ФО (2013 год – 12,1 на 100 тыс. детского населения), что обусловлено высоким уровнем организации работы по раннему выявлению и профилактике туберкулеза.

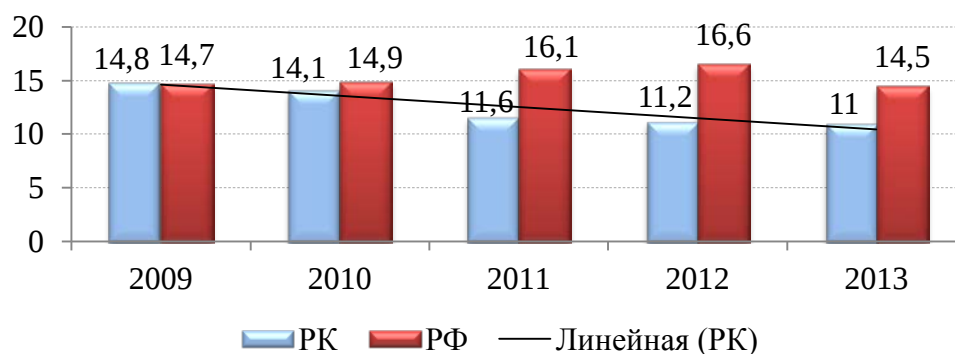


Рис. 25. Заболеваемость туберкулезом детей 0-14 лет (на 100 тыс. детского населения)

Случаи заболевания туберкулезом детей 0-14 лет выявлены в г. Воркуте – 2 случая, г. Инте – 3 случая, г. Сыктывкаре – 3 случая, г. Ухте – 3 случая, по 1 случаю в Корткеросском, Прилузском, Сыктывдинском, Сысольском, Троицко – Печорском, Удорском районах.

Туберкулез у детей в большинстве случаев выявляется профилактически (методом туберкулинодиагностики), в 2013 г. профилактически выявлено 82,4% случаев. В структуре заболеваемости преобладают малые формы первичного туберкулеза, которые составляют 64,7% и в большинстве случаев это туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

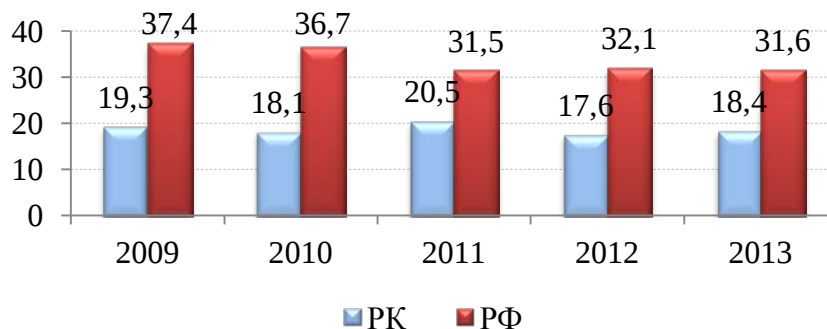


Рис. 26. Показатель заболеваемости активным туберкулезом детей 15-17 лет в РК и РФ в 2009-2013 гг. (на 100 тыс. детей 15-17 лет)

Показатель заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 15-17 лет держится на стабильном уровне (в 2012 г. заболело 5 детей, в 2013 г. – 5 детей), что ниже, чем по РФ в 1,5-2 раза. Туберкулез у детей 15-17 лет выявляется профилактически, так в 2013 г. профилактически выявлено 80%.

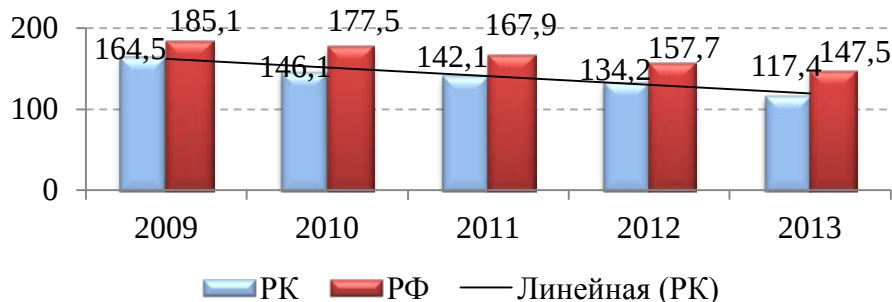


Рис. 27. Показатель распространенности туберкулеза в РК и РФ в период 2009-2013 гг. (на 100 тыс. населения)

На фоне проводимой работы за последние годы снизился показатель распространенности туберкулеза среди жителей республики, за 2013 год снижение показателя составило 12,5%. Показатель распространенности туберкулеза на протяжении ряда лет сохраняется на уровне ниже, чем по РФ.

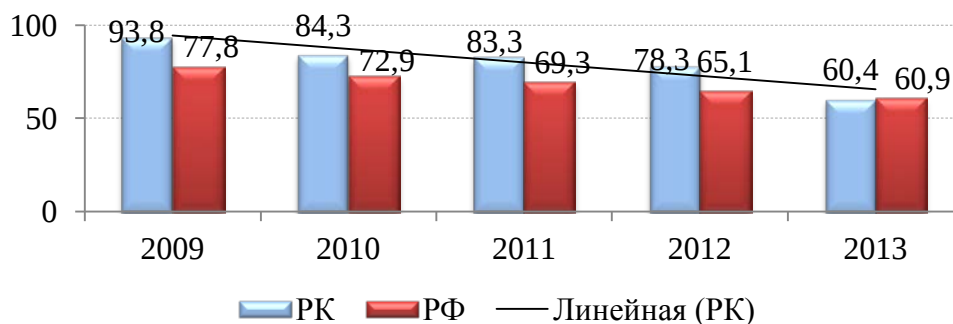


Рис.28. Показатель распространенности бациллярного туберкулеза в РК и РФ в период 2009-2013 гг. (на 100 тыс. населения)

Показатель распространенности бациллярного туберкулеза, с 2010 по 2012 год снизился на 7,1%, за 2013 год в сравнении с 2012 годом, показатель снизился на 22,9% (с 78,3 на 100 тыс. населения за 2012 год до 60,4 на 100 тыс. населения за 2013 год).

Существенно выше среднереспубликанского показателя распространенность бациллярного туберкулеза в Вуктыльском (130,4 на 100 тыс. населения), Корткеросском (104,2 на 100 тыс. населения), Троицко-Печорском (100,8 на 100 тыс. населения), Сыктывдинском (85,5 на 100 тыс. населения), Усть-Куломском (84,9 на 100 тыс. населения), Интинском районах (80,5 на 100 тыс. населения).

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией. По состоянию на 31.12.2013 г. за весь период наблюдения в РК было выявлено 2170 новых случаев ВИЧ-инфекции, включая 14 случаев заболевания детей от ВИЧ-инфицированных матерей, 287 – у жителей из других субъектов РФ и 86 – у иностранных граждан.

Общее число случаев ВИЧ-инфекции среди жителей республики, включая детей с установленным диагнозом, на 31.12.2013 составляет 1797, на аналогичную дату 2012 г. – 1627, 2011 г. – 1467 случаев.

За весь период наблюдения в ГБУЗ РК "Центр СПИД" было сообщено о 314 случаях смерти среди ВИЧ-инфицированных лиц.

Показатель среди жителей республики без учета ВИЧ-инфицированных с других субъектов РФ составляет, как и в 2012 г., 0,14% (в 2011 г. – 0,13%). По предварительным данным за 2013 г. в РФ 0,48% (за 2012 г. – 0,4%).

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех МО РК. Распространенность инфекции в процентах ВИЧ-инфицированных от численности всего населения в МО неравномерна.

В 14 МО с 37,7% населения республики (в 2012 г. – 38%, в 2011 г. – 38,5%) показатели распространенности меньше 0,1% (от 0,01 – 0,06%).

В 2 МО с 34,3% населения (в 2012 г. – 3 МО, 47,5% населения), распространенность ВИЧ-инфекции не превышает 0,2%. В Усинском районе 0,13% численности населения (в 2012 г. – 0,15%), в г. Сыктывкаре – 0,16% (в 2012 г. – 0,12%).

В 3 МО с 18% населения (на 2012 г. – 2 МО, 4,2%), распространенность составляет менее 0,3%.

В Вуктыльском районе – 0,2% (в 2012 г. – 0,25%, 2011 г. – 0,19%), г. Ухте – 0,22% (2012 г. – 0,2%), в Сыктывдинском районе – 0,24% (2012 г. – 0,26%, 2011 г. – 0,18%), что в 1,4 – 1,6 – 1,7 раза больше среднего по республике показателя соответственно.

В 1 МО (г. Воркута), где проживает 10% населения республики (в 2012 г. – 10,3%, 2011 г. – 10,5%), показатель распространенности составляет 0,37% (в 2012 г. – более 0,4%, в 2011 г. – почти 0,4%).

По числу людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в расчете на 100 тыс. населения, РК относится к субъектам со средним уровнем пораженности (по шкале В.В. Покровского) – 142,9 ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения (в 2012 г. – 133,3).

13 МО, в которых проживает 34% населения республики (в 2012 г. соответственно – 11, 31,8%), имеют низкий уровень пораженности (от 1 до 50 ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения).

Средний уровень пораженности (от 51 до 150 на 100 тыс. населения) имеют 2 МО с 8,9% населения (в 2012 г. – 5 МО с 40,1% населения): г. Инта – 58,8, Усинский район – 128,0 на 100 тыс. населения.

Высокий уровень пораженности (от 151 до 300 на 100 тыс. населения) имеют 4 МО с 47,1% населения (в 2012 г. – 3 МО, 17,9%): г. Сыктывкар, Вуктыльский район, г. Ухта, Сыктывдинский район.

Очень высокий уровень пораженности (от 301 до 550 на 100 тыс. населения) имеет 1 МО с 10% населения (г. Воркута).

Структура случаев ВИЧ-инфекции по полу. В структуре по полу за весь период наблюдения преобладают мужчины. Кумулятивно, без 14 случаев заболевания у детей (мальчиков – 3, девочек – 11), выявлено 2156 случаев ВИЧ-инфекции у взрослых, в том числе:

1428 случаев (66,2%) – у мужчин (2012 г. * – 1304 случая, 66,9%, 2011 г. – 1167 случаев, 67,6%), 728 случаев (33,8%) – у женщин (2012 г. – 645, 33,1%, 2011 г. – 583, 32,4%).

Из них среди взрослых жителей республики 1783 случая, в том числе:

1101 (61,7 %) случаев – у мужчин (2012 – 1007, 62,4%, 2011 г. – 914, 62,7%),

682 (38,3%) случаев – у женщин (2012 г. – 608, 37,6%, 2011 г. – 544 случая, 37,3%).

Соотношение кумулятивного числа случаев ВИЧ-инфекции у мужчин и женщин составляет: по совокупному числу случаев – 1,96 : 1 (1428 : 728), на 2011 – 2012 гг. – 2 : 1,

по числу случаев у жителей республики, как и в 2012 г. – 1,6 : 1 (1101 : 682), что свидетельствует о сохраняющейся обусловленности роста доли женщин-жителей республики в структуре ВИЧ-инфицированных.

Доля новых случаев ВИЧ-инфекции у мужчин составила 59,9% от совокупного числа зарегистрированных в 2013 г. (65,2% – в 2012 г., 60,5% – 2011 г.), в том числе у мужчин республики – 55,9% (59,5% – в 2012 г., 57,1% – 2011 г.).

Пропорция новых случаев ВИЧ-инфекции у мужчин и женщин республики составила 1,3 : 1 (94 : 74), как и в 2011 г. (1,47 : 1 – в 2012 г.), что свидетельствует о неблагоприятном прогнозе распространения ВИЧ в республике в связи с поступательным вовлечением в эпидемический процесс женщин.

Структура случаев ВИЧ-инфекции по возрасту. В 2013 г. в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции в РК сохранились:

–превалирование заболеваемости молодого населения,

–тренд уменьшения доли возрастных групп 15 – 20 лет и 21 – 30 лет,

–тренд увеличения доли возрастных групп от 31 до 45 лет (+20,2% прироста, в 2012 г. – +17%) и доли возрастной группы старше 46 лет (+17,6% прироста).

* 2012, 2011 гг. по состоянию на 31 декабря

Доля подростков и молодежи в возрасте 15 – 20 лет в 2013 г. в 2,96 раза меньше, чем в 2009 г. Абсолютное число новых случаев ВИЧ-инфекции в этой возрастной группе, как и в 2012 г. – 6, является наименьшим за период 2009 – 2013 гг. показателем.

Продолжающееся увеличение доли новых случаев ВИЧ-инфекции в возрастных группах 31 – 45 лет подтверждает эскалацию рискованного поведения среди основного населения репродуктивного возраста, свидетельствует о возможном заражении этих людей ВИЧ в более молодом возрасте, вследствие чего они могли продолжительное время являться источниками инфекции для основного населения.

Распространение ВИЧ-инфекции путем "контакт мать-ребенок". Профилактика (ППМР). Распространение ВИЧ путем "контакт мать-ребенок" (вертикальным) и заражение детей от ВИЧ-инфицированных матерей в РК связано:

- с нарастанием "феминизации" распространения ВИЧ-инфекции, ростом абсолютно-го числа и доли женщин в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции в 2009 – 2013 гг.,
- с устойчивой тенденцией к увеличению выявляемости новых случаев ВИЧ-инфекции в когорте беременных женщин в 2009 – 2013 гг. в расчете на 100 тыс. обследованных сывороток,
- с тенденцией к росту абсолютного числа и показателя частоты новых случаев ВИЧ-инфекции в когорте беременных женщин, поступивших на диспансерное наблюдение (ДН).

В 2013 г. завершили беременность родами 34 ВИЧ-инфицированные женщины, число родившихся живыми детей – 33.

Охват трехэтапной химиопрофилактикой вертикальной передачи ВИЧ во время беременности и в родах в 2013 г. составляет менее 95% (целевой индикатор). В результате уклонения от медицинского наблюдения самих ВИЧ-инфицированных женщин, недостатков в организации ДН, недостаточной преемственности между доверенными по ВИЧ-инфекции врачами и врачами родовспомогательных учреждений трехэтапная химиопрофилактика не проведена в период беременности в 3 случаях, в родах – в 1 случае. Поэтому вопросы подготовки медицинских работников по ведению беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин остается чрезвычайно актуальным.

По состоянию на 31.12.2013 за весь период наблюдения выявлено 14 случаев ВИЧ-инфекции у детей.

В 2013 г. заболевание у детей диагностировано в 3 новых случаях (2012 г. – в 2).

На 31.12.2013 в медицинских организациях Министерства здравоохранения РК на диспансерном наблюдении состоят:

- 10 ВИЧ-инфицированных детей, все дети получают эффективную антиретровирусную терапию,
- 60 детей, имевших перинатальный контакт, с неокончательным лабораторным результатом на ВИЧ-инфекцию (R-75).

Показатель риска (частоты) передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку на 31.12.2012 составляет 5,6% (по РФ – 6%).

Актуальными вопросами резерва в проведении эффективной ППМР, снижения риска и устранения заражения детей ВИЧ вертикальным путем остаются:

- подготовка и взаимодействие врачей акушеров-гинекологов и доверенных по ВИЧ-инфекции врачей по вопросам планирования беременности и родов ВИЧ-инфицированными женщинами, наблюдения ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности и родов, проведения ППМР,
- подготовка участковых педиатров по вопросам диспансерного наблюдения и правилам снятия с учета детей с диагнозом R-75,
- контроль, взаимодействие и помощь педиатрам со стороны доверенных по ВИЧ-инфекции врачей,

- соблюдение сроков обследования детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями,
- своевременное снятие их с учета, проведение календарной вакцинации.

Деятельность медицинских организаций по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции в РК затрудняется недостаточным кадровым обеспечением. В 9 центральных районных больницах нет врачей инфекционистов и врачей эпидемиологов, функция доверенных (уполномоченных, авторизованных) по ВИЧ-инфекции врачей выполняется заместителями главных врачей по лечебной работе или экспертной работе, загруженность которых по основной должности отрицательно сказывается на объеме и качестве мероприятий по ВИЧ-инфекции.

Задачи на 2014 г.

Обеспечение следующих целевых показателей по диагностике, лечению и профилактике: охват профилактическими обследованиями на ВИЧ-инфекцию – не менее 15% численности населения, охват ВИЧ-инфицированных ДН – не менее 80% от числа подлежащих, охват ВИЧ-инфицированных АРВТ – 85% и более от числа подлежащих, охват ВИЧ-инфицированных женщин, завершающих беременность родами, полным курсом ППМР – не менее 95,0%.

Анализ скрининга на ВИЧ-инфекцию в части оптимизации количества и структуры исследований по эпидемиологическим и клиническим показаниям.

Издание (актуализация) приказов о назначении в медицинских организациях доверенных по ВИЧ-инфекции врачей из числа наиболее подготовленных специалистов.

Подготовка медицинских кадров всех специальностей по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции и работе с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Улучшение готовности медицинских организаций к поступлению больных в поздних (госпитальных) стадиях ВИЧ-инфекции.

Работа в направлении приближения медицинской помощи и необходимых лабораторных исследований к больным ВИЧ-инфекцией.

Обеспечение медицинских организаций лекарственными препаратами для лечения больных ВИЧ-инфекцией от вторичных заболеваний.

Продолжение работы по созданию единой базы данных по учету больных с сочетанной инфекцией ВИЧ + туберкулез на основании учетной формы № 263/у-ТБ "Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией". Обеспечение четкой и быстрой организации лечебно-диагностических мероприятий, доступности для данной когорты ВИЧ-инфицированных современных лабораторных и инструментальных методов диагностики, взаимодействие врачей разных специальностей в установлении диагноза и раннего начала лечения.

Улучшение качества диспансеризации, обеспечение ежегодного планового минимума обследований. Ежемесячный мониторинг обеспеченности, оперативное информирование ГБУЗ РК "Центр СПИД" (КДО) об остатках АРВП, о пациентах, прекративших АРВТ, с указанием причины, о ВИЧ-инфицированных (списком), начавших АРВТ в отчетном месяце, с указанием номера оперативного донесения, полной даты рождения, даты результата иммунного блоттинга и шифра заболевания по МКБ для включения в федеральный регистр, персонифицированные сведения, включая полный диагноз, больных, у которых впервые выявлен туберкулез и назначено лечение противотуберкулезными препаратами.

Соблюдение при назначении схем лечения современных рекомендаций Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Контролировать сроки годности, рационально расходовать АРВП с приоритетом для продолжающих лечение в расчете на год.

Обеспечить медицинские организации с круглосуточным режимом работы неснижаемым запасом АРВП для химиопрофилактики ВИЧ-инфекции при угрозе инфицирования медицинских работников.

Родильные дома и отделения обеспечить АРВП для экстренной профилактики перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку.

Проведение постоянных обучающих мероприятий в женских консультациях, родильных домах и отделениях, детских поликлиниках по вопросам консультирования при тестировании на ВИЧ-инфекцию, клинике и диагностике ВИЧ-инфекции, ППМР (трехэтапной химиопрофилактике). Особенно подготовке и обучению участковых педиатров стандартам ДН детей с диагнозом R-75 и детей с ВИЧ-инфекцией.

Внедрение рекомендаций по обследованию на ВИЧ-инфекцию половых партнеров при постановке на учет женщин по беременности.

Родильным домам, медицинским организациям, оказывающим помощь беременным женщинам, обеспечить ведение и представление отчетной формы № 313у на каждый случай родов или медицинского аборта у ВИЧ-инфицированных женщин.

Инфекционная и паразитарная заболеваемость населения. В 2013 г. в РК эпидемиологическую ситуацию можно охарактеризовать как стабильную. По данным государственного статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» зарегистрирован 349701 случай инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 4,8% больше, чем в 2012 г. (333617сл.). Из 38 нозологических форм заболеваний снижение уровня заболеваемости за 2013 год отмечается по 23 нозологиям, рост отмечен по 15 нозологическим формам (сальмонеллез на 26,7%, дизентерия на 69%, энтеровирусная инфекция в 6,7 раза, вирусными гепатитами на 30,4%, коклюшем в 1,8 раза, корью на 1 случай, легионеллезом на 2 случая, внебольничными пневмониями на 29,3%).

Как и в предыдущие годы, в общей структуре инфекционных болезней доминирующее значение имеют грипп и острые инфекции верхних дыхательных путей, на долю которых приходится 92,1% (322019 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 45,3% (12528 сл.) (ранг 2), острых кишечных инфекций – 19,0% (5257 сл.) (ранг 3), паразитарных – 18,7% (5183 сл.) (ранг 4), социально-обусловленных – 13% (3594 сл.) (ранг 5), парентеральных вирусных гепатитов – 2,8% (762 сл.) (ранг 6), прочих инфекционных заболеваний – 1,1% (328 сл.) (ранг 7), зоонозных и природно-очаговых - 0,1% (30 сл.) (ранг 8).

В 2,3 раза отмечается рост летальных исходов от инфекционных заболеваний (79 случаев): внебольничные пневмонии – 47, от туберкулеза – 26, грипп – 3, дизентерия – 1, ОКИЗ – 1, вирусный клещевой энцефалит – 1.

Таблица 37.

**Инфекционная заболеваемость по нозологическим формам
за 2011-2013 гг. по РК**

заболевания	2011		2012		2013	
	забол.	показ.	забол.	показ.	забол.	показ.
ВСЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	335489	36446,5	333617	37686,7	349701	39503,6
<i>Всего без гриппа и ОРВИ</i>	27269	2962,4	30106	3400,9	27682	3127,1
Грипп+ОРВИ	308220	33484,1	303511	34285,8	322019	36376,5
ПАРАЗИТАР.ЗАБОЛ.	4657	505,9	4990	563,7	5183	585,5
СУММА ОКИ	5100	554,0	5050	570,5	4613	521,1
Сальмонеллезы	553	60,1	480	54,2	608	68,7
Дизентерия.	81	8,8	42	4,7	71	8,0
Диз.бак.подтв.	81	8,8	42	4,7	68	7,7
Дизентерия Зонне	61	6,6	25	2,8	63	7,1

окончание табл. 37

Диз.ФЛЕКСНЕРА	19	2,1	15	1,7	5	0,6
Б-носит.дизент.	9	1,0	8	0,9	22	2,5
ОКИ уст.этиол.	1842	200,1	1964	221,9	1571	177,5
ОКИ уст бак возб	806	87,6	991	111,9	753	85,1
ОКИ выз вир	1036	112,5	973	109,9	818	92,4
ОКИ ротавирусные	1021	110,9	941	106,3	794	89,7
ОКИ Норволк	14	1,5	20	2,3	15	1,7
ОКИ неуст.этиол.	3177	345,1	3044	343,9	2971	335,6
Острые вялые параличи	2	0,2	4	0,5	1	0,1
Энтеровирусная инф.	3	0,3	6	0,7	40	4,5
Энтеровирус.менингит	1	0,1	2	0,2	26	2,9
Вирусный гепатит	68	7,4	46	5,2	60	6,8
В.гепатит А	15	1,6	15	1,7	36	4,1
Вир.гепатит В	12	1,3	7	0,8	8	0,9
Вир.гепатит С	27	2,9	22	2,5	15	1,7
Хронический ВГ	368	40,0	562	63,5	497	56,1
Хронический ВГВ	50	5,4	99	11,2	74	8,4
Хронический ВГС	315	34,2	460	52,0	420	47,4
Носит.вир.геп.В	326	35,4	275	31,1	241	27,2
Бак.носит.дифтер	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Коклюш	17	1,9	15	1,7	27	3,1
Скарлатина	699	75,9	558	63,0	222	25,1
Ветряная оспа	8015	870,7	10276	1160,8	9777	1104,4
Корь	0	0,0	2	0,2	3	0,3
Менингококк.инф.	16	1,7	12	1,4	7	0,8
мен.генер.форм	14	1,5	9	1,0	7	0,8
Гемофильная инф.	92	10,0	132	14,9	85	9,6
Туляремия	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Вирусные лихорады	1	0,1	10	1,1	3	0,3
в т.ч.ГЛПС	1	0,1	10	1,1	3	0,3
Клещев.энцефалит	17	1,9	22	2,5	12	1,4
Болезнь Лайма	20	2,2	10	1,1	10	1,1
Псевдотуберкулёз	15	1,6	1	0,1	2	0,2
Укусы животными	2656	288,5	2744	310,0	2573	290,7
Укусы клещами	2431	264,1	1784	201,5	1588	179,4
Педикулёз	1521	165,2	2021	228,3	1209	136,6
Листериоз	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Легионеллёз	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Инф.мононуклеоз	109	11,8	140	15,8	129	14,6
Туберкулёз	649	70,5	657	74,2	605	68,7
ТВС орг.дыхания	620	67,4	633	71,5	580	65,9
из них бацилл.ф.	352	38,2	353	39,9	319	36,2
Сифилис	190	20,6	201	22,7	150	16,9
Гонококковая инфекц	689	74,9	724	81,8	647	73,1
Болезнь,вызв.ВИЧ	182	19,8	212	23,9	214	24,2
Пневмония внебольн	1797	195,2	1750	197,7	2263	255,6
Цитомегалов.инф.	13	1,4	20	2,3	14	1,6
Микроспория	334	36,3	369	41,7	349	39,4
Чесотка	941	102,2	607	68,6	419	47,3
Трихофития	2	0,2	0	0,0	1	0,1
Поствакц. ослож.	3	0,3	3	0,3	1	0,1
Трихинеллез	2	0,2	0	0,0	0	0,0

На территории РК в 2013 г. отмечалась регистрация 14 вспышек, с числом пострадавших - 260 человек, из них детей до 17 лет - 96.

Таблица 38.

**Зарегистрированные групповые эпидемические очаги
инфекционных и паразитарных болезней
по данным отчетной формы №23-09 в 2011-2013 гг. в РК**

	вспышки, связанные с:	2011 количество/ пострадало	2012 количество/ пострадало	2013 количество/ пострадало
1	Производством и оборотом пищевых продуктов	3/22	-	1/179
2	Образовательными учреждениями	11/78	9/61	8/46
3	Объектами коммунального хозяйства	2/14	-	-
4	Лечебно-профилактическими учреждениями	-	-	1/7
5	Учреждениями круглосуточного пребывания детей	-	-	1/5
6	Среди населения	-	1/9	3/23
7	Итого:	16/114	10/70	14/260

Вспышечно-групповая заболеваемость кишечными инфекциями в организованных коллективах была обусловлена за счет вирусных кишечных инфекций, ведущая роль при которых принадлежит контактно-бытовому пути передачи возбудителя, сальмонеллёза с пищевым путём передачи.

Кишечные инфекции. В 2013 г. в республике зарегистрировано 5257 случаев заболеваний острыми кишечными инфекциями, что на 5,2 % ниже, чем в 2012 г.

Среди острых кишечных инфекций на долю дизентерии приходится - 1,4%, сальмонеллёз – 11,6%, ОКИ установленной этиологии – 29,9 %, ОКИ неустановленной этиологии – 56,5 %, вирусные гепатиты «А» - 0,7%.

Зарегистрирован рост заболеваемости сальмонеллезами (на 26,7%), дизентерией (69%), вирусным гепатитом А (в 2,4 раза).

Таблица 39.

**Территории РК, наиболее неблагоприятные по острым кишечным инфекциям
в 2012-2013 гг.**

территории	2013		2012		рост, снижение
	забол.	показ.	забол.	показ.	
РК	5257	593,3	5545	626,4	- 5,2
Сыктывкар	1718	670,9	1972	780,1	- 14,0
Инта	133	411,3	73	208,6	97,2
Ухта	1046	862,7	987	793,3	8,7
Усинск	307	666,0	393	809,8	- 17,8
Вуктыл	56	406,1	39	259,9	56,3
Сыктывдинский район	147	627,0	177	738,7	- 15,1
Усть-Куломский район	125	483,5	129	459,9	5,1
Корткеросский район	42	218,7	36	173,5	26,1
Троицко-Печорский район	65	502,1	61	426,7	17,7
Прилузский район	105	539,8	97	462,3	16,8

окончание табл. 39

Княжпогостский район	121	553,7	112	471,9	17,3
Ижемский район	53	295,6	36	192,2	53,8
Усть-Цилемский район	9	72,9	5	38,1	91,4
Сосногорский район	288	630,5	238	502,4	25,5

Выделены показатели, превышающие республиканский

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 структуре ОКИ установленной этиологии удельный вес кишечных инфекций вирусной этиологии составил – 52,1 % (из них вызванных ротавирусом – 97,1 %, вирусом Норволк – 2,9 %), бактериальной – 47,9 % (из них вызванных эшерихиями – 6,7 %, иерсиниями – 0,4 %).

Превышение республиканских показателей наблюдается на следующих административных территориях: г.г. Сыктывкар (на 21,9%), Воркута (на 34,4%), Ухта (на 20,3 %), Усинск (на 61,4%), Усть-Куломский (на 72,2 %), Княжпогостский (на 34,0 %). Наиболее высокие уровни заболеваемости ротавирусной инфекцией зарегистрированы в г.г. Усинск (в 2,1 раза превышает республиканский показатель), Сыктывкар (на 1,9%), Воркута (на 6,4%), Ухта (на 26,9%), Печора (на 71,7%), Усть-Куломском (на 33,7%), Прилузском (на 37,6%), Княжпогостском (в 2,7 раза) и Ижемском районах (на 5,7%).

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями, вызванными неуставленными возбудителями, в 2013 г. снизилась на 2,4 %. Отмечается рост заболеваемости данной нозоформой на следующих административных территориях республики: г.г. Воркута (+10,4 %), Инта (+21,9%), Печора (+8,7%), Вуктыл (+33,4%), Усть-Куломского (+52,7%), Корткеросского (+24,7%), Троицко-Печорского (+78,3%), Прилузского (+9,8%), Княжпогостского (+34,3%), Ижемского (в 2,4 раза), Усть-Цилемского (в 2,5 раза) и Сосногорского (+48,6%) районов.

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 8,0 – в 2013 г.

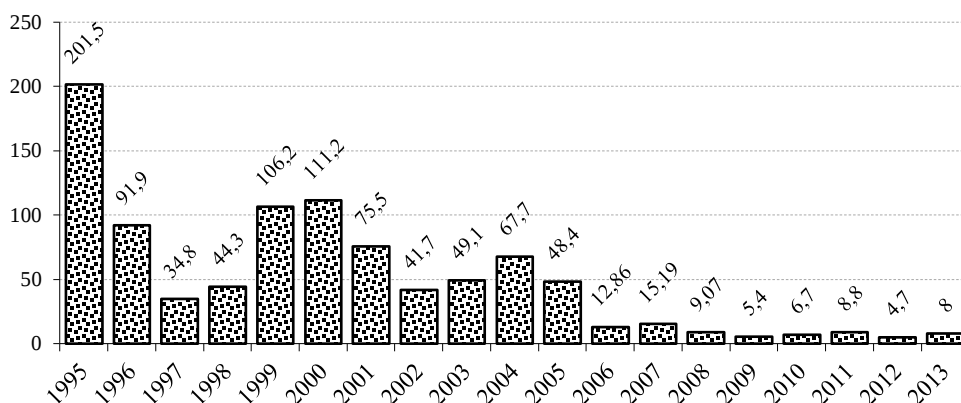


Рис.29. Динамика заболеваемости дизентерией по РК

Наиболее неблагополучными территориями по заболеваемости бактериальной дизентерией, где отмечается превышение республиканского показателя, являются: г.г. Сыктывкар (на 70,9%), Воркута (на 56,3%), Вуктыл (в 2,9 раза), Койгородский район (в 15,4 раза).

В структуре шигеллезов на долю дизентерии Флекснер приходится 7,4%, дизентерии Зонне – 92,6%. В 2013 г. отмечается увеличение заболеваемости дизентерией Зонне на 33,1% и снижение заболеваемости дизентерией Флекснер – на 18,3%. Наиболее поражаемой группой населения бактериальной дизентерией являются дети в возрасте до 14 лет и составляют 66,2 % от всех заболевших.

В структуре кишечных инфекций сальмонеллёз составляет 11,6% (2012 г. – 8,7%). В 2013 г. отмечается рост заболеваемости сальмонеллезом 26,7%, показатель заболеваемости составил 68,7 на 100 тыс. населения (в 2012 г. – 54,2).

На долю детей в возрасте до 14 лет пришлось – 45,6% от всех заболевших сальмонеллезом. В этиологической структуре сальмонеллезов, по-прежнему, доминирующую позицию занимают сальмонеллы группы D, удельный вес которых составил 63,8 %. Дети до 17 лет вовлекаются в эпидемический процесс активнее взрослого населения, составляя 61,2 % среди пострадавших. Болеет преимущественно городское население (90,8%), что связано с расширением производства различных кондитерско-кремовых изделий, полуфабрикатов и готовых блюд, реализуемых через торговую сеть, развитием сети общественного питания, а также нарушения условий хранения продукции птицеводства (куриное яйцо и полуфабрикаты).

В структуре взрослых удельный вес декретированных лиц (пищевики, работники ДООУ, ЛПУ) составил – 5,8%.

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 отчетный год возросла заболеваемость вирусным гепатитом А (ВГА) в 2,4 раза и составила 4,1 на 100 тыс. населения (2012 г. - 1,7). Отмечается тенденция к увеличению доли ВГА в структуре острых вирусных гепатитов, в 2013 г. она составила – 60% (2012 г. – 32,6%). Возраст заболевших дети до 14 лет – 9 случаев и 51 случай зарегистрирован среди взрослого населения. В 2013 г. в соответствии с календарем профилактических прививок (прививки по эпидемиологическим показаниям) проводилась иммунизация против ВГА, привито – 318 человек, в том числе детей – 183, взрослых – 135 человек, в том числе контактных в очагах – 181 человек (86,2% от числа подлежащих). Имеет место низкий коллективный иммунитет населения против данной инфекции, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

Вирусные гепатиты. В результате реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в РК в 2013 г. полностью завершена иммунизация против вирусного гепатита В контингентов взрослых, подлежащих прививкам в 2012 г. и не завершивших курс иммунизации, в связи с несвоевременным поступлением вакцины в республику. В 2013 г., по причине поздней поставки вакцины при плане 20000 человек в возрасте 18-55 лет проведены первая вакцинация (54,4%) и вторая вакцинация (42,6%). По данным формы № 5 государственного статистического наблюдения «Сведения о профилактических прививках» вакцинировано против вирусного гепатита В 12984 человек, в том числе де-

тей – 11408. По состоянию на 31.12.2013 г. в возрасте 18-35 лет имеют иммунизацию 90,8% человек, 36-59 лет – 59,6%.

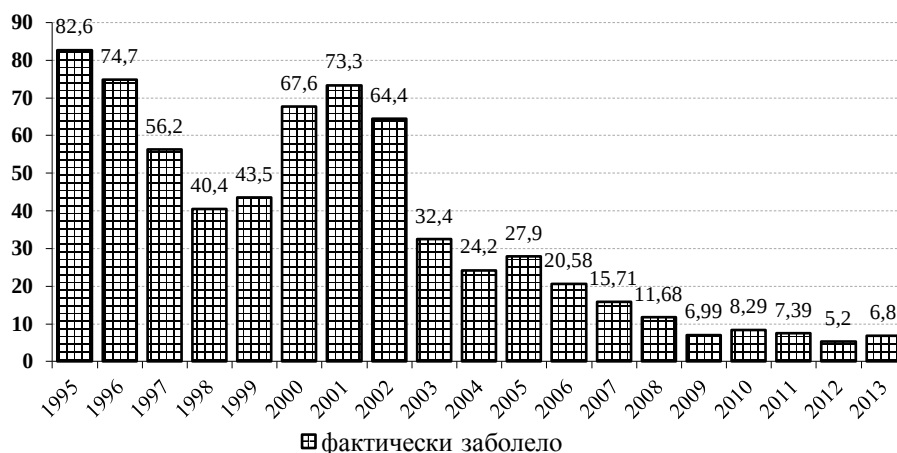


Рис. 30. Динамика заболеваемости вирусными гепатитами по РК

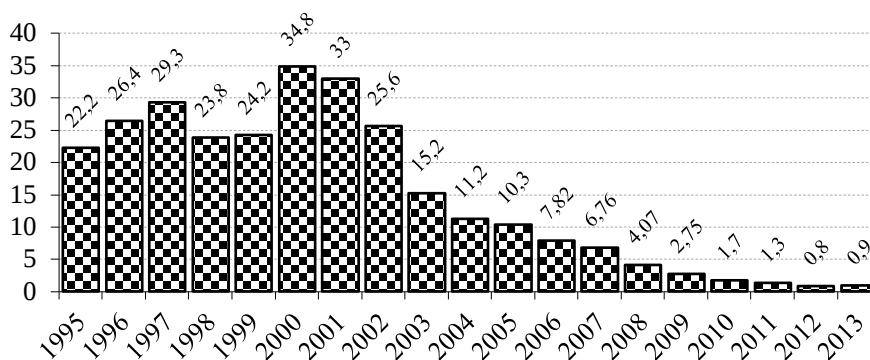


Рис. 31. Динамика заболеваемости вирусным гепатитом В по РК

В 2013 г. заболеваемость вирусным гепатитом В увеличилась, показатель заболеваемости составил 0,9 на 100 тыс. населения. Всего зарегистрировано 8 случаев заболевания среди взрослого городского населения. Вместе с тем, сохраняется высоким уровень «носительства» возбудителя вирусного гепатита В. Темпы снижения уровня «носительства» значительно отстают от темпов снижения заболеваемости острым вирусным гепатитом В. С 2000 г. показатель заболеваемости вирусным ГВ уменьшился с 34,8 до 0,9 в 2013 г., а показатель «носительства» с 84,3 в 2000 г. до 8,4 в 2013 г.

Показатель заболеваемости вирусным гепатитом С (1,7 на 100 тыс.) снизился на 32%. Наиболее пораженной возрастной группой по вирусным гепатитам В и С являются люди 20-39 лет, на долю которых приходится более 50% заболеваний. При этом основными путями передачи инфекции являются половой, а также использование инъекционных наркотиков.

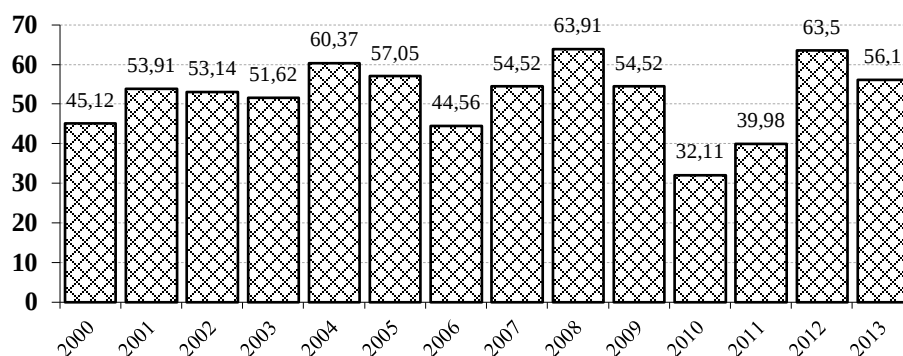


Рис. 32. Динамика заболеваемости хроническими вирусными гепатитами по РК

За 14 лет, прошедших с момента официальной регистрации хронических вирусных гепатитов, сформировалась тенденция роста заболеваемости. Заболеваемость за этот период возросла на 24,4% и составила 56,1 на 100 тыс. населения в 2013 г. против 45,1 – в 2000 г. Отмечается волнообразная регистрация заболеваемости, когда годы подъема сменяют годы снижения уровня. В общей структуре хронических гепатитов основной удельный вес занимает хронический гепатит С – 84,5%, хронический гепатит В – 14,9%. В структуре заболевших ХГ основной удельный вес составляют взрослые – более 99,6%, на долю детей до 17 лет приходится 0,4%.

Полиомиелит, острые вялые параличи (ОВП).

Случаи полиомиелита на территории республики не регистрируются длительное время. По результатам серологического мониторинга на иммуноструктуру к полиовирусам установлено, что 23,4% подростков 16-17 лет не имеют защиты к III типу полиовируса.

В 2013 г. зарегистрировано 1 случай острого вялого паралича (постэпилептический монопарез). На территории РК должно регистрироваться 2 случая ОВП в год (территория не должна быть «молчащей»), в 2013 г. зарегистрирован 1 случай ОВП. Своевременно проведены регистрация случая, эпидобследование, вирусологическое обследование и доставка материала в региональный центр для исследования, противоэпидемические мероприятия в очаге, заседание комиссии по диагностике случая.

В 2013 г. на территории РК зарегистрировано 40 случаев энтеровирусной инфекции, показатель заболеваемости составил 4,5 на 100 тысяч населения. Рост заболеваемости по сравнению с 2012 годом в 6,9 раза обусловлен улучшением клинической и лабораторной диагностики. 34 случая зарегистрированы у детей до 14 лет (22,0 на 100 тысяч детского населения). Из общего количества случаев 26 – серьезные менингиты.

Заболеваемость зарегистрирована на 5 административных территориях республики: г. Сыктывкар – 15 случаев, г. Ухта – 15 случаев, Сыктывдинский район – 5 случаев, Усть-Вымский район – 1 случай, Сосногорский район – 4 случая.

Групповых случаев энтеровирусной инфекции не зарегистрировано.

Отделением вирусологических исследований за 2013 год обследовано на энтеровирусы вирусологическим методом 143 человека, в том числе по эпидпоказаниям – 9 человек. Проведено 702 исследования. Выделены вирусы Коксаки В у 7 лиц, Echo тип 6 – у 2, Echo тип 30 – у 17. Методом ПЦР на энтеровирусы обследовано 78 больных, проведено 169 исследований. РНК энтеровирусов выделена у 38 человек. Для диагностики энтеровируса 71 типа проведено 40 исследований от 29 лиц. РНК энтеровируса 71 типа выделена у 11 человек.

В референс-центр по мониторингу за энтеровирусной инфекцией отправлен материал от 15 больных, от которых была выделена РНК энтеровирусов. При генотипировании выделены РНК Коксаки А тип 6 – 1, Коксаки А тип 16 – 1, Echo 14 – 1, Энтеровирус 71 типа С4а – 3.

В 2012-2013 г.г. при проведении мониторинга за циркуляцией энтеровирусов во внешней среде (сточная вода) выделения вирусов не отмечалось.

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

В эпидемиологический сезон 2013 г. в лечебно-профилактические учреждения республики обратилось 1588 человек пострадавших от укусов клещами, что на 196 обратившихся меньше, чем в 2012 г. (1784 человека), в том числе 246 детей до 14 лет, в 2012 г. обратилось 293 ребенка.

Наибольшее количество укусов отмечалось в Прилузском (392), Сысольском (211), Усть-Вымском (79), Усть-Куломском (87), Сыктывдинском (114) районах, в г. Сыктывкаре (466). Среди детского населения большего всего обратившихся в г. Сыктывкаре, в Прилузском, Сысольском, Усть-Куломском районах.

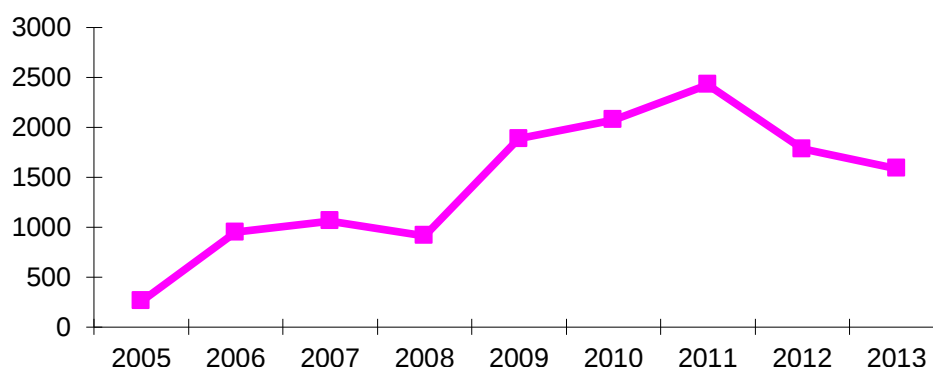


Рис. 33. Динамика обратившихся за медицинской помощью по поводу укусов клещами по РК за 2005-2013 гг.

Активность природных и антропоургических очагов КВЭ и прилегающей к нему территории оценивается как высокая.

Постановлением Главного государственного санитарного врача по РК от 21 марта 2013 г. № 2 в перечень эндемичных территорий по КВЭ включена территория Усть-Вымского района. Всего в РК уже 7 административных территорий, т.е. происходит расширение ареала клещей.

В 2013 г. на территории РК заболело клещевым вирусным энцефалитом 12 человек, все взрослые, за эпидемиологический сезон 2012 г. заболело 22 человека, из них детей до 17 лет - 3 человека. Снижение заболеваемости произошло на 10 случаев, при этом был летальный исход 1 заболевшего из Корткеросского района (причина поздняя диагностика и несвоевременное оказание медицинской помощи).

Показатель заболеваемости по КВЭ 1,4 на 100 тыс. населения сопоставим в федеральном (РФ 2012 – 1,9) и окружном (СЗФО 2012 - 2,48).

Наибольшее количество заболевших клещевым вирусным энцефалитом зарегистрировано в Прилузском районе – 6 человек, в г. Сыктывкаре – 3 человека, на территориях Сысольского, Корткеросского, Сыктывдинского районах зарегистрировано по 1 заболевшему.

Население республики в 2013 г. вакцинировано против клещевого вирусного энцефалита в количестве 12379 человека, детей -2081, ревакцинировано 9810 человек, детей 370, за 2012 год было привито всего 9928 человек взрослых, ревакцинировано 5459 человек, дети в 2012 г. не прививались.

Вирусофорность клещей в эпидсезоне 2013 г., исследованных от людей, подвергшихся укусам клеща, составила 10,0%, в 2012 г. – 10,7%.

В 2013 г. экстренная специфическая профилактика КВЭ была проведена 1310 чел., обратившимся по поводу укусов (86,9%), 22 человека привиты, 165 человек не охвачено средствами экстренной профилактики, из них 87 человек (52,7%) по причине серонегативного результата исследования клеща на наличие антигена вируса.

Болезнью Лайма в 2013 г. заболело 10 человек, в том числе 3 детей до 17 лет, в 2012 г. 10 человек все взрослые. Количество заболевших по г. Сыктывкару составило 2 человека, в Прилузском районе возросло с 1 случая в 2012 г. до 4-х в 2013 г., по 1 случаю зарегистрировано в Сысольском районе, Койгородском районе, Корткеросском районе, Сосногорском районе. 8 случаев заражения связано с территорией проживания населения республики в сельских районах.

В 2013 г. зарегистрированы 6 случаев кишечного иерсиниоза (в 2012г. - 11) и 2 случая псевдотуберкулеза. Заболеваемость кишечным иерсиниозом уменьшилась на 5 случаев, псевдотуберкулезом увеличилась на 1 случай.

Число лиц, получивших различные повреждения от животных и обратившихся в ЛПУ, в 2013 г. составило 2573 человека (в 2012 г. – 2744).

Из них наибольшее количество зарегистрировано в г. Сыктывкаре – 788 человек, Воркуте – 397, Ухте - 103, Печоре - 171, Усинске – 173, в Сыктывдинском – 123, Корткеросском – 75, Прилузском - 93, Сосногорском – 75, в Ижемском - 89, в Усть - Вымском- 88 районах. Отмечается увеличение количества укусов в 2 раза в Ижемском районе (89 в 2013 по сравнению с 47 в 2012).

В республике последняя регистрация случаев бешенства среди животных (олени, собака, лиса) наблюдалась в 2008 г. 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 2013 г. из числа обратившихся курс антирабических прививок получили 681 человек из числа 2107 подлежащих, которым был назначен курс антирабических прививок, что составило 31,3%.

Увеличилось количество укусов дикими животными с 27 в 2012 г. до 30 в 2013 г..

Паразитарные заболевания. Уровень заболеваемости паразитарными болезнями на территории РК характеризуется как стабильный. Всего было зарегистрировано 6811 случаев, в том числе 1209 случай педикулеза и 419 чесотки. В этиологической структуре паразитарной заболеваемости доля гельминтозов составила 61,4%, педикулеза- 17,6%, протозоозов (лямблиоз) – 14,9%, чесотки – 6,1%.

Наиболее распространённым гельминтозом остаётся энтеробиоз, в 2013г. отмечается рост заболеваемости на 12,7 %, зарегистрировано 2939 инвазированных, в том числе 2799 детей (95,2 %). Заболеваемость по республике составила 333,7 на 100 тыс. населения. Наибольший её уровень, в 2,1 раза превышающий республиканский, зарегистрирован в Сыктывдинском районе, также превышение наблюдалось на следующих административных территориях республики: г. Сыктывкар (на 43,4 %), Усть-Куломский (на 34,5 %), Корткеросский (на 34,2 %), Прилузский (на 43,3 %), Усть-Цилемский (на 55,2 %), Койгородский (на 36,5 %)

районы. Пораженность энтеробиозом детей организованных коллективов определяет высокий уровень заболеваемости в целом по республике (поражённость детей детских дошкольных учреждений составила 1,5 %, детских домов – 2,2 %, общеобразовательных школ – 3,1 %, школ-интернатов – 0,6 %, социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних и домов ребенка – 2,7 %).

Отмечается значительное увеличение заболеваемости энтеробиозом, в сравнении с 2012г., на территориях гг. Ухты и Печоры (на 30,4 % и 43,2 % соответственно, однако показатели заболеваемости ниже республиканского), Усть-Куломского (на 49,8 %), Корткеросского (на 69,0 %), Койгородского (на 63,7 %) районов.

Отмечается значительное снижение заболеваемости энтеробиозом в 2013г. на следующих административных территориях: гг. Инта (на 28,5 %), Усинск (на 13,4 %), Вуктыл (на 30,7 %), Сысольского (на 16,5 %), Троицко-Печорского (на 52,7 %), Прилузского (на 12,0 %), Ижемского (на 13,3 %), Усть-Вымского (на 10,4 %) районов.

Уровень заболеваемости лямблиозом в 2013г. в сравнении с 2012г. снизился на 4,3 %. Структура заболеваемости лямблиозом по возрастам схожа со структурой заболеваемости энтеробиозом. На долю детей приходится 67 % от всех инвазированных. Удельный вес инвазированных детей, посещающих детские дошкольные учреждения, составил 28,4 % от общего числа инвазированных детей в возрасте до 14 лет.

Наибольший уровень заболеваемости лямблиозом, превышающий республиканский, зарегистрирован в Сысольском (в 1,9 раз), Прилузском (в 3,2 раза), Ижемском (в 2,8 раза) и Корткеросском (в 3,5 раза) районах. Также высокая заболеваемость зарегистрирована гг. Сыктывкаре (превышение республиканского показателя составило на 48 %), Ухте (на 32,9 %), Усинске (на 15,2 %). Не зарегистрированы случаи лямблиоза на территории Княжпогостского и Койгородского районов.

Из других протозойных заболеваний на территории РК зарегистрировано 2 случая амебиаза в гг. Сыктывкар, Воркута, в том числе 1 случай среди детей в возрасте до 14 лет.

Заболеваемость аскаридозом в республике возросла на 18,7 %, уровень составил 64,7 на 100 тыс. населения. Доля детей до 14 лет в общей заболеваемости аскаридозом составила 66,3%, на сельское население приходится 40,4 % инвазированных.

Наибольшие показатели заболеваемости, превышающие среднереспубликанский показатель, зарегистрированы в Корткеросском (в 9,3 раза), Удорском (в 5,1 раза, превысив показатель заболеваемости в 2012г. на 32,2 %), Ижемском (в 2,4 раза), Усть-Вымском (в 4,6 раза, превысив показатель заболеваемости в 2012г. на 7,2 %) районах. Также превышение республиканских показателей наблюдалось в г. Сыктывкаре (на 35,9 %), Прилузском районе (на 11,3 %). Не зарегистрированы случаи заболевания аскаридозом в 2013г. среди населения гг. Инта, Вуктыл, Троицко-Печорского, Койгородского районов.

Из других геогельминтозов на территории республики в 2013 г. зарегистрированы 5 случаев трихоцефалеза и 1 случай токсокароза.

Высокий уровень заболеваемости населения геогельминтозами обуславливается высокой загрязнённостью продуктов и объектов окружающей среды яйцами геогельминтов, о чём свидетельствуют результаты санитарно-гельминтологических исследований.

В этиологической структуре биогельминтозов доля описторхоза составила 69,1 %, доля дифиллоботриоза – 30,7 %. На остальные биогельминтозы пришлось лишь 0,2 %. Эпидемическая ситуация по данным гельминтозам продолжает оставаться напряжённой. Показатель заболеваемости описторхозом возрос на 4,8 %, дифиллоботриозом на 5,6 %.

Заболеваемость описторхозом регистрировалась, как и в предыдущем году, на территории 13 муниципальных образований республики. 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 3,2 и 3,7 раз, соответственно, превысил рес-

публиканский. 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 2,6 раза превышает республиканский показатель. Так же отмечается превышение республиканского показателя отмечается в г. Сыктывкаре (на 68,9 %) и Сыктывдинском районе (на 8,5 %).

На остальных административных территориях республики заболеваемость данной нозоформой существенно не изменилась, показатели заболеваемости не превысили среднереспубликанский. Не регистрировались случаи описторхоза в гг. Ухта, Печора, Сысольском, Прилузском, Княжпогостском, Ижемском, Койгородском. Основная доля заболевших приходится на взрослое население (93,8 % от всего числа пораженных).

Заболеваемость дифиллоботриозом регистрировалась на территории 13 муниципальных образований, но, в основном, в районах, входящих в бассейн реки Печора. По-прежнему, наибольший уровень заболеваемости дифиллоботриозом, превышающий республиканский в 16,5 раза, был зарегистрирован в Ижемском районе - 373,7 на 100 тыс. населения. Высокие показатели, превышающие республиканский показатель, сохранялись в гг. Печора (в 2,2 раза), Усинск (в 4,0 раза), Вуктыл (в 2,9 раза), Удорском (на 58,1 %) и Усть-Цилемском районах (в 3,2 раза). Не регистрировались случаи дифиллоботриоза в г. Инта, Сысольском, Корткеросском, Троицко-Печорском, Прилузском, Княжпогостском, Койгородском районах. Основная доля заболевших приходится на взрослое население (95,5 % от всего числа пораженных).

Из других биогельминтозов в отчётном году было зарегистрировано 3 случая тениаринхоза (Прилузский район), 2 случая тениоза (г. Инта, Прилузский район).

2.5. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ). За последние 5 лет отмечается чёткая тенденция снижения показателей ВУТ по РК в случаях (на 8,8%) и днях (на 9,3%). Однако, по сравнению с предыдущим годом данные показатели имеют более высокий уровень. Средняя длительность одного случая за последние годы изменялась незначительно (от 13,3 до 13,5 дней). Наиболее высокие уровни ВУТ традиционно регистрируются в городах Сыктывкар и Инта, а так же в Вуктыльском районе, наименьшие в Усть-Куломском, Усть-Цилемском 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 25%, наибольший прирост - в Сысольском районе +19,8%. По количеству дней нетрудоспособности в расчете на 100 трудоспособного населения наибольшее снижение показателя так же зафиксировано в Троицко-Печорском районе, наибольший прирост в 12,4% - в Усть-Цилемском районе. Длительность одного случая нетрудоспособности варьирует в регионе от 8,7 до 15,2 дней. Превышение среднереспубликанских значений отмечено в 8 из 20 административных территорий региона. Самый высокий уровень данного показателя в 2013 г. зафиксирован в Усть-Вымском районе, самый низкий - в Усть-Цилемском.

Таблица 40.

**Показатели временной утраты трудоспособности от всех причин
в городах и районах РК в 2011-2013 гг.**

Города и районы / Показатель	Число случаев ВН на 100 трудоспособного населения			Число дней ВН на 100 трудоспособного населения			Средняя длительность 1 слу- чая ВН в днях		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Вуктыльский	53,4	45,8	46,9	735,3	653,1	637,2	13,8	14,3	13,6

окончание табл. 40

Ижемский	24,6	23,2	24,1	288,4	280,0	272,6	11,7	12,1	11,3
Княжпогостский	31,4	32,7	33,0	446,2	478,4	469,6	14,2	14,6	14,2
Койгородский	39,3	39,6	43,5	444,3	455,3	467,4	11,3	11,5	10,7
Корткеросский	30,9	29,5	30,6	364,5	375,6	366,2	11,8	12,7	12,0
Печорский	34,9	34,9	36,5	463,6	451,1	494,1	13,3	12,9	13,6
Прилузский	45,4	41,4	43,1	601,9	523,3	568,9	13,3	12,6	13,2
Сосногорский	27,8	28,1	26,2	345,2	366,5	358,0	12,4	13,0	13,6
Сыктывдинский	42,0	38,2	41,1	539,4	494,7	527,1	12,9	12,9	12,8
Сысольский	35,3	34,7	42,3	453,6	460,4	498,2	12,9	13,3	11,8
Троицко-Печорский	34,4	28,3	25,9	415,9	369,4	273,1	12,1	13,0	10,5
Удорский	27,4	27,4	28,1	385,7	379,4	379,8	14,1	13,9	13,5
Усинский	49,5	39,3	44,6	665,9	500,8	596,3	13,4	12,8	13,4
Усть-Вымский	30,1	45,6	27,0	434,8	699,8	411,5	14,5	15,3	15,2
Усть-Куломский	24,5	21,8	22,6	314,4	273,5	256,4	12,9	12,5	11,4
Усть-Цилемский	21,2	17,9	22,9	177,8	163,7	199,9	8,4	9,1	8,7
Воркута	40,3	40,8	40,7	601,8	555,5	578,1	14,9	13,6	14,2
Инта	41,9	44,6	47,0	614,1	624,8	622,0	14,7	14,0	13,2
Ухта	45,9	38,7	40,3	546,8	498,2	563,0	11,9	12,9	14,0
Сыктывкар	57,4	50,9	52,5	771,9	697,6	691,9	13,4	13,7	13,2
РК	43,6	40,4	41,4	579,4	542,6	553,0	13,3	13,4	13,4

Уровень ВУТ по заболеваниям в РК так же имеет тенденцию к снижению по сравнению с 2009 г., но по сравнению с предыдущим годом отмечено увеличение уровня показателей.

Таблица 41.

Показатели временной утраты трудоспособности от заболеваний в городах и районах РК в 2011-2013гг. (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		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
РК	32,5	30,4	31,2	479,9	453,2	463,2	14,8	14,9	14,9

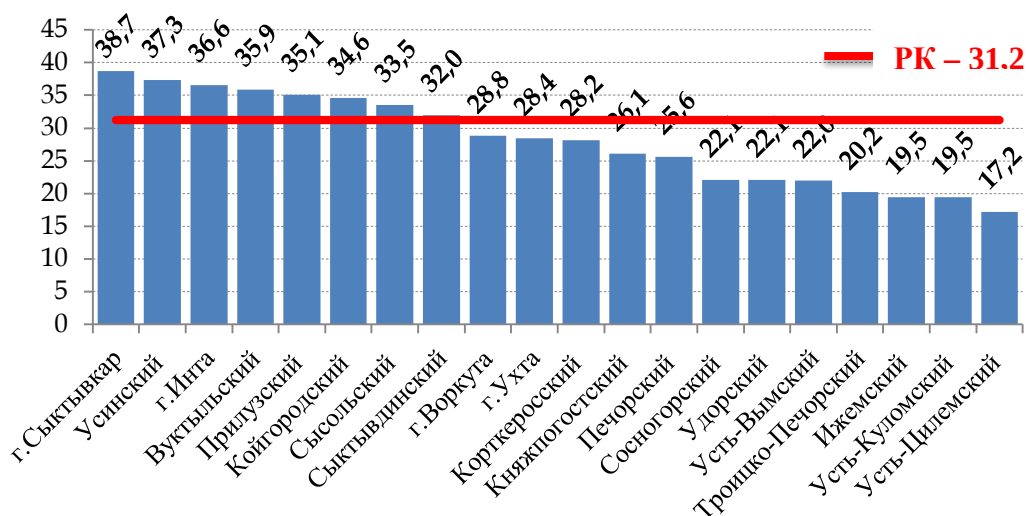


Рис. 34. Уровень временной утраты трудоспособности по заболеваниям в РК за 2013 г. (в случаях на 100 трудоспособного населения)

Ведущие ранговые позиции по наивысшему уровню ВУТ в связи с заболеваниями в 2013 принадлежат населению городов Сыктывкар, Усинск, Инта, Вуктыл. Наиболее низкие показатели уровня ВУТ зафиксированы в Усть-Цилемском, Ижемском и Усть-Куломском районах. Самый высокий уровень продолжительности 1 случая заболевания с ВУТ в 2013 г. отмечен в Усть-Вымском районе (16,6), а так же в городах Воркута (16,1) и Печора (16,2), самый низкий – 9,3 в Усть-Цилемском районе.

Нозологическая структура ВУТ в 2013 г. по сравнению с 2012 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. В том же порядке причины ВУТ расположены по показателю дней ВН. В нозологической структуре по средней длительности 1 случая ситуация выглядит следующим образом: наиболее длительно, в среднем 39,6 дня длится заболевание по классу «Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания», второе место по длительности занимает класс «Новообразования», где длительность одного случая в среднем составляет 26,1 дня, третье - «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» - 25 дней.

За последние 3 года по некоторым классам болезней произошло значительное изменение продолжительности одного случая заболевания с ВУТ. Так по классу «Новообразования» длительность 1 случая составляла в регионе 21,6 дня, в настоящее время 39,6; по классу «Психические расстройства» длительность увеличилась на 2,7 дня; по классу «Врожденные аномалии...» произошло уменьшение длительности случая на 3 дня.

2.6. Инвалидность. По данным ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по РК» проведено 24758 освидетельствований, в т.ч. среди детей в возрасте до 18 лет – 2348; среди взрослого населения – 22410. Сохраняется тенденция к уменьшению количества освидетельствований: по сравнению с 2009 годом снижение абсолютного показателя составило 20,2%, при этом снижение сохраняется как среди взрослого (-20,7%), так и среди детского населения (-16,4%).

Доля освидетельствованных с целью определения инвалидности в 2013 г. составила 77,2% (19112 чел.), в 2012г. – 75,8% от общего числа освидетельствований.

Отмечается устойчивая тенденция к снижению обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы с указанной целью в абсолютных числах. По сравнению с 2012 годом количество освидетельствованных граждан уменьшилась на 1573 человека или на 7,6%.

Таблица 42.

Результаты освидетельствований с целью определения инвалидности за 2012 – 2013 гг.

население	Первично				Повторно			
	освидетельствовано		признано инвалидами		освидетельствовано		признано инвалидами	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
взрослое	6287	5637	5379 (85,6%)	4594 (81,5%)	12204	11330	11818 (96,8%)	10877 (96,0%)
детское (0 – 17л.)	481	489	380 (79,0%)	366 (74,8%)	1713	1656	1641 (95,8%)	1559 (94,1%)
Всего	6768	6126	5759 (85,1%)	4960 (81,0%)	13917	12986	13459 (96,7%)	12436 (95,8%)

После постоянного в течение ряда лет (до 2010 г.) увеличения общего количества первично освидетельствованных граждан в бюро медико-социальной экспертизы с целью определения инвалидности его снижение началось с 2011 г. (по сравнению с предыдущим годом – на 4,9%). В 2013 г. по отношению к 2010 г. снижение показателя составило 17,5%. Причем это уменьшение коснулось как взрослого (на 18,6%), так и детского (на 1,8%) населения.

Количество впервые признанных инвалидами (ВПИ) в 2013 г. вновь уменьшилось с 5759 в 2012 г. до 4960 чел. (на 799 чел., или 13,9%). В основном это снижение коснулось лиц старше 18 лет – 14,6%. Снижение количества ВПИ среди детского населения до 18 лет составило 3,7%.

По данным отделения Пенсионного фонда РФ по РК на 31.12.2013 г. количество инвалидов старше 18 лет составило 69731 чел., (2010г. – 71093, 2011г. – 71120, 2012г. – 70830). Показатель распространенности инвалидности среди лиц данной возрастной категории равен 997,5 на 10 тысяч взрослого населения (2010г. – 932,7, 2011г. – 988,6, 2012г. – 998,4). При уменьшении абсолютных цифр числа инвалидов в республике, показатель распространенности практически не изменился за счет уменьшения количества взрослого населения (более чем на 10 тысяч). Наиболее высокие показатели распространенности инвалидности среди взрослого населения зарегистрированы в Прилузском 1472,0; Сысольском – 1391,6; Корткеросском – 1297,4 и Сосногорском – 1267,1 районах РК. Низкие уровни показателя отмечены в Усинском – 384,3; Ухтинском – 656,7 и Интинском – 852,8 районах.

С целью первичного определения инвалидности в 2013 г. в Бюро – филиалы Учреждения было направлено 5637 чел., из них инвалидами не признано – 1043. Показатель необоснованности направления на экспертизу составил 18,5% (по РФ в 2012 г. данный показатель составил – 12,4%).

В 2013 г. среди лиц старше 18 лет впервые признаны инвалидами (ВПИ) 4594 чел., что составило 65,7 на 10 тысяч взрослого населения. Показатель первичной инвалидности в регионе среди лиц трудоспособного возраста составил – 41,8; среди лиц старше трудоспособного возраста – 141,6 в расчете на 10 тысяч соответствующего населения.

Таблица 43.

Показатели первичной инвалидности по РК за 2010 – 2013 гг.

Показатели	Годы					
	2010	2011	2012	2013	2012 РФ	2012 СЗФО
Число лиц впервые признанных инвалидами	6191	5768	5379	4594	804606	-
Первичная инвалидность взрослого населения в расчете на 10 тыс. взрослого населения	81,2	80,2	75,8	65,7	69,0	70,6
Число лиц впервые признанных инвалидами в трудоспособном возрасте	3092	2845	2525	2219	-	-
Первичная инвалидность взрослого населения трудоспособного возраста в расчете на 10 тыс. соответствующего населения	51,0	50,8	46,2	41,8	-	-
Число лиц впервые признанных инвалидами в пенсионном возрасте	3099	2923	2854	2375	-	-
Первичная инвалидность взрослого населения пенсионного возраста в расчете на 10 тыс. соответствующего населения	198,9	183,7	174,8	141,6	126,2	132,1

В целом по РК уровень первичной инвалидности среди взрослого населения снизился, по сравнению с 2012 годом, более чем на 13%. В сравнении с 2005 годом, когда наблюдался пик уровня ПИ (158,2), общее снижение составило 58,5%.

По РФ количество лиц, впервые признанных инвалидами в 2013 г., в сравнении с предыдущим годом, также уменьшилось на 16,1. Показатель первичной инвалидности в от-

дельные годы имел тенденцию к снижению и повышению в разных возрастных категориях. Так в 2003 г. наблюдалось снижение уровня первичной инвалидности среди взрослого населения до 85,3 на 10 тысяч населения, затем в 2004 и 2005 гг. произошло его значительное увеличение. В 2006 г. уровень первичной инвалидности снизился, причем во всех возрастных группах, в 2007 и 2008 гг. тенденция к снижению показателя продолжилась, а в 2009 – 2010 г.г. вновь произошло, хотя и незначительное, но увеличение данного показателя. С 2011 г. и до настоящего времени вновь наблюдается постепенное снижение уровня первичной инвалидности во всех возрастных группах.

На фоне средних показателей РФ уровень первичной инвалидности в РК выше в основном за счет инвалидизации лиц пенсионного возраста, что, по-видимому, связано с тенденцией постарения населения республики.

Среди населения районов республики показатель первичной инвалидности в расчете на 10 тысяч взрослого населения имеет значительный разброс от 104,6 в Троицко-Печорском районе до 24,4 в Усинском районе.

Первичная инвалидность, превышающая средне-республиканский показатель отмечается также в Сыктывдинском -101,3, и Княжпогостском районах – 94,6 .

Среди лиц трудоспособного возраста превышение средне-республиканского уровня данного показателя (52,7) отмечено в Троицко-Печорском районе – 68,7 на 10 тысяч соответствующего населения, наиболее низкие показатели зафиксированы также в г. Усинск (18,3), в Вуктыле (25,0).

Из общего числа женщин, впервые признанных инвалидами, количество лиц старше трудоспособного возраста почти вдвое выше, чем в трудоспособном, что связано с большей продолжительностью жизни женского населения.

Соотношение обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы для установления инвалидности городского и сельского населения в регионе составило 3,4:1. После роста в течение ряда последних лет, обращаемость с целью определения группы инвалидности в 2013 г. среди городских жителей несколько снизилась. Доля сельских жителей, из числа впервые признанных инвалидами, также возросла и составила 27,7% (2011г. – 24,2%, 2012г. – 26,4%).

Показатели установленной первичной инвалидности среди сельского населения четвертый год подряд превышают аналогичный показатель среди городского населения.

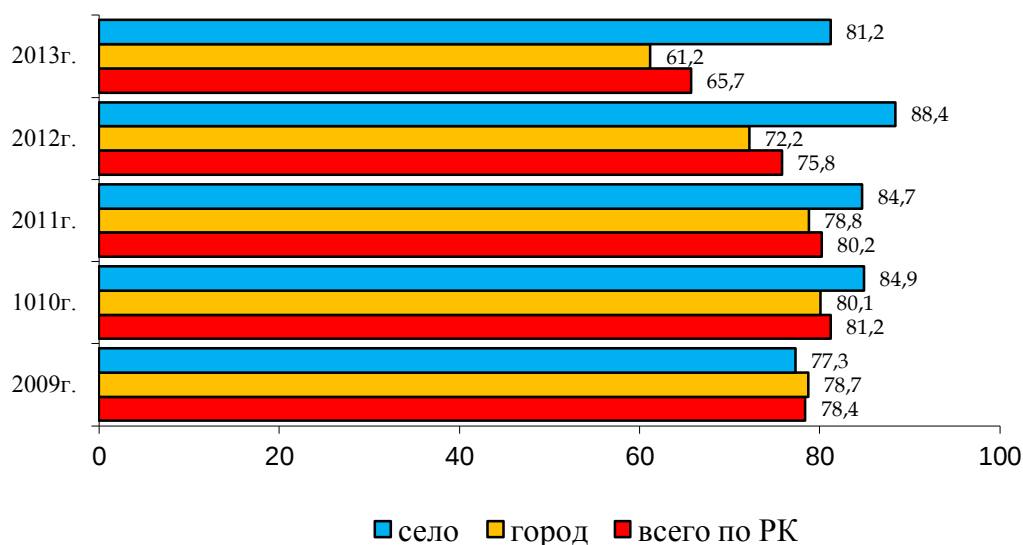


Рис. 35. Распределение уровня первичной инвалидности между городским и сельским населением РК в динамике за 2009–2013 гг. (в расчете на 10 тысяч соответствующего населения)

Причем, показатели первичной инвалидности взрослого населения в сельской местности превышают данные показатели в городах за счет инвалидизации населения как трудоспособного, так и пенсионного возрастов.

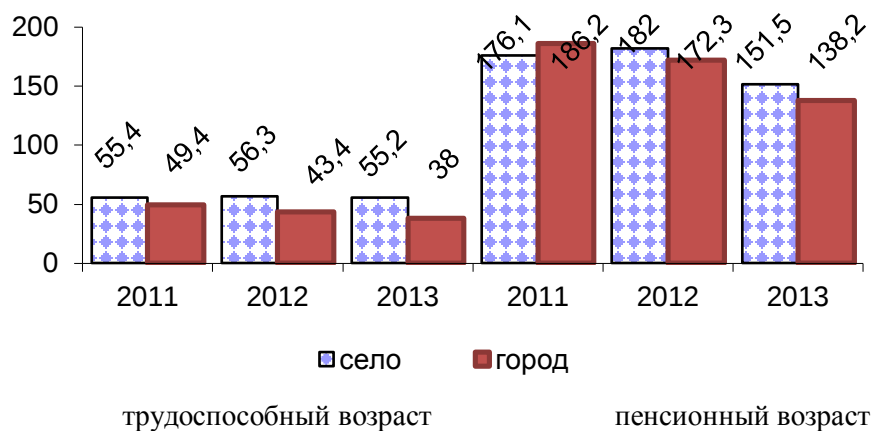


Рис. 36. Распределение показателя первичной инвалидности взрослого населения среди городских и сельских жителей по признаку трудоспособности за 2011 - 2013 гг.

Структура причин инвалидности в течение ряда лет относительно стабильна. Основную долю - 96,4%, среди лиц с первично установленной инвалидностью, составляют инвалиды вследствие общего заболевания. На долю причин установления первичной инвалидности вследствие трудового увечья и профессионального заболевания приходится -2% случаев, инвалидность с детства-0,9%; по причине службы в вооруженных силах (бывшие военнослужащие) – 0,7%,

Возрастная структура первичной инвалидности за последние 6-7 лет претерпела принципиальные изменения. Так удельный вес лиц пенсионного возраста в 2006 г. превышал долю лиц трудоспособного возраста на 24%, в 2007 г. разница данных показателей уменьшилась и составляла уже менее 10%, с 2008 г. данные показатели практически сравнялись, а в 2012- 2013г.г. доля впервые признанных инвалидами среди лиц пенсионного возраста превысила данный показатель среди лиц трудоспособного возраста.

Возрастная структура первичной инвалидности в 2013 г. выглядит следующим образом:

- I возрастная категория (18 – 44г.) – 17,2% (2012г. – 16,8);
- II возрастная категория (45-54г.- женщины, 45-59л.-мужчины) – 31,1% (2012г. – 30,2%);
- III возрастная категория (жен.–старше 55 лет, мужчины–старше 60 л.) –51,7% (2012г. – 53,0%).

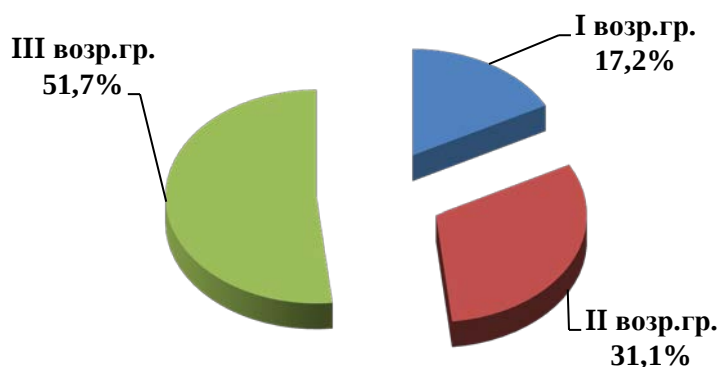


Рис. 37. Структура первичной инвалидности по возрастным группам за 2013 год (в %)

Одним из важных показателей, характеризующих контингент инвалидов, является **распределение их по тяжести инвалидности**. Показатели первичной инвалидности по группам в 2013 г.: наибольший удельный вес представлен инвалидами III группы, наименьший – I группы, как и в предыдущих годах (см. диаграмму № 7).

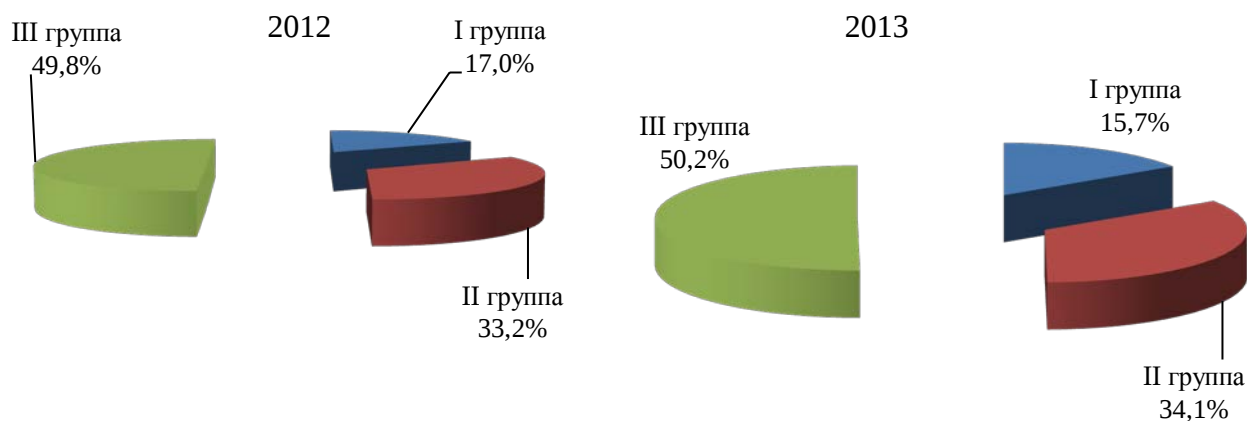


Рис. 38. Структура первичной инвалидности по группам в РК в 2012 – 2013 гг.

Самая высокая доля инвалидов с I группой инвалидности в г. Печора – 29,6%. Наиболее низкий процент инвалидов с I группой в г. Воркута – 10,0%.

Процент инвалидов II группы колеблется от 51,7% в г. Усинске до 25,9% в Вуктыле, а инвалидов III группы – от 63,0% в г. Воркута до 25,3% в Усинском районе.

Наибольший процент инвалидов с III группой отмечается в I и II возрастных категориях – 54,1% и 55,0%. Среди лиц пенсионного возраста – 45,2%.

Инвалиды второй группы в структуре первичной инвалидности по тяжести заболевания во всех трех возрастных группах занимают – от 31,1% до 38,1%. В первой возрастной группе наибольшая доля инвалидов II группы приходится на туберкулез – 82,1%, психические расстройства и расстройства поведения – 51,2%. Во второй возрастной группе: туберкулез – 83,8%, злокачественные заболевания – 45,8%. В пенсионном возрасте: злокачественные новообразования – 49,0%.

Самый большой процент инвалидов с первой группой инвалидности – в пенсионном возрасте – 23,7, наименьший – в первой возрастной группе (7,7%). В возрасте 18-44 года наибольшая доля инвалидов с первой группой инвалидности в структуре по тяжести приходится на злокачественные заболевания – 18,3%, последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 13,9%. В возрастной группе - женщины от 45 до 54 лет и мужчины от 45 до 59 лет – болезни глаза и его придаточного аппарата – 35,3%, злокачественные новообразования – 20,8%. В пенсионном возрасте: 65,3% - психические расстройства и расстройства поведения, 45,5% - последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин.

Структура первичной инвалидности взрослого населения по нозологическим формам.

I место (как и в предыдущие годы) занимают **болезни системы кровообращения**, их доля от общего числа лиц, впервые признанных инвалидами, составила **34,4%** (2009 г. - 38,9%, 2010 г. - 37,6%, 2011 г. - 36,8%, 2012 г. - 36%). Удельный вес данной нозологической формы в структуре ПИ продолжает снижаться. В структуре данной нозологии, как и прежде,

наибольшая доля приходится на цереброваскулярные болезни – 47,5% и ишемическую болезнь сердца – 36,8%.

II место в течение последних лет стабильно занимают **злокачественные новообразования** – **20,4%** (2009 г. - 16,8%, 2010 г. - 16,2%, 2011 г. - 17,5%, 2012 г. - 17,8%). В динамике за последние 5 лет их доля в структуре ПИ по нозологическим формам имеет четкую тенденцию к увеличению.

III место, начиная с 2005 г., занимают **болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани**. В 2013 г. в структуре первичной инвалидности на эти заболевания приходится **11,2%** (2009 г. - 10,0%, 2010 г. - 10,3%, 2011 г. - 11,0%, 2012 г. - 11,5%).

IV место – **последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин** – **6,4%** (2009 г. - 7,1%, 2010 г. - 7,7%, 2011 г. - 6,6%, 2012 г. - 7,1%).

V место - **болезни нервной системы** – **5,0%** (2009 г. - 3,7%, 2010 г. - 4,4%, 2011 г. - 4,9%, 2012 г. - 4,7%).

VI место - **психические расстройства и расстройства поведения** – **4,7%** (2009 г. - 4,4%, 2010 г. - 4,7%, 2011 г. - 4,2%, 2012 г. - 4,1%).

На **VII место с восьмого вновь поднялся туберкулез**, его процент составил **4,2%** (2009-2010 гг. – по 3,3%, 2011 г. – 3,4%, 2012 г. - 2,8%). Первичная инвалидность по причине туберкулеза легких в данной нозологии занимает 99,5% (2012 г. - 86%).

На **VIII место** вышли **болезни глаза и его придаточного аппарата** – **2,7%** (2009 г. - 3,4%, 2010 г. - 2,9%, 2011 г. - 2,3%, 2012 г. - 2,3%).

На **IX место** с седьмого переместились **болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ** – **2,5%** (2009 г. - 4,7%, 2010 г. - 4,5%, 2011 г. - 4,0%, 2012 г. - 3,2%). Доля сахарного диабета в структуре данной нозологии составила 87,2% (2012 г. - 90,6%).

X место - **болезни органов пищеварения** – **2,0%** (2009 г. - 1,6%, 2010 г. - 1,7%, 2011 г. - 1,6%, 2012 г. - 2,3%).

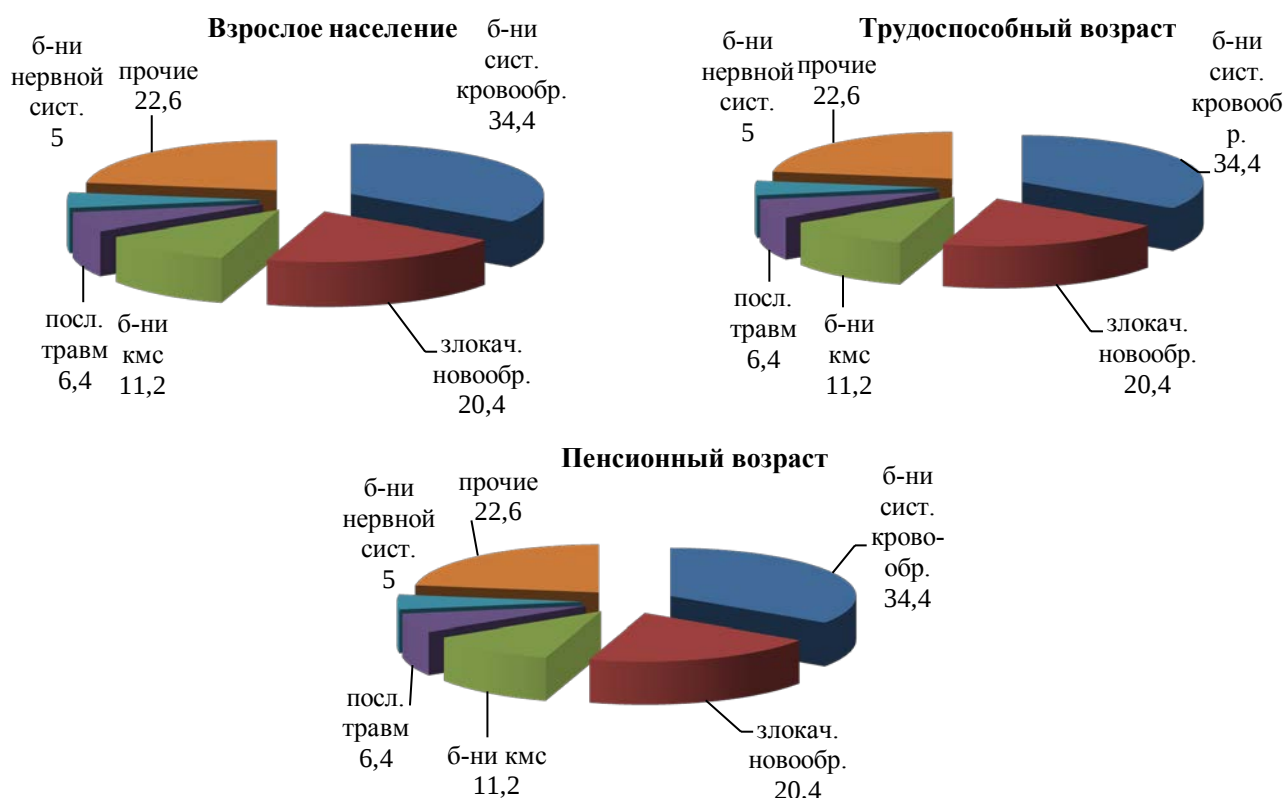
В структуре первичной инвалидности в целом по РФ в 2013 г., как и в предыдущие годы, первые ранговые места занимали те же классы заболеваний, что и по РК: 25,1% (2010 г. - 41,3%, 2011 г. - 39,2%, 2012 г. - 37,4%) - болезни системы кровообращения, 15,8% (2010 г. - 19,5%, 2011 г. - 20,4%, 2012 г. - 21,9%) - злокачественные новообразования, 6,9% (2010 г. - 8,0%, 2011 г. - 9,4%, 2012 г. - 9,7%) - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, но процентный показатель по РФ ниже, чем по республике.

В целом по РФ, как и в РК, продолжилось снижение удельного веса болезней системы кровообращения в структуре первичной инвалидности.

Среди инвалидов трудоспособного возраста основными причинами первичной инвалидности в 2013 г. явились следующие заболевания: болезни системы кровообращения – 25,4% (2012 г. - 25,6%); злокачественные новообразования – 18,8% (2012 г. - 17,0%); болезни костно-мышечной системы – 10,8% (2012 г. - 10,7%); последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 9,4% (2012 г. - 11,1%); туберкулез – 8,3% (2012 г. - 5,7%); болезни нервной системы – 7,1% (2012 г. - 7,0%).

В пенсионном возрасте удельный вес болезней системы кровообращения в структуре первичной инвалидности снижается восьмой год подряд и составил в 2013 г. 42,8% (2009 г. - 49,2%, 2010 г. - 47,9%, 2011 г. - 47,3%, 2012 г. - 45,2%), однако остается на первом ранговом месте. Цереброваскулярные болезни в данной возрастной категории занимают 52,6%, ишемическая болезнь сердца – 35,4%.

Далее следуют злокачественные заболевания – 22,0% (2009 г. - 16,8%, 2010 г. - 16,1%, 2011 г. - 18,0%, 2012 г. - 18,5%) и болезни костно-мышечной системы – 11,5% (2009 г. - 10,1%, 2010 г. - 9,9%, 2011 г. - 10,8%, 2012 г. - 12,3%).



39. Структура первичной инвалидности по нозологическим формам за 2013 год

Во всех районах республики болезни системы кровообращения имеют самый высокий показатель первичной инвалидности среди всех нозологических форм, в целом по Республике он составляет 22,6 на 10 тысяч взрослого населения (2012 г. - 27,3%). Наиболее высокий данный показатель в Койгородском районе – 45,6. Ниже республиканского более, чем в 3 раза показатель в Усинском районе – 6,5. Интенсивный показатель первичной инвалидности по причине злокачественных новообразований по республике составляет 13,4 (2012 г. - 13,5). По районам данный показатель колеблется от 23,0 в Усть-Куломском районе до 6,5 в Вуктыльском районе. На болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в республике приходится 7,3 случая первичной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения (2012 г. - 8,7). Превышение средне-республиканского показателя почти в 3 раза в Усть-Вымском районе – 20,2. Наиболее низкий данный показатель в г. Усинске – 0,8.

При первичном признании лица инвалидом группа инвалидности установлена «бессрочно» в 596 случаях, или в 13,0% (2010 г. - 22,4%, 2011 г. - 12,2%, 2012 г. - 12,6%).

Результаты переосвидетельствований взрослого населения. В течение 2013 г. в Бюро-филиалах ФКУ «ГБ МСЭ по РК» Минтруда России переосвидетельствовано 16300 чел. (2011 г. - 19143, 2012 г. - 18267) в возрасте 18 лет и старше, в том числе городских жителей – 12802, или 78,5% (2012 г. - 14363, или 78,6%), сельских – 3498, или 21,5% (2012 г. - 3904, или 21,4%).

Из общего числа повторно освидетельствованных граждан с целью определения группы инвалидности освидетельствовано 11330, или 69,5% (2012 г. - 12204, или 66,8%). Инвалидность установлена в 10877 случаях, что составляет 96,0% (в 2012 г. – 11818 - 96,8%).

На первом месте в структуре повторной инвалидности также как и случае первичной инвалидности, находится инвалидность от болезней системы кровообращения (31,0%); II место занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (14,5%); III место – злокачественные новообразования (13,1%); IV место – психические расстройства и расстройства поведения (7,4%); V место – болезни нервной системы (7,1%).

По итогам 2013 г. не подтверждена инвалидность при переосвидетельствовании у 453 чел. (2009 г. - 673, 2010 г. - 447, 2011 г. - 383, 2012 г. - 386).

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

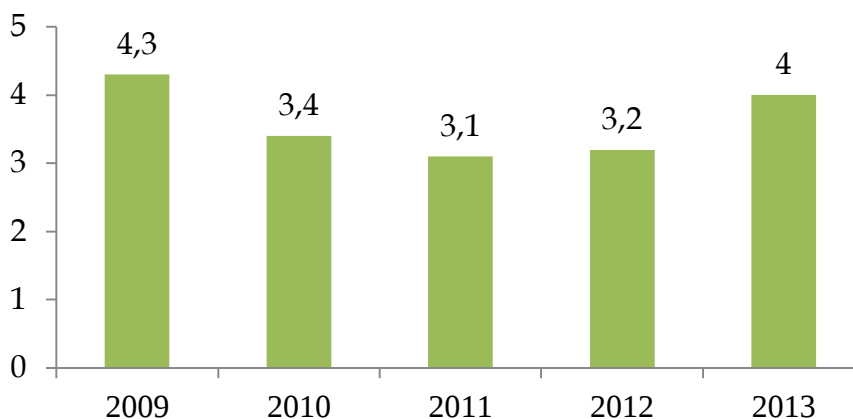


Рис. 40. Динамика показателя полной реабилитации инвалидов по республике за 2009–2013 гг. (в %)

Динамика показателя полной реабилитации с 2009 по 2011 год имел тенденцию к снижению, затем с 2011 по 2013 год отмечался его подъем. При детальном рассмотрении данного показателя в разрезе административных территорий республики процент реабилитации выше республиканского в г. Усинск – 12,3 (2012 г. - 9,9). Наиболее низкий показатель в Удорском районе – 0,8%. Группа инвалидности не изменилась у 78,9% лиц, повторно признанных инвалидами (2012 г. – 78,0%). Более «легкая» группа установлена у 14,9%, более «тяжелая» - у 11,8% (в 2012 г. соответственно – 14,0% и 13,3%). Показатель суммарной реабилитации составил 10,0% (2010 и 2011 гг. - 8,7%, 2012 г. - 9,0%). При переосвидетельствовании у 43,8% пациентов, повторно признанных инвалидами, группа инвалидности установлена «бессрочно» (2011 г. - 35,2%, 2012 г. - 38,3%).

Результаты деятельности учреждений МСЭ по разработке ИПР и ПРП. За 2013 год разработано 20623 (2009 г. - 27740, 2010 г. - 26043, 2011 г. - 24655, 2012 г. - 23350) программ реабилитации (в т.ч. ИПР – 17949 и ПРП – 2674), что на 11,7% меньше, чем в 2012 г. Индивидуальные программы реабилитации гражданам, признанным инвалидами, разрабатываются в 100% случаев.

Выдано программ реабилитации всего 20605 (2012 г. - 23227), или 99,9% (2012 г. - 99,7%) от общего числа разработанных.

Мероприятия по медицинской реабилитации рекомендованы в 100% случаев в ИПР и ПРП, санаторно-курортное лечение соответственно – в 27,8% и в 85,9%.

Меры профессиональной ориентации рекомендованы в 12,7% ИПР, в 4,0% ПРП, трудоустройство в 52,9% ИПР и в 89,8% ПРП.

Технические средства реабилитации (ТСР) рекомендованы 9338 инвалидам в ИПР или 60,0% от числа лиц, признанных инвалидами. В ПРП рекомендации в ТСР получили 722 человека.

Кресел-колясок (в ИПР и ПРП) рекомендовано всего 1328 единиц (2012 г. - 1444). Трости, костыли, опоры, поручни рекомендованы – 7137 (2012 г. - 7889), протезы (в том числе эндопротезы и ортезы) – 4036 (2012 г. - 4203), ортопедическая обувь - 1073 гражданам (2012 г. - 1303).

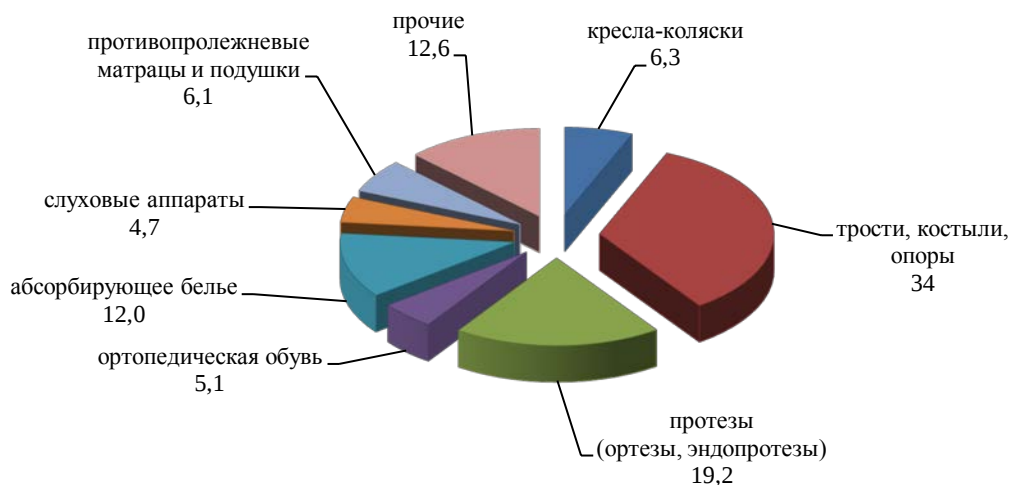


Рис. 41. Распределение ТСП в программах реабилитации за 2013 г. (%)

Результаты освидетельствования и переосвидетельствования для определения степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ). Освидетельствовано первично – 469 чел. (2010 г. - 325, 2011 г. - 377, 2012 г. - 342), из них установлен процент утраты профессиональной трудоспособности – 435, или 92,8% (2011 г. - 96,8%, 2012 г. - 90,1%) от числа обратившихся граждан.

Переосвидетельствовано всего 2257 чел. (2010 г. - 2365, 2011 г. - 2255, 2012 г. - 2253), из них для установления процента утраты профессиональной трудоспособности – 953, или 42,2% (2011 г. - 59%, 2012 г. - 49,0%). Процент УПТ установлен в 99,7% случаев (2011 г. - 99,8%, 2012 г. - 98,8%).

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

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

ГЛАВА 3. ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

3.1. 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 РФ в 1,1 раза. Обеспеченность врачами педиатрами (физические лица) на 10 тысяч детского населения по итогам 2013 г.

Таблица 1.

Обеспеченность врачами педиатрами (физические лица) на 10 тысяч детского населения

Расчет	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г.	РФ 2012 г
На 10 тысяч детского населения от 0 до 17 лет	19,2	19,3	20,4	18,5	18,0	19,7

Укомплектованность врачами – педиатрами в регионе за пять лет уменьшилась на 8,7% и продолжает ухудшаться.

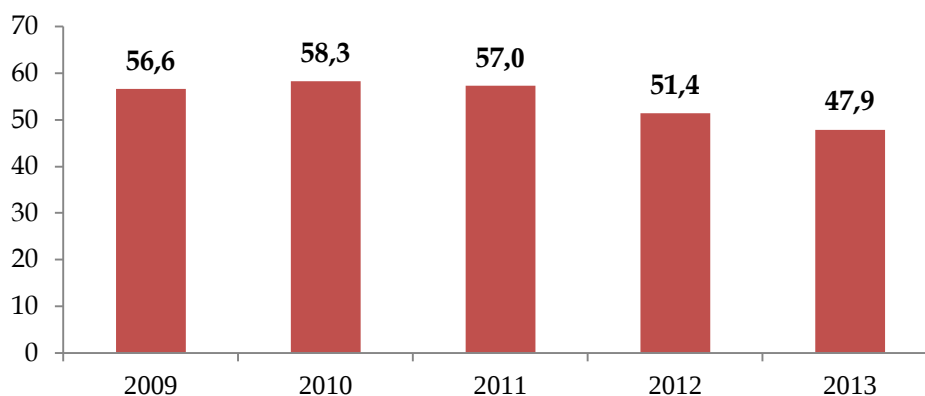


Рис. 1. Укомплектованность врачами – педиатрами

Таблица 2.

Удельный вес аттестованных врачей педиатрического профиля (%)

	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г	РФ, 2012 г
Высшая категория	5,4	5,8	7,1	7,2	8,0	н/д
Первая категория	18,3	18,1	18,9	18,6	18,3	н/д
Вторая категория	7,1	6,8	7,4	6,9	5,2	н/д
Всего	30,8	30,7	33,3	32,6	31,5	51,7 со снижением на 12 %

Удельный вес аттестованных врачей педиатрического профиля остается ниже чем по РФ в целом, но отмечается увеличение доли специалистов с высшей квалификационной категорией.

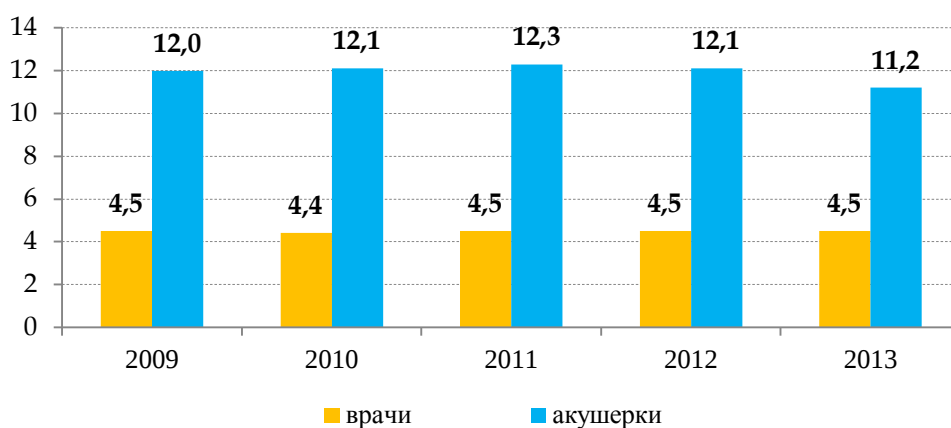


Рис. 2. Обеспеченность акушер–гинекологами и акушерками в РК в динамике за 5 лет (на 10000 женского населения)

Обеспеченность республики врачами акушерами-гинекологами ниже уровня РФ (5,0 – 2012г.), в динамике показатель стабильный. Обеспеченность акушерками почти в 1,5 раза выше РФ (7,8 – 2011г.), что позволяет обеспечить доступность акушерско – гинекологической помощи сельскому населению.

Таблица 3

Квалификационная категория акушер–гинекологов

	2009	2010	2011	2012	2013	РФ 2012
Всего врачей акушер-гинекологов	227	220	214	212	209	38483
Имеют категорию всего	127 55,9%	122 55,5%	114 53,3%	109 51,4%	110 52,6%	60,0%
В том числе высшую	32 14,1%	37 16,8%	37 17,3%	36 17,0%	37 17,7%	н/д
I категорию	63 27,8%	60 27,3%	56 26,2%	53 25,0%	54 25,8%	н/д
II категорию	32 14,1%	25 11,4%	21 9,8%	20 9,4%	19 9,1%	н/д
Имеют сертификат специалиста	214 94,3%	213 96,8%	210 98,1%	212 100,0%	209 100,0%	96,6%

Не многим более 52% врачей акушер-гинекологов имеют квалификационную категорию, что 9 % ниже, чем по РФ. Имеется неблагоприятная тенденция снижения количества аттестованных врачей акушер-гинекологов.

3.2. Профилактическая работа в педиатрической практике. Одной из наиболее важных задач в системе здравоохранения детского возраста является укрепление здоровья детей с момента рождения и в первый год жизни. На протяжении последнего десятилетия в регионе поддерживается и пропагандируется политика охраны и поддержки грудного вскармливания в соответствии с международными стандартами. В основу реализуемой в РК модели охраны и поддержки грудного вскармливания заложено внедрение в практику женских консультаций, акушерских стационаров и детских амбулаторно-поликлинических учреждений современных низкзатратных и ресурсосберегающих перинатальных техноло-

гий, определяющих Инициативу ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку". В республике широко используются гуманизированные технологии в родовспоможении и неонатологии: семейно – ориентированные роды (22% от общего количества родов в 2013 г. против 14 % в 2012 г. соответственно); совместное пребывание 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 86,1 % детей).

Таблица 4.

**Показатели грудного вскармливания в РК
за 2009-2013 гг.**

	Удельный вес, находящийся 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
2009	92,6	25,7	66,9
2010	88,6	20,2	68,4
2011	90,4	24,8	75,2
2012	88,5	25,3	63,2
2013	86,1	25,2	60,9
РФ за 2012	81,8	41,2	40,6

Не смотря на высокие показатели во всех лечебно – профилактических учреждениях необходимо возобновить ежегодное повышение квалификации медицинских работников по вопросам пропаганды, поощрения и охраны грудного вскармливания, особенно в случае рождения ребенка с низкой и экстремально низкой массой тела.

Таблица 5.

Динамика заболеваемости детей первого года жизни в РК за 2009-2013 гг.

Показатель/год	2009	2010	2011	2012	2013	РФ, 2012 г.
Общая заболеваемость детей первого года жизни (на 1000 детей)	4190,2	4167,9	4206,6	4341,2	4031,0	2649,9

По итогам 2013 г. в регионе зарегистрирована самая низкая заболеваемость детей первого года жизни за последние пять лет, но продолжает оставаться выше среднероссийского показателя в 1.5 раза. С 2007 г. в РК проводится диспансеризация детей первого года жизни в рамках исполнения приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.04.2007 г. № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни», охват которой данной категории населения составляет от 86,9 до 94,6 % ежегодно, что так же способствует выявлению заболеваний на стадии ранних клинических проявлений, проведению своевременного дообследования, лечения, оздоровления и реабилитации.

Вопросы иммунизации детского населения являются приоритетными как на государственном, так и на республиканском уровне. С 2013 г. в национальный календарь прививок внесена вакцинация детей против гемофильной и пневмококковой инфекции, что позволит предотвратить заболевания тяжелыми формами менингита и болезней органов дыхания.

Таблица 6.

Охват детей профилактическими прививками в РК в 2009-2013 гг. (%)

Показатель/год	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г	РФ, 2012 год
- против дифтерии в возрасте 1 года включительно	98,6	96,9	96,1	96,5	97,7	97,3
- против коклюша в возрасте 1 года включительно	98,3	96,6	96,0	96,3	97,5	95,9
- против полиомиелита в возрасте 1 года	98,7	97,2	97,0	96,7	98,0	97,6
- против кори в возрасте 2 года включительно	98,9	99,05	97,0	97,0	98,5	98,1
- против эпидемического паротита в возрасте 2 года включительно	98,8	99,1	97,2	97,0	98,5	98,1
- против туберкулеза	98,1	97,2	98,4	98,6	98,4	96,0
- против гепатита "В" в возрасте 1 года включительно	98,3	98,4	96,6	96,4	97,8	н/д
- против краснухи в возрасте 2 лет включительно	98,6	99,0	97,5	97,0	98,5	н/д

Показатель своевременности охвата детей в декретированные сроки профилактическими прививками против инфекций, "управляемых" средствами специфической профилактики, в последние годы в РК не опускается ниже 95%, что позволяет не допускать заболеваемости привитых детей такими инфекциями, как дифтерия, эпидемический паротит, коклюш, корь.

Таблица 7.

Инфекционная заболеваемость детей от 0 до 14 лет в РК (на 100 000 детей)

	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г.
Дифтерия	0	0	0	0	0
Полиомиелит	0	0	0	0	0
Коклюш	2,0	2,8	9,8	9,9	17,5
Паротит эпидемиологический	0	0	0	0	0
Корь	0	0	0	1,3	0
Краснуха	0	0,1	0	0	0
Вирусный гепатит В	0,6	0	0	4,6	0

В 2013 г. не зарегистрировано ни одного подтвержденного лабораторно случая дифтерии, полиомиелита, эпидемического паротита, вирусного гепатита В, кори и краснухи у детей.

В регионе проводится серологический мониторинг напряженности иммунитета к вирусу кори и краснухи 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 495 сывороток крови в различных возрастных группах и установлено, что процент серонегативных лиц составил: в возрастной группе 3 – 4 года до 6,7 %, 9 – 10 лет до 23,4 %, 16 – 17 лет до 29 %. В 2013 г. в связи с обострившейся ситуацией по кори в РФ проведено исследование 102 сывороток крови медицинских работников и установлено, что в 18,6 % имеет ме-

сто серонегативный результат. Во всех лечебно – профилактических учреждениях РК был проведен анализ серомониторинга, по результатам которого не выявлено нарушений в проведении вакцинации (соблюдение «холодовой цепи», своевременность проведения иммунизации, соблюдение технологии введения вакцины и т.д.). В период с 25 по 29 ноября 2013 г. в РК была проведена проверка учреждений РК сотрудниками ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, сотрудниками лаборатории вирусологии Санкт – Петербургского регионального центра эпидемиологического надзора за корью и краснухой. Были проверены учреждения: Управление Роспотребнадзора по РК, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РК», ГБУЗ РК «Республиканская инфекционная больница», ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3», ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 1», ГБУЗ РК «Сыктывкарский специализированный дом ребенка». По итогам проведенной проверки комиссией работа в регионе по вопросам эпидемиологического надзора за корью и краснухой была признана удовлетворительной. Тем не менее, были выявлены следующие замечания, разобранные на заседании Иммунологической комиссии РК от 25.12.2013 г.: при госпитализации детей в стационар не всегда указываются данные о прививочном анамнезе; при проведении иммунизации детей в поликлиниках – отсутствуют записи об осмотре ребенка через 30 минут после введения вакцины; имеет место высокий показатель серонегативных результатов при исследовании сывороток крови медицинских работников.

В 2013 г. зарегистрирован 1 случай осложнения после вакцинации, который представлен инфильтратом на месте введения вакцины БЦЖ. Случаев осложнения у детей после ревакцинации в 2013 г. не было.

В республике продолжено проведение массового обследования новорожденных на наследственные заболевания и патологию слуха:

неонатальным скринингом охвачено 12296 новорожденных (98,8 %). Выявлено: 2 ребенка с врожденным гипотиреозом, 3 – с фенилкетонурией, 1 с адреногенитальным синдромом и 1 с муковисцидозом. Все дети находятся под наблюдением, получают адекватную терапию и реабилитацию;

аудиологическим скринингом охвачено 10952 ребенка первого года жизни (99,8 %), 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 г. – 4 операции; 2009 г. - 4 операции).

В республике продолжено проведение массового обследования новорожденных на наследственные заболевания и патологию слуха:

неонатальным скринингом охвачено 12296 новорожденных (98,8 %). Выявлено: 2 ребенка с врожденным гипотиреозом, 3 – с фенилкетонурией, 1 с адреногенитальным синдромом и 1 с муковисцидозом. Все дети находятся под наблюдением, получают адекватную терапию и реабилитацию;

аудиологическим скринингом охвачено 10952 ребенка первого года жизни (99,8 %), 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 г. – 4 операции; 2009 г. - 4 операции).

В рамках реализации приказа Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» и приказа МЗ РК от 5 апреля 4/158 «Об организации прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них в РК» всеми лечебно – профилактическими учреждениями получены лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (оказание услуг) по "медицинским осмотрам профилактическим". В рамках исполнения приказа было осмотрено 27709 несовершеннолетних, по результатам осмотров разработаны индивидуаль-

ные программы по оздоровлению. В 2014 г. реализация данного направления будет продолжена и запланировано охватить профилактическими осмотрами 103674 детей и подростков.

Не смотря на проведение профилактических мероприятий, не удастся снизить заболеваемость «школьной» патологии, которая возрастает при продвижении ребенка по школьной лестнице.

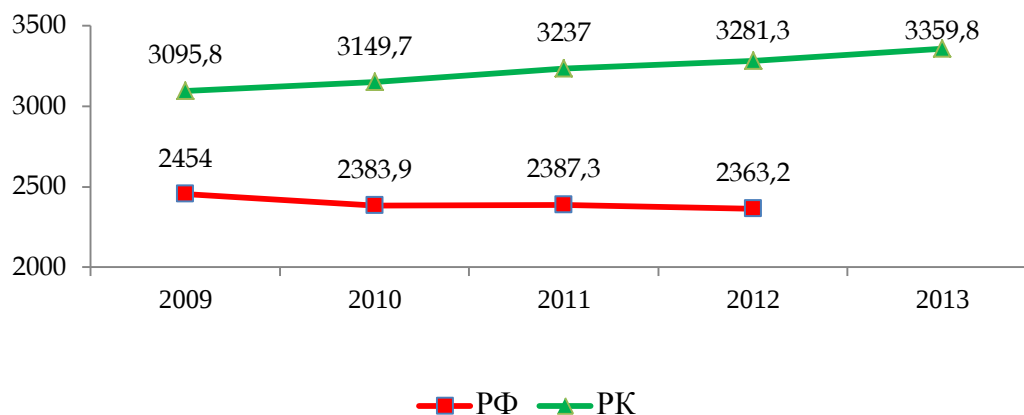
Таблица 8.

**Удельный вес выявленных нарушений при профилактических осмотрах
в состоянии здоровья у детей**

Показатели/год	До поступления в школу					Перед окончанием школы				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Снижение зрения	6,7	6,4	7,2	6,7	6,9	28,9	28,4	30,3	30,6	31,2
Нарушение осанки	10,0	11,6	8,0	6,2	6,7	23,0	21,4	19,5	17,7	18,7
Сколиоз	0,9	0,9	0,6	0,7	0,4	7,0	7,4	6,9	6,6	6,5
Снижение слуха	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
Дефекты речи	13,5	15,7	13,0	13,5	13,4	0,4	0,47	0,3	0,3	0,3

По результатам профилактических осмотров учащихся государственных (муниципальных) общеобразовательных учреждений отмечен рост 1 и 2 групп здоровья до 82,4 % (2012 год – 82 %, 2011 год – 80,2 %) против 74 % по РФ за 2012 год, что свидетельствует об улучшении качества оздоровительной работы, проводимой с детьми школьного возраста. Остается диспропорция между ростом общей заболеваемости детского населения и увеличением доли 1 и 2 групп здоровья, что может свидетельствовать о росте острых заболеваний и снижению хронической патологии. Данная тенденция указывает на недостаточную профилактическую направленность при работе с детьми и их законными представителями при оказании первичной медико – санитарной помощи.

Общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет включительно в 2013 г. по сравнению с 2009 годом выросла на 7,8% и превышает общую заболеваемость детей по РФ на 29 % и составляет 3359,8 на 1000 соответствующего населения против 2363,2 по РФ. В 2013 г. в структуре заболеваемости детей данной возрастной группы в первых четырех позициях не произошло изменений: первое ранговое место занимают заболевания органов дыхания, второе - болезни кожи и подкожной клетчатки, третье - заболевания глаз и его придаточного аппарата, четвертое место - заболевания органов пищеварения, пятое место – болезни костно – мышечной системы.



**Рис. 3. Динамика общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет в РК и РФ
за 2009-2013 гг.**

Показатель общей заболеваемости детей подросткового возраста по сравнению с 2009 годом вырос на 9 % и превышает среднероссийский показатель на 23,8 %. В структуре заболеваемости детей данной возрастной группы первое ранговое место занимают болезни органов дыхания, второе – болезни глаза, третье – болезни костно – мышечной системы, четвертое место - болезни кожи и подкожной клетчатки, пятое место – травмы и отравления.

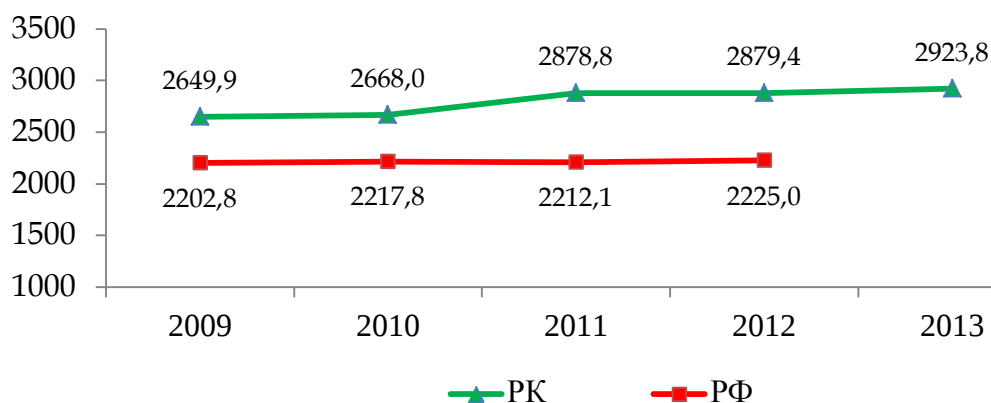


Рис. 4. Динамика общей заболеваемости детей от 15 до 17 лет (на 1000 населения соответствующего возраста) в РК и РФ за 2009-2013 гг.

В рамках исполнения приказа Министерства здравоохранения РК от 30 декабря 2011 г. № 12/644 «О совершенствовании амбулаторно – поликлинической специализированной медицинской помощи детям РК» и с целью приближения специализированной медицинской помощи детям, была продолжена работа межтерриториального детского консультативно – диагностического центра ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3» - прошло через центр за 2013 год 7745 детей, в том числе при выездах в сельские территории 6086 детей (2012 год: осмотрено 5983 ребенка, в том числе из сельских территорий при выездах 2885 детей).

На базе данного центра функционировали «Школа избыточного питания» (прошло через Школу 384 пациента), 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 715 пациентов. Выдано памяток, листовок и т.д. по вопросам здорового питания и необходимости занятий спортом, постепенного ежедневного повышения его физической активности и неуклонного увеличения динамического компонента в режиме дня – 1025 штук. Вопросы профилактической направленности включены в подпрограмму «Формирование здорового образа жизни», утвержденную Постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. N 420 «Об утверждении государственной программы РК "Развитие здравоохранения».

Во всех крупных детских поликлиниках городов открыты и функционируют дневные стационары, что позволило улучшить доступность оказания медицинской помощи детям.

Таблица 9.

Деятельность дневных стационаров для детей в РК в 2009-2013 гг.

	2009	2010	2011	2012	2013
Число учреждений, имеющих дневные стационары всех типов	10	8	9	9	9
Число коек в них	187	200	191	200	135
Число пролеченных больных (всего)	6383	5644	5376	5738	4072

3.4. Медицинское обеспечение детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В первом полугодии 2013 г. регионе была успешно завершена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Подлежало диспансерному осмотру 1628 несовершеннолетних, осмотрено 1628 детей и подростков, введено в систему электронного мониторинга – 1628 карт. Структура выявленной патологии по сравнению с 2012 годом не изменилась: на первом месте психические расстройства, на втором - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на третьем – болезни нервной системы, болезни глаза и придаточного аппарата. Доля детей с 1 и 2 группами здоровья составляет 42 % (2012 год - 37,9 %, 2011 год - 40 %). Лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия по итогам диспансеризации 2012 г. выполнены на 100%. Для получения высокотехнологичной медицинской помощи за пределы РК направлено 14 детей (2012 год - 5 детей).

При анализе показателей заболеваемости было установлено, что имела место гипердиагностика патологии по классу V (психические расстройства и расстройства поведения). С целью улучшения качества диагностики пограничных состояний и временных расстройств у детей, связанных, в том числе, с изменением социального положения ребенка, проведен обучающий семинар для врачей – психиатров по повышению квалификации при проведении диспансеризации несовершеннолетних.

В рамках приказа МЗ РК и Агентства РК по социальному развитию от 12.08.2013 г. №8/375/1776 «О проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в РК» - за 2013 год проведена диспансеризация у 674 ребенка. Структура выявленной патологии: на первом месте болезни костно – мышечной системы, на втором - болезни глаза и придаточного аппарата, на третьем – болезни органов пищеварения. Доля детей с 1 и 2 группами здоровья составляет 79 %.

Госпитализировано в 2013 г. в медицинские организации республики 599 беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, в том числе в возрасте до 4-х лет – 389 (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 медицинских организациях в 2013 г. состояло на учете 2783 семьи (2012 год – 2389 семьи, 2011 год – 1980 семей), находящихся в социально опасном положении, проведено 3225 патронажей в данные семьи (2012 год – 2569 патронажей. 2011 год – 2223 патронажа).

В целях выявления и оказания медико-психологической помощи женщинам с депрессивной настроенностью во время беременности и после родов, определения уровня психологической готовности к приему новорожденного в семью и профилактики отказов от детей внедрено анкетирование будущих мам, психологическое консультирование женщин, обучение в «Школах будущих матерей». Не смотря на проводимую работу в 2013 г. возросло количество отказов от новорожденных в родильных домах до 41 случая отказов (в 2012 г. – 33 случая, 2011 г. – 23 случая, 2010 – 45 случаев), как причина отказа только в 1,3 % случаев было рождение больного ребенка.

Направлено в дома ребенка за 2013 год 106 детей, в том числе 22 ребенка были в последующем переданы на воспитание в семью (2012 год - 108 детей, в том числе 23 ребенка были в последующем переданы на воспитание в семью, 2011 год – 129 детей и 18 детей соответственно).

3.5. Состояние детской инвалидности. За 2013 год по данным ФКУ «Бюро медико-социальной экспертизы по РК» Министерства труда и социальной защиты РФ проведено

2348 освидетельствований детей в возрасте от 0 до 18 лет, что, по сравнению с 2012 годом, меньше на 53 освидетельствования. С целью определения инвалидности обратилось 2145 чел., что составило 91,4% от общего числа освидетельствований.

Таблица 8.

**Результаты освидетельствований детского населения
с целью определения инвалидности за 2011–2013 гг.**

Первично						Повторно					
освидетельствовано			признано инвалидами			освидетельствовано			признано инвалидами		
2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
489	481	489	389	380	366	1823	1713	1656	1731	1641	1559

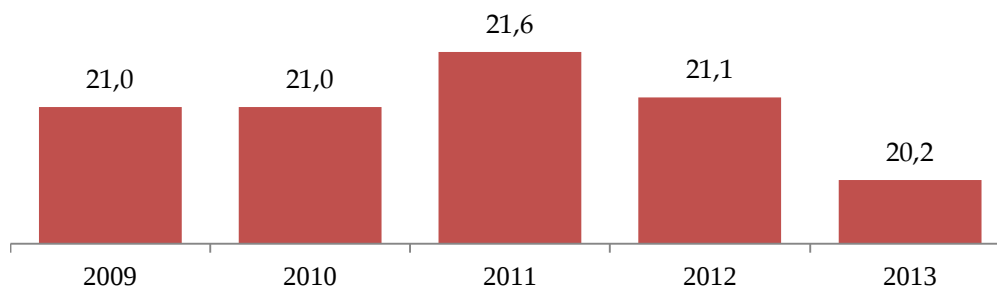
Как следует из приведенной таблицы, за последние годы больших изменений в количестве впервые освидетельствованных и признанных инвалидами детей не произошло. Сохраняется число повторных освидетельствований и повторно признанных инвалидами детей, что связано с увеличением доли определения инвалидности по категории «ребенок-инвалид» до достижения ребенком 18 летнего возраста.

Таблица 9.

Контингенты детей от 0 до 17 лет и их инвалидизация

Показатели	2009 г.	2010г.	2011 г.	2012г.	2013г.
Количество детей-инвалидов 0-17 лет (данные МСЭ)	3133	3125	3150	3146	3157
Распространенность на 10 000 детского населения (0-17 лет)	163,8	165,4	175,2	174,4	173,9
Показатель первичной инвалидности (данные МСЭ)	21,0	21,0	20,6	21,1	20,2
Признаны инвалидами впервые (данные МСЭ)	401	397	389	380	366
Признаны инвалидами при повторном освидетельствовании (данные МСЭ)	1975	1825	1731	1641	1559

Показатель первичной инвалидности детского населения в республике остается ниже, чем по РФ и СЗФО. Так, первичная инвалидность по РФ в 2012 г. составляла 26,9 на 10 тыс. детского населения, по СЗФО – 24,9 на 10 тыс. детского населения.



**Рис. 5. Состояние первичной инвалидности детского населения в РК
(на 10 тысяч детского населения)**

На I ранговом месте в течение нескольких лет - патология по причине врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений. Интенсивный показатель первичной инвалидности по причине врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений по республике в динамике за три года снижается и составил в 2013 г. 4,2 на 10 тысяч детского населения (2012 год – 4,9 на 10 тысяч детского населения, 2011 год - 5,1 на 10 тысяч детского населения). Наиболее высокие показатели имеет Койгородский район (17,4 на 10 тысяч детского населения).

На II место с третьего переместились психические расстройства и расстройства поведения с показателем 3,6 на 10 тысяч детского населения (2012 год – 2,7 на 10 тысяч детского населения, 2011 год – 4,2 на 10 тысяч детского населения). Наиболее высокий показатель первичной инвалидности в этой нозологической группе в г. Инта – 10,5 на 10 тысяч детского населения. Не зарегистрирована данная патология в Сыктывдинском, Койгородском, Сысольском районах. Из общего числа впервые признанных инвалидами по причине психических расстройств и расстройств поведения – 60 % занимает умственная отсталость

На III место со второго переместились болезни нервной системы с показателем 3,4 на 10 тысяч детского населения (2012 год – 3,9 на 10 тысяч детского населения, 2011 год – 3,2 на 10 тысяч детского населения). Наиболее высокий показатель по данной нозологической форме в Ижемском районе - 6,9 на 10 тысяч детского населения.

IV место - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

На V месте - первичная инвалидность по причине новообразований.

В целом по республике за 2013 год было разработано 2880 индивидуальных программ реабилитации инвалида (2008г.-2648, 2009г.-2651, 2010г.-2403, 2011г.-2343, 2012г.-2216), выдано детям-инвалидам 99,9% от числа разработанных ИПР. Из числа детей, впервые признанных инвалидами, ИПР разработано и выдано в 100% случаев. Меры медицинской реабилитации были рекомендованы в 100 % случаев. Санаторно-курортное лечение – в 50,6% случаев. Все рекомендации исполнены в полном объеме. Санаторно-курортное лечение получили 384 детей с инвалидностью, из них 58 в федеральных санаторно-курортных организациях, 297 – в санаторно-курортных организациях на территории республики, 29 - на побережье Черного моря. В 2013 г. высокотехнологичную медицинскую помощь получил 176 ребенок-инвалид, из них 134 в федеральных медицинских организациях, 42 на базе ГУ «Республиканская детская больница (в 2012 г. – 165 и 56 соответственно). По системе специализированной медицинской помощи в федеральных лечебных учреждениях пролечен 144 ребенок-инвалид (в 2012 – 141 ребенок, в 2011 г. – 126 детей, в 2010 г. – 109 детей).

Выводы по итогам деятельности педиатрической службы в 2013 г.:

1. Внедрены федеральные Порядки и Стандарты оказания медицинской помощи детскому населению.
2. Остается актуальным вопрос кадрового обеспечения педиатрической службы, в том числе в сельских территориях.
3. Не смотря на совершенствование и внедрение современных профилактических технологий, не удалось снизить показатель заболеваемости детей и подростков.
4. Улучшилась доступность оказания специализированной медицинской помощи детскому населению, в том числе высокотехнологичной, в республике.

Основными направлениями деятельности педиатрической службы в 2014 г. являются:

1. Увеличение объема мероприятий по медицинской профилактике на основе внедрения современных технологий, переноса части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный, качественное проведение профилактических осмотров детей.

2. Повышение доступности и качества медицинской помощи детскому населению в республике.
3. Совершенствование медико – социальной и психологической помощи детям, в том числе с детям с ограниченными возможностями и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

3.6. 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. Общий коэффициент рождаемости за последние пять лет имеет тенденцию к росту и составил в 2013 г. 14,2 на 1000 населения (по РФ – 13,2 на 1000 населения). Доля женщин фертильного возраста снижается.

Таблица 10.

Доля женского населения в РК за 2009-2013 гг. (%)

Показатель/год	2009	2010	2011	2012	2013	РФ 2012
Доля женского населения в РК составляет	52,6	52,7	52,9	52,8	52,7	53,7

Таблица 11.

**Общая гинекологическая заболеваемость взрослого женского населения РК
(на 100 тыс. взрослого женского населения)**

Показатели/год		2011 г.	2012 г.	2013 г.
Сальпингит и оофорит	РК	1070	1093,8	1126,2
	РФ	1174,9	1145,5	н/д
Эндометриоз	РК	387,4	431,0	494,06
	РФ	424,1	435,6	н/д
Эрозия и эктропион шейки матки	РК	1505,4	2034,6	1826,7
	РФ	1145,6	1363,5	н/д
Расстройства менструации*	РК	2229,8	2483,3	2304,5
	РФ	2174,4	2309,5	н/д
Женское бесплодие*	РК	316,0	335,4	315,5
	РФ	566,3	597,1	н/д
Беременность, роды и послеродовый период*	РК	7056,6	7681,2	7758,2
	РФ	9847,5	10146,4	н/д

*- на 100000 женщин фертильного возраста

Показатель заболеваемости сальпингитом и оофоритом ниже, чем по РФ. Эндометриоз, эрозия и эктропион шейки матки распространены выше, что может быть связано с лучшей диагностикой данной патологии. Показатель расстройства менструации сравнялся со среднероссийским. Показатель заболеваемости женским бесплодием ниже, чем по РФ, что может свидетельствовать о недостаточном внимании к этой патологии акушеров-гинекологов первичного звена.

Таблица 12.

**Общая гинекологическая заболеваемость среди детей и подростков
(показатель на 100 тыс. женского населения соответствующего возраста)**

Показатели/год		2011г.	2012г.	2013г.
Дети в возрасте 10-14 лет включительно				
Расстройства менструации	РК	2276	2430,8	3632,4
	РФ	1401,5	1735,3	н/д
Подростки 15-17 лет включительно				
Расстройства менструации	РК	9299	6556,4	10194,9
	РФ	1677,6	4925,2	н/д
Сальпингит и оофорит	РК	617	445,3	592,2
	РФ	1356,2	1256,6	н/д

Заболеваемость детей и подростков, связанная с нарушением менструальной функции, значительно превышает показатель РФ и, возможно, связан с климатическими особенностями региона, а так же улучшением диагностики заболеваний репродуктивной системы у несовершеннолетних в рамках проводимой диспансеризации детей и подростков.

Таблица 13.

**Сравнительная характеристика исхода беременности в РК и РФ за 2011-2013 гг.
(из числа закончивших беременность, состоящих на диспансерном учете)**

Показатели/год		2011г.	2012г.	2013г.
Закончили беременность всего (абс.)	РК	11654	12118	11920
В том числе родами в срок (%)	РК	89,48	89,2	88,9%
	РФ	92,2	92,4	н/д
Преждевременными родами (%)	РК	5,09	5,3	6,2%
	РФ	3,7	4,1	н/д
Абортами (%)	РК	5,4	5,5	4,8%
	РФ	4,1	3,5	н/д

Частота преждевременных родов выше показателя РФ и приближается к европейским цифрам.

Результатом внедрения порядков оказания акушерско-гинекологической помощи и неонатальной с формированием адекватных потоков пациентов является положительная динамика показателей частоты преждевременных родов и показателей смертности в дифференцированных по группам учреждений родовспоможения. Распределение преждевременных родов по стационарам разного уровня благоприятное. На первом уровне в РК родоразрешено 4,9% всех преждевременных родов (в 2012г. в РФ доля преждевременных родов в учреждениях 1 уровня составил 13,5%). Более половины умерших детей в РК в первые 168 часов жизни приходится на второй уровень, РНС в стационарах 1-2 уровня требует дальнейшего снижения. С учетом развития авиатранспорта в республике и социальным выплатам на дорогу беременным в республиканские учреждения, трансферт беременных с низким гестационным сроком беременности должен быть более доступным.

Таблица 14.

Аборты

Показатели	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г.
Абсолютное количество	9874	8876	8563	8202	7519
Соотношение роды/аборты	1:0,8	1:0,7	1:0,7	1:0,7	1:0,6
На 1 тыс. ж.ф.в. в РК	36,6	33,8	35,9	35,6	33,8
На 1 тыс. ж.ф.в. в РФ	30,7	28,2	26,7	н/д	н/д
У подростков 15-19 лет, % от общ.в РК	8,8	8,5	7,7	12,4	6,6
У подростков 15-19 лет, % от общ.в РФ	7,7	6,7	5,9	н/д	н/д

Абсолютное количество абортов ежегодно со снижением, однако показатель абортов на 1000 ж.ф.в. превышает данный показатель по РФ. Каждый медицинский аборт (за исключением противопоказаний для вынашивания беременности) следует рассматривать, как потерю гражданина РФ, что при условиях демографического кризиса особенно значимо. Важным компонентом комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение абортов, является создание 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.

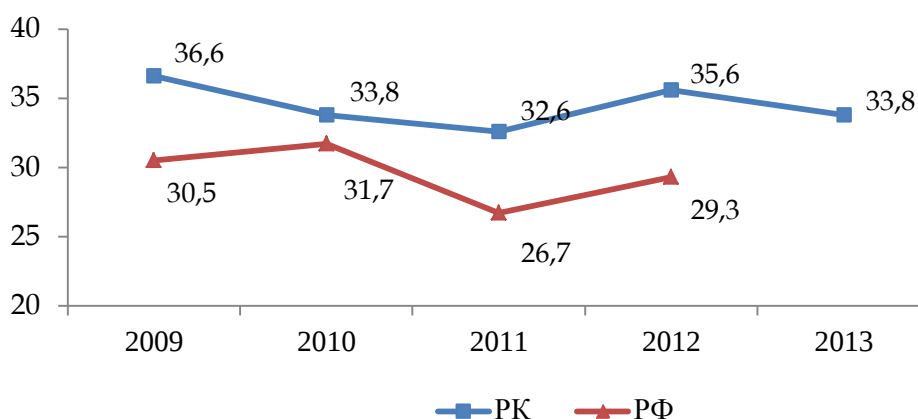


Рисунок 6. Динамика частоты искусственного прерывания беременности

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 2013г. проконсультировано 5178 женщин, по вопросам прерывания беременности 1756, из них 15,5% беременность сохранили. Каждая женщина, обратившаяся за прерыванием беременности, должна быть направлена в кабинет поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

3.7. 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.

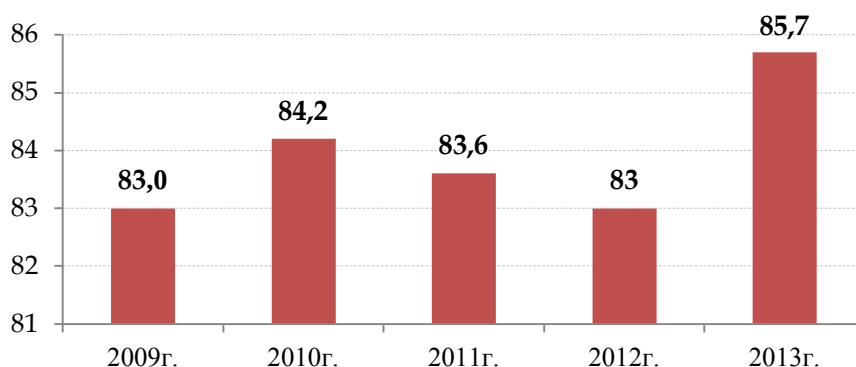


Рисунок 7. Динамика показателя ранней постановки на учет по беременности в РК до 12 недель (%)

Ранняя явка беременных за пять лет возросла на 4,6%. Этот показатель приобретает особое значение в связи с актуальностью пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в первом триместре беременности, от этого показателя зависит уровень охвата скрининговым пренатальным обследованием беременных женщин.

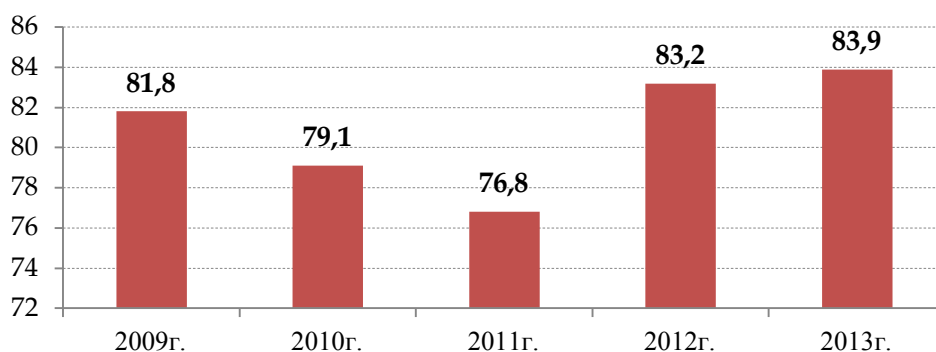


Рисунок 8. Охват осмотром терапевта в ранние сроки (%)

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. Также, практически в 2 раза показатель РФ превышает распространенность сахарного диабета, что связывается с проведением скрининга в группе беременных, угрожаемых по развитию гестационного сахарного диабета в виде проведения теста толерантности к глюкозе с 75 гр. глюкозы. Показатель плацентарной недостаточности и угрозы преждевременных родов ниже российского показателя. Данный факт связан с более взвешенным подходом акушеров-гинекологов к диагностике этих состояний при беременности, с внедрением тестов диагностики риска преждевременных родов.

3.8. О состоянии материнской смертности в РК. В 2013 г. имел место 1 случай материнской смертности у женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией их группы высокого социального риска.

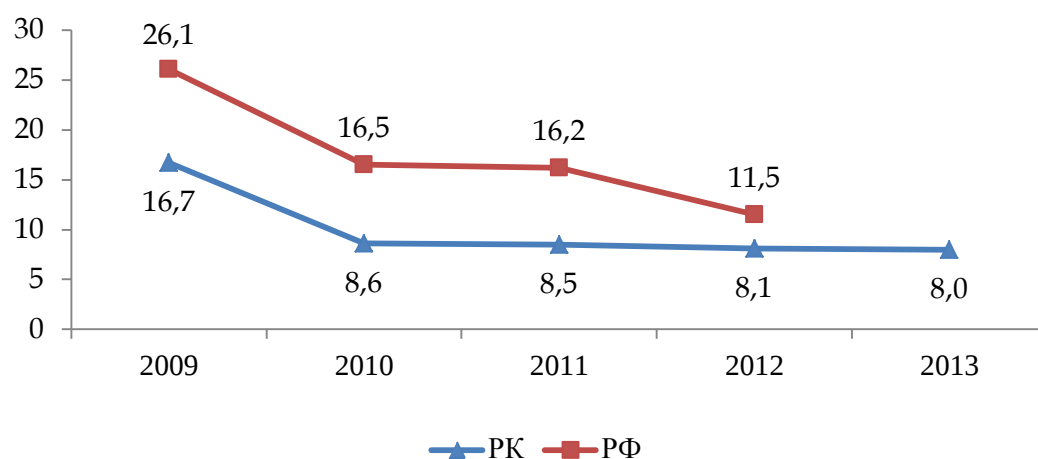


Рис. 6. Сравнительная характеристика динамики показателя материнской смертности в РК и РФ за 2009-2013 гг.

ГЛАВА 4. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

4.1. Сеть учреждений здравоохранения, структурные преобразования. В отчетном 2013 г. функционировало 97 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 1.

**Сеть государственных и муниципальных учреждений здравоохранения
РК в 2009-2013 гг.**

Наименование учреждений /Год	2009	2010	2011	2012	2013
1. Больничные учреждения	44	44	44	44	42
Республиканская больница	1	1	1	1	1
Детская республиканская больница	1	1	1	1	1
Городские больницы	9	6	6	6	6
Детские городские больницы	2	2	2	2	2
Больницы скорой медицинской помощи	1	1	1	1	1
Госпитали для ветеранов войн и участников боевых действий	1	1	1	1	1
Самостоятельные родильные дома	2	2	2	2	2
Центральные районные больницы	16	16	16	16	16
Районные больницы	2	5	5	5	3
Участковые больницы	1	1	1	1	1
Инфекционные больницы для детей	-	-	-	-	-
Инфекционные больницы для взрослых	2	2	2	2	2
Офтальмологические больницы	1	1	1	1	2
Психиатрические больницы	3	3	3	3	3
Перинатальный центр	1	1	1	1	1
Центры восстановительной терапии	1	1	1	1	1
2.Диспансеры:	12	10	10	9	9
Противотуберкулезные	3	3	3	3	3
Онкологические	2	2	2	1	1
Кожно-венерологические	3	1	1	1	1
Психоневрологические	1	1	1	1	1
Врачебно-физкультурные	1	1	1	1	1
Наркологические	1	1	1	1	1
Кардиологические	1	1	1	1	1
3. Амбулаторно-поликлинические учреждения:	17	17	17	17	17
Самостоятельные поликлиники	9	9	9	9	9
Детские поликлиники	4	4	4	4	4
Центр профессиональной патологии	1	1	1	1	1
Физиополиклиники	1	1	1	1	1
Медицинские диагностические центры	1	1	1	1	1
Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями	1	1	1	1	1
Здравпункты (врачебные и фельдшерские)	34	24	17	16	13
4. Стоматологические поликлиники самостоятельные	6	6	6	6	6
5.Станции скорой медицинской помощи самостоятельные	2	2	2	2	2
6. Санаторно-курортные учреждения	7	6	6	6	6
7. Дома ребенка	3	3	3	3	3
8. Прочие учреждения здравоохранения	19	16	16	12	12
Центры медицинской профилактики	1	1	1	1	1

окончание табл. 1

Бюро судебно-медицинской экспертизы	1	1	1	1	1
Патолого-анатомическое бюро	1	1	1	1	1
Станции переливания крови	4	1	1	1	1
Медицинские информационно-аналитические центры	1	1	1	1	1
Бюро медицинской статистики	1	1	1	-	-
Медицинские колледжи	3	3	3	-	-
Управление материально-технического снабжения	1	1	1	1	1
Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств	1	1	1	1	1
Медицинский центр мобилизационных резервов «Резерв»	1	1	1	1	1
Автотранспортное управление	1	1	1	1	1

В результате реструктуризации сети за последние 5 лет число диспансеров сократилось на 3 единицы. В 2010 г. преобразования коснулись диспансеров кожно-венерологического, а в 2012 г. - онкологического профиля.

В 2013 г. произошло уменьшение количества здравпунктов на 3 единицы за счет их сокращения при ГБУЗ РК "Сыктывкарская детская поликлиника № 2".

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 2012 г. уменьшилось на 3 (1 в Корткеросском и 2 - в Троицко-Печорском 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 2.

**Число больничных учреждений здравоохранения (юридические лица)
по типу и месту расположения в 2013 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 восстановительного лечения
Вуктыльский							1							
Ижемский							1							
Княжпогостский							1							
Койгородский							1							
Корткеросский							1							
Печорский							1							1
Прилузский							1							
Сосногорский							1	2						
Сыктывдинский							1							
Сысольский							1							
Троицко-Печорский							1							
Удорский							1							

окончание табл. 2

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.

**Число диспансеров (юридические лица)
по типу и месту расположения в 2013 г.**

Города и районы	Кардиологические	Психоневрологические	Наркологические	Онкологические	Кожно-венерологические	Противотуберкулезные	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 2013 г. составила 8680 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 4.

**Мощность стационарных учреждений (включая диспансеры)
по городам и районам РК в 2009-2013 гг.**

Города и районы / Год	Количество коек (круглосуточного и дневного пребывания)					Отклонение от 2009
	2009	2010	2011	2012	2013	
Вуктыльский	124	113	112	110	108	-16
Ижемский	111	104	104	104	103	-8

окончание табл. 4

Княжпогостский	259	181	166	159	139	-120
Койгородский	76	72	74	72	72	-4
Корткеросский	110	101	101	94	89	-21
Печорский	665	615	606	563	562	-103
Прилузский	133	120	120	115	115	-18
Сосногорский	212	204	204	201	200	-12
Сыктывдинский	45	45	45	45	28	-17
Сысольский	95	90	90	90	83	-12
Троицко-Печорский	120	113	113	113	108	-12
Удорский	136	111	111	111	111	-25
Усинский	380	327	330	317	294	-86
Усть-Вымский	143	128	128	128	126	-17
Усть-Куломский	177	172	174	167	147	-30
Усть-Цилемский	91	91	91	90	85	-6
Воркута	1352	1217	1215	1142	1115	-237
Инта	324	267	264	260	245	-79
Ухта	1039	1001	987	957	907	-132
Сыктывкар	4257	3800	3969	3970	3943	-314
РК	9849	9073	9004	8808	8580	-1269

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 2013 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 5.

Число амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения (юридические лица) по типу и месту расположения в 2013 г.

Города и районы	Поликлиники	Детские поликлиники	Медицинские диагностические центры	Центры по профилактике и борьбе со СПИДом	Физиополитики	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 2009 г. с 30071 посещения в смену до 29081 (-990) в 2013 г.

В связи с удалённостью населённых пунктов в РК в 2013 г. продолжили работу 76 (2012г.-80) домовых хозяйств, на которые возложены функции по оказанию первой помощи (ДХПП).

Фельдшерско-акушерские пункты. По сравнению с 2009 годом, с учетом упраздненных и вновь введенных в эксплуатацию, количество ФАП в РК сократилось на 3 единицы.

Таблица 6.

**Количество фельдшерско-акушерских пунктов в городах и районах
РК в 2009-2013 гг.**

Города и районы / Год	2009	2010	2011	2012	2013	Отклонение от 2009
Вуктыльский	6	6	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	25	24	-1
Печорский	24	24	24	24	24	
Прилузский	34	33	33	33	33	-1
Сосногорский	14	13	13	11	11	-3
Сыктывдинский	13	14	13	13	13	
Сысольский	16	15	15	15	15	-1
Троицко-Печорский	19	19	19	19	17	-2
Удорский	11	25	25	18	18	+7
Усинский	11	11	11	11	11	
Усть-Вымский	13	13	13	12	12	-1
Усть-Куломский	33	33	33	33	33	
Усть-Цилемский	24	24	24	24	24	
Воркута	2	2	2	2	2	
Инта	8	8	8	8	8	
Ухта	8	8	8	8	8	
Сыктывкар	3	3	3	3	3	
РК	314	326	324	314	311	-3

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 37 до 16 (-56,8%).

В РК в 2013 г. продолжили работу 6 санаторно-курортных учреждений, из них четыре для лечения детей: «Санаторий «Лозым», «Детский санаторий «Кедр», «Корткеросский детский противотуберкулёзный санаторий», «Детский противотуберкулёзный санаторий «Кажим».

4.2. 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 более половины (55%) зданий лечебно-профилактических учреждений представлено в деревянном исполнении. Износ свыше 50% имеет 54% основных фондов.



Рис. 1. Структура технического состояния зданий учреждений здравоохранения РК.

В наихудшем состоянии находятся объекты здравоохранения сельских районов РК.

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 7.

Состояние зданий медицинских учреждений РК в 2009-2013 гг.

Показатель/учреждение /год	Всего					Больничные учреждения и диспансеры с входящими в них поликлиниками					Самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Число зданий	306	294	293	294	289	231	230	232	232	228	75	64	61	62	61
из них:															
Находятся в аварийном состоянии	7	2	1	2	3	5	2	1	2	3	2	-	-	-	-
Требуют реконструкции	12	1	5	3	-	10	1	5	2	-	2	-	-	1	-
Требуют капитального ремонта	64	20	30	26	16	57	19	29	24	14	7	1	1	2	2
имеют:															
Водопровод	275	271	272	274	268	199	207	211	212	207	68	64	61	62	61
Горячее водоснабжение	213	215	208	216	205	164	162	159	165	155	51	53	49	51	50
Центральное отопление	291	287	287	286	280	215	223	226	224	219	68	64	61	62	61
Канализацию	263	262	261	269	265	190	198	200	207	204	65	64	61	62	61
Телефонную связь	303	293	289	287	284	205	230	229	226	224	73	63	60	61	60

Как и в предыдущие годы в течение 2013 г. в РК вопросу укрепления и развития материально-технической базы учреждений здравоохранения уделялось повышенное внимание.

В 2013 г. реализовано значительное количество мероприятий, направленных на решение проблемы износа основных фондов недвижимого имущества лечебно-профилактических учреждений РК, наиболее значимыми можно считать:

- Завершение строительства теплого перехода от РГУ «Коми республиканский перинатальный центр» до ГБУЗ РК «Республиканской детской больницы»;
- В ноябре 2013 г. для нужд ГБУЗ РК «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий» в целях повышения комфортности размещения пациентов осуществлен капитальный ремонт 2 этажа здания за счет средств местного бюджета на сумму 7,448231 млн. руб.;
- Согласно предписаний надзорных органов был проведен капитальный ремонт лифтов в 12 РЛПУ за счет средств республиканского бюджета на сумму 46, 964 891 млн. руб.;
- Капитальный ремонт помещений пищеблока с переходом ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер» за счет средств республиканского бюджета на сумму 9,319590 млн. руб.;
- Капитальный ремонт помещений операционных и отделения анестезиологии – реанимации и асептических палатах, для больных проходящих интенсивную химиотерапию под монтаж чистых помещений ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер» за счет республиканского бюджета на сумму 9,059544 млн. руб.;
- Капитальный ремонт нефрологического отделения ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» за счет средств республиканского бюджета на сумму 4,741627 млн. руб.;
- Капитальный ремонт отоларингического отделения и отделения ЧЛХ ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» за счет средств федерального бюджета на сумму 9,950 млн. руб.;

С 2013 г. в регионе действует республиканская целевая программа «Реализация в 2013 г. учреждениями государственной системы здравоохранения РК требований пожарной безопасности» рассчитанная на 2013-2015 гг. Мероприятиями этой программы охвачены практически все государственные учреждения здравоохранения. Итогом ее реализации является создание в учреждениях здравоохранения республики условий, соответствующих требованиям пожарной безопасности, предотвращающих пожары, гибель и травмирование людей.

По итогам 2013 г. все запланированные министерством мероприятия, направленные на обеспечение требований надзорных органов, были выполнены.

Мероприятия по развитию и укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения считались в 2013 г. одним из приоритетных направлений развития здравоохранения.

4.3. Техническое оснащение медицинских организаций. По экономии средств программы «Модернизация здравоохранения РК на 2011 – 2012 гг.» в 2013 г. было дополнительно приобретено медицинское оборудование, в том числе мобильный диагностический комплекс, наркозно-дыхательные аппараты, пульсоксиметры, аппараты ИВЛ, маммографы, дигитайзер, аппараты для ультразвуковых исследований, инфузионные станции, аппараты ЭКГ, мобильный ангиограф, контрпульсатор, передвижные рентгеновские аппараты, операционный микроскоп, мониторы витальных функций, лазерную установку для проведения лазерной коагуляции сетчатки.

Таблица 8.

Оборудование, приобретенное в рамках программы «Модернизация здравоохранения РК на 2011 – 2012 гг.» в 2013 г.

№ п/п	Название учреждения	количество постав- ленного оборудова- ния в 2013 г. (штук)	Израсходовано денежных средств в 2013 г. (тыс. руб.)
1	ГУ РК "Кардиологический диспансер"	11	27 024,30
2	МУ "Сосногорская центральная районная больница"	2	16 190,00
3	Коми республиканская больница	8	16 099,64
4	МУ "Печорская центральная районная больница"	4	15 579,29
5	ММУ "Городская поликлиника"	2	10 927,40
6	МУ "Центральная районная больница" г.Вуктыл	1	10 490,00
7	МУЗ "Центральная поликлиника г.Сыктывкара"	2	9 560,72
8	ГУ "Республиканская детская больница"	15	7 937,72
9	ММУ "Ижемская центральная районная больница"	1	5 700,00
10	МУЗ "Городская поликлиника"	1	5 700,00
11	МУЗ "Троицко-Печорская центральная районная больница"	1	5 700,00
12	МУЗ "Городская больница №3"	35	4 462,95
13	МУЗ "Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара"	3	3 637,11
14	ГБУЗ РК "Республиканский центр микрохирургии глаза"	9	3 618,18
15	РГУ "Коми республиканский перинатальный центр"	9	3 618,18
16	ГУ РК "Ухтинский межтерриториальный родильный дом"	8	3 493,43
17	МУЗ "Сыктывкарская городская больница №1"	2	2 552,62
18	МУЗ "Ухтинская городская больница №1"	2	2 250,13
19	ГУЗ "Консультативно-диагностический центр РК"	1	2 224,50
20	МУЗ "Городской родильный дом"	3	2 210,10
21	МУ "Усть-Куломская центральная районная больница"	2	1 712,38
22	ГУ РК "Республиканский противотуберкулезный диспансер"	4	1 665,43
23	ГУ РК "Воркутинская психоневрологическая больница"	89	1 112,19
24	ГБУЗ РК "Воркутинский противотуберкулезный диспансер"	75	756,40
25	МУЗ "Койгородская центральная районная больница"	9	600,00
26	ГУ РК "Коми республиканская психиатрическая больница"	120	437,18
27	ГБУЗ РК "Воркутинская инфекционная больница"	1	430,00
28	МУЗ "Сысольская центральная районная больница"	1	287,63
29	ГУ РК "Республиканская инфекционная больница"	2	279,50
30	МУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи»	1	255,53
31	ГУ РК "Печорский противотуберкулезный диспансер"	1	180,00
32	МУЗ «Сыктывкарская городская больница»	1	2,00
Итого		417	163 076,32

В 2013 г. завершилась реализация мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. В рамках освоения федерального финансирования закуплено медицинское оборудование на общую сумму 333 629 547,40 руб., на средства республиканского бюджета приобретено медицинское оборудование на сумму 36 550 242,13 руб., в том числе хирургическое оборудование, компьютерный и магнитно-резонансный томографы, оборудование для центрального стерилизационного отделения, оборудование для гамматерапии и радиомодификации, видеоэндоскопические комплексы, лабораторное оборудование, рентгеновские аппараты, мебель медицинская, оборудование для пищеблока, модули «чистых помещений».

В рамках реализации государственной программы РК «Развитие здравоохранения» в части приобретения медицинского оборудования были оснащены лечебно-профилактические учреждения, оказывающие помощь матерям и детям:

- ГУ «Республиканская детская больница»;
- ГУ РК «Кардиологический диспансер» ;
- ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр»;
- ГБУЗ РК «Воркутинский родильный дом»;
- ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом».

Согласно ВЦП «Здоровое поколение» было закуплено следующее оборудование: тромбоэластограф, наркозно-дыхательный аппарат, конвекционные системы обогрева новорожденных, мониторы витальных функций, гибкие эндоскопы (бронхоскоп, гастроскоп), офтальмологическое оборудование, два вида фетальных мониторов.

Начата реализация мероприятий региональной программы «Повышение безопасности дорожного движения в РК (2013 – 2015 годы):

- щиты-носилки и сумки-укладки в количестве 92 комплекта на общую сумму 555 700 руб.;
- 35 аппаратов искусственной вентиляции легких на сумму 1 380 753 руб.;
- 3 пульсоксиметра на сумму 240 000 руб.

4.4. Обеспеченность медицинскими кадрами.

Численность врачей в государственных учреждениях здравоохранения РК на 31.12.2013 г. составила 3450 чел., среднего медицинского персонала – 10733, младшего медицинского персонала - 5834, из них младших медицинских сестер по уходу – 438. Доля специалистов с высшим и средним медицинским образованием в 2013 г. составила 49,7% (2011г. – 51,3%; 2012 г. – 49,6 %).

Впервые за последние пять лет численность врачебного персонала в 2013 г. незначительно увеличилась: 2009 г. – «-»5 чел.; 2010 г. – «-»171; 2011 г. – «-»22; 2012 г. – «-»91; 2013г. – «+»15 человек. Увеличение количества врачей отмечалось как в городской, так и в сельской местности.

Численность среднего медицинского персонала ежегодно уменьшается:

2009 г. – «-»143 чел.; 2010 г. – «-»155; 2011 г. – «-»248; 2012 г. – «-»177; 2013 г. – «-»77.

Показатель обеспеченности врачебными кадрами составил 39,2 в расчете на 10 тыс. населения, по РФ- 44,7 (2012 г.). Обеспеченность средним медицинским персоналом в регионе выше российского показателя, его уровень в 2013 году составил 121,9 (РФ- 90,8-2012год). Обеспеченность врачами в разрезе административных районов колеблется от 15,3 в Сосногорском районе до 68,9 в г. Сыктывкар. Уровень данного показателя ниже среднереспубликанских значений отмечается в Удорском (15,9), Ижемском (16,7), Вуктыльском (17,4), Усть-Вымском (18,6) и Княжпогостском (18,8) районах.

Показатель укомплектованности штатных должностей врачами (физическими лицами по форме №47) составил в 2013 г. – 51,6% (2012 год - 51,5).

Таблица 9.

**Показатели обеспеченности и укомплектованности медицинскими кадрами
в РК за 2009-2013 годы**

Показатель / Год	2009	2010	2011	2012	2013
Абсолютное количество врачей всего	3719	3548	3526	3435	3450
Город	3346	3196	3150	3034	3042
Село	373	352	376	401	408
Обеспеченность врачами на 10 тыс нас.					
РК	38,8	37,3	39,2	38,6	39,2
город	46,0	43,9	45,5	44,1	44,7
село	16,1	16,5	18,2	19,8	20,4
РФ	44,1	43,8	43,9	44,7	н/д
Укомплектованность врачами, % (форма № 47)*	54,8	53,1	53,4	51,5	51,6
Абсолютное количество среднего медицинско-го персонала	11390	11235	10987	10810	10733
Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тыс. нас.					
РК	118,8	118,1	122,2	121,5	121,9
РФ	94,1	92,9	92,3	90,8	н/д
Укомплектованность средним медицинским персоналом, % (форма № 47)* * без хозрасчета	73,2	75,2	72,7	70,3	67,8

В разрезе административных территорий показатель укомплектованности штатных должностей врачами (физическими лицами) выше средних республиканских значений зафиксирован в Прилузском – 85,4%; Усть-Вымском – 75,6%; Сысольском – 73,6% и Корткеросском – 73,5% районах. Низкая укомплектованность отмечена в городах Вуктыл 36,9%, Воркута – 38,0%; Печора – 45,0%, а так же в Троицко-Печорском районе – 46,2. В тоже время показатель укомплектованности врачебными кадрами по занятым ставкам составляет по РК 93,8%.

Показатель укомплектованности штатных должностей среднего медицинского персонала (физическими лицами по форме № 47) в Республике Коми составил 67,8 % (2012 год-70,3%). 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 1,8, по должностям медицинских работников со средним медицинским образованием – 1,43. Высокие коэффициенты совместительства отмечены среди врачей в городах Воркута - 2,41, Печора - 2,04; среди средних медицинских работников в городах Усинск – 1,65; Воркута – 1,54; Сыктывкар – 1,53.

Таблица 10.

**Показатели обеспеченности, укомплектованности, коэффициент совместительства
врачебных кадров в разрезе административно-территориальных образований РК
в 2011-2013 годах**

Города и районы	Обеспеченность на 10 000 нас. (по форме № 17)			Укомплектованность штатов физическими лицами (% по форме № 47)			Коэффициент совместительства (ставок, по форме № 47)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Вуктыльский	24,4	20,4	17,4	53,8	41,1	36,9	1,51	1,64	1,65
Ижемский	14,5	16,0	16,7	51,8	59,2	60,6	1,49	1,48	1,48

окончание табл. 10

Княжпогостский	18,1	18,3	18,8	56,3	51,2	54,6	1,75	1,86	1,59
Койгородский	28,6	29,1	32,0	61,9	66,2	65,7	1,54	1,30	1,46
Корткеросский	21,5	26,0	26,6	63,7	70,3	73,5	1,46	1,27	1,14
Печорский	28,4	28,3	27,7	47,6	46,4	45,0	2,02	2,02	2,04
Прилузский	29,1	31,0	32,4	84,6	86,7	85,4	1,15	1,14	1,17
Сосногорский	15,9	16,7	15,3	50,0	52,0	48,2	1,63	1,63	1,69
Сыктывдинский	26,4	30,6	29,9	61,0	68,9	69,4	1,61	1,44	1,44
Сысольский	23,8	22,6	24,3	72,7	69,8	73,6	1,36	1,43	1,35
Троицко-Печорский	23,9	21,7	21,6	56,4	48,9	46,2	1,48	1,61	1,78
Удорский	14,3	15,1	15,9	54,1	54,9	57,1	1,81	1,75	1,63
Усинский	26,1	25,1	27,3	57,4	54,8	53,8	1,66	1,67	1,79
Усть-Вымский	17,1	17,1	18,6	75,9	76,0	75,6	1,30	1,25	1,28
Усть-Куломский	19,1	20,2	20,5	67,4	64,7	67,5	1,39	1,55	1,42
Усть-Цилемский	18,5	19,8	20,2	54,0	53,3	54,8	1,61	1,57	1,70
Воркута	36,0	33,8	33,7	41,2	38,9	38,0	2,28	2,39	2,41
Инта	33,5	33,4	31,2	63,5	59,8	54,1	1,54	1,60	1,81
Ухта	36,6	34,8	34,0	51,5	49,4	47,8	1,71	1,81	1,77
Сыктывкар	69,6	67,4	68,9	54,6	52,0	53,2	1,77	1,87	1,81
РК	39,2	38,6	39,2	53,4	51,5	51,6	1,77	1,83	1,80

Острый дефицит наблюдается среди врачей следующих специальностей, где показатель укомплектованности имеет достаточно низкие показатели: клиническая лабораторная диагностика - 25,2% (врачебные ставки замещаются специалистами с высшим профессиональным образованием - биологами), диетология 11,8%, патологоанатомия 37,6%, эндоскопия 37,7%, ультразвуковая диагностика 30,6%, скорая медицинская помощь 39,8%, детская эндокринология 41,4%, функциональная диагностика 42,3%, нейрохирургия 42,9%, а так же по специальностям профпатология, урология, педиатрия, травматология и ортопедия, колопроктология, анестезиология-реаниматология.

Таблица 11.

Укомплектованность ставок врачей основных специальностей (в %)

Специальность/год	2011	2012	2013	Отклонения 2013 к 2011
Терапия	66,2	60,5	60,5	-5,7
Пульмонология	62,7	65,6	61,5	-1,2
Кардиология (вкл. детских)	62,9	58,3	59,4	-3,5
Ревматология	68,3	75,7	73,7	5,4
Гастроэнтерология	66,7	73,3	67,7	1
Нефрология	48,6	60,6	53,3	4,7
Эндокринология	58,5	64,3	62,1	3,6
Детская эндокринология	55,2	36,4	41,4	-13,8
Диетология	14,3	11,4	11,8	-2,5
Аллергология-иммунология	64,0	80,0	57,1	-6,9
Гематология	72,7	95,2	90,9	18,2
Физиотерапия	60,3	57,1	53,4	-6,9
Профпатология	57,1	41,4	46,2	-10,9
Функциональная диагностика	39,0	38,4	42,3	3,3
Хирургия	57,7	59,2	60,4	2,7
Детская хирургия	55,2	57,5	49,7	-5,5
Сердечно-сосудистая хирургия	52,4	55,2	53,9	1,5

окончание табл. 11

Торакальная хирургия	66,7	66,7	60,0	-6,7
Нейрохирургия	47,7	41,1	42,9	-4,8
Челюстно-лицевая хирургия	88,9	88,9	88,9	0
Анестезиология-реаниматология	51,7	50,9	50,4	-1,3
Травматология и ортопедия	51,2	50,3	49,4	-1,8
Урология (вкл. детских)	46,3	42,5	49,7	3,4
Эндоскопия	43,2	39,1	37,7	-5,5
Колопроктология	66,7	50,0	н/у	
Онкология (вкл. детских)	49,3	52,6	60,1	10,8
Радиология	71,1	37,3	55,8	-15,3
Акушерство и гинекология	57,5	52,8	56,1	-1,4
Педиатрия	57,3	51,4	47,9	-9,4
Неонатология	54,6	61,1	57,8	3,2
Стоматология (терапевты, общ.профиля,	58,0	54,1	63,0	5,0
Рентгенология	52,0	52,4	53,2	1,2
Дерматовенерология	72,3	74,8	77,7	5,4
Ультразвуковая диагностика	30,9	33,4	30,6	-0,3
Офтальмология	67,7	69,1	68,3	0,6
Оториноларингология	54,8	53,6	60,8	6,0
Фтизиатрия	62,3	62,6	59,2	-3,1
Неврология	57,9	56,1	53,3	-4,6
Психиатрия (вкл. детских и подр.)	58,3	59,1	63,1	4,8
Патологоанатомия	39,7	33,6	37,6	-2,1
Скорая медицинская помощь	38,8	40,2	39,8	1,0
Клиническая лабораторная диагностика	22,2	24,5	25,2	3,0
Инфекционные болезни	67,8	67,1	62,4	-5,4
Общая врачебная практика	82,5	71,6	73,0	-9,5

Интенсивность движения медицинских кадров в здравоохранении РК остается по-прежнему высокой. В 2013 году впервые за последние 5 лет число прибывших специалистов (169 человек) превысило количество ушедших (154 человека) из медицинских учреждений.

Из числа выбывших: выехало за пределы РК -53 чел., в связи с выходом на пенсию или смертью - 92 чел.; в связи с переходом в другие негосударственные, частные структуры и медицинские учреждения других ведомств, а также иными причинами -9 чел.

Продолжает увеличиваться количество работающих среди медицинских работников пенсионного возраста: доля таковых среди врачей составил в 2013 году 20% (2012г.-19,4%), среди специалистов со средним медицинским образованием 17% (2012г.-16,4%) от общей численности работников соответствующего уровня образования. Выход на пенсию медицинских работников не восполняется приходом молодых специалистов.

Целевая и контрактная подготовка специалистов с высшим медицинским образованием.

Одним из элементов кадровой политики является целевая подготовка специалистов в медицинских ВУЗах за счет средств федерального бюджета. При выдаче целевых направлений следует обратить внимание на изменения в законодательстве в области подготовки врачей. Система сертификации врачей будет заменена системой аккредитации. Согласно статье 100 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" такой вид последипломной подготовки как интернатура будет существовать только до 1 января 2016 г. С 1 сентября 2017 г. послеузовское медицинское и фармацевтическое образование может быть получено в только ординатуре, аспирантуре и докторантуре. Поступающие в настоящее время в медицинские ВУЗы абитуриенты смогут приступить к работе на врачебных должностях после окончания обучения в ВУЗе, получив соответствующую аккредитацию.

В целях подготовки врачебных кадров Министерство здравоохранения РК взаимодействует с рядом образовательных учреждений высшего образования: Ижевская, Кировская, Пермская, Ярославская государственные медицинские академии, Северный государственный медицинский университет, Пермская государственная фармацевтическая академия, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.П. Павлова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова.

В 2013 г. Министерству в рамках целевого приема граждан за счет средств федерального бюджета по программам высшего образования выделено 78 мест:

Таблица 12.

Распределение целевых мест по специальностям (в абсолютных числах)

Лечебное дело	33
Педиатрия	31
Фармация	8
Стоматология	6

В 2013 г. в медицинские ВУЗы в рамках целевого приема поступило 65 чел. (87% от выделенных республике целевых мест).

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. В 2013 г. впервые осуществлен прием студентов на контрактную подготовку за счет средств республиканского бюджета по специальности «лечебное дело» в Сыктывкарском государственном университете в количестве 60 чел.. По состоянию на 01.12.2013 за счет средств республиканского бюджета в Коми филиале Кировской государственной медицинской академии и Сыктывкарском государственном университете обучалось 170 студентов. В качестве меры социальной поддержки студентам-контрактникам, заключившим договоры с учреждениями здравоохранения РК, с сентября 2013 г. в соответствии с постановлением Правительства РК от 18 ноября 2013 г. №437 выплачиваются именные стипендии.

Подготовка специалистов в интернатуре и ординатуре.

В 2013 г. в интернатуру в соответствии с заключенными договорами с министерством направлены 113 интернов:

- 8 чел. по специальности «стоматология общей практики» в Северный государственный медицинский университет,
- 105 чел. в Кировскую государственную медицинскую академию по специальностям подготовки.

Таблица 13.

Распределение интернов по специальностям (в абсолютных числах)

Акушерство и гинекология	7
Анестезиология и реаниматология	10
Дерматовенерология	2
Клиническая лабораторная диагностика	4
Неврология	2
Неонатология	1
Отоларингология	4

окончание табл. 13

Офтальмология	5
Педиатрия	7
Психиатрия	6
Патанатомия	2
Рентгенология	6
Скорая медицинская помощь	1
Судебно-медицинская экспертиза	2
Терапия	29
Травматология и ортопедия	4
Хирургия	11
Эндокринология	1
Фтизиатрия	1
Стоматология общей практики	8
Всего:	113 чел.

В 2013 г. в целевую клиническую ординатуру направлено 2 чел., по специальностям: детская онкология и урология.

В 2013 г. завершили интернатуру и ординатуру 130 специалистов, из них в интернатуру - 112 чел., в ординатуру - 18 чел.. Трудоустроились после окончания обучения в государственные учреждения здравоохранения 114 чел.. Эффективность трудоустройства после окончания интернатуры и ординатуры составила 89,1 процента (2012 г. - 87 процентов, 2011 г. - 92 процента).

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. Всего было проведено 14 выездных циклов усовершенствования врачей. Общее количество прошедших обучение врачей составило 907 чел. (2011 г. - 392, 2012 г. - 1122). Из общего количества слушателей прошли профессиональную переподготовку (первичную специализацию) – 99 чел.

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.

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 в среднем 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 14.

**Динамика удельного веса врачей, имеющих квалификационные категории,
в разрезе административно-территориальных образований РК
за 2011-2013 гг. (%)**

Города и районы	Всего			с высшей категорией			с I категорией			со II категорией		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Вуктыльский	11,1	10,3	8,3	2,8	3,4		5,6	6,9	8,3	2,8		
Ижемский	22,2	13,8	13,3	7,4	6,9	3,3	11,1	6,9	10,0	3,7		
Княжпогостский	19,0	19,5	22,0	2,4	2,4	4,9	14,3	12,2	12,2	2,4	4,9	4,9
Койгородский	41,7	50,0	42,3	4,2	8,3	7,7	33,3	33,3	26,9	4,2	8,3	7,7
Корткеросский	23,8	22,0	11,8	2,4			21,4	18,0	11,8		4,0	
Печорский	39,5	38,4	40,5	6,2	4,4	7,2	27,2	29,6	28,8	6,2	4,4	4,6
Прилузский	40,0	35,5	33,3	10,0	9,7	7,9	30,0	25,8	22,2			3,2
Сосногорский	12,2	9,1	10,0	5,4	5,2	5,7	1,4	2,6	2,9	5,4	1,3	1,4
Сыктывдинский	20,0	15,5	17,1	1,7	2,8	2,9	10,0	5,6	5,7	8,3	7,0	8,6
Сысольский	21,2	16,1	18,2	3,0	3,2	3,0	6,1	3,2	3,0	12,1	9,7	12,1
Троицко-Печорский	27,3	17,2	14,3	6,1	3,4	7,1	9,1	6,9	3,6	12,1	6,9	3,6
Удорский	24,1	20,0	16,1				20,7	16,7	12,9	3,4	3,3	3,2
Усинский	37,4	35,0	31,7	8,9	8,5	9,5	21,1	18,8	16,7	7,3	7,7	5,6
Усть-Вымский	14,0	14,3	15,4				4,0	4,1	7,7	10,0	10,2	7,7
Усть-Куломский	25,5	26,4	20,8	2,0	1,9	1,9	13,7	17,0	13,2	9,8	7,5	5,7
Усть-Цилемский	4,2	16,0	12,0					4,0	4,0	4,2	12,0	8,0
Воркута	42,9	40,8	39,1	16,3	17,5	16,5	19,8	17,8	17,2	6,7	5,5	5,4
Инта	35,0	32,1	34,7	8,5	6,3	7,9	18,8	20,5	19,8	7,7	5,4	6,9
Ухта	26,7	26,0	24,0	9,0	9,2	10,7	11,9	12,1	9,7	5,8	4,7	3,6
Сыктывкар	49,1	48,9	47,3	19,8	20,7	20,6	20,1	19,0	18,4	9,1	9,2	8,2
РК	39,8	38,7	37,5	14,0	14,4	14,7	18,1	17,2	16,3	7,7	7,2	6,5
Город	41,9	41,0	39,9	15,3	15,8	16,3	18,6	17,8	17,0	7,9	7,4	6,7
село	22,3	21,9	19,6	3,5	3,5	2,9	13,6	13,0	11,3	5,3	5,5	5,4
РФ	50,9	48,0	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д

Высокие показатели квалификации зарегистрированы у врачей судебно-медицинской экспертизы, хирургического профиля, клинической лабораторной диагностики, акушеров-гинекологов. В сравнении с 2009 г. удельный вес аттестованных врачей снизился практически по всем основным специальностям, кроме специалистов педиатрического профиля, патологической анатомии, скорой медицинской помощи, организаторов здравоохранения.

Таблица 15.

**Динамика удельного веса аттестованных врачей РК
по основным профилям специальностей
в 2009-2013 гг. (в %)**

Основные специальности / Год	2009	2010	2011	2012	2013
Хирургический	58,6	58,1	56,0	54,6	52,5
Психиатрический	53,6	48,4	53,9	47,7	42,0
Акушеры-гинекологи	55,9	55,5	53,3	51,4	52,6
Педиатрический	34,6	34,5	36,6	35,9	35,3
Стоматологический	41,6	39,5	36,0	36,0	30,7
Терапевтический	31,7	30,2	29,1	28,7	28,5

окончание табл. 15

Организаторы здравоохранения	12,1	14,2	14,9	14,7	18,4
Дерматовенерология	37,5	40,8	33,3	34,7	32,7
Патологическая анатомия	39,1	38,1	43,5	42,9	40,9
Клиническая лабораторная диагностика	63,8	64,3	62,3	55,6	52,8
Судебно-медицинская экспертиза	60,5	55,8	58,3	58,1	51,1
Скорая медицинская помощь	37,4	44,6	46,7	45,7	43,6

В динамике с 2009 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 Вуктыльском, Сыктывдинском, Троицко-Печорском, Печорском, Удорском районах.

Таблица 16.

**Удельный вес врачей, имеющих сертификат специалиста
в разрезе административно-территориальных образований РК
за 2009-2013 гг. (%)**

Города и районы / Год	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский	72,2	73,5	69,4	86,2	91,7
Ижемский	96,0	92,9	96,3	96,6	100,0
Княжпогостский	88,9	90,5	92,9	95,1	95,1
Койгородский	96,0	96,2	95,8	91,7	100,0
Корткеросский	95,2	92,7	97,6	98,0	98,0
Печорский	82,0	89,7	92,0	93,1	94,8
Прилузский	98,2	93,3	90,0	98,4	100,0
Сосногорский	87,5	92,8	91,9	98,7	95,7
Сыктывдинский	90,5	90,3	95,0	98,6	92,9
Сысольский	96,7	96,9	93,9	100,0	97,0
Троицко-Печорский	91,4	94,1	93,9	93,1	92,9
Удорский	96,7	100,0	93,1	93,3	93,5
Усинский	90,5	86,3	87,0	94,0	99,2
Усть-Вымский	87,0	93,8	96,0	98,0	98,1
Усть-Куломский	94,5	98,0	100,0	100,0	98,1
Усть-Цилемский	81,8	87,5	100,0	96,0	96,0
Воркута	93,6	95,2	97,4	98,7	98,7
Инта	89,2	89,0	94,0	97,3	99,0
Ухта	89,8	90,6	90,8	95,3	97,6
Сыктывкар	85,0	94,1	95,3	98,0	98,3
РК	87,6	92,8	94,1	97,1	97,8
РФ	н/д	89,5	90,1	88,0	н/д

ГЛАВА. 5. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

5.1. Оказание амбулаторной помощи населению.

Таблица 1.

**Число посещений к врачам амбулаторно-поликлинического звена,
включая платные и посещения к стоматологам (зубным врачам)
на 1 жителя в РК в 2009-2013 гг.**

Города и районы/Год	2009	2010	2011	2012	2013	Прирост к 2009 г, %
Вуктыльский	7,6	7,8	8,6	9,1	6,7	-11,8
Ижемский	5,4	5,7	6,0	7,9	8,6	+59,3
Княжпогостский	6,8	6,5	6,8	7,3	7,6	+11,8
Койгородский	8,4	9,0	9,6	9,4	9,6	+14,3
Корткеросский	7,0	5,6	7,1	7,4	8,2	+17,1
Печорский	8,9	7,8	8,3	8,4	8,4	-5,6
Прилузский	8,8	8,8	9,1	10,4	10,7	+21,6
Сосногорский	7,9	8,0	8,0	7,8	7,1	-10,1
Сыктывдинский	5,6	5,9	6,6	5,7	6,7	+19,6
Сысольский	7,8	7,7	8,6	9,2	10,2	+30,8
Троицко.-Печорский	8,5	8,9	9,4	9,1	8,7	+2,4
Удорский	5,8	5,4	5,8	6,0	5,7	-1,7
Усинский	8,7	8,1	8,8	9,4	9,6	+10,3
Усть-Вымский	4,9	4,8	5,4	5,5	5,6	+14,3
Усть-Куломский	6,9	7,1	7,3	8,6	8,7	+26,1
Усть-Цилемский	5,3	6,1	6,1	7,0	6,4	+20,8
Воркута	9,7	8,8	10,1	10,3	10,0	+3,1
Инта	8,9	9,2	9,2	9,4	10,0	+12,4
Ухта	10,0	9,9	10,0	10,1	9,7	-3,0
Сыктывкар	12,8	12,9	12,7	12,9	12,5	-2,3
РК	9,4	9,3	9,7	10,0	9,8	+4,3
РФ	9,5	9,4	9,4	9,5	н/д	
СЗФО	8,6	8,6	8,4	8,7	н/д	

Число посещений на одного жителя в год в целом по РК в 2013г. составило 9,8. В сравнении с 2009г. имеется тенденция к росту числа посещений на 4,3 %, что объясняется процессом оптимизации здравоохранения в части переноса акцента на оказание амбулаторной помощи. В отдельных территориях - Удорском, Усть-Вымском, Сыктывдинском, Сосногорском, Княжпогостском, Усть-Цилемском, Вуктыльском районах показатели ниже средне-республиканского. Отрицательная динамика отмечается в Вуктыльском, Сосногорском, Печорском, что объясняется низкой кадровой укомплектованностью. Несущественное снижение числа посещений с 2009 г. в г.Ухта, Сыктывкаре, Удорском районе. Значительный прирост с 2009г. отмечается в Ижемском (+59,3%), Усть-Куломском (+26,1%), Сысольском (+30,8%), Усть-Цилемском (+20,8%), Прилузском (+21.6%), Сыктывдинском (+19,6%) районах.

Таблица 2.

**Число посещений на амбулаторно-поликлиническом приёме в РК
в 2009-2013гг. (на одну занятую врачебную должность)**

Города и районы/Год	2009	2010	2011	2012	2013	Отклонение
Вуктыльский	2987,9	2506,0	2426,9	2830,5	2965,9	-0,74
Ижемский	3361,5	3133,4	3048,2	3420,3	3744,0	11,38
Княжпогостский	3595,6	3284,9	3513,5	3073,7	3749,0	4,27
Койгородский	2633,5	2898,3	2873,3	3052,9	2697,2	2,42
Корткеросский	2498,4	2474,5	2701,8	2570,9	2817,5	12,77
Печорский	2504,5	2412,7	2387,0	2428,7	2534,3	1,19
Прилузский	3614,0	3571,0	3809,1	3848,6	3859,5	6,79
Сосногорский	4029,7	3627,6	3499,6	3383,0	3080,1	-23,57
Сыктывдинский	2271,8	2605,1	2115,2	1796,8	2214,1	-2,54
Сысольский	3775,9	4206,5	4007,3	4006,4	4404,0	16,63
Троицко-Печорский	3680,2	4303,6	4373,4	3633,8	3463,0	-5,90
Удорский	2530,8	2808,6	2763,9	3049,5	2171,7	-14,19
Усинский	3253,3	3142,3	3377,7	3176,0	2693,8	-17,20
Усть-Вымский	3765,1	3738,0	3825,9	4106,4	3726,5	-1,03
Усть-Куломский	4125,9	4108,5	3589,8	3725,9	4167,0	1,00
Усть-Цилемский	3050,8	2663,4	3434,6	4004,7	2821,1	-7,53
Воркута	2299,0	2331,2	2255,8	2330,8	2366,9	2,95
Инта	2757,7	2823,8	2630,3	2421,1	2579,2	-6,47
Ухта	2528,9	2616,8	2625,2	2596,8	2623,6	3,74
Сыктывкар	2165,8	2211,3	2153,7	2193,4	2069,3	-4,46
РК	2530,8	2548,2	2501,7	2509,4	2453,7	-3,05

Число посещений на амбулаторно-поликлиническом приеме на одну занятую врачебную должность снизилось с 2009г. на 3,05 %.

Таблица 3.

**Удельный вес посещений в поликлинике по поводу заболеваний в РК
в 2009-2013гг. (в%)**

Города и районы/Год	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский	72,2	73,6	70,6	69,8	67,3
Ижемский	59,3	61,9	65,5	60,9	62,8
Княжпогостский	64,1	62,2	60,0	66,2	70,0
Койгородский	59,8	65,1	67,5	65,9	65,3
Корткеросский	68,0	66,0	69,6	70,7	66,8
Печорский	64,9	68,7	67,2	66,7	66,2
Прилузский	75,2	74,4	69,0	67,8	70,0
Сосногорский	65,7	72,7	77,2	74,8	77,7
Сыктывдинский	90,2	75,5	76,7	82,9	78,1
Сысольский	66,5	60,5	57,9	54,4	51,5
Троицко-Печорский	71,5	66,9	84,6	82,3	77,3
Удорский	56,3	60,7	59,5	54,2	67,8
Усинский	63,4	70,0	68,8	68,7	65,8
Усть-Вымский	64,3	69,1	66,9	62,2	69,0
Усть-Куломский	57,3	62,8	62,4	59,1	62,1
Усть-Цилемский	71,2	65,8	65,9	64,4	72,7
Воркута	62,1	60,0	62,7	58,7	59,9
Инта	67,0	67,1	69,5	77,3	73,2
Ухта	85,4	83,1	75,1	78,5	80,1
Сыктывкар	78,0	76,7	74,6	73,0	74,0
РК	72,5	72,4	71,1	70,6	71,4

Удельный вес посещений по поводу заболеваний составил в целом по республике в 2013г. - 71,4%. В динамике показатель снизился с 2009г. на 1,5%, что свидетельствует об увеличении доли посещений с профилактической целью. В части территорий – Прилузском, Корткеросском, Сыктывдинском, Вуктыльском, Сысольском районах и г. Сыктывкар, г. Воркута, г. Ухта – в динамике отмечается снижение удельного веса посещений по поводу заболеваний, что свидетельствует об эффективности работы участковой службы. Наиболее высокий рост данного показателя зафиксирован в Удорском, Троицко-Печорском, Сосногорском, Княжпогостском районах, что свидетельствует о недостаточной работе по диспансерному наблюдению пациентов с хроническими заболеваниями в амбулаторном звене.

Таблица 4.

**Удельный вес профилактических посещений в поликлинике в РК
в 2009-2013гг. (в %)**

Города и районы/Год	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский	27,8	26,4	29,4	30,2	32,7
Ижемский	40,7	38,1	34,5	39,1	37,2
Княжпогостский	35,9	37,8	40,0	33,8	30,0
Койгородский	40,2	34,9	32,5	34,1	34,7
Корткеросский	32,0	34,0	30,4	29,3	33,2
Печорский	35,1	31,3	32,8	33,3	33,8
Прилузский	24,8	25,6	31,0	32,2	30,0
Сосногорский	34,3	27,3	22,8	25,2	22,3
Сыктывдинский	9,8	24,5	23,3	17,1	21,9
Сысольский	33,5	39,5	42,1	45,6	48,5
Троицко-Печорский	28,5	33,1	15,4	17,7	22,7
Удорский	43,7	39,3	40,5	45,8	32,2
Усинский	36,6	30,0	31,2	31,3	34,2
Усть-Вымский	35,7	30,9	33,1	37,8	31,0
Усть-Куломский	42,7	37,2	37,6	40,9	37,9
Усть-Цилемский	28,8	34,2	34,1	35,6	27,3
Воркута	37,9	40,0	37,3	41,3	40,1
Инта	33,0	32,9	30,5	22,7	26,8
Ухта	14,6	16,9	24,9	21,5	19,9
Сыктывкар	22,0	23,3	25,4	27,0	26,0
РК	27,5	27,6	28,9	29,4	28,6

Удельный вес профилактических посещений в поликлинике с 2009 г. вырос на 4%, составил в целом по РК в 2013г. 28,6%. В Сысольском, Вуктыльском районах отмечается стабильное увеличение данного показателя. В Сысольском (48,5%), Усть-Куломском (37,9%) районах, г. Воркута (40,1%) показатель значительно превышает среднереспубликанский.

Таблица 5.

**Охват профилактическими осмотрами контингентов населения,
подлежащих периодическим осмотрам в РК за 2009-2013 гг. (в %)**

Города и районы/Год	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский	98,5	100,0	100,0	100,0	100,0
Ижемский	65,4	76,8	87,8	84,6	88,5
Княжпогостский	97,8	94,3	98,4	97,9	98,8
Койгородский	98,5	98,0	94,8	90,5	100,0

окончание табл. 5

Корткеросский	96,7	96,4	97,2	100,0	100,0
Печорский	98,2	99,4	98,5	97,0	83,2
Прилузский	98,2	97,5	98,6	97,8	98,1
Сосногорский	97,5	99,5	99,2	99,6	99,6
Сыктывдинский	91,4	80,0	84,9	73,8	82,7
Сысольский	98,1	99,2	99,0	96,8	97,0
Троицко-Печорский	99,3	100,0	100,0	100,0	100,0
Удорский	98,8	98,8	96,7	98,6	89,2
Усинский	95,6	95,4	93,8	90,0	91,1
Усть-Вымский	96,7	97,2	99,8	99,8	97,3
Усть-Куломский	99,9	99,7	99,6	100,0	100,0
Усть-Цилемский	90,3	90,6	89,9	92,0	89,6
Воркута	98,9	94,2	57,1	89,4	95,9
Инта	97,9	98,5	99,8	99,8	97,3
Ухта	99,5	99,3	99,3	98,9	99,9
Сыктывкар	96,2	96,5	94,7	96,5	92,9
РК	96,9	96,4	85,2	94,7	94,5

Охват профилактическими осмотрами контингентов населения, подлежащего периодическим осмотрам, составил в 2013г. 94,5%, что отражает возможность своевременного выявления заболеваний, соблюдения преемственности и этапности диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Таблица 6.

**Уровень госпитализации в РК в 2009-2013 гг.
(на 1000 нас.)**

Города и районы/Год	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский	212,3	209,9	221,8	228,3	226,0
Ижемский	206,3	198,3	188,9	199,8	208,0
Княжпогостский	158,1	153,8	151,3	153,2	157,0
Койгородский	217,8	226,2	230,9	236,4	237,1
Корткеросский	171,8	166,8	188,7	172,0	158,9
Печорский	238,6	222,9	232,8	220,2	218,0
Прилузский	225,3	208,7	214,3	209,3	209,9
Сосногорский	150,9	148,8	149,5	141,8	133,4
Сыктывдинский	64,6	45,5	46,8	49,5	22,1
Сысольский	207,9	204,6	220,4	214,5	205,7
Троицко-Печорский	211,2	214,3	240,6	202,9	221,8
Удорский	183,7	169,9	174,6	180,7	182,4
Усинский	193,5	184,4	200,0	190,7	192,1
Усть-Вымский	163,5	150,7	157,4	159,9	155,8
Усть-Куломский	186,2	176,9	187,4	190,5	167,4
Усть-Цилемский	212,6	196,5	212,8	195,1	185,3
Воркута	240,9	227,1	268,5	253,7	249,7
Инта	203,4	203,2	201,7	194,1	186,2
Ухта	220,4	219,0	223,7	227,4	211,4
Сыктывкар	352,5	351,0	341,5	339,6	327,4
РК	241,1	235,5	243,7	240,2	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, г.Инта. Вместе с тем, рост данного показателя отмечается в Койгородском, Вуктыльском районах, что объясняется низкой доступностью амбулаторной помощи населению, а также недостаточной укомплектованностью медицинскими кадрами первичного звена.

5.1.1. Развитие службы врача общей практики. В рамках реализации Программы «Развитие здравоохранения РК в 2013-2020г.г.» одним из важных направлений является повышение эффективности и совершенствование первичной медико-санитарной помощи и профилактической направленности здравоохранения, дальнейшее укрепление сети и развитие общеврачебных практик.

Таблица 7.

**Количество врачей общей практики в РК в 2009-2013 гг.
по городам и районам**

Города и районы/Год	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский		2	2	2	
Ижемский	1	1	1	1	1
Корткеросский	1	1	1	1	1
Печорский	1	1	1	1	1
Прилузский	6	8	10	9	12
Сыктывдинский	2	1	1	1	1
Сысольский	2	2	3	2	2
Усинский	1	1	1	1	4
Усть-Вымский	3	3	3	3	3
Усть-Куломский	-	-	-	4	3
Усть-Цилемский	-	3	2	1	2
Ухта	3	1	1	1	2
Сыктывкар	17	14	15	16	15
РК	36	37	40	43	47

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. На конец 2013г. 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 61 096чел., в том числе 4 413 детей.

Таблица 8.

Сведения о врачах общей практики (ВОП) в РК в 2009-2013 гг.

Показатели/Год	2009	2010	2011	2012	2013
Штатные должности	42,25	47,25	48,5	54,5	60,25
Укомплектованность, %	85,2	78,3	82,5	71,5	73,0
Физические лица (ф.№30)	36	37	40	39	44
Физические лица (ф.№17)	37	40	41	43	47
Имеют сертификаты, чел.	36	38	40	43	47
Имеют сертификаты, %	97,3	95,0	97,6	100,0	100,0
Имеют категорию, чел.	11	11	12	11	12
Имеют категорию, %	29,7	27,5	29,3	25,6	25,5

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 2014г. увеличение числа ВОП с дальнейшим открытием офисов врачей общей практики в ряде территорий республи-

ки в поселениях с большой численностью населения, открытие амбулатории в микрорайоне Строитель Эжвинского района г. Сыктывкара.

5.2. Оказание стационарной помощи. В системе здравоохранения РК по состоянию на 1 января 2013 г. оказывали стационарную медицинскую помощь населению 50 медицинских учреждений, из них 42 больничных учреждения, в том числе 19 участковых больниц, входящих в их состав, и 8 диспансеров. Коечный фонд стационаров составил в 2013 г. 8140 коек (в 2009 г. - 9304) круглосуточного пребывания и уменьшился в сравнении с 2009 г. на 1164 единицы.

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. Норматив объема медицинской помощи в круглосуточном стационаре согласно Территориальной программе государственных гарантий составляет 2,794 койко-дня на 1 жителя РК, что превышает рекомендованный федеральный норматив 2,56 койко-дня на 1 жителя Российской Федерации. 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 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. Это, прежде всего, заболевания, ассоциированные с пожилым и старческим возрастом (онкологические, болезни системы кровообращения, пищеварения, дыхательной системы и др.).

В структуре заболеваний взрослого населения, из числа пролеченных в стационаре 18,1% составляют болезни органов кровообращения, 9,0% - новообразования, 8,9% – болезни почек и мочеполовой системы, 8,4% – болезни органов пищеварения, 7,3% - травмы и внешние воздействия.

В связи с уменьшением численности населения в регионе происходит реорганизация коечного фонда стационаров и, соответственно, сокращение числа коек круглосуточного пребывания. В сравнении с предыдущим годом число коек сократилось на 3% или на 254 в абсолютном выражении. Обеспеченность больничными койками круглосуточного пребывания (без роддомов) в РК составляет 85,5 на 10 тыс. всего населения. Число пролеченных больных в стационарах круглосуточного пребывания в 2013 г. уменьшилось на 25997 человек в сравнении с 2009 г. В целом по стационарам РК в 2013 г. среднегодовая занятость койки составила 328,9 дня (2009 г. – 338,0), оборот койки в 2013 г. составил 25,7 (2009 г. – 25,4). Средняя длительность пребывания больного в стационаре в сравнении с 2008 г. уменьшилась и составляет 12,8 дней (2009 г. – 13,3). Максимальная средняя длительность лечения отмечается при лечении травм, туберкулеза, нервных и психических заболеваний, при инфарктах, мозговых инсультах, заболеваниях соединительной ткани. Уровень госпитализации в 2013 г. составил 23,2 на 100 человек (2009 г. – 24,1). Показатель госпитальной летальности среди взрослых увеличился и составляет 1,7 к выжившим больным (2009 г. - 1,6). Госпитализация сельских жителей преобладает на терапевтические койки – 26,2%.

В учреждениях здравоохранения РК развернута 271 койка сестринского ухода (КСУ). Показатель оборота данной койки, в сравнении с 2008 г., вырос с 3,8 до 6,4. Среднегодовая занятость КСУ составила в 2013г. 322,3 дня (2012г. – 299,3). Востребованность данного вида помощи в республике очень высока.

5.2.1. 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 2013 г. число медицинских учреждений РК, имеющих дневные стационары, составило 51 единицу (2012г. – 96, 2011 г.- 91, 2010 г.- 88), из них: 16 - дневные стационары при больницах, 35 - стационары дневного пребывания при поликлинике. Число мест во всех дневных стационарах в сравнении с 2012 г. снизилось на 6 и составило 2016. Норматив объёма медицинской помощи в дневном стационаре согласно Территориальной программе государственных гарантий составляет 0,729 пациенто-дня на 1 жителя РК, что превышает рекомендованный федеральный норматив 0,63 пациенто-дня на 1 жителя РФ.

Дневные стационары при больницах имеют следующие профильные койки: терапевтические, кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, эндокринологические, хирургические, урологические, стоматологические, онкологические, гинекологические, туберкулезные, неврологические, наркологические, оториноларингологические, дерматологические, педиатрические, койки для беременных и рожениц. Стационары дневного пребывания при поликлинике развернуты по профилям коек: терапевтическому, кардиологическому, аллергологическому, хирургическому, травматологическому, онкологическому, гинекологическому, туберкулезному, неврологическому, наркологическому, оториноларингологическому, дерматологическому, радиологическому, профпатологическому, восстановительного лечения. В стационарах на дому оказывается помощь по терапии, педиатрии и туберкулёзу.

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, Усть-Цилемском, Усть-Вымском районах.

Использование возможностей дневных стационаров в республике недостаточное. В сравнении с 2009 г. средняя занятость мест в году в дневных стационарах всех типов по республике уменьшилась с 377,8 до 313,9 в 2013 г., что свидетельствует о снижении интенсивности работы дневных стационаров в целом. Средняя занятость мест в году в дневных стационарах при больнице в сравнении с 2009 г. снизилась с 266,7 до 237,2 в 2013 г. из-за недостаточной их загруженности. Средняя занятость мест в году в дневных стационарах при поликлинике снизилась с 455,3 в 2009 г. до 353,3 в 2013 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 2013 г. в дневных стационарах республики пролечено 59026 больных, что на 10,6% меньше 2009 г. Данная тенденция наблюдается в большинстве территорий. В динамике с 2009 г. отмечено снижение количества пролеченных пациентов в дневных стационарах при поликлиниках, доля которых составляет 83,8% от всех пролеченных пациентов по стационарозамещающим технологиям.

Таблица 9.

Средняя длительность пребывания в дневных стационарах (в днях)

Средняя длительность пребывания / Год	2009	2010	2011	2012	2013
ДС всех типов	11,5	11,5	11,7	11,7	11,7
ДС в дневных стационарах при больнице	13,6	13,4	13,8	14,0	13,1
ДС в дневных стационарах при поликлиниках	11,1	11,1	11,3	11,2	11,2
ДС в дневных стационарах на дому	10,3	14,7	16,7	15,5	20,2

Средняя длительность пребывания в дневных стационарах всех типов с 2009 г. практически не изменилась и составляет 11,7 дня. Отмечается снижение данного показателя в дневных стационарах при больнице, в связи с внедрением современных схем лечения. Средняя длительность пребывания в стационарах на дому в сравнении с 2012 г. выросла в связи с тем, что в них 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.

5.2.2. Деятельность стационарной сети терапевтического профиля (для взрослых). К 2013 г. произошло уменьшение коек всего терапевтического профиля на 112, из них уменьшение только терапевтических коек составило 9,6 % (с 855 до 773 коек). В динамике за пять лет отмечается уменьшение коек терапевтического профиля во всех территориях республики. Уровень госпитализации на терапевтическую койку на 1 тыс. населения в РК в 2013 г. составляет 23,2 (2012г. - 24), со снижением в динамике.

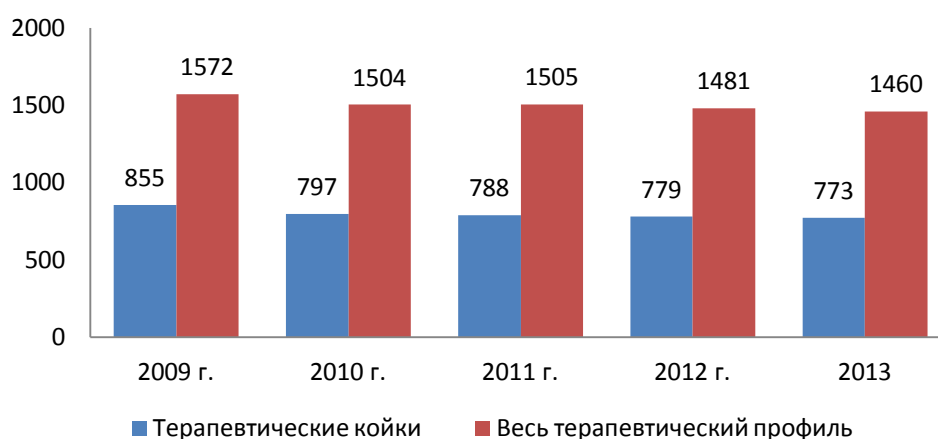


Рис. 1. Число коек терапевтического профиля на конец года в РК (в абсолютных числах)

В 2013 г. количество специализированных коек по профилям составило: кардиологические – 347, гастроэнтерологические – 72, пульмонологические – 73, ревматологические – 61, эндокринологические – 64, нефрологические – 37, гематологические – 30, аллергологические – 3. Отмечено уменьшение числа специализированных коек терапевтического профиля: кардиологических (на 6), гастроэнтерологических (на 5), ревматологических (на 3), нефрологических (на 1). 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.

Таблица 10.

**Число специализированных коек терапевтического профиля для взрослых
в РК в 2009-2013 гг. (в абсолютных числах)**

Профиль койки / Год	2009	2010	2011	2012	2013
Кардиологические	343	355	365	353	347
Гастроэнтерологические	82	77	77	77	72
Пульмонологические	74	73	73	73	73
Ревматологические	74	64	64	64	61
Эндокринологические	65	63	63	64	64
Гематологические	38	34	34	30	30
Нефрологические	38	38	38	38	37
Аллергологические	3	3	3	3	3
Терапевтические	855	797	788	779	773

5.2.3. Работа коечного фонда терапевтического профиля. Обеспеченность койками терапевтического профиля для взрослых в РК в 2013 г. составила 20,1 на 10 тыс. населения, что превышает показатель Российской Федерации (в РФ 2012г. - 18,6). В динамике за пять лет отмечается рост данного показателя в республике (в 2009 г. – 19,6 на 10 тыс.).

Ниже среднереспубликанского показателя обеспеченность терапевтическими койками в Вуктыльском, Корткеросском, Сосногорском, Сыктывдинском, Сысольском, Усинском, Усть-Вымском, Усть-Куломском, Княжпогостском районах, городах Воркута, Инта и Ухта.

Таблица 11.

**Обеспеченность койками терапевтического профиля в РК
в 2009-2013 г.**

Города и районы / Год	Число коек (на 10 тыс. взрослого населения)				
	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский	17,2	17,0	18,2	18,8	18,6
Ижемский	13,8	13,5	13,8	14,5	26,8
Княжпогостский	14,0	12,6	10,0	10,5	10,8
Койгородский	18,6	17,6	20,1	20,8	21,3
Корткеросский	17,2	16,4	18,5	17,8	15,5
Печорский	26,3	25,0	25,4	24,5	25,4
Прилузский	16,7	19,3	20,5	20,3	21,1
Сосногорский	18,1	18,3	19,1	19,3	19,5
Сыктывдинский	21,8	21,8	23,9	23,8	14,7

окончание табл. 11

Сысольский	15,2	15,6	17,2	17,7	17,1
Троицко-Печорский	23,4	23,3	25,6	26,7	27,8
Удорский	11,3	11,5	13,0	13,4	24,4
Усинский	12,3	10,9	11,8	11,9	16,1
Усть-Вымский	14,2	10,6	11,4	12,2	12,6
Усть-Куломский	12,6	10,7	12,9	14,8	10,3
Усть-Цилемский	15,9	17,2	17,9	16,7	20,2
Воркута	17,1	16,6	19,6	19,8	17,2
Инта	12,2	12,8	13,4	14,0	14,6
Ухта	12,9	12,7	13,3	13,3	12,9
Сыктывкар	29,3	28,0	28,6	27,8	27,3
РК	19,6	18,9	20,1	20,1	20,1
РФ ¹⁾	19,5	18,7	18,5	18,6	

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 2013 г. составило 331,4 дня (в 2009 г. – 334,9).

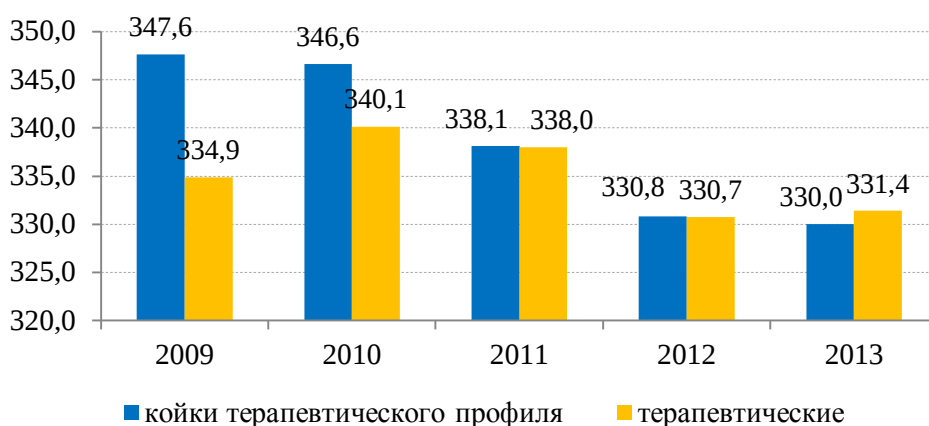


Рис. 2. Динамика среднего числа дней занятости (работы) койки в году для взрослых

Низкая средняя занятость терапевтической койки в году отмечается в Прилузском, Сосногорском, Сыктывдинском, Усть-Цилемском районах, в г.г. Сыктывкаре и Ухте. В динамике с 2009 г. в четырех районах отмечается снижение среднего числа дней занятости койки в году.

Таблица 12.

Средняя занятость коек терапевтического профиля по городам и районам для взрослых РК в динамике в 2009-2013 гг.

Города и районы / Год	Средняя занятость терапевтической койки в году (дни)				
	2009	2010	2011	2012	2013
Вуктыльский	339,1	359,7	329,3	339,9	347,4
Ижемский	313,1	336,2	246,7	313,1	341,3

окончание табл. 12

Княжпогостский	331,1	341,8	306,7	332,3	383,4
Койгородский	375,1	373,6	344,4	359,1	347,1
Корткеросский	399,8	387,9	374,2	341,8	351,0
Печорский	310,4	349,6	426,0	380,6	402,4
Прилузский	352,0	319,4	337,4	336,7	326,5
Сосногорский	361,1	347,2	328,6	324,7	296,3
Сыктывдинский	283,9	315,4	318,5	344,0	149,8
Сысольский	263,9	314,7	354,4	338,9	363,4
Троицко-Печорский	351,1	364,5	342,4	302,1	341,0
Удорский	325,0	368,8	329,8	335,2	347,1
Усинский	325,0	337,4	343,2	311,5	350,8
Усть-Вымский	388,7	403,1	363,8	370,2	335,3
Усть-Куломский	370,4	429,0	369,0	376,5	419,7
Усть-Цилемский	309,9	300,4	325,9	324,5	318,8
Воркута	272,4	323,6	308,7	281,8	478,8
Инта	375,1	370,7	341,7	327,6	333,4
Ухта	290,8	267,7	314,8	328,3	300,9
Сыктывкар	337,6	319,7	313,9	304,5	297,9
РК	334,9	340,1	338,0	330,7	331,4

Выше нормы (332,0) средняя занятость коек терапевтического профиля отмечается в Вуктыльском, Ижемском, Княжпогостском, Койгородском, Корткеросском, Печорском, Сысольском, Троицко-Печорском, Удорском, Усинском, Усть-Куломском, Усть-Вымском районах, в г.г. Воркуте и Инте, что свидетельствует о необоснованном использовании дорогостоящей круглосуточной стационарной помощи, слабом развитии стационарозамещающих технологий. В Княжпогостском, Печорском, Сысольском, Удорском, Усинском, Усть-Куломском районах отмечается рост данного показателя в динамике. 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 13.

**Средняя занятость профильной специализированной койки в году (в днях)
(для взрослых)**

Профиль коек / Год	2012	2013
Кардиологический	332,6	335,4
Пульмонологический	337,4	348,3
Гастроэнтерологический	310,4	282,7
Нефрологический	318,7	300,0
Эндокринологический	314,9	354,7
Гематологический	370,8	259,8

В сравнении с 2012 г. отмечается увеличение средней занятости коек кардиологического, пульмонологического и эндокринологического профиля с увеличением их оборота, что связано с ростом выявления болезней системы кровообращения, дыхания и эндокринной системы у населения, увеличением количества тяжёлых форм заболеваний, требующих стационарного лечения.

В 2013 г. оборот койки всего терапевтического профиля увеличился и составил 25,3 дня (в 2012 г.- 24,5), в 2009 г. этот показатель составлял 24,6 дней. Оборот терапевтической койки вырос с 26,6 в 2009 г. до 27,9 дней в 2013 г., в 2012 г. он составлял 26,9 дней.

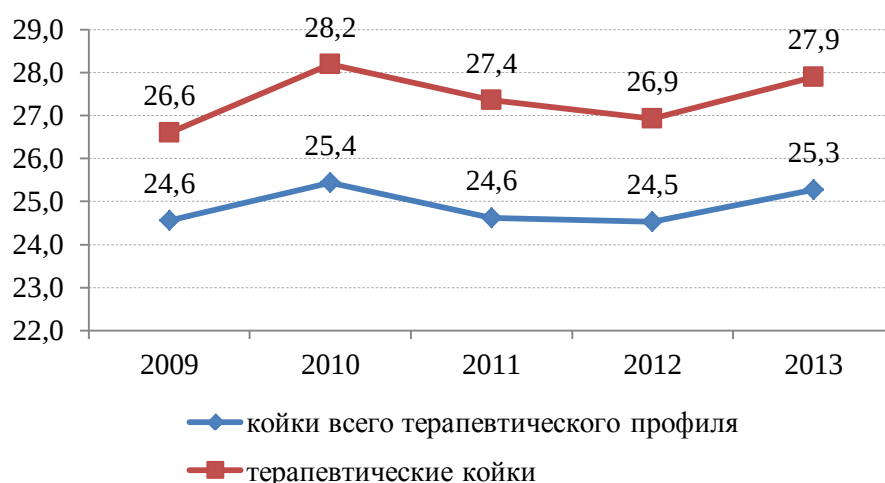


Рис. 3. Динамика соотношения коек общетерапевтического и терапевтического профиля и показатели их оборота (для взрослых) в РК за 2009-2013 гг.

5.2.4. Средняя длительность пребывания больного на койке (для взрослых).

Средняя длительность пребывания больного на койке терапевтического профиля в РК в 2013 г. снизилась по сравнению с 2009 г. (14,2 дня) и составила 13,1 дня. Данная тенденция отмечается и в большинстве территорий республики. К территориям со значительным превышением среднереспубликанского показателя средней длительности лечения на койке терапевтического профиля относятся: г. Инта (14,7), Воркута (14,3), Сыктывкар (13,6) и Печорский (14,5) район, что свидетельствует о недостаточном использовании современных схем медицинской реабилитации пациентов во внегоспитальных условиях, позволяющих сократить длительность их пребывания в стационаре.

Таблица 14.

Динамика средней длительности пребывания больного на койках в РК за 2009-2013 гг.

Показатель / Год	2009	2010	2011	2012	2013
Койки всего терапевтического профиля	14,2	13,6	13,7	13,5	13,1
Койки терапевтические	12,6	12,1	12,4	12,3	11,9

Показатель средней длительности пребывания больного на койках терапевтического профиля за последние 5 лет имеет тенденцию к снижению по всем профилям: на гематологической койке (10,5), аллергологической (5,4), гастроэнтерологической (13,5), пульмонологической (15,4), эндокринологической (14,9), кардиологических (14,8), нефрологической (16,1), терапевтической (11,9), ревматологической (19,1) койках.

5.2.5. Больничная летальность на терапевтических койках. В 2013 г. отмечается рост больничной летальности на терапевтических койках до 3,2 на 100 выбывших (в 2012 г. - 2,0). Показатель летальности на койках всего терапевтического профиля в 2013 г. тоже вырос вдвое (с 1,5 на 100 выбывших больных в 2012 г. до 3,0 на 100 выбывших больных в 2013 г.). На терапевтических койках превышение среднереспубликанского показателя отмечается в княжпогостском (4,5), Троицко-Печорском (4,3), Усть-Куломском (3,4) районах. Выше среднереспубликанского уровня зарегистрирована летальность в городах Воркута (13,2), Инта (5,1), Сыктывкар (4,6), Ухта (4,4).

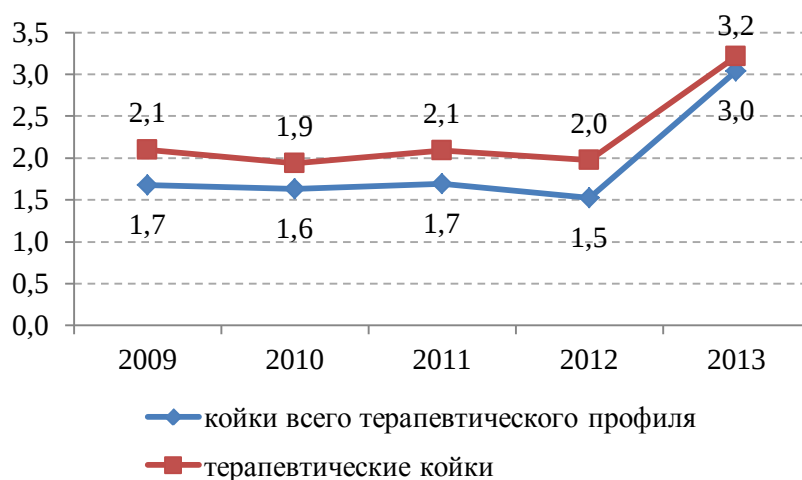


Рис. 4. Динамика показателя летальности (на 100 выживших больных) на койках терапевтических профилей в РК за 2009-2013 гг.

Выводы:

В течение 2009-2013 гг. произошло сокращение коечного фонда в медицинских учреждениях РК. Это связано с уменьшением численности взрослого населения республики, и, как следствие, проведение 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.

5.3. 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 - 2,4 - 5,0

5.3.1. Лечебная база и материально-техническое обеспечение.

В РК стоматологическую помощь оказывает 41 государственное медицинское учреждение здравоохранения, в составе которых имеются стоматологические отделения и кабинеты. Так же, в соответствии со ст.15 Федерального Закона № 326-ФЗ, начиная с 2012 г., стоматологическую помощь населению РК в системе обязательного медицинского страхования оказывают и частные структуры, показатели работы которых в отчете не представлены.

Таблица 15.

	2009		2010		2011		2012		2013	
	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК
Стоматологические поликлиники	815	6	802	6	795	6	772	6	н/д	6
Медицинские организации, имеющие стоматологические отделения (кабинеты)	5158	36	4848	37	4666	35	4298	35	н/д	35

В 2013 г. материально-техническая база обновлялась за счет средств, выделенных ФОМС (Усинская ЦРБ, Троицко-Печорская ЦРБ, Удорская ЦРБ, Корткеросская ЦРБ), а также за счет средств, полученных от предпринимательской деятельности – это стоматологические поликлиники г.Ухты, Инты, Воркуты, Сыктывкара

Снабжение расходными материалами и изделиями медицинского назначения в 2013 г. было регулярным и в полном объеме.

5.3.2. Кадры. В среднем по республике укомплектованность врачами стоматологического профиля составляет 73,6%.

Таблица 16.

**Штаты стоматологического профиля РК по состоянию
на 01.01.2014 г.**

	Штаты	Занято	Физические лица
врачи-стоматологи общей практики	153,25	134,5	92
врачи-стоматологи терапевты	90,25	65,25	45
врачи-стоматологи хирурги	36,75	28,5	14
врачи-стоматологи детские	40,25	32,5	24
ортодонты	10,75	9,25	8
зубные врачи	254,5	242,0	206
зубные техники	136,75	115	90

Таблица 17.

**Штаты стоматологического профиля РК (по состоянию на 01.01.2014 г.),
участвовавшие в выполнении объемов ПГГ**

	Штаты	Занято	Физические лица
Всего врачи стоматологического профиля (бюджет) из них:	460,5	401,0	339
врачи-стоматологи общей практики	116,0	100,25	76
врачи-стоматологи терапевты	54,75	36,75	30
врачи-стоматологи хирурги	29,75	23,0	14
врачи-стоматологи детские	35,5	28,75	24
ортодонты	7,5	6,75	8
зубные врачи	217,0	205,5	187

Таблица 18.

**Динамика удельного веса врачей стоматологического профиля (в %),
выполняющих объемы ПГГ в РК за 2009-2013 гг.**

	2009	2010	2011	2012	2013
Стоматологи	46	44,2	43,4	41,7	44,8
Зубные врачи	54	55,8	56,6	58,3	55,2

При общем дефиците кадров, отмечается большая доля зубных врачей – 55,2% (58,3% - 2012г.), доля стоматологов – 44,8% (41,7% - 2012 г.), что естественно, сказывается на результатах работы стоматологической службы. Причины дефицита специалистов стоматологического профиля и, в частности, с высшим медицинским образованием, остаются прежними - нежелание выпускников ВУЗов ехать на работу в сельскую местность, отток специалистов в другие регионы РФ и в частные структуры республики.

Таблица 19.

**Динамика обеспеченности населения РК врачами стоматологического профиля
на 10 тыс. населения за 2009-2013 гг.**

Врачи	2009		2010		2011		2012		2013	
	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ
Стоматологи (в т.ч. чел.-лиц.хир)	2,9	3,2	2,9	3,2	2,9	3,25	2,7	3,29	2,6	н/д
Зубные врачи	2,7	1,4	2,6	1,4	2,7	1,3	2,7	1,3	2,3	н/д

Обеспеченность врачами - стоматологами на 10 000 населения в 2012 г. по РК ниже российских показателей на 17,9%, зубными врачами – выше российских показателей на 51,9%. В 2013 г. по РК наблюдается снижение обеспеченности врачами – стоматологов на 3,7%, зубными врачами на 14,8%.

Распределение по стажу. На протяжении последних пяти лет стабильно высокой остается доля врачей стоматологического профиля со стажем работы более 20 лет (врачи-стоматологи – 42%, зубные врачи – 24,75%), но при этом отмечается положительная динамика в течение последних двух лет: на 4,5% выросла доля молодых специалистов с высшим медицинским образованием.

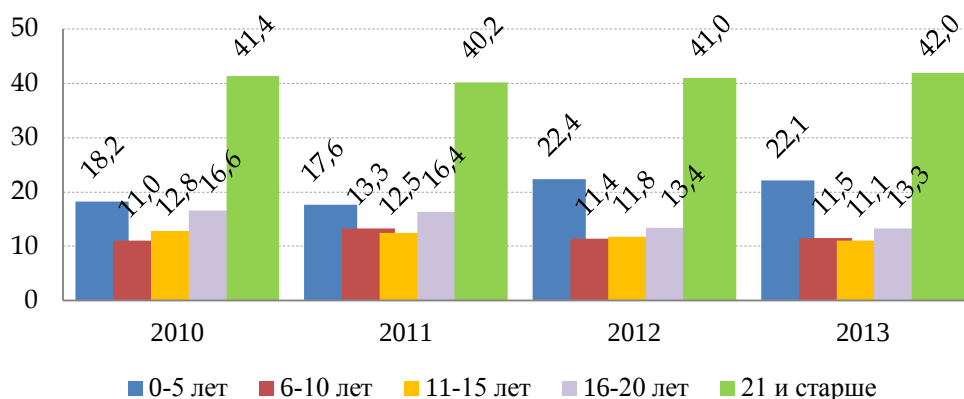


Рис. 5. Распределение стоматологов РК по стажу работы

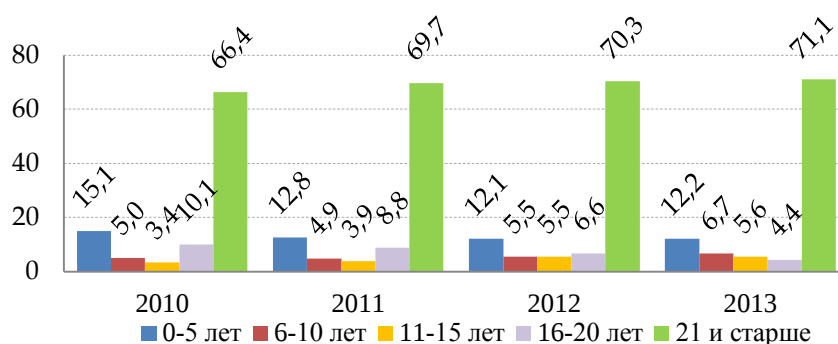


Рис. 6. Распределение зубных техников РК по стажу работы

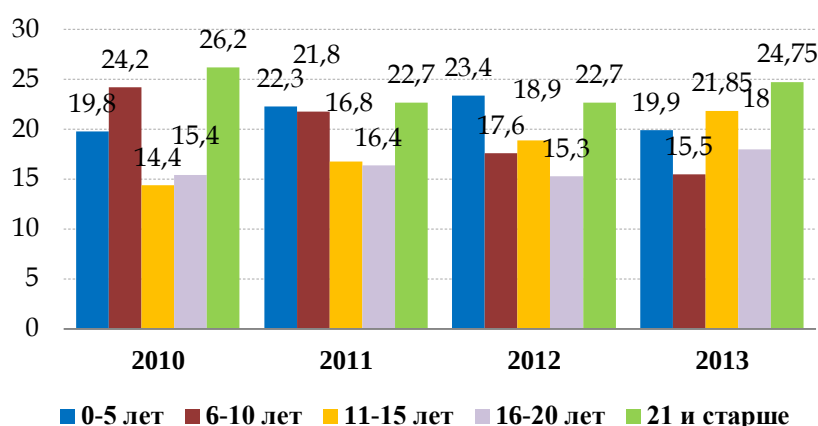


Рис. 7. Распределение зубных врачей РК по стажу работы

5.3.3. Лечебно-профилактическая работа.

Таблица 20.

Показатели лечебной деятельности по оказанию стоматологической помощи
в РК за 2009-2013 гг.

Показатели/год	2009	2010	2011	2012	2013
Выполнено всего УЕТ	2428944	2371680	2325937	2383769	2411966
Процент выполнения плана государственных гарантий	104,9%	99%	98,1%	92,1%	95,3%
Принято всего больных, в том числе - первичных	759668 377419	742626 370732	731021 360959	718611 354732	716451 354078
Запломбировано зубов всего, в том числе по поводу:	505734	498610	464904	492118	469622
а) кариеса					
постоянных зубов	336558	334292	316413	317926	313004
временных зубов	25067	23780	22167	20875	21298
б) осложненного кариеса					
постоянных зубов	90025	94751	80249	77942	65659
временных зубов	18507	17935	17014	13289	15946
Удалено зубов:					
постоянных	126401	126204	123481	127865	127760
временных	27318	28145	28784	28427	27637
Проведен курс лечения:					
-заболеваний слизистой оболочки полости рта	1207	1503	1307	871	1018
- заболеваний пародонта	3841	4121	3745	4416	5207
Всего санировано	104967	94790	92185	82529	75113

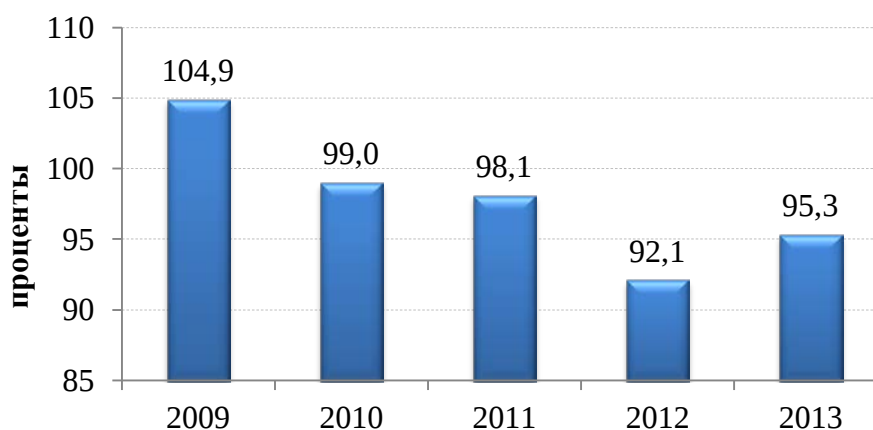


Рис. 8. Выполнение ПГГ по оказанию стоматологической помощи в РК за 2009-2013 гг. (%)

Программа Государственных гарантий по оказанию стоматологической помощи населению РК выполнена на 95,3%

Отмечается невыполнение плана ПГГ на следующих территориях: г.Воркута (91%), г.Ухта (98,3%), г.Инта (96,8%), Усть-Цилемском (90,5%), Удорском (89%), Койгородском (86,3%), Троицко-Печорском (84,2%), Печорском (74%), Ижемском (81%), Прилузском (89,2%), Сыктывдинском (94%), Княжпогостском (84%), Усть-Куломском (96,6%), Усть-Вымском (86%), Вуктыльском (84,1%), Сосногорском (98 %) районах.

Перевыполнили план программы Госгарантий: г.Сыктывкар (104%), Усинском (108%), Корткеросском (101%), Сысольском (107%) районах.

Таблица 21.

Анализ уровня оказания стоматологической помощи населению РК в 2009-2013 гг.

Показатель/год	2009	2010	2011	2012	2013
Посещений на 1 жителя в год:					
в т. ч. - дети до 18 лет	0,79	0,78	0,8	0,8	0,8
- взрослые	1,5	1,58	1,5	1,48	1,55
	0,61	0,58	0,6	0,63	0,62
Всего УЕТ на 1 жителя в год:	2,51	2,49	2,6	2,7	2,7
в т.ч. – дети до 18 лет	3,81	3,92	4,4	4,2	4,4
- взрослые	2,19	2,14	2,1	2,3	2,3
Уровень оздоровления	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Количество посещений и объем выполненной работы в расчете на одного жителя в год стабилен на протяжении последних пяти лет.



Рис. 9. Качественные показатели работы врача стоматологического профиля ОМС (на 1 занятую должность)

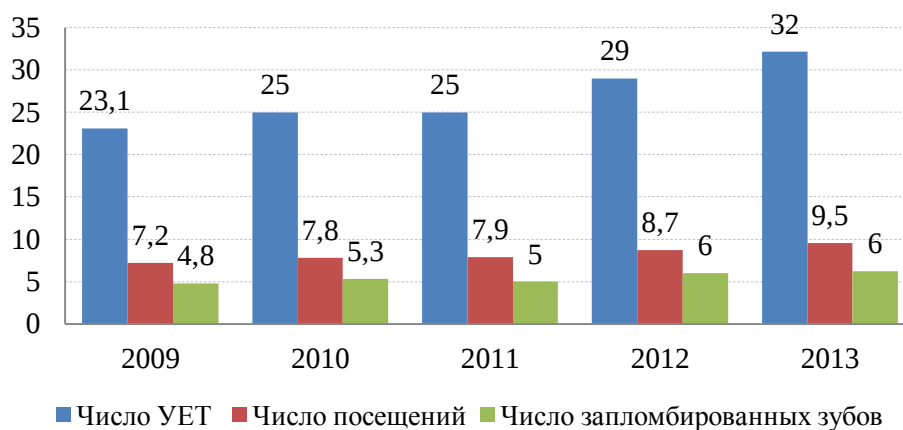


Рис. 10. Качественные показатели работы врача стоматологического профиля ОМС (на 1 санацию)

Таблица 22.

Планово-профилактическая работа в рамках программы Госгарантий:

Показатель/год	2009	2010	2011	2012	2013
Осмотрено в порядке плановой санации	152816	160241	132099	129230	134404
- в том числе дети (до 18 лет)	128542	114990	108982	98001	106387
Из числа осмотренных - нуждалось в санации	71446	74775	70739	67752	68091
- в том числе дети (до 18 лет)	54180	57405	55562	50203	54883
Процент нуждающихся в санации	47,0	47,0	53,2	52,4	50,7
- в том числе дети (до 18 лет)	42	49,9	50,9	51,2	51,6
Санировано из числа нуждающихся	42097	43175	42332	41334	41519
- в том числе дети (до 18 лет)	33461	34563	32741	32135	32950
Процент санированных	58,9	57,7	60,3	61	61
- в том числе дети (до 18 лет)	62	60,2	58,9	64	60

Таблица 23.

Охват планово-профилактической работой в рамках ПГГ (%)

Показатель/год	2009		2010		2011		2012		2013	
	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ
Процент охвата осмотренных в порядке профосмотров:	15,9	13,0	16,9	12,4	14,7	12,4	14,5	13,9	15,3	н/д
- взрослые	3,3	6,1	3,3	5,7	3,3	5,7	4,4	6,8	4,0	н/д
- дети и подростки	67,2	43,5	71,7	47,6	60,6	41,1	54,3	41,5	58,6	н/д
Процент нуждающихся в санации:										
- взрослые	68,5	49,2	70,0	58,3	65	60	56,2	57,0	47,1	н/д
- дети и подростки	42	50,8	49,9	50,8	51	50,5	51,2	49,6	51,6	н/д
Процент санированных из числа нуждающихся:										
- взрослые	51	61,5	50	68,2	63,8	68,1	52,4	64,9	64,9	н/д
- дети и подростки	62	68,6	60,2	68,3	58,9	66,9	64,0	66,2	60	н/д

Уровень планово-профилактической работы среди детского населения РК выше, чем аналогичные показатели по РФ. В 2013 г. наблюдается увеличение охвата профилактической работой на 4,3% среди детей до 18 лет, но при этом снижается доля санированных детей на 4%.

5.3.4. Стоматологическая помощь детям:

Таблица 24.

Показатели оказания стоматологической помощи детям в РК в 2009-2013 гг.

Показатели/год	2009	2010	2011	2012	2013
Принято всего детей до 18 лет	290692	298511	280919	268036	280527
Из них первичных	158069	160104	145802	144122	154434
Санировано всего	41274	42354	39594	39255	38642
Выполнено УЕТ	729610,27	739723,42	792172,71	762454	794497

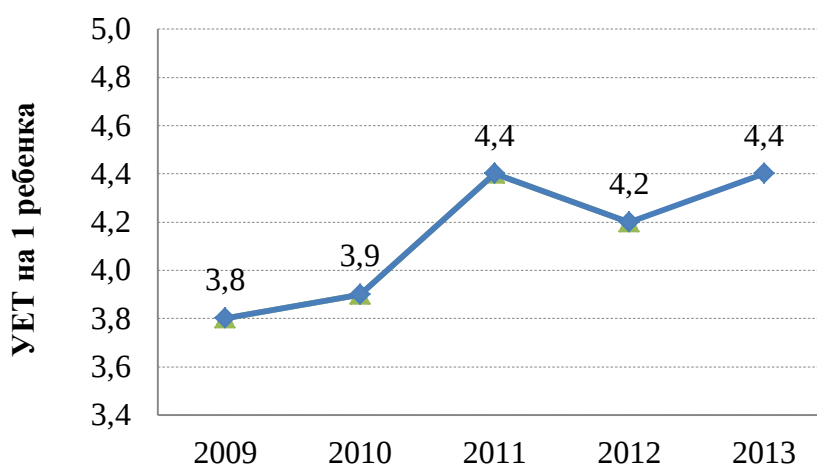


Рис. 11. Объем стоматологической помощи детям

Объем помощи на одного ребенка составляет 4,4 УЕТ в год.

Таблица 25.

Планово-санационная работа среди школьников РК в 2009-2013 гг.

	2009	2010	2011	2012	2013
Всего школьников	97458	91527	90870	92375	91657
Осмотрено в порядке плановой санации	81,6%	80,1%	84,4%	82,3%	82,5%
Нуждалось в санации	48,3%	46,7%	47,8%	47,8%	48,6%
Санировано из числа осмотренных	79,9%	74,2%	76,4%	74,7%	72,2%
Охват санацией	73,7%	70,5%	74,9%	72,3%	71,3%

Охват санацией школьников составляет 71,3%, показатель стабильный на протяжении последних пяти лет, что свидетельствует о сохранении приоритетности планово – профилактического направления в детской стоматологической службе республики.

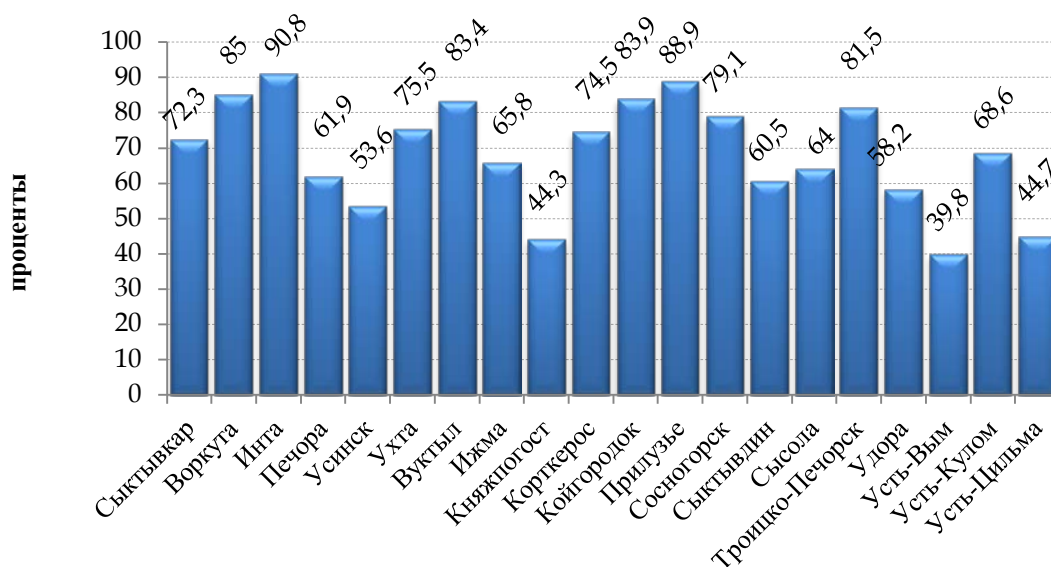


Рис. 11. Охват санацией детского населения в городах и районах РК в 2013 г. (%)

В 2013 г. недостаточно уделялось внимания планово - профилактической работе в ряде территорий РК: Усинском (53,6%), Княжпогостком (44,3%), Усть-Вымском (39,8%), Усть-Цилемском (44,7%) районах.

Хорошо организована работа среди школьников: Сыктывкар – РСП (85,1%), Инта (90,8%), Воркута (85 %), Вуктыльский район (83,4%), Ухтинский район (75,5%), Койгородский район (83,9%), Прилузский район (88,9%), Троицко-Печорский район (81,5%).

Таблица 26.

Планово-санационная работа среди дошкольников

Показатель/год	2009	2010	2011	2012	2013
Всего осмотрено дошкольников	22898	24666	23456	22104	23230
Нуждалось в санации	54,7%	58,6%	58,2%	47,2%	63,3%
Санировано	10395	10455	11158	10314	11445
	45,4%	42,4%	47,6%	47,0%	49,3%
	7524	5764	5399	5379	6329
	70,9%	55,1%	48,4%	52,0%	55,3%

Количество осмотренных дошкольников увеличилось на 16,1% по сравнению с 2012 годом, соответственно количество санированных - на 3,3%.

Таблица 27.

Динамика заболеваемости кариесом среди детского населения РК

Показатель/год	2009	2010	2011	2012	2013
КПУ 12ти-летних	2,3-4,4	2,9-4,4	2,2-5,0	2,4 -5,0	2,4 -5,0
Распространенность кариеса	80%	80%	80%	81,6%	82%
% детей, получивших спец. профилактику	27,7%	26,2%	36,6%	48,7%	53,1%

Заболеваемость кариесом среди детского населения РК имеет стабильную динамику: распространенность составляет от 80% до 82%. КПУ 12-летних школьников колеблется от 2,4 до 5,0 в отдельных территориях РК. Процент детей, получивших профилактическую помощь, вырос на 4,4%.

Стоматологическая помощь декретированным группам.

Таблица 28.

Показатели работы среди декретированных групп населения РК

	2009	2010	2011	2012	2013
Уч. ВОВ					
- осмотрено	364	367	682	282	166
- нуждалось	305-84,8%	252-68,7%	463-68%	200-70,9%	110-66,3%
- санировано	135-44,3%	126-50%	246-53,1%	104-52%	37-33,6%
ЧАЭС					
- осмотрено	209	288	405	583	213
- нуждалось	187-89,5%	200-70,7%	254-62,7%	422-72,4%	189-88,7%
- санировано	89-47%	119-59,5%	140-55%	206-48,9%	92-48,7%
Допр.призыв. молодежь					
- осмотрено	15132	14753	11751	11499	10244
- нуждалось	10542-69,7%	10533-71,4%	8720-72%	8796-76,5%	8129-79,4%
- санировано	8547-81%	8599-81,6%	7380-84,3%	6926-78,7%	6783-83,4%
ПТУ и Вузы					
- осмотрено	5402	4763	4710	3921	3004
- нуждалось	3826-70,8%	2955-62%	3042-64,6%	2752-70,2	2110-70,2%
- санировано	2266-59,3%	1948-65,9%	1758-57,8%	1660-60,3	1337-63,4%
Беременные					
-осмотрено	5419	4627	5967	4893	7111
-нуждалось	3488-64,4%	3503-75,7%	4081-68,4%	3558-72,7%	3171-44,6%
-санировано	2664-76,4%	2682-76,6%	3164-77,5%	2799-78,7%	2221-70%

Большое внимание в 2013 г., как и в прошлые года, уделялось санации декретированных групп населения.

Показатели санации декретированных групп населения стабильны на протяжении последних пяти лет, что свидетельствует о налаженной работе стоматологической службы по данному направлению.

5.3.5 Выездная работа.

Показатели выездной работы в динамике за 2009-2013 гг.

Таблица 29.

	2009	2010	2011	2012	2013
Кол-во командировок с лечебной целью	138	132	112	109	111
Принято всего больных:	8547	6186	6898	7014	6308
в том числе дети	4731	2971	3412	3156	2789
Санировано:	2412	1525	771	1699	1629
в том числе дети	1353	645	864	1016	896

В связи с малой заселенностью отдаленных территорий РК остается по-прежнему актуальной выездная работа врачей стоматологического профиля

Ортопедическая служба.

5.3.6 Организация ортопедической помощи в РК. Отделений при стоматологических поликлиниках – 6, ортопедических кабинетов и отделений при МО -16

Таблица 30.

Результаты деятельности ортопедической службы

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013
Всего выполнено УЕТ	135558	134533	150148	124150	108728
Кол-во лиц, получивших протезы	12743	12596	11920	10699	8564
Кол-во лиц, получивших протезы на 10 000 населения	166	164	166	151	123

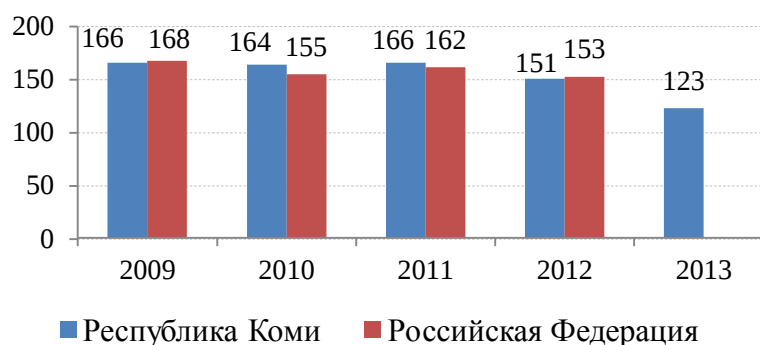


Рис. 12. Число лиц получивших протезы на 10 000 населения

Оказание ортопедической стоматологической помощи в РК находится на уровне Российской Федерации.

Таблица 31.

Анализ качественных показателей ортопедической службы:

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013
1. Число УЕТ на одну занятую должность врача – ортопеда	1801,43	1922	2160	1780	1805
2. Число УЕТ на одну занятую должность зубного техника	970	970	1187	1068	1000

окончание табл. 31

3. Процент единиц косметики в несъемных зубных протезах	36,5%	39,3%	40%	42,5%	42%
4. Процент бюгельных протезов от числа съемных протезов	2,3%	1,7%	2,3%	0,7%	1,3%
5. Процент единиц металлокерамики от числа единиц изготовленных несъемных протезов	13,2%	15%	15,3%	15,8%	22%

В качественном отношении отмечается улучшение работы службы. Стали востребованы более современные виды протезирования, отмечается рост косметических видов работ и металлокерамических конструкций.

Платные услуги. Платные услуги оказываются в государственных учреждениях здравоохранения, а также в частных стоматологических поликлиниках и кабинетах.

Таблица 32.

Показатели работы по платным стоматологическим услугам государственных учреждений здравоохранения РК

	2009	2010	2011	2012	2013
Посещений	74468	71973	60665	88180	99088
УЕТ	562550,6	561849	513786	575631	556112

Объемы платных медицинских услуг по стоматологии на протяжении пяти лет остаются на одном уровне.

5.4. Оказание скорой медицинской помощи. Скорая медицинская помощь населению РК оказывают 33 учреждения, из них: самостоятельные городские станции – 2 (г. Сыктывкар, г. Ухта), больница скорой помощи – 1 (г. Воркута), отделения СМП при городских и сельских ЛПУ – 30.

Таблица 33.

**Врачебные кадры службы СМП
в РК за 2009 – 2013 гг.**

	2009	2010	2011	2012	2013 год
Штаты	277,75	275,5	273,0	268,5	269
Занятые	230,25	222,75	220,0	214,5	212
Физические лица	104	107	106	108	107
Укомплектованность кадров с учетом совместительства	82,9 %	80,8 %	80,6 %	79,9 %	78,8 %
Укомплектованность кадров без учета совместительства	37,4 %	38,8 %	38,8 %	40,2 %	39,8 %

Укомплектованность врачами службы скорой медицинской помощи в РК составила в 2013 г. 39,8% (в 2012 г. – 40,2 %), без учета совместительства. Укомплектованность с учетом совместительства в 2013 г. составила 48,8% (в 2012 г. – 79,9 %).

Таблица 34.

**Укомплектованность средним медперсоналом кадрами службы СМП
в РК за 2009 – 2013 гг.**

	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Штаты	937,25	942,5	968,25	986,75	987,25
Занятые	923,25	928,25	956,25	977,5	977
Физические лица	749	762	769	779	778
Укомплектованность кадров с учетом совместительства	98,5 %	98,5 %	98,8 %	99,1 %	99,0 %
Укомплектованность кадров без учета совместительства	79,9 %	80,8 %	79,4 %	78,9 %	78,8 %

Укомплектованность средним медицинском персоналом службы скорой медицинской помощи в РК составила в 2013 г. 78,8 % (в 2012 г. – 78,9 %), без учета совместительства. Укомплектованность с учетом совместительства в 2013 г. составила 99,0 % (2012 г. – 99,1 %).

Таблица 35.

**Структура бригад службы СМП
по РК за 2009 – 2013 гг.**

Структура бригад	2009	2010	2011	2012	2013
Врачебные общепрофильные	15,75	15,75	17	16,5	15,5
в т.ч. для оказания помощи дет- скому населению	2,25	2,25	3,5	3,5	1
Фельдшерские	70	69,25	69,25	68,5	67,5
Интенсивной терапии (БИТ)	9	9	9	9	8
Психиатрические	1	1	1	1	1
Другие специализированные бри- гады, всего:	3	3	1,5	1,5	3,5
в т.ч. реанимационные	1	1	1,5	1,5	1,5
педиатрические	2	2	0	0	2
Всего:	98,75	98,0	97,75	96,5	95,5

В 2013г. на территории РК медицинскую помощь населению оказывали 95,5 бригад СМП. По всем территориям РК были организованы и работали фельдшерские и врачебные общепрофильные бригады.

Бригады интенсивной терапии (БИТ) были организованы и укомплектованы медицинскими работниками в г. Сыктывкар (6 БИТ), в г. Ухта (1 БИТ) и в г. Воркута (1 БИТ). Специализированные бригады, такие как психиатрическая и педиатрическая, есть только в г. Сыктывкаре; реанимационные бригады работают в г. Сыктывкар и г. Ухта (бригада организована в 2011 г.).

Служба скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе РК обслуживает население численностью 830 463 человека или 94,3 % (в 2012 г. – 94,7 %), от всего населения республики, в том числе:

- городского – 676 470 человек или 99,3 % от всего городского населения РК (2012 г. – 99,6 %).

- сельского – 153 993 человек или 77,2 % от всего сельского населения РК (2012 г. – 78,2 %).
- детского населения (до 18 лет) – 172 684 человек или 95,1 % от всего детского населения РК (2012 г. – 94,2 %).
- взрослых – 657 779 человек или 94,1 % от всего взрослого населения РК (2012 г. – 94,6 %).

Таблица 36.

**Удельный вес населения, охваченного СМП в городах и районах РК
в 2009 - 2013 гг (в %)**

Города, районы/год	2009	2010	2011	2012	2013
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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ижемский	40,4	40,9	42,1	43,1	43,1
Княжпогостский	87,3	100,0	100,0	100,0	100,0
Койгородский	50,6	51,3	50,2	55,8	42,3
Корткеросский	80,6	80,2	73,7	86,3	100,0
Печорский	98,5	100,0	100,0	98,9	90,1
Прилузский	70,8	77,6	100,0	84,5	87,2
Сосногорский	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0
Сыктывдинский	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Сысольский	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Троицко-Печорский	100,0	100,0	100,0	100,0	71,9
Удорский	61,2	53,1	57,4	55,5	63,5
Усинский	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Усть-Вымский	96,1	100,0	100,0	100,0	100,0
Усть-Куломский	43,4	44,5	48,1	56,5	59,7
Усть-Цилемский	42,7	44,6	46,7	48,2	50,5
РК	92,9	93,7	94,5	94,7	94,3

Показатель удельного веса населения, охваченного скорой медицинской помощью, в целом по РК в 2013 г. уменьшился на 0,4 % и составил 94,3 % (2012 г. – 94,7 %).

Доступность скорой медицинской помощи сельскому населению РК остается низкой: в 2013 г. уменьшилась на 1 % и составила 77,2 % (2012 г. – 78,2 %), что объясняется разбросанностью населенных пунктов и отсутствием автомобильных дорог, в связи, с чем функции скорой медицинской помощи в данных населенных пунктах возложены на ФАПы, врачебные амбулатории и АВОПы.

Таблица 37.

**Показатели объема деятельности службы СМП
в РК в 200 –2013 гг., (в абсолютных единицах)**

		2009	2010	2011	2012	2013
1.	Общая обращаемость (строки 2 + 3 + 5)	465 487	447 918	438 201	419 654	374 425
2.	Всего выездов (по форме 40), из них:	382 847	371 630	363 285	350 622	322 824
2.1.	Число лиц, обслуженных на выездах	339 659	329 963	323 658	315 815	291 758

окончание табл. 37

2.1.1	из них: к детям	71 844	69 380	67 261	64 351	63 528
2.2.	Число лиц, обслуженных амбулаторно	31 347	30 492	28 327	22 334	18 876
2.3.	Безрезультатных выездов	11 841	11 175	11 300	12 473	12 190
3.	Отказано из-за необоснованности	21 686	15 120	15 781	14 852	14 022
4.	Обслужено лиц на выездах:					
4.1.	Пострадавших (несчастные случаи)	43 025	44 232	43 326	42 846	40 745
4.2.	Больных (внезапные заболевания + роды и патология беременности)	266 195	258 148	253 204	246 539	229 633
4.3.	Сантранспорт (перевозки больных, рожениц и родильниц)	30 439	27 583	27 128	26 430	21 380
5.	Выезда, не включ. в стат. формы из них:	60 954	61 168	59 135	54 180	37 579
5.1.	Хозперевозки	54 398	52 258	47 953	45 810	32 600
5.2.	Медпроцедуры	6 556	8 910	11 182	8 370	4 979

Общая обращаемость за скорой медицинской помощью по РК в 2013 г. снизилась по отношению к 2012г. на 10,8 % (45 229 обращений).

Число выездов в 2013, по сравнению с 2012 г., снизилось на 7,9 % (27 798 вызовов).

Число лиц, обслуженных на выездах в 2013г. уменьшилось по сравнению с 2012г. на 7,6 % (24 057 вызова) за счет:

- выездов на несчастные случаи на 4,9 %;
- выездов к пациентам с внезапными заболеваниями и патологией беременности и родов на 6,9 %;
- количества выездов, не включенных в официальную статистическую отчетность (несвойственные функции), уменьшилось на 30,6 %.

Таблица 38.

**Показатели объёмов деятельности службы СМП
по РК в 2009–2013 гг. (на 1000 населения)**

	Показатель/год	2009	2010	2011	2012	2013
	Население, охваченное СМП	890 923	891 639	849 699	842 730	830 463
1.	Общая обращаемость (строки 2 + 3 + 5)	522,4	502,3	515,7	498,0	450,8
2.	Всего выездов (по форме 40), из них:	429,7	416,8	427,5	416,1	388,7
2.1.	Число лиц, обслуженных на выездах	381,2	370,1	380,9	374,8	351,3
2.1.1	из них: к детям	80,6	77,8	79,2	76,4	76,5
2.2.	Число лиц, обслуженных амбулаторно	35,2	34,2	33,3	26,5	22,7
2.3.	Безрезультатных выездов	13,3	12,5	13,3	14,8	14,7
3.	Отказано из-за необоснованности	24,3	16,9	18,6	17,6	16,9
4.	Обслужено лиц на выездах:					
4.1.	Пострадавших (несчастные случаи)	48,2	49,6	50,9	50,8	49,1
4.2.	Больных (внезапные заболевания + роды и патология беременности)	298,8	289,6	297,9	292,5	276,5
4.3.	Сантранспорт (перевозки больных, рожениц и родильниц)	34,2	30,9	32,1	31,4	25,7
5.	Выезда, не включ. в в стат. формы из них:	68,4	68,6	69,6	64,3	45,2
5.1.	Хозперевозки	61,1	58,6	56,4	54,4	39,3
5.2.	Медпроцедуры	7,3	10,0	13,2	9,9	5,9

Перераспределение объемов обращаемости между службой скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлиническими учреждениями по РК отслеживается по

показателю «отказано из-за необоснованности». Количество отказов из-за необоснованности в 2013 г. составило 14 022 обращения, что находится примерно на одном уровне с предыдущими годами. Таким образом, неотложные вызовы (т.е. вызовы к пациентам, состояние здоровья которых непосредственно не угрожает жизни и не требует экстренной медицинской помощи) переориентируются со скорой помощи в поликлинику.

Таблица 39.

Количество лиц, которым отказано в оказании СМП за необоснованностью вызова в разрезе городов и районов РК за 2009–2013 гг. (в абсол. ед.)

Города и районы/год	2009	2010	2011	2012	2013
Сыктывкар	17 617	12 073	12 384	10 649	9 999
Воркута	152	78	53	87	362
Инта	-	-	-	-	-
Ухта	3 396	2 725	3 122	3 794	3 365
Вуктыльский	37	11	12	7	7
Ижемский	-	-	-	-	-
Княжпогостский	-	-	-	-	-
Койгородский	-	-	-	-	-
Корткеросский	53	-	-	-	-
Печорский	-	-	-	-	-
Прилузский	62	53	51	62	18
Сосногорский	-	-	12	4	5
Сыктывдинский	3	-	-	-	-
Сысольский	330	114	16	18	-
Троицко-Печорский	24	31	27	23	42
Удорский	-	-	-	-	-
Усинский	-	-	-	-	-
Усть-Вымский	12	35	104	208	224
Усть-Куломский	-	-	-	-	-
Усть-Цилемский	-	-	-	-	-
РК	21 686	15 120	15 781	14 852	14 022

Сокращение числа необоснованных вызовов и перевод неотложных вызовов на уровень поликлиники проводится в основном в городах РК, так

по г. Сыктывкару в 2013 г. – отказов за необоснованностью вызова на 6,1 % меньше, чем в 2012 г.

г. Ухте: в 2013 г. на 11,3 % меньше. По остальным территориям перераспределение вызовов на уровень поликлиники проводится менее активно, либо не проводится вовсе.

Таблица 40.

Перераспределение объемов скорой медицинской помощи между врачебными и фельдшерскими бригадами СМП в РК за 2009 – 2013 гг. (в %)

год	Врачебные бригады	Фельдшерские бригады
2009	24,95	75,05
2010	25,90	74,10
2011	25,71	74,29
2012	29,02	70,98
2013	26,27	73,73

Скорая медицинская помощь в РК преимущественно оказывается фельдшерскими бригадами, которыми обслужено 73,73 % от общего количества вызовов. В 14 из 20 территорий РК в службе СМП организованы врачебные бригады, которыми обслужено 26,27 % вызовов.

Таблица 41.

**Обращаемость населения на скорую медицинскую помощь
(выезды + амбулаторные + безрезультатные) по городам и районам РК
в 2009–2013 гг. (на 1000 жителей)**

Города, районы/год	2009	2010	2011	2012	2013
Сыктывкар	380,1	399,0	392,1	382,7	370,0
Воркута	422,9	409,6	460,3	475,7	389,5
Инта	425,4	386,5	421,7	419,5	390,5
Ухта	347,7	335,7	351,3	352,3	340,8
Вуктыльский	314,2	286,9	302,4	265,1	263,5
Ижемский	981,6	734,6	827,9	834,1	735,4
Княжпогостский	454,7	384,4	385,8	362,0	316,7
Койгородский	746,0	836,1	861,6	762,0	908,2
Корткеросский	948,1	982,3	1072,2	482,7	358,9
Печорский	562,0	506,9	528,9	573,6	536,6
Прилузский	454,7	391,8	354,7	429,2	388,3
Сосногорский	421,5	404,9	414,3	406,8	402,2
Сыктывдинский	379,2	390,7	418,5	405,6	394,6
Сысольский	367,5	370,3	408,1	449,0	457,7
Троицко-(Печорский	399,0	386,3	364,8	347,2	445,8
Удорский	541,2	663,9	668,6	754,7	675,7
Усинский	344,7	321,7	318,1	322,5	300,8
Усть-Вымский	461,8	386,5	394,9	382,2	348,2
Усть-Куломский	748,4	637,6	665,1	430,5	383,4
Усть-Цилемский	762,3	765,2	723,3	681,3	715,4
РК	429,7	416,8	427,5	416,1	388,7

Обращаемость населения за СМП (по форме № 40) по РК в 2013 г. (388,7 – на 1 000 жителей) снизилась, по сравнению с 2012 годом, (416,1 вызовов на 1 000 жителей) на 6,6 %.

Наибольшая обращаемость (на 1 000 населения) отмечена в Койгородском (908,2 вызова), Ижемском (735,4 вызова) и в Усть-Цилемском районах (715,4 вызова).

Обращаемость (на 1 000 населения) выросла в Койгородском (с 762,0 вызова в 2012 г. до 908,2 вызова в 2013 г.), Троицко-Печорском (с 347,2 вызова в 2012 г. до 445,8 вызовов в 2013 г.) и в Усть-Цилемском районах (с 681,3 вызова в 2012 г. до 715,4 вызова в 2013 г.).

Обращаемость (на 1 000 населения) снизилась в Корткеросском (с 782,7 вызовов в 2012 г. до 358,9 вызова в 2013 г.), и Ижемском районах (с 834,1 вызовов в 2012 г. до 735,4 вызова в 2013 г.), а также в г. Воркуте (с 475,7 вызовов в 2012 г. до 389,5 вызова в 2013 г.)

Таблица 42.

**Обращаемость населения за СМП по поводу несчастных случаев
по территориям РК в 2009–2013 гг. (на 1000 жителей)**

Территория	2009	2010	2011	2012	2013
Сыктывкар	60,9	64,2	62,9	61,7	56,9
Воркута	39,7	38,5	42,7	44,7	40,0
Инта	45,2	46,9	45,6	48,2	47,6
Ухта	40,1	39,2	41,4	43,2	43,3
Вуктыльский район	28,3	30,0	30,0	28,4	28,0
Ижемский район	52,7	72,9	77,7	73,6	59,8
Княжпогостский район	40,0	35,6	34,1	31,7	29,2
Койгородский район	69,3	78,6	63,6	63,9	85,3
Корткеросский район	65,4	68,9	79,8	56,1	47,3
Печорский район	58,9	55,7	57,5	61,7	62,0
Прилузский район	49,1	43,5	42,6	51,9	57,2
Сосногорский район	37,9	39,4	43,8	40,7	50,5
Сыктывдинский район	52,3	63,4	71,9	70,2	63,7
Сысольский район	31,8	34,5	37,1	40,7	37,8
Тр.Печорский район	23,6	26,9	30,1	27,5	38,4
Удорский район	45,6	64,8	63,1	67,9	60,1
Усинский район	41,3	38,2	36,1	33,4	30,9
Усть-Вымский район	42,0	41,7	44,7	42,5	45,6
Усть-Куломский район	43,4	45,2	46,9	40,6	37,4
Усть-Цилемский район	67,0	75,6	71,3	68,2	69,0
РК	48,3	49,6	51,0	50,8	49,1

Обращаемость (на 1 000 населения) в РК по поводу несчастных случаев за последние 5 лет остается на одном уровне.

Наибольший уровень отмечен в Усть-Цилемском (69,0 на 1 000 жителей), Сыктывдинском (63,7 на 1 000 жителей) и в Печорском районах (62,0 на 1 000 жителей), наиболее низкий - в Вуктыльском (28,0 на 1 000 жителей) и в Княжпогостском районах (29,2 на 1 000 жителей)

Рост обращаемости по поводу несчастных случаев (на 1 000 населения) отмечен в Койгородском (с 63,9 в 2012 г. до 85,3 в 2013 г.) и в Троицко-Печорском районах (с 27,5 в 2012 г. до 38,4 в 2013 г.), снижение в Ижемском (с 73,6 в 2012 г. до 59,8 в 2013 г.) и в Корткеросском районах (с 56,1 в 2012 г. до 47,3 в 2013 г.).

Таблица 43.

Выезды СМП на ДТП по РК в 2009 – 2013 гг. (в абсол. ед.)

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013
Всего выездов на ДТП	1 764	1 787	2 073	2 131	2 050
Число пострадавших	1 964	2 015	2 462	2 634	2 493
Со смертельным исходом	81	73	86	97	90

Количество выездов на ДТП, число пострадавших и погибших в ходе автоаварий в течение последних трех лет по РК остается примерно на одном уровне.

Таблица 44.

**Доезд бригады СМП до места ДТП с временем до 20 мин по территориям
РК за 2009-2013 гг. (в %)**

	2009	2010	2011	2012	2013
Сыктывкар	97,5	98,5	98,3	97,0	97,6
Воркута	84,5	90,3	91,7	89,7	97,2
Инта	97,2	97,1	90,0	87,5	87,7
Ухта	98,5	97,9	97,8	96,6	95,5
Вуктыльский	100,0	100,0	84,6	93,3	66,7
Ижемский	76,9	100,0	100,0	87,0	90,5
Княжпогостский	15,4	36,4	19,4	34,8	29,7
Койгородский	100,0	93,8	100,0	81,8	80,0
Корткеросский	88,7	71,8	90,5	85,5	88,7
Печорский	87,0	87,7	82,4	98,1	93,0
Прилузский	79,5	80,0	69,8	58,6	100,0
Сосногорский	95,4	100,0	88,4	95,6	84,7
Сыктывдинский	48,9	81,5	77,6	78,6	75,0
Сысольский	75,0	89,8	85,9	83,3	82,1
Троицко-Печорский	100,0	100,0	92,3	100,0	100,0
Удорский	100,0	100,0	100,0	92,3	92,9
Усинский	86,0	52,3	86,0	71,7	67,3
Усть-Вымский	90,0	82,3	74,6	89,1	78,7
Усть-Куломский	88,0	94,4	70,6	100,0	75,6
Усть-Цилемский	100,0	100,0	90,9	100,0	100,0
РК	90,8	92,3	91,6	90,8	91,0

Время доезда до ДТП по РК составляет в 2013 г. 91,0%. 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.

Таблица 45.

**Обращаемость населения за скорой медицинской помощью по поводу
внезапных заболеваний и патологии беременности по РК
в 2009–2013 гг. (на 1 000 жителей)**

	2009	2010	2011	2012	2013
Сыктывкар	254,8	272,4	267,5	260,7	256,4
Воркута	285,7	270,8	297,6	300,6	263,0
Инта	343,5	314,7	358,2	332,9	308,4
Ухта	255,1	242,2	253,7	253,6	249,1
Вуктыльский	247,6	222,9	236,3	211,2	205,9
Ижемский	580,7	523,1	517,7	528,5	485,4
Княжпогостский	381,1	321,0	320,9	298,8	272,9
Койгородский	519,8	550,2	595,6	495,1	616,1
Корткеросский	463,3	440,9	602,2	386,4	273,9
Печорский	445,5	402,1	418,0	458,1	416,4
Прилузский	354,3	287,7	246,8	304,4	204,0
Сосногорский	273,0	276,1	278,7	274,1	274,3
Сыктывдинский	255,6	262,8	277,2	260,7	264,3
Сысольский	243,2	238,0	251,4	259,9	267,6
Тр.Печорский	325,8	302,4	284,1	275,7	365,4
Удорский	417,2	526,3	511,6	574,8	514,6

окончание табл. 45

Усинский	211,9	205,9	209,4	205,3	197,5
Усть-Вымский	361,4	297,9	303,0	299,4	279,3
Усть-Куломский	365,1	297,3	321,9	264,3	262,9
Усть-Цилемский	618,9	625,4	575,9	536,7	555,4
РК	298,8	289,5	298,0	292,5	276,5

Обращаемость (на 1 000 населения) в РК по поводу внезапных заболеваний снизилась с 292,5 в 2012 г. до 276,5 в 2013 г.

По территориям наибольшая обращаемость отмечена в Койгородском районе (616,1 на 1 000 жителей), Усть-Цилемском (555,4 на 1 000 жителей) и Удорском районах (514,6 на 1000 жителей), наиболее низкая в Усинском (197,5 на 1 000 жителей) и Вуктыльском районах (205,9 на 1 000 жителей).

Рост обращаемости по поводу внезапных заболеваний (на 1 000 населения) отмечен в Койгородском (с 495,1 в 2012 г. до 616,1 в 2013 г.), Троицко-Печорском (с 275,7 в 2012 г. до 365,4 в 2013 г.) и Усть-Цилемском районах (с 536,7 в 2012 г. до 555,4 в 2013 г.), снижение в Корткеросском (с 386,4 в 2012 г. до 273,9 в 2013 г.), Прилузском (с 304,4 в 2012 г. до 204,0 в 2013 г.) и Удорском районах (с 574,8 в 2012 г. до 514,6 в 2013 г.).

Таблица 46.

**Доезд бригады до вызова с временем до 20 мин по городам и районам
РК за 2009 - 2013 гг. (в %)**

Города, районы/гд	2009	2010	2011	2012	2013
Сыктывкар	97,6	97,2	97,0	96,2	96,7
Воркута	80,9	87,5	87,0	93,7	96,0
Инта	98,5	96,7	95,6	96,5	96,1
Ухта	99,7	99,8	99,6	98,8	99,7
Вуктыльский	80,2	98,7	98,2	98,9	98,9
Ижемский	100,0	100,0	100,0	99,0	99,0
Княжпогостский	91,1	70,1	51,8	40,5	96,9
Койгородский	94,3	93,4	98,4	98,1	98,2
Корткеросский	92,0	97,0	92,4	90,4	90,3
Печорский	99,7	89,3	89,7	98,4	94,6
Прилузский	97,4	91,3	85,1	93,6	95,0
Сосногорский	81,0	79,9	94,5	94,0	46,4
Сыктывдинский	64,6	95,1	90,3	85,8	85,5
Сысольский	83,8	98,8	99,1	97,2	98,3
Троицко-Печорский	95,4	83,2	81,7	96,1	96,2
Удорский	99,3	98,9	98,5	97,9	98,1
Усинский	96,9	96,8	96,5	96,2	96,6
Усть-Вымский	84,7	89,4	97,9	97,4	96,6
Усть-Куломский	64,4	99,1	96,3	94,1	93,8
Усть-Цилемский	91,6	99,3	99,5	98,7	99,4
РК	92,4	93,5	93,6	94,7	93,7

Время доезда до вызова (до 20 мин) по РК составляет в 2013 г. 93,7%. 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.

Таблица 47.

**Проведение тромболитической терапии по городам и районам РК
за 2009 - 2013 гг. (в %)**

Города, районы/ год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
Сыктывкар	31	68	70	73	81
Воркута	15	26	25	26	26
Инта	-	1	2	7	3
Ухта	20	12	17	17	36
Вуктыльский	-	-	-	-	-
Ижемский	-	-	-	-	-
Княжпогостский	-	-	-	-	-
Койгородский	2	1	-	-	1
Корткеросский	-	-	-	-	-
Печорский	-	2	1	-	-
Прилузский	-	-	-	-	-
Сосногорский	-	-	-	3	-
Сыктывдинский	3	3	1	1	1
Сысольский район	-	-	-	1	1
Троицко-Печорский	-	-	1	-	-
Удорский	-	-	-	-	-
Усинский	-	-	9	24	15
Усть-Вымский	-	-	-	-	-
Усть-Куломский	-	-	-	-	-
Усть-Цилемский	-	-	-	-	-
РК	71	113	126	152	164

С одной стороны, в течение последних 5 лет показатель количества проведенных ТЛТ в РК неуклонно растет, с другой - из 20 территорий в 12-ти ТЛТ для пациентов не доступна. В основном это связано не с кадровой проблемой, а с высокой стоимостью тромболитических препаратов.

Таблица 48.

**Выполнение программы государственных гарантий по оказанию СМП
по территориям РК за 2009 - 2013 гг. (в %)**

Города, районы/год	2009	2010	2011	2012	2013
Сыктывкар	116,1	122,3	118,8	116,0	112,1
Воркута	128,2	124,1	139,5	144,1	118,0
Инта	128,9	117,1	127,8	127,1	118,3
Ухта	105,4	101,7	106,5	106,8	103,3
Вуктыльский	95,2	86,9	91,6	80,3	79,9
Ижемский	297,6	222,6	250,9	252,8	222,8
Княжпогостский	137,8	116,5	116,9	109,7	96,0
Койгородский	226,1	253,3	261,1	230,9	275,2
Корткеросский	287,3	297,7	324,9	146,3	108,8
Печорский	167,7	153,6	160,3	173,8	162,6
Прилузский	137,8	118,7	107,5	130,1	117,7
Сосногорский	127,7	123,8	125,5	123,3	121,9
Сыктывдинский	114,9	118,4	126,8	122,9	119,6
Сысольский район	111,4	112,2	123,7	136,1	138,7
Троицко-Печорский	120,9	117,1	110,5	105,2	135,1
Удорский	164,0	201,2	202,6	228,7	204,8

окончание табл. 48

Усинский	104,4	97,5	96,4	97,7	91,2
Усть-Вымский	140,0	117,1	119,7	115,8	105,5
Усть-Куломский	226,8	193,2	201,5	130,5	116,2
Усть-Цилемский	231,1	231,9	219,2	206,5	216,8
РК	130,2	126,8	129,6	126,1	117,8

Обращаемость по РК значительно превышает плановый показатель объема деятельности службы скорой медицинской помощи, предусмотренный в Программе государственных гарантий обеспечения граждан РК бесплатной медицинской помощью, который составил 330 выездов на 1000 жителей. Реально уровень СМП составил в 2013 г. 388,7 вызова на 1 000 жителей в год, т.е. процент выполнения ПГГ в 2013 г. по СМП РК составил 117,8% (для сравнения: в 2012 г. – 126,1%).

Только в трех территориях РК не выполнен план по ПГГ в 2013 г.: Вуктыльский район (79,9%), Княжпогостский район (96,0%) и Усинский район (91,2%).

Значительно превышен план выполнения объема программы в Койгородском районе (275,2%) и Ижемский районе (222,8 %).

Таблица 49.

**Оснащение службы СМП автотранспортом
по территориям РК в 2011 - 2013 г. г. (в абс. ед. и %)**

Территория	Фактическое число			в том числе:								
				до 3 лет			от 3 до 5 лет			свыше 5 лет		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Сыктывкар	32	32	32	7	2	2	14	5	5	11	25	25
Воркута	19	19	19	-	-	-	8	8	-	11	11	19
Инта	8	6	7	-	-	-	5	-	-	3	6	7
Ухта	24	26	26	6	3	-	10	11	14	8	12	12
Вуктыльский	4	4	4	2	2	-	1	1	1	1	1	3
Ижемский	6	6	6	1	1	-	2	-	1	3	5	5
Княжпогостский	5	5	5	1	-	2	3	1	-	1	4	3
Койгородский	3	3	3	1	1	1	2	-	-	-	2	2
Корткеросский	10	8	10	4	2	7	2	3	3	4	3	-
Печорский	10	10	8	2	1	3	5	6	-	3	3	5
Прилузский	4	4	3	-	1	2	2	-	1	2	3	-
Сосногорский	17	16	17	3	1	3	3	5	4	11	10	10
Сыктывдинский	5	5	5	2	1	1	1	1	1	2	3	3
Сысольский	3	3	5	1	1	2	-	-	1	2	2	2
Тр.-Печорский	4	4	4	-	-	-	3	-	-	1	4	4
Удорский	6	6	6	-	-	-	-	-	-	6	6	6
Усинский	6	6	6	1	2	2	2	1	1	3	3	3
Усть-Вымский	8	8	9	1	1	6	5	2	1	2	5	2
Усть-Куломский	12	12	12	4	1	1	2	5	5	6	6	6
Усть-Цилемский	5	5	5	2	2	1	-	-	1	3	3	3
РК	191	188	192	38	22	32	70	49	40	83	117	120
%				19,9	11,7	16,7	36,6	26,1	20,8	43,5	62,2	62,5

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 РК число автомобилей СМП должно составлять не менее 83 единиц автотранспорта.

В 2013 г. количество единиц автотранспорта в РК составляло 192 а/м скорой медицинской помощи.

При анализе изношенности автопарка обращает внимание, что в 2013 г. автопарк службы скорой медицинской помощи «состарился» на 19,0%. Если в 2011 г. а/м скорой помощи со сроком эксплуатации свыше 5 лет составляли 43,5%, то в 2013 г. – 62,5%.

Таблица 50.

**Оснащение салона автотранспорта скорой медицинской помощи
по территориям РК в 2011 - 2013 гг. (в абс. ед. и %)**

Города и районы/год	Фактическое число		В том числе:							
			Класс А		класс В		класс С		а/м без сертификата	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2011	2012	2012	2013
Сыктывкар	32	32	19	19	12	12	1	1	-	-
Воркута	19	19	14	14	5	5	-	-	-	-
Инта	6	7	3	3	1	1	-	-	2	3
Ухта	26	26	9	9	6	6	1	1	10	10
Вуктыльский	4	4	2	2	1	1	-	-	1	1
Ижемский	6	6	3	3	3	3	-	-	-	-
Княжпогостский	5	5	4	4	1	1	-	-	-	-
Койгородский	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-
Корткеросский	8	10	3	-	5	10	-	-	-	-
Печорский	10	8	8	6	2	1	-	-	-	1
Прилузский	4	3	4	1	-	2	-	-	-	-
Сосногорский	16	17	11	13	3	1	-	-	2	3
Сыктывдинский	5	5	4	2	1	1	-	-	-	2
Сысольский	3	5	2	2	-	2	-	-	1	1
Тр.-Печорский	4	4	4	4	-	-	-	-	-	-
Удорский	6	6	2	2	1	1	-	-	3	3
Усинский	6	6	3	3	2	2	-	-	1	1
Усть-Вымский	8	9	7	1	1	8	-	-	-	-
Усть-Куломский	12	12	6	6	-	-	-	-	6	6
Усть-Цилемский	5	5	2	2	-	-	-	-	3	3
РК	188	192	113	99	44	57	2	2	29	34
%			60,1	51,6	23,4	29,7	1,1	1,1	15,4	17,6

Служба СМП РК в 2013 г. в 51,6% была оснащена автомобилями скорой помощи с салоном класса «А» (автомобиль для транспортировки пациентов), в 29,7% автомобилями скорой помощи с салоном класса «В» (автомобиль экстренной медицинской помощи).

В 2013г. в РК работали 2 автомобиля скорой помощи (г. Сыктывкар и г. Ухта) с салоном класса «С» (реанимобиль).

В службе Скорой медицинской помощи РК в 2013г. использовались а/м, не имеющие сертификат соответствия и разрешения для использования их в качестве «а/м скорой медицинской помощи». Так, в 2013 г., в службе работало 34 «не сертифицированных» а/м, или 17,6% от всего автопарка.

В декабре 2013 г. 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.

Выводы:

1. В целом работу службы скорой медицинской помощи по РК можно оценить, как удовлетворительную.
2. Служба скорой медицинской помощи вынуждена компенсировать работу амбулаторно-поликлинической службы. Во многих поликлиниках, в т.ч. и в городах, на участках отсутствуют врачи и их функции возложены на фельдшеров, что не позволяет обеспечить эффективное наблюдение и лечение хронических больных. Это приводит к неблагоприятному течению заболеваний, частым обострениям и осложнениям и вынуждает больных обращаться на скорую помощь.
3. Не проводится анализ обращаемости населения за скорой помощью в разрезе экстренных и неотложных вызовов, поэтому нет возможности определить необходимость организации в территориях службы неотложной медицинской помощи при поликлиниках.
4. Высокая обращаемость на скорую помощь приводит к снижению своевременности выезда на экстренные вызовы.
5. Низкая укомплектованность службы скорой медицинской помощи врачебными кадрами, приводит к снижению качества диагностики и оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.
6. Низкая оснащенность оргтехникой, и, в связи с этим отсутствие достоверной информации по многим критериям, определяющим организацию службы СМП в РК, не дают возможности осуществлять анализ работы лечебных учреждений, оказывающих данный вид медицинской помощи населению в полном объеме.
7. Служба скорой медицинской помощи в ряде МО использует в своей работе не сертифицированный автотранспорт.

Задачи на 2014 год:

1. В работе строго придерживаться Порядков и Стандартов оказания скорой медицинской помощи, утвержденных МЗ и СР РФ, МЗ РФ.
2. Усилить кадровую работу в части привлечения на скорую медицинскую помощь специалистов (особенно врачей), для обеспечения оказания квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе.
3. Оснастить Службу скорой медицинской помощи сертифицированным автотранспортом на 100%.
4. Для проведения достоверного мониторинга работы службы скорой медицинской помощи по территориям РК, рекомендовать начальникам Управления здравоохранения и главным врачам ЛПУ укомплектовать все учреждения службы скорой медицинской помощи оргтехникой (без современной оргтехники проводить анализ не представляется возможным).
5. Рассмотреть вопрос о возможности централизованного закупа для территорий РК дорогостоящих лекарственных препаратов для проведения ТЛТ.

5.5. Оказание кардиологической помощи.

Амбулаторно-поликлинические приемы врачей кардиологов организованы в 6 городах РК (Сыктывкар – 14,0 ставок, Воркута – 0,5, Инта - 2,75, Печора - 1,25, Ухта – 5,5, Усинск-1,0). Число посещений к врачам кардиологам составило 97298 (2011 г. – 101968 посещений), число посещений на 1 жителя составило 0,11 (2011 г. – 0,10), функция врачебной должности составила 2665,7 (2011 г. – 3741,9).

Проводится работа по повышению квалификации врачей по вопросам первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Ежегодно под эгидой ВНОК

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 ВНОК, рекомендации американского и европейского обществ кардиологов.

Для целей санитарно-просветительной работы используются видео-, теле-, радиоролики, утвержденные Минздравсоцразвития РФ.

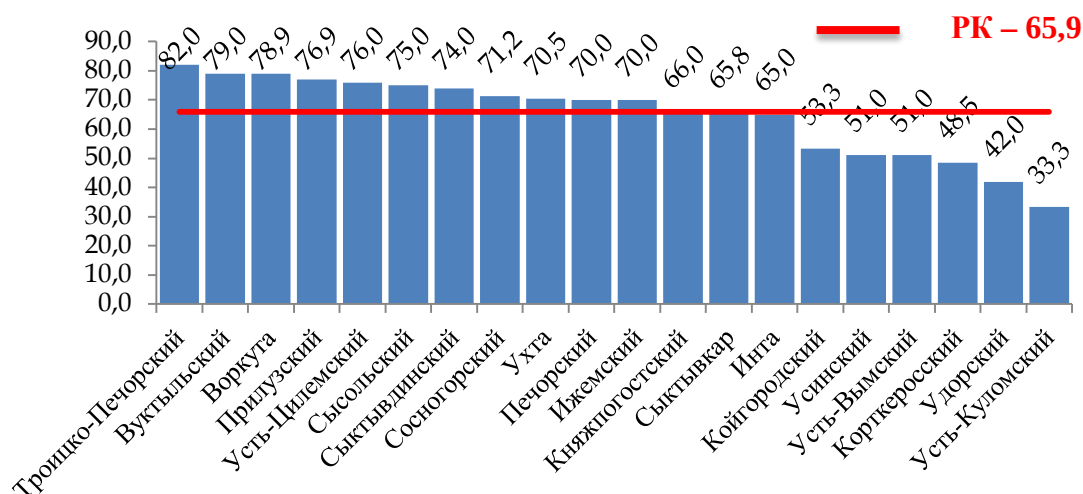
Охват пациентов, страдающих БСК, диспансеризацией (табл.43) составил в 2013 г. 39,9% (2012г.-37,3%).

Таблица 51.

**Охват диспансерным наблюдением пациентов с БСК в РК
в 2009-2013 гг. (в %)**

Диспансеризация в амбулаторно-поликлинической сети / Год	2009	2010	2011	2012	2013
БСК	26,78	37,40	38,0	37,3	39,9
Стенокардия	41,3	49,3	42,7	39,4	42,4
ИБС	35,7	44,4	43,7	43,5	47,5
АГ	39,4	53,5	55,5	54,4	58,2
ЦВЗ	9,8	32,2	23,3	22,6	23,0

Достижение целевых цифр артериального давления (АД) у больных с АГ в 2013 г. составило по РК 65,8 (2012г.-57,2%) при целевом показателе 60%, что свидетельствует об улучшении приверженности пациентов с АГ к лечению гипотензивными препаратами.



**Рис. 13. Достижение целевых цифр АД у больных с АГ
по данным мониторинга отчетных форм наблюдения за больными с БСК
в РК в 2013 г. по территориям**

5.5.1. Показатели деятельности стационаров.

Коечный фонд: кардиологических коек круглосуточного пребывания 347 (2012г.-353); обеспеченность составила 4,8 на 10 тыс. населения (норматив 5,3). Функция койки 335,4; максимальные показатели функции койки отмечены в городах Инте 365,9, Воркуте 359,0, Ухте 344,3 и в Сыктывкаре 345,6.

Таблица 52.

Работа кардиологических коек в РК в 2011-2013 гг.

Показатель / Год	Количество коек			Функция койки			Средний койко-день		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Сыктывкар (Республиканский кардиодиспансер)	199	199	199	328,2	327,6	345,6	17,0	16,6	16,2
Воркута	55	55	49	342,3	327,0	359,0	22,6	15,7	14,8
Инта	19	19	19	389,2	350,5	365,9	23,7	17,7	14,1
Ухта	50	50	50	331,76	344,3	295,6	15,0	12,3	12,6
Печорский район	42	30	30	375,0	344,8	276,1	16,0	12,8	10,6
РК	365	353	347	325,1	332,6	335,4	15,5	15,3	14,8

Средняя длительность лечения на кардиологической койке в 2013 г. составила 14,8 (2012г.-15,3) дней (РФ 2009 г. 14,1). Оборót кардиологической койки для взрослых составил 22,7 (2012 г.-21,7). Средние сроки лечения при заболеваниях кардиологического профиля составляют: АГ 12,1 (стандарт - 12 дней), стенокардия 12,4 (стандарт – 12); ОИМ 18,9 (стандарт неосложненный ИМ – 21); ХИБС 15,9; ЦВЗ 18,9 дней. Летальность на кардиологической койке в 2013 г. составила – 3,0 (2012 г. – 0,9).

Удельный вес госпитализированных экстренно составляет до 48,9% 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 784 человек в территориях РК (2012 г. 865 чел.).

Исполнение федеральных квот по профилю сердечно-сосудистая хирургия на высокотехнологичные методы лечения выполнен на 100%.

5.5.2. Внедрение новых технологий в ГУ РК «Кардиологический диспансер»:

- применение самораскрывающихся стентов в лечении окклюзирующего поражения артерий нижних конечностей;
- применение окклюдеров Амплатцер третьего поколения при ТКК ОАП;
- освоение использования окклюдеров Фигула Флекс II ASD при ТКК ДМПП;
- освоение и внедрение в клиническую практику методики экстренного транскатетерного гемостаза при акушерских кровотечениях спиралью 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 рентгеноперационной;
- МСКТ сердца и сосудов.

5.5.3. 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 12 месяцев 2013г (январь-декабрь 2013 г.) зарегистрировано 2639 больных с ОКС, что на 25,3% меньше, чем в аналогичном периоде 2012г.(3534), в том числе 1224 больных в зоне обслуживания РСЦ, 159 из зоны ПСО1 (Воркута), 366 из ПСО2 (Ухта) и 184 из ПСО3 (Печора).

Госпитализировано пациентов с ОКС всего 2498, в т.ч. в зонах обслуживания сосудистых центров 1834, что составило от общего числа госпитализированных с ОИМ по РК 73,4%, при этом по зоне обслуживания РСЦ - 93,7%, ПСО1 - 98,6%, ПСО2 - 100%, ПСО3 - 95,3%.

Доля госпитализированных в первые 24 часа в профильный сосудистый центр в целом по РК увеличилась и составила 65,1% (2012г-53,2%), при этом в зоне РСЦ увеличилась и составила 71,1% (2012 г - 68,3%), ПСО1 снизилась и составила 55,2% (2012 г - 71,4%), ПСО2 снизилась: 50,1% (2012 г - 62,7%), ПСО3 увеличилась: 64%(2012 г - 56,6%).

Доля госпитализированных в первые 12 часов в целом по РК немного снизилась и составила 53,3% (2012 г - 55,4%), РСЦ 59,1%, ПСО1 - 44,8%, ПСО2 - 41,5%, ПСО3 - 47,7%.

Число проведенных ангиопластик и ангиографий увеличилось и составило: ТЛАП со стентированием 306, КАГ 1137 (2012 г. – 209 и 819 соответственно).

Достаточно низкими остаются цифры переводов пациентов из ПСО в РСЦ для проведения экстренной ангиопластики в связи с географической удаленностью территорий (146 чел. против 102 в 2012 г).

Госпитализировано пациентов с ОИМ 1431 человек (в 2012г-1545), в том числе госпитализация в профильные сосудистые центры в целом составила 1019 или 71,2% (2012 г. 1141 чел или 73,8%), в зонах РСЦ - 80,8%, ПСО1 - 97,7 %, ПСО2 - 96,5 %, ПСО3 - 98 %.

Число госпитализированных пациентов с ОИМ по системе «минуя приемное отделение» увеличилась с 60,3 до 89,4%.

Число проведенных тромблизисов в зоне сосудистых центров составило 332 человек (331 чел. в 2012г.), процент проведения ТЛТ составил 53,9% (49,9% в 2012 г) от госпитализированных больных ОИМ с подъемом сегмента ST в зоне обслуживания сосудистых центров. Увеличился процент проведенных тромблизисов на догоспитальном этапе, в зоне обслуживания сосудистых центров - 140 чел (против 118 чел. в 2012 г), не проводится ТЛТ на догоспитальном этапе в ПСО3 (все проведены в стационаре).

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 53.

Тромболитическая терапия при ОИМ в ЛПУ РК в 2007-2013 гг. всего/ в том числе на догоспитальном этапе

Территория / Год	2009	2010	2011	2012	2013
Сыктывкар	120/31	126 /68	172/70	168/73	143/81
Ухта	92/20	88/12	86/17	84/19	90/33
Воркута	41/7	45/26	48/25	50/26	34/26
Печора		44/2	33/1	29/0	41/0
Остальные территории	139/13	209/5	148/13	145/36	128/21
Итого	392 / 71	468/113	487/126	481/154	436/161

Тромблизис 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 2013г. проведено 6092 (2012 г. - 5469, 2011г.-7354) ЭКГ- консультаций бригад скорой медицинской помощи по телефону со всеми территориями РК.

Лабораторная диагностика маркеров воспаления, некроза миокарда, иммунного статуса, свертывающей системы крови, липидного профиля проводится в ЛПУ республики пока нерегулярно.

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 групп риска;
- 4) Недовыявление больных с БСК (АГ, ИБС, ЦВЗ) в общей лечебной сети;
- 5) Отсутствие здоровьесберегающего поведения у населения;
- 6) Отсутствие мотивации и приверженности к лечению у населения.

Основные задачи кардиологической службы по совершенствованию помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

1. Медико-санитарное просвещение населения и пропаганда здорового образа жизни в медицинских организациях и через СМИ.
2. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения.
3. Активизация работы Центров здоровья с целью раннего выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.
4. Организация охвата диспансерным наблюдением лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, не менее 60 %.
5. Организация оказания медицинской помощи данной категории больных на всех этапах в соответствии с разрабатываемыми федеральными порядками и стандартами медицинской помощи.
6. Подготовка медицинских кадров первичного звена здравоохранения и специалистов (кардиологи, врачи функциональной диагностики, реаниматологи, специалисты рентгенэндоваскулярной диагностики, реабилитологи и др.) в соответствии с потребностью медицинских организаций.
7. Выполнение планов обучения врачей на «рабочем месте» в республиканских учреждениях здравоохранения.
8. Непрерывное медицинское образование специалистов здравоохранения по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации 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 инсультах.
11. Дальнейшее развитие высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в республиканских учреждениях здравоохранения и федеральных медицинских центрах.

12. Организация трехэтапной системы медицинской реабилитации пациентов, перенесших сердечно-сосудистые заболевания.

5.6. Оказание онкологической помощи.

В 2013 г. для оказания специализированной стационарной медицинской помощи в РК развернуто 220 сметных онкологических коек, в том числе онкологические для взрослых 206 (ГУ «КРОД» – 145, филиал ГУ «КРОД» Воркутинский ОД – 45, Ухтинская городская больница – 16), онкологические для детей 14 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 280 (за счет УГБ -3, ДРБ-1), гематологических уменьшилось с 39 до 35 (за счет ликвидации гематологических коек в ГБСПМ г. Воркута - 4 койки).

Таблица 54.

Обеспеченность населения РК онкологическими койками.

	2009	2010	2011	2012	2013	РФ 2012
Онкокойки:						
- на 10 тыс. населения	2,20	2,22	2,22	2,35	2,37	2,4
- на 1000 первичных больных	72,1	71,2	69,5	67,3	65,2	64,1
Онкокойки детские:						
- на 10 тыс. детей	0,4	0,3	0,5	0,8	0,7	0,7
- на 1000 первичных больных	307,7	238,1	444,4	789,5	388,9	543,6
Радиологические:						
- на 10 тыс. населения	0,62	0,62	0,66	0,66	0,66	0,55
- на 1000 первичных больных	20,2	19,9	19,6	19,0	18,4	15,0
Гематологические:						
- на 10 тыс. населения	0,5	0,46	0,41	0,39	0,40	0,4
- на 1000 первичных больных	251,7	257,6	350,1	207,1	197,7	239,9

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%) и этот показатель в динамике за 5 лет уменьшается в связи со среднегодовым приростом заболеваемости по РК на 3,8%.

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 2012г. – 347,2), за счет работы «приставных» коек, так и за счет снижения средней длительности пребывания больного на койке с 12,2 дня в 2009 г. до 10,6 дня в 2013 г.

Средняя длительность пребывания больного на онкологической койке составила 10,6 дня (2012 г. - 10,9 дня, 2011 г. - 10,9 дня, 2010 г. - 11,2 дня, 2009 г. - 12,2 дня), т.е., стабильно снижается и ниже чем по РФ – 11,2 в 2012 г.

Средняя длительность пребывания на гематологических койках для взрослых 10,5 дня (РФ 2012 г. – 15,0 дня) и в динамике за последние 5 лет стабильно снижается с 18,9 дня в 2009 до 10,5 в 2013 г.

5.6.1. Анализ работы амбулаторно-поликлинической сети онкологической службы за 2013 г. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению осуществляется диспансерным отделением КРОД мощностью 100 посещений в смену онкоприема и 20 гематологического приема, Воркутинским онкодиспансером мощностью 37 посещений в смену, а также 24 онкокабинетами (г. Сыктывкар – 5, г. Воркута, г. Ухта, г. Печора, Усинский район, г. Инта,

Корткеросский район, Сосногорский район, Сыктывдинский район, Усть-Вымский, Усть-Куломский, Усть-Цилемский, Вуктыльский, Ижемский район, Княжпогостский, Койгородский, Прилузкий, Сысольский, Троицко-Печорский, Удорский районы).

В амбулаторно-поликлинической сети по штату 38,75 ставки врачей онкологов, занято 34,5, занятость ставок – 89,0%, физических лиц 19, укомплектованность физическими лицами – 49,0%, (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 – 110,8, что выше норматива госгарантии РФ – 96,5 и составляет 2013г.- 114,5 % от норматива (2012г.-95,7%, 2011 г. - 91,8%, 2010г. - 77,7%, 2009г. - 88,5%). На долю диспансерного отделения КРОД приходится 45,7% от всех посещений онкоприема по РК (2012г.-53,9%, 2011 г. – 52,2 %, 2010г. – 51,4%).

Функция врачебной занятой должности по РК -2830 посещений, в.т.ч. ГУ «КРОД» - 3457, ЛПУ Сыктывкар -3478, ГП Ухта-3252, ЦРБ Печора-5871, ЦРБ Инта-4028, ЦРБ Усинск-2792, ЦРБ Сосногорск-2492.

Анализ полноты охвата диспансерным наблюдением больных злокачественными новообразованиями по данным ВОО районов показывает, что за 2013 год этот показатель составил – 78,6% (2012г.-77,1%; 2011 г. - 75,8%), ниже средне республиканского показателя охват «Д» наблюдением отмечается в Удорском районе – 24,9%, в Печорском районе – 62,0%, Усть-Куломском районе – 30,0%, Сыктывдинском районе-59,2%, Усинский район-61,9%.

5.6.2.Кадры. В 2013 г. выделено 64,75 единиц врачей-онкологов, занято ставок 60,5 – 93,4%, физических лиц врачей-онкологов – 43 (25 – ГУ «КРОД», филиал ГУ «КРОД» «Воркутинский ОД» - 5, «ЦГБ» г. Инта – 1, «ЦГБ» г. Ухта – 1, ГП №1 г. Ухта - 2, «ЦРБ», г. Усинск – 1, Печора – 1, ГП №3 Сыктывкар-1, «СГБ»-1, ЦРБ Сыктывдинского-1, ЦРБ Усть-Вымская-1, Прилузкая ЦРБ-1, Сосногорская ЦРБ-1, Тр.Печорская ЦРБ-1), укомплектованность физическими лицами – 63,3%. 26,0 - ставок врачей-онкологов в штате стационаров (24,75– ГУ «КРОД» с филиалом «Воркутинским ОД»; 1,25 – Ухтинская ГБ), остальные 38,75 ставок на амбулаторно-поликлиническом приеме, занято ставок 34,5, занятость ставок 89,0%.

Кроме того в ДРБ по штату 3,5 ставок детских онкологов, занято 3,5 ставок, физических лиц детских онкологов нет, сертификатов нет.

Из 43 врачей онкологов имеют сертификаты 42-97,7% (нет сертификата у врача Тр.-Печорской ЦРБ).

Таблица 55.

Обеспеченность населения РК врачами-онкологами и радиологами.

	2009	2010	2011	2012	2013	2012 РФ
Онкологами:						
- на 100 тыс. населения	2,4	2,8	2,9	3,9	4,9	4,6
- на 1000 первичных больных	7,9	9,1	9,0	11,3	13,4	12,4
- число больных на одного врача	614,4	547,6	561,5	459,1	391,4	458,1
Радиологами:						
- на 100 тыс. населения	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	1,1
- на 1000 первичных больных	2,3	2,4	2,3	2,3	2,2	3,3

В абсолютном числе количество врачей онкологов за последние 5 лет возрастает с 23 в 2009 г. до 43 врачей в 2013г. (2012г.-35, 2011 г. -27, 2010 г. – 27 врачей, 2009г. – 23 врача).

Обеспеченность на 100 тыс. населения врачами-онкологами выше, чем в РФ, а обеспеченность врачами-радиологами ниже чем в РФ.

Нагрузка на 1 врача-онколога по числу больных, состоящих на учете в 2013 г. – 391,4 выше показателя по РФ, в связи с увеличением количества врачей онкологов и в динамике уменьшается.

Из 43 врачей-онкологов 11 врачей (-25,6%) имеют квалификационные категории, в том числе высшую 5 врачей – 11,6% (РФ -31,8%), первую 5 врачей – 11,6%, вторую 1 врач – 2,3%. Из 7 врачей-радиологов 4 врача имеют квалификационные категории – 57,1%, в т.ч. высшую 3 врача –42,9% (РФ – 44,8%)вторую 1 врач – 14,3%.

5.6.3. Диагностика злокачественных новообразований по РК. Выявление больных с I-II стадией заболевания в 2013г. составило 46,6%, что на 1,1% выше уровня 2012 г. и на 1,3% больше чем в 2009 г., РФ 2012 год – 50,5%. Можно отметить, что показатель своевременной диагностики в 2013 г. выше показателя 5 летней давности но ниже прошлогоднего, что говорит о неустойчивой динамике, в сравнении с РФ показатель по РК ниже на 3,9%. Показатель поздней диагностики в республике в 2013 г. находится на уровне 21,5%, что практически соответствует прошлому году. Удельный вес выявленных с IV стадией за последние три года самые низкие, при этом республиканский показатель находится на уровне среднероссийского. Удельный вес активно выявленных больных в 2013 г., вырос в сравнении с прошлым годом на 0,8%, но ниже среднероссийского показателя на 3,1%. По итогам 2013 г. 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 56.

**Состояние диагностики злокачественных новообразований
в РК за период 2009-2013 г.г. (%)**

	2009	2010	2011	2012	2013	+/-% 2009	РФ 2012
I-II стадия	45,3	45,9	47,6	47,7	46,7	1,3	50,5
IV стадия	26,6	25,5	21,7	21,8	21,5	-5,1	21,2
Удельный вес выявленных больных при профосмотрах	7,8	13,5	11,1	11,7	12,5	4,7	15,6
Морфологическая верификация диагноза	84,9	84,7	85,0	85,2	88,6	3,7	86,7
Одногодичная летальность	32,9	32,9	30,0	26,6	27,2	-5,7	26,1
Удельный вес больных, состоящих более 5 лет	52,7	53,1	55,0	55,7	55,8	3,1	51,5

Следует отметить, что показатель одногодичной летальности в 2013 г., остается одним из самых низких за последние пять лет, так в сравнении с 2009 годом он снизился на 5,7%. За 2013 год показатель одногодичной летальности в РК, по сравнению с РФ, выше на 0,9%. Снижение уровня одногодичной летальности обусловлено, прежде всего, стабильным уровнем количества больных с IV стадией заболевания, а также выявлением больных с ЗНО с I-II стадией заболевания в среднем выше 46-47%.

Таблица 57.

**Удельный вес больных с впервые в жизни установленным диагнозом
с I-II стадиями по локализациям в РК, (%)**

Локализация опухоли	2009	2010	2011	2012	2013	+/-% 2009	РФ 2012
Губы	75,0	100	59,6	69,2	62,5	-12,5	84,8
Полости рта и глотки	27,4	25,3	16,9	23,5	21,4	-6	29,2
Пищевод	38,1	39,7	33,3	32,8	34,4	-3,7	28,6
Желудок	23,6	27,4	22,9	29,6	26,4	2,8	28,7
Ободочная кишка	40,0	36,8	39,2	41,0	36,7	-3,3	42,0
Прямая кишка	51,4	42,5	54,2	49,4	50,0	-1,4	47,6
Гортань	32,3	24,0	40,7	28,9	17,4	-14,9	34,2
Легкие	33,7	37,9	31,7	36,3	31,2	-2,5	26,4
Меланома кожи	57,5	66,7	61,9	69,8	78,0	20,5	72,5
ЗНО кожи	91,1	91,6	89,6	85,1	79,3	-11,8	96,4
Молочная железа	68,5	66,0	70,1	70,5	69,8	1,3	64,5
Шейки матки	67,4	63,1	71,8	58,2	62,4	-5	60,3
Тело матки	72,8	79,6	86,1	83,7	75,0	2,2	81,0
Яичники	32,9	45,7	41,6	40,9	33,8	0,9	36,3
Щитовидная железа	80,0	84,5	85,0	83,8	79,2	-0,8	74,8
Предстательная железа	42,6	34,6	33,0	42,9	45,8	3,2	48,4
Мочевое пузыря	76,1	78,9	76,9	63,5	64,8	-11,3	69,1
Почек	54,1	н/д	58,5	66,5	68,2	14,1	н/д
ВСЕГО	45,3	45,9	47,6	47,7	46,7	1,3	50,5

Можно отметить, что в 2013 г., уровень своевременности диагностики в РК ниже прошлогоднего, но выше уровня 2010г. Можно выделить следующие ряд нозологий, которые в 2013 г. снизились, в сравнении с аналогичным периодом прошлого года- это ЗНО легких, гортани, яичников, тела матки, щитовидной железы. Следует отметить, что удельный вес выявленных в I-II стадией рака шейки матки в 2013 г. самый низкий за последние 5 лет. Соотношение инвазивного рака шейки матки к прединвазивному составило 1,7:1, что хуже прошлого. (РФ в 2012 г. 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 0,7% прошлого года, но при этом выше, чем в РФ на 5,3%.

В 2012 г. показатель своевременной диагностики рака легкого 31,2% больных этой локализации выявлены с I-II стадией, это на 5,1% меньше чем в 2012 г. Остаются стабильно устойчивые показатели ранней диагностики рака щитовидной железы, прямой кишки, пищевода, молочной железы, мочевого пузыря. Удельный вес выявленных больных с I-II стадией в 2013 г. больше, чем в 2009 г. на 1,3%. Это обусловлено более широким внедрением УЗИ диагностики и тонкоигольной аспирационной биопсии под УЗИ контролем, а также выполнения стандартов медицинского обследования.

Таблица 58.

**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	2009	2010	2011	2012	2013	+/-% 2009	РФ 2012
Губы	16,7	-	23,5	7,7	-	-	3,9
Полости рта и глотки	35,5	44,0	42,2	30,8	46,5	11,0	32,6
Пищевод	25,4	39,7	21,1	24,6	18,8	-6,6	29,2
Желудок	54,9	55,7	51,5	48,0	48,2	-6,7	39,3
Ободочная кишка	40,0	38,7	31,3	33,3	32,8	-7,2	27,5
Прямая кишка	34,0	30,6	20,7	26,6	24,0	-10,0	23,2
Прямая кишка*	43,8	48,5	39,3	48,1	44,2	0,4	49,2
Гортань	19,4	40,0	11,1	10,5	17,1	-2,3	17,0
Легкие	37,5	28,6	35,2	30,1	29,8	-7,7	38,3
Меланома кожи	15,0	5,1	4,8	4,8	6,0	-9,0	9,0
Меланома кожи*	27,5	17,9	26,2	12,7	18,0	-9,5	24,5
Рак кожи	1,2	1,2	0,6	1,1	0,5	-0,7	0,5
Рак кожи*	3,0	4,8	2,3	4,4	2,1	-0,9	2,7
Молочная железа	10,5	9,3	4,5	7,3	5,0	-5,5	9,2
Молочная железа*	29,5	30,6	25,1	25,6	27,0	-2,5	33,0
Шейки матки	10,5	8,3	1,0	8,2	11,0	0,5	9,1
Шейки матки*	30,3	34,5	26,3	36,7	30,3	-	37,7
Тело матки	9,9	6,5	3,7	3,5	9,6	-0,3	5,5
Яичники	18,6	18,6	14,6	19,7	15,0	-3,6	20,3
Щитовидная железа	2,9	1,7	3,0	6,3	2,8	-0,1	7,8
Щитовидная железа*	20,0	15,5	12,0	15,0	16,0	-4,0	23,6
Предстательной жел.	21,3	30,8	38,3	31,2	32,1	10,8	17,8
Мочевого пузыря	9,0	8,8	3,8	18,8	12,7	3,7	10,1
ВСЕГО	26,6	25,5	21,7	21,8	21,5	-5,1	21,2

* III-IV стадия суммарно

Показатель поздней диагностики в 2013 г., составил 21,5%, против 26,6% в 2009 г. (-5,1%), РФ в 2012 г. – 21,2%. В 2013 г. произошло увеличение показателя поздней диагностики рака полости рта и глотки с 30,8% в 2012 г. до 46,5% в 2013 г. в РФ – 32,6%, щитовидной железы 15,0% до 16,0%, ЗНО тела матки с 3,5% до 9,6% в 2013г. Показатели запущенности по другим локализациям остаются примерно на одном уровне и ниже.

Анализ запущенных случаев по форме 27-2/у, показывает, что в 28,5% случаев причиной поздней диагностики являлось несвоевременное обращение (2010 год – 42,6%, 2011 год – 37,5%, 2012 год – 34,3%), скрытое течение 45,7% (2010 год – 40,1%, 2011 год – 44,8%, 2012 – 42,6) с учетом проводимой работы доля причин запущенности от этих причин снижается. Суммарно в 14,5% причинами позднего выявления послужили ошибки медработников (2010 год – 14,5%, 2011 год – 11,1%, 2012 год – 14,6%), следует отметить, что при разборах на местах все чаще основную причину выносят неполное обследование, клиническую или рентгенологическую ошибку и т.д.. В 4,0% случаев поздняя диагностика была связана с отказом больных от обследования, 2010г. – 2,8%, 2011г. – 5,0%, 2012г. – 3,1%.

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 прямой кишки, полости рта и глотки. В свою очередь скрытое течение, как причина запущенности преобладает среди

рака молочной железы. Обращает внимание преобладание в причинах запущенности скрытого течения 27,1%, что недопустимо в таком проценте при визуальных локализациях. В 2013 г. больше всего таких причин выставлено в Ухте, Сыктывкаре, Печоре, Инта, Княжпогостском 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 2013 г. самая низкая дисциплина и качество проводимых разборов были в Корткеросском, Усть-Вымском, Вуктыльском, Сосногорском, Сысольском районах

Самая высокая запущенность в 2013 г. наблюдалась в Ижемском районе – 29,3%, Корткеросском районе – 28,6%, Сысольском районе – 27,8%, Сыктывдинском районе – 27,3%, Княжпогостском районе – 26,9%, следует отметить, что Ижемский район на протяжении двух лет занимает первое место. Далее по уровню запущенности идут следующие районы: Вуктыльский район – 26,8%, Троицко-Печорский район – 26,8.

Таблица 59.

Одногодичная летальность к числу первично взятых по всем локализациям по РК, (%)

Локализация опухоли	2009	2010	2011	2012	2013	+/-% 2009	РФ 2012
Губы	15,4	16,7	-	20,0	7,7	-7,7	5,2
Полости рта и глотки	45,6	38,7	44,2	40,7	47,5	1,9	38,1
Пищевод	73,4	69,8	69,0	69,8	63,2	-10,2	59,4
Желудок	57,8	57,1	50,0	54,2	54,3	-3,5	49,8
Ободочная кишка	38,0	34,2	33,5	32,1	29,4	-8,6	29,6
Прямая кишка	27,3	35,4	26,1	24,6	22,6	-4,7	25,8
Гортань	19,5	22,6	40,0	14,8	24,3	4,8	24,2
Легкие	56,6	56,5	52,9	54,5	54,3	-2,3	52,4
Кости, мягкие ткани	33,3	26,1	6,7	25,0	12,5	-20,8	25,7
Меланома кожи	20,6	12,5	-	9,8	5,1	-15,5	12,0
Рак кожи	2,5	1,8	1,8	0,6	1,8	-0,7	0,7
Молочная железа	6,6	7,5	9,7	3,7	7,1	0,5	8,3
Шейки матки	16,7	15,1	17,9	7,5	11,5	-5,2	17,0
Тело матки	6,0	11,1	10,8	9,9	8,8	2,8	9,7
Яичники	24,7	25,7	15,7	18,3	30,2	5,5	24,3
Предстательной жел.	24,3	14,9	4,7	12,4	6,9	-17,4	10,4
Мочевого пузыря	17,9	19,4	21,1	12,3	22,7	4,8	18,9
Щитовидная железа	5,9	-	-	3,2	2,7	-3,2	4,4
Лимфомы	32,9	30,5	30,9	14,9	26,0	-6,9	21,7
Лейкемии	23,5	24,3	32,8	14,3	15,1	-8,4	
ВСЕГО	32,9	32,9	30,0	26,6	27,2	-5,7	26,1

Одногодичная летальность к числу первично взятых по всем локализациям в 2013 г. составила 27,2% (-5,7% к 2009г), это один из самых низких показателей за последние пять лет. Наиболее высокие уровни 1-годовой летальности в 2013 г. имеют районы: Ижемский – 31,3%, Корткеросский район – 46,5%, Инта – 31,7%, Княжпогостский – 30,9%, Сысольский район – 30,8%, 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 2013 г., высокие уровни 1 – годичной летальности, наблюдались при следующих локализациях: ЗНО желудка 54,3%, пищевода – 63,2%, легкие – 54,3%, полость рта и глотки – 47,5%. Столь высокая одногодичная летальность обусловлена, прежде всего, за счет поздней выявляемости ЗНО на уровне первичного звена, которая ведет к нерадикальности лечения в специализированных учреждениях. Самый большой прирост одногодичной летальности среди локализаций, за последние пять лет, отмечается при ЗНО гортани и мочевого пузыря на 4,8%. Выше, чем в среднем по РФ одногодичная летальность при раке губы, полости рта и глотки, пищевода, желудка, яичников, мочевого пузыря, при гемобластозах другие локализации ниже или сопоставимы с российскими.

В целом по РК уровень морфологической верификации ЗНО в 2013 г. составил 88,6% против 85,2% в 2012 г. (3,7%), РФ в 2012 г. – 86,7%. Морфологическая верификация в 2013 г. выше 95%, при раке полости рта и глотки, меланоме кожи, рак кожи, шейки матки, тела матки, яичников, молочной железы, 100% верификация за 2013 год ЗНО костей и мягких тканей, щитовидной железы. В РК значительно хуже показателей РФ, при ЗНО губы и 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 2013 год показатель активно выявленных больных в республике составил 12,5%, что больше прошлогоднего показателя на 0,8%. По районам самые высокие показатели по Сысольскому, Усинскому, Троицко-Печорскому, самые низкие показатели в Усть-Цилемском, Ижемском, Печорском районах. Следует отметить, что ряд районов РК, с высоким показателем активно выявленных имеет высокую запущенность ЗНО, а так же одногодичную летальность, что наводит на мысль 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 41,7% от всех выявленных при профосмотрах, легкие и кожа 12,7%, 6,0% соответственно. Такая картина объясняется более организованной работой по раннему выявлению и регистрацией ЗНО в женских консультациях, смотровых и флюорокабинетах.

Доля больных с первично-множественными опухолями от общего числа больных состоящих на учете с диагнозом злокачественное новообразование составила в 2013 г. 5,1%, РФ – 3,9%.

Положительная динамика показателя по РК, свидетельствует об улучшении состояния онкологической помощи оказываемой прикрепленному населению. По этому показателю республика находится практически на среднероссийском уровне.

По данным оперативной информации (ВО “ОНКО”) территорий за 2013 год в целом по РК осмотрено 75,3% из подлежащих осмотру женщин старше 30 лет, что на уровне показателя за 2012 год. Из прошедших осмотр, в смотровых кабинетах осмотрено 57,4% в 2011г. – 64,6% (-7,2%). При всех видах онкоосмотров выявлено 331 случай злокачественных опухолей различных локализаций, из них 57 или 17,2% в смотровых кабинетах это хуже, чем в 2012 г. на 5,3%. Больше всех активно выявляется рак шейки матки, из 178 больных, включая рак *in situ*, 46 выявлены при профосмотрах – 25,8% (2011 г. – 27,6%) и рак молочной железы с показателем 26,6% (2012 год – 17,2%). Общая выявляемость рака на 1000 осмотренных женщин в 2013 г. составила 1,4, что ниже уровня 2012 г. на 0,2%. В 2013 г. функционировало 5 отдельных и 6 совмещенных смотровых кабинетов, из них 7 работали в 2 смены, 20 в 1 смену и 3 по 0,5 смены. С низкой нагрузкой функционируют кабинеты в Ижемской, Сосногорской, Печорской, Троицко-Печорской, Усть-Куломской ЦРБ, отсутствует смотровой ка-

бинет в Корткеросской ЦРБ. При среднем по республике 2775 на 1 ставку в год, в перечисленных районах не достигает 1,5 тысячи. Следует отметить, что представленные районы ежегодно показывают неудовлетворительные результаты.

Удельный вес больных, впервые взятых на учет, получивших радикальное лечение в 2013 г. по республике составил 40,6% (1073 больных), против 46,6% (1212 больных) в 2012 г. (РФ за 2012 51,8%).

Больные, которым противопоказано специальное лечение по сопутствующей патологии зарегистрировано 96 больных или 3,5% от числа больных с ЗНО с впервые установленным диагнозом, против 6,6% в 2012 г. (РФ за 2012 9,3%).

Отказы онкологических больных от лечения являются острой деонтологической и медико-социальной проблемой, для решения которой в настоящее время не предпринимается никаких мер. 46 больных или 1,7%, против 2,2% в 2012 г. от числа впервые выявленных, от лечения отказались (РФ 2012 2,6%).

Из получивших специальное лечение получили: в НИИ – 42 или 1,6% (2012г.- 1,4%) больных, в онкодиспансерах – 2305 или 87,3% (2012г.- 81,4%), в республиканских ЛПУ – 128 или 4,8% (2012год - 6,5%), в городских больницах – 150 или 5,7% (2012год - 5,4%) и районных больницах – 15 или 0,6% (2012год - 2,2%).

В 2013 г. самые низкие показатели завершенности радикального лечения при раке желудка 24,7% (2012г.- 24,6%) от числа первично взятых на учет (РФ 33,2%), легкого 18,2% (2012г.-16,4%) (РФ 24,1%) и пищевода 12,5% (2011г.- 28,1%) (РФ 25,1%). Наиболее высокий процент при меланоме кожи 72,0% (2012г.- 88,1%) (РФ 78,9%), при раке шейки матки 47,2% (2012г.- 63,5%) (РФ 65,8%), тела матки 57,4% (2012г.- 76,3%) (РФ 72,2%).

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 2013 г. в РК данный показатель составил 7,9% (2012г.-7,4%) РФ 15,2%.

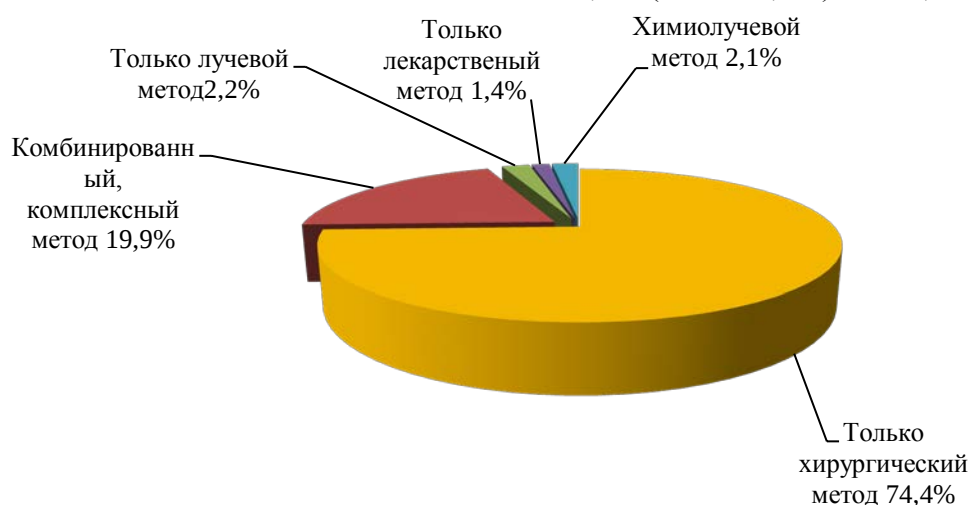


Рис. 14. Структура методов лечения больных злокачественными новообразованиями в РК в 2013 г.

В структуре методов лечения 74,4% (2012г. - 65,8%) случаев чисто хирургическое (РФ 50,4%), на втором месте комбинированное, комплексное лечение – 19,9% (2012 г. - 24,7%) (РФ 32,9%). Далее по частоте применения лучевое лечение 2,2% (2012 г. - 2,3%) (РФ 11,3%), в 1,4% (2012 г. - 2,8%) использовано только лекарственное лечение (РФ 3,2%) и в 2,1% (2012г. - 3,7%) химиолучевое (РФ 2,1%).

Высокие показатели применения хирургического метода в качестве самостоятельного вида радикального лечения отмечены при раке желудка 93,5% 2012 г. - 90,7% РФ69,1%, прямой кишки 58,5% 2012 г. - 56,8% РФ55,8%, меланоме кожи 88,9% 2012 г. - 96,2% РФ79,7%.

Лучевого метода в качестве самостоятельного вида лечения использовался при лечении ЗНО прямой кишки 4,6%, губы 25,0%, кожи 5,0%, шейки матки 9,8%.

Лекарственная терапия как самостоятельный метод противоопухолевого лечения применялась в основном при гемобластозах 86,7% РФ 78,3%.

Комбинированный или комплексный метод лечения использовался в наибольшем объеме при лечении ЗНО яичников 42,3% РФ 77,2%, молочной железы 40,2% РФ 70,0%, тела матки 25,9% РФ 56,7%, гортани 20,0% РФ 47,7%, мочевого пузыря 20,9% РФ 35,1%.

5.7. 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 60.

**Основные показатели стационарной психиатрической помощи
по РК за 2009-2013 годы**

Годы	Число психиатрических коек		Уровень госпитализации больных с психическими расстройствами (на 100 000 населения) ф.36	Ср. число занятости койки в году (в днях)	Средняя длительность пребывания в стационаре вышедшего больного с психическим расстройством (в днях) ф.36	Повторность госпитализации больных в течение года (в %)
	абс	на 10 000 населения				
2009	826	8,6	502,5	350	56,4	25,8
2010	811	8,5	520,8	341,5	60,8	21,9
2011	809	9,0	519,6	337,8	57,6	20,6
2012	791	8,9	519,4	330,2	52,9	29,4
2013	791	8,98	537,8	330,2	59,5	22,4
РФ (2008)	162,6тыс	11,5	464,0	331,0	75,3	21,5
РФ (2009)	159,8тыс	11,3	451,0	-	75,7	21,4
РФ (2010)	153,4тыс	10,7	447,0	-	74,9	20,1
РФ (2011)	153,2тыс	10,7	430,1	-	76,7	21,2
РФ (2012)	146427	10,2	430,3	327	-	21,4

Число психиатрических коек 791(таблица 59); за пятилетний период произошло сокращение на 35коек или на 4,2% по Коми республиканской психиатрической больницы, коечный фонд которой уменьшился на 6,3%. За год сокращений коечного фонда не было. Число психиатрических коек на 10 тысяч населения составляет 8,98 (по Российской Федерации –

10,24 коек на 10 тысяч населения в 2012 г.). Однако, число госпитализированных пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения- 537,8, что в расчете на 100000 населения, существенно выше, чем в целом по Российской Федерации-430,3 (2012 год). Рост уровня госпитализации произошёл как по абсолютным показателям, так и в расчёте на 100000 населения за счёт роста госпитализаций по умственной отсталости и психозам. Занятость койки составляет 330,2 дня в году против 327,0 дней по РФ (2012год), т.е. с большей эффективностью использования, чем по Российским показателям, сократившись в сравнении с 2009 годом на 19,8 дней (350 дней), относительно 2011 г. без изменений. Уменьшение занятости койки связано, прежде всего, с капитальными ремонтными работами в Коми республиканской психиатрической больнице по Программе модернизации в 2011 и 2012 гг., и по республиканской программе в 2013 г.. Средняя длительность лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2013 г. увеличилась относительно 2009 г. на 3,1 койко-дня и составила 59,5 койко-дней (2012 год-52,9 койко-дня). Увеличение произошло за счёт выписки длительнолежащих (свыше 1 года), при этом по Коми республиканской психиатрической больнице число таких пациентов уменьшилось с 82 до 48 на конец года. В сравнении с общероссийскими показателями, длительность лечения остаётся существенно ниже (по Российской Федерации 76,7 койко-дня в 2011 г.).

Повторность госпитализированных в году стало меньше-22,4% (2009 год 25,8%, 2012 год 29,4%), и ненамного превышает общероссийский показатель (за 2012 год 21,4%). Это связано, прежде всего, с такими психиатрическими стационарами как Воркутинская психоневрологическая больница, где повторность в году возросла до 68,3%, психиатрическое отделение при Интинской ЦГБ, где повторность составляет 57,2 %, Ухтинской психиатрической больницы-36% и объясняется спецификой работы городов с высоким уровнем безработицы и быстрым сокращением населения, выпиской длительнолежащих пациентов, утерявших социальные связи на короткие сроки. Повторность госпитализированных пациентов в году в Коми республиканскую психиатрическую больницу составила 5%. Состав госпитализированных в году больных по основным группам нозологий (всего 4736): больные с психозами и состоянием слабоумия – 52,1 %, из них с диагнозом шизофрения 32,5%, больные с непсихотическими психическими расстройствами – 33,3 %, больные с умственной отсталостью – 14,6 %. Такое соотношение держится примерно на одном уровне в течении 5 лет, при некотором уменьшении доли пациентов с диагнозом шизофрения (2009 год-36,2%).

5.7.1. Направление деятельности при оказании психиатрической помощи. Оказание психиатрической помощи регламентировано Законом Российской Федерации от 2 июля 1993 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 мая 1994 г. № 522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами», Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих», Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории РК, Постановлением Правительства РК №433-р от 24.10.2011 г., утвердившим План мероприятий по сохранению психического здоровья населения РК на 2011-2013 годы, Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 566н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения", Распоряжением Правительства РК от 12.07.2010 N 293-р (ред. от 23.11.2011) «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению демографической ситуации в РК на 2011 - 2015 годы», приказом Минздрава РК №2/79 от 21.02.2013 г. «Об организации на территории РК специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»,

приказом Министерства здравоохранения и Министерства образования РК №6/234/224 от 29.06.2011 г. «О профилактике аутоагрессивного поведения несовершеннолетних в РК», приказом Минздрава РК № 11/547 от 22.11.2013г. « Об утверждении плана мероприятий министерства здравоохранения РК по снижению смертности лиц трудоспособного возраста на 2013-2015 гг.» и другими приказами Министерства здравоохранения.

В целях совершенствования методов профилактики психических расстройств, разработки и реализации консультативной помощи, обучающих программ проводится соответствующая работа в ЛПУ, образовательных учреждениях, среди населения по вопросам охраны психического здоровья, сокращения случаев потери трудоспособности и профилактики суицидов, внедряются планы мероприятий по сохранению психического здоровья и профилактике кризисных состояний населения. Проводится выявление психической патологии среди различных контингентов населения, в том числе, детей и подростков, внедряются обучающие психообразовательные программы для родственников пациентов, проводится мониторинг суицидов и суицидальных попыток. В направлении профилактики кризисных состояний, суицидов, обеспечения доступной медицинской помощи работает созданный в 2010 г. в г.Сыктывкаре кабинет социально-психологической помощи, кабинеты медико-психологической помощи в женских консультациях, организовываются рабочие места для специалистов в поликлиниках города Сыктывкара, других территорий врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов, работает в г.Сыктывкаре отделение «телефон доверия». Планируется открытие ряда кабинетов социально-психологической помощи в территориях РК, используя межведомственное взаимодействие. Подготовлены оргметодотделом КРПБ следующие методические рекомендации:

1. Методические рекомендации «Диагностика и лечение депрессии в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощи населению» направлены в учреждения здравоохранения письмом МЗ РК 23.08.2012 г. исх. МЗ РК № 13740/01-18.

2. Методические рекомендации «По профилактике и работе в кризисных состояниях у детей и подростков» разработаны и направлены с сопроводительным письмом заместителя министра Е.Г.Котовой в Министерство образования РК 30.05.2012 г. исх. МЗ РК № 8352/01-22.

3. Методические рекомендации «Ведение психически больных в группе активного диспансерного наблюдения».

Эти методические рекомендации подготовлены в соответствии с «Планом мероприятий по сохранению психического здоровья населения в РК на 2011 - 2013 годы», утверждённым распоряжением Правительства РК от 24 октября 2011 г. N 433-р в рамках реализации направления «Развитие психиатрической помощи» программы «Модернизация здравоохранения РК на 2011 - 2012 годы», утверждённой постановлением Правительства РК

В республике ситуация по суицидам (рисунок 1) за последний год улучшилась, но остаётся на высоких цифрах-31,9 на 100 000 населения, суицид совершили 281 человек (2012 год 39,2 на 100000 населения, суицид совершили 351 человек; в 2011 г. 36,8 на 100000 населения, суицид совершили 329 человек; в 2010 г. 40,5 на 100000 населения суицид совершили 366 человек, в 2009 г. 40,0 на 100000 населения суицид совершили 382 человека). По критериям ВОЗ уровень смертности от суицидов, превышающий 20 на 100000 населения считается высоким и очень высоким. За 5 лет произошло снижение смертности от суицидов в расчете на 100 000 человек населения на 20,25%, но остаётся существенно выше, чем по РФ на 59,5% (20,2 на 100000 населения за 2012 год). По России за 5 лет сокращение смертности от суицидов в расчете на 100 000 человек населения на 25%.

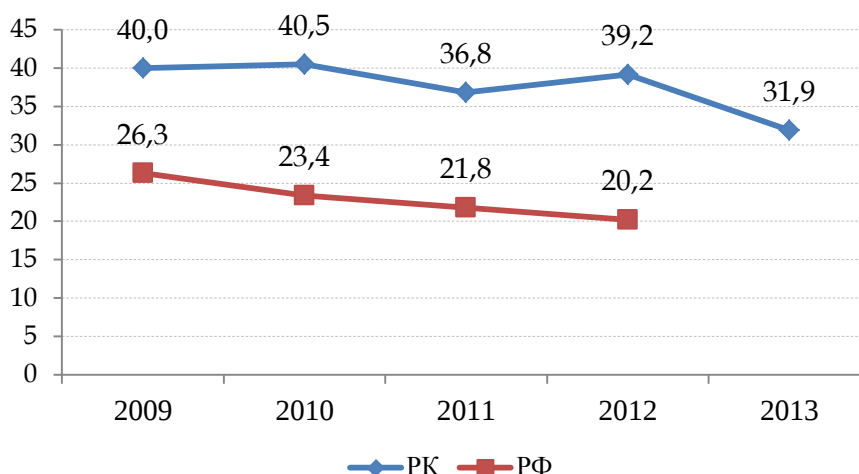


Рис.15. Динамика суицидов в РК и РФ на 100000 населения

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). В психиатрических стационарах и диспансерных отделениях: на конец 2013 г. 25,0% пациентам оказан данный вид помощи. Внедряются современные психотропные препараты, обладающие хорошим антипсихотическим действием при незначительном уровне побочных действий, сохраняющие и даже улучшающие социальную активность пациентов: rispолепт-конста, rispолепт квиклет, палиперидон (инвега), сердолект, солиан, кветиапин, кветиапин пролонг, сафрис, эсциталопрам, вальдоксан. В соответствии со ст. 16 ФЗ-3185-1 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», с 2008 г. проводится обучение несовершеннолетних, проходящих стационарное обследование и лечение в КРПБ в рамках учебного пункта школы для ЛПУ г.Сыктывкара.

5.7.2. Кадры. В 2013 г. несколько улучшилась ситуация укомплектованности физическими лицами штатов врачей-психиатров (включая приёмное отделение Коми республиканской психиатрической больницы) и судебно-психиатрических экспертов – 76 физических лиц на 126,5 штатных единиц, укомплектованность 60,1% (укомплектованность в 2012 г. 56,0%, работало 69 врачей-психиатров, в 2011 г. 56,1%-71 врач-психиатр, в 2010 г. 53%-67 врачей- психиатров). Ситуация с врачами психотерапевтами несколько ухудшилась после увольнения врача психотерапевта из КРПБ: укомплектованность 43,6% (12 физ. лиц при 27,5 штатных единиц) (в 2012 г. 52%-13 физ. лиц, 25 штатных единиц). Сохраняется текучесть кадров.

Таблица 61.

**Укомплектованность врачами-психиатрами лечебных учреждений
в РК за 2009-2013 гг. (в системе здравоохранения)**

	2009	2010	2011	2012	2013
Штаты	112,5	126,5	126,5	123,25	126,5
Физ. лица	76	67	71	69	76
Укомплектованность по физ. лицам в %	67, 6	53,0	56,1	56,0	60,1

По врачам-психиатрам снижение укомплектованности штатов (всего штатов-126,5), с учётом приёмного покоя Коми республиканской психиатрической больницы (5 ставок), физическими лицами (таблица 2) за 5 лет на 7,5% за счёт увеличения штатов, при этом число физических лиц вновь увеличилось до уровня 2009 г. - 76 врачей.

Очень сложная ситуация сохраняется в Интинской центральной городской больнице, имеющей на своей базе психиатрическое отделение на 36 коек и психиатрический приём, где на 4,5 ставок имеется один врач-психиатр и совместитель врач психиатр-нарколог, т.е. укомплектованность физическими лицами составляет 22.2%.

Вуктыльский район остаётся единственным неуккомплектованным физическим лицом врачом-психиатром (врач-психиатр совместитель-заместитель главного врача) Укомплектовали штаты врачей-психиатров в течении 2013 г. Койгородский, Сыктывдинский, Усть-Куломский, Прилузский и Усть-Цилемский районы.

Обеспеченность населения врачами-психиатрами, судебно-психиатрическими экспертами, психиатрами-наркологами и врачами психотерапевтами в РК 1,44 (всего 127 врачей) в расчёте на 10 000 человек, т.е. произошло снижение относительно 2012 г. за счёт наркологов, психотерапевтов. В 2012 г. 1,49 (всего 133 врача), 2011 год-1,43, 129 врачей, что существенно ниже, чем показатели по России за 2011 год-1,7 (2008 год -1,7) на 10 тысяч человек населения.

Квалификационную категорию имеют 50,6% врачей психиатров и психотерапевтов (43,4% врачей-психиатров, 92,3% врачей-психотерапевтов).

Выводы:

1. Продолжает сокращаться коечная сеть психиатрической службы РК (РК - 8,98 коек на 10 тысяч населения; РФ -10,2 на 10 тысяч населения).

2. Средняя длительность лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2013 г. увеличилась относительно 2009 г. на 3,1 койко-дня и составила 59,5 койко-дней (2012 год-52,9 койко-дня). Увеличение произошло за счёт выписки длительнолежащих (свыше 1 года), при этом число таких пациентов уменьшилось с 89 до 52 на конец года. В сравнении с общероссийскими показателями, длительность лечения остаётся существенно ниже (по Российской Федерации 76,7 койко-дня в 2011 г.).

3. Повторность госпитализированных в году стало меньше-22,4% (2009 год 25,8%, 2012 год 29,4%), и не намного превышает общероссийский показатель (за 2012 год 21,4%).

4. Состав госпитализированных в году больных по основным группам нозологий: с психозом и состоянием слабоумия – 52,1 %, из них с диагнозом шизофрении 32,5%, больные с непсихотическими психическими расстройствами – 33,3 %, больные с умственной отсталостью – 14,6 %. Такое соотношение держится примерно на одном уровне в течении 5 лет.

5. В 2013 г. несколько улучшилась ситуация укомплектованности физическими лицами штатов врачей-психиатров (включая приёмное отделение Коми республиканской психиатрической больницы) и судебно-психиатрических экспертов – 76 физических лиц на 126,5 штатных единиц, укомплектованность 60,1%(укомплектованность в 2012 г. 56,0%, работало 69 врачей-психиатров). 5 районов смогли укомплектовать ставку психиатров в ЦРБ, остался неуккомплектованным только Вуктыльский район.

6. В республике ситуация по суицидам за последний год улучшилась, но остаётся на высоких цифрах-31,9 на 100 000 населения, суицид совершили 281 человек. За 5 лет произошло снижение смертности от суицидов в расчете на 100 000 человек населения на 20,25%, но остаётся существенно выше, чем по РФ на 59,5% (20,2 на 100000 населения за 2012 год). По России за 5 лет сокращение смертности от суицидов в расчете на 100 000 человек населения на 25%.

7. На конец 2013 г. в диспансерах и психиатрических кабинетах было зарегистрировано 26010 пациентов с диагнозом психического расстройства, что составило 2,95 % насе-

ния республики или 2953,5 случаев на 100 000 населения, что на 3,3 % выше, чем российские показатели (по Российской Федерации данный показатель равен 2858,6 случая на 100 000 населения).

8. Соотношение консультативной группы и диспансерного наблюдения (таблица 5) в целом по РК (65,7:34,3) и по России (57,8:42,2) 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.

9. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства за 5 лет снизилось с 4641 больных в 2009 г. до 4085 больных в 2013 г., т.е. снижение на 12%, при этом в расчёте на 100 тысяч населения снижение на 4,2%. За 5 лет снижение первичной заболеваемости произошло по всем наблюдаемым группам заболеваний, но в сравнении с Российскими показателями выявляемость психических расстройств по РК на 41,3% выше в расчёте на 100 000 населения.

10. На конец 2013 г. зарегистрировано 6084 инвалидов (2012 г. – 6027) или 690,9 на 100 тыс. населения (в 2012 г. 677,3), что на 4,8 % ниже, чем показатель инвалидности вследствие психических расстройств в целом по России. Численность детей инвалидов (0-17 лет) составляет 574, т.е. 316,2 на 100 000 детского населения (в 2012 г. 570, т.е. 315,9 на 100 000 детского населения). За 5 лет отмечается снижение на 6% (2009 год- 643 детей инвалидов, 336,1 на 100 000 детского населения) Инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет по РФ в 2010 г. существенно выше, чем по РК и составляет 470,4 на 100 000 населения соответствующего возраста.

11. За последние пять лет число больных, которым впервые в течение года устанавливается инвалидность вследствие психического заболевания, снизилось с 288 человек до 212 или на 26,4%, в расчёте на 10 000 населения – с 3,0 до 2,41 случая или на 19,7%, и ниже, чем в целом по Российской Федерации на 16,9% (2,9 случая на 10 000 населения)

Проблемы

1. В 2013 г. остаётся трудной ситуация укомплектованности физическими лицами штатов врачей-психиатров и врачей психотерапевтов. Сохраняется проблема текучести кадров. В психиатрической сети практически отсутствуют подготовленные медицинские психологи, соответствующие ставки заняты психологами, недостаточное количество специалистов по социальной работе, социальных работников.

2. Меры, предпринимаемые психиатрической службой пока не стали эффективными в профилактической антикризисной помощи.

Задачи на 2013 г.

1. Продолжить совершенствование психиатрической помощи в РК, профилактике психических расстройств и расстройств поведения, осуществление психопрофилактических мероприятий для предотвращения возникновения кризисных состояний граждан и работа с возникающими кризисными и стрессовыми расстройствами у граждан.

2. Продолжить внедрение в работу психиатрической службы «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №566н от 17.05.2012 г., а также новые медицинские стандарты по мере их вступления в силу.

3. Принять меры по укомплектованию штатных единиц врачей-психиатров, врачей психотерапевтов, медицинских психологов и социальных работников в лечебных учреждениях республики.

4. Продолжить работу по улучшению условий оказания психиатрической помощи в лечебных учреждениях, в том числе приведение к соответствию норм площадей на пациентов в стационарах.

5. Выполнение Распоряжения Правительства РК от 12.07.2010 N 293-р (ред. от 23.11.2011) «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению демографической ситуации в РК на 2011 - 2015 годы», в том числе:

- формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации к ведению здорового образа жизни путём повышения информированности влияния на здоровье негативных факторов и возможностях их предупреждения;
- открытие кабинетов социально-психологической помощи в городах и районах РК, за счёт расширения межведомственного взаимодействия, создания междисциплинарных бригад (врач-психиатр, врач психотерапевт, психолог, соц.работник);
- совершенствование форм профилактической работы с населением групп риска, направленной на предупреждение аутоагрессивного поведения человека;
- развивать психообразовательные программы, в том числе уделить особое внимание поддержке и сопровождению членов семей суицидентов.

6. Исполнение приказа Минздрава РК № 11/547 от 22.11.2013г. « Об утверждении плана мероприятий министерства здравоохранения РК по снижению смертности лиц трудоспособного возраста на 2013-2015 гг.»

5.8. Оказание наркологической помощи. Наркологическая служба на 1 января 2014 г. представлена: Республиканским наркологическим диспансером (г. Сыктывкар); тремя учреждениями психиатрического и психоневрологического профиля, оказывающими наркологическую помощь (в гг.Воркута, Ухта, Печора); 5 учреждениями здравоохранения, имеющими в своей структуре круглосуточные койки наркологического профиля (городов Инты и Усинска, Ижемского, Усть-Куломского, Усть-Цилемского районов); 20 наркологическими кабинетами при учреждениях здравоохранения; 1 кабинетом профилактики наркологических расстройств (г. Сыктывкар); 2 кабинетами по оказанию наркологической помощи детскому населению (город Ухта, город Воркута), в ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер» помощь детскому населению оказывается на базе кабинета профилактики наркологических расстройств.

На 01.01.2014 г. в РК развернута 171 наркологическая койка (из них в государственных учреждениях здравоохранения 135, в том числе детско-подростковых 12). В структуре ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер» функционирует 20 коек дневного стационара при больничном учреждении, 10 коек при поликлинике в г. Инта.

С сентября 2007 г. на базе ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница» открыто и функционирует реабилитационное отделение на 10 коек для лиц, страдающих наркологическими расстройствами. В 2013 г. прошли реабилитацию 54 человека из них: 12 с диагнозом наркомания, 42 с диагнозом алкоголизм.

С 15 декабря 2009 г. на базе клинической лаборатории ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер» размещено и функционирует оборудование химико-токсикологической лаборатории, обеспечивающее исследование биологических сред на наличие в них наркотических средств и психотропных веществ, включая алкоголь. Данная лаборатория является единственной в системе наркологической службы. В 2013 г. было проведено 1530 исследований биологических проб по выявлению наркотических средств (в 2012 г. - 726, в 2011 г. - 825), 3580 исследований по определению алкоголя (в 2012 г. 3285, в 2011 г. - 3805).

Амбулаторно-поликлиническая помощь осуществляется диспансерным отделением ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер», службами при психоневрологических и психиатрических государственных учреждениях здравоохранения ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница», ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая

больница», ГУ РК «Печорский психоневрологический диспансер», а также наркологическими кабинетами ЦРБ и ЦГБ. За прошедшие 5 лет продолжается увеличение объемов оказания амбулаторно-поликлинического обслуживания наркологических больных. Число посещений к врачам психиатрам-наркологам в 2013 г. составило 177770 (в 2011 г. 156958, в 2012 г. 184437). Число посещений на 1 жителя: в 2013 г. - 0,21, в 2012 г. 0,2; в 2011 г. 0,18; в 2010 г. 0,17, в 2009 г. 0,16. Удельный вес посещений по поводу заболевания у всего населения в 2013 г. 28,4%, в 2012 г. составил 31,8%, в 2011 г. 39,4%, в 2010 г. 39,7%, в 2009 г. 45,7%. Количество посещений на одну занятую должность в 2013 г. - 6634, в 2012 г. составило 6486, в 2011 г. составило 5809 посещений, в 2010 г. - 5800 посещений, в 2009 г. - 5062 посещения.

На 01.01.2014 год наркологическую помощь оказывают 42 врача психиатра-нарколога, которые имеют сертификат специалиста по специальности «психиатрия-наркология». Из них 3 врача имеют высшую квалификационную категорию, 7 врачей имеют I квалификационную категорию, 3 врача - вторую. Обеспеченность врачами психиатрами-наркологами по РК составляет 0,48 на 10000 населения (в 2009 г. данный показатель был равен 0,4 на 10000 населения). Показатели занятости и укомплектованности врачами психиатрами-наркологами в РК показаны на рисунке 16.

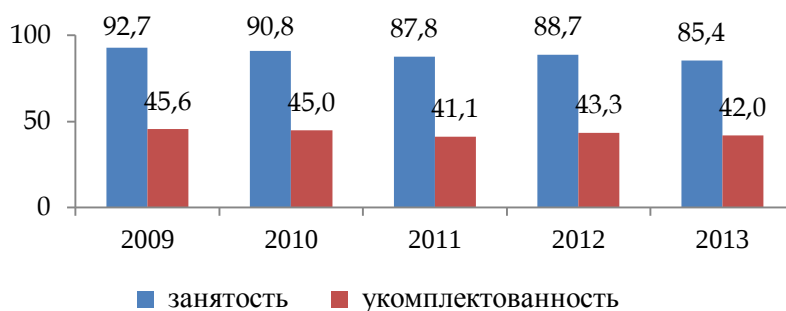


Рис.16. Динамика кадровых показателей наркологической службы РК за 2009-2013 гг. (%)

Оказание стационарной помощи наркологическим больным в РК. Всего в республике наркологических коек 171. Обеспеченность круглосуточными койками в 2013 г. составляет 1,94 на 10 тыс. населения, данный показатель лучше, чем по РФ и СЗФО в течении последних 5 лет (см. рис.17).

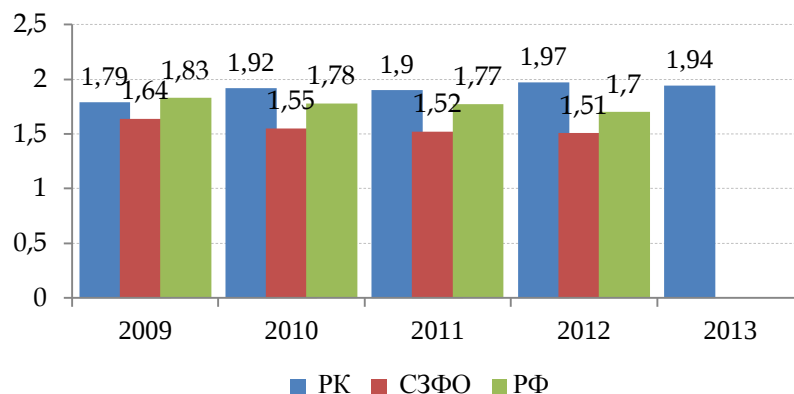


Рис. 17. Динамика обеспеченности наркологическими койками в РК, РФ и СЗФО за 2009-2013 гг. (на 10 тыс. населения)

Подростковых коек в РК 12, из них: 2 в ГБУЗ РК «Интинская Центральная городская больница», 10 - в структуре ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер». В остальных территориях подросткам и детям наркологическая помощь оказывается на «взрослых» наркологических койках или в детских отделениях многопрофильных медицинских организаций.

Всего в 2013г. пролечено 72 несовершеннолетних, из них 5 детей с острой интоксикацией и токсикоманией, и 67 подростков с наркологическими расстройствами.

Отсутствуют наркологические койки в 10 территориях РК: в Вуктыльском, Княжпогостском, Койгородском, Корткеросском, Сосногорском, Сыктывдинском, Троицко-Печорском, Удорском, Усть-Вымском, Прилузском районах.

Среднее время работы койки в 2013 г. составило 315,6дней, в 2012г.- 329,8 дней, в 2011 г. - 335,5 дней. По РФ в 2011 г. занятость кйки в году составила 307 дней, в 2012г.-312 дней. По СЗФО соответственно: 312дней и 330 дней.

Оборот койки в РК в 2013г. составил -29,4,в 2012 г. составил 32,8, в 2011 г. составил 34,2. (Данных по РФ и СЗФО нет).

Средняя длительность пребывания на койке в 2013 г. в РК составила – 10,87 дней, в 2012 г. составляет 10,9дней, в 2011 г. 10,2дня. По РФ: за 2009 год- 14,4дня, за 2010 г. 14,3 дней, за 2011 год 14,5 дней, за 2012 год – 14,4: по СЗФО: за 2009год- 14,9дней, в 2010 г. 14,6 дней, в 2011 г. 14,7, в 2012г.- 14,9 дней. (см. рис.18.)

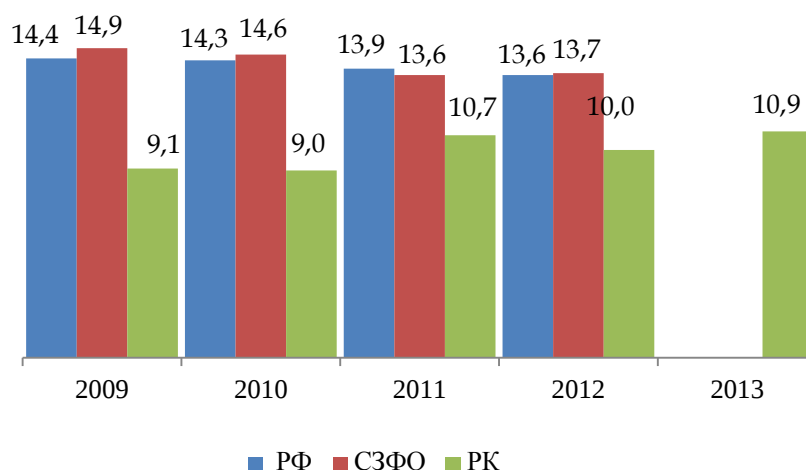


Рис.18. Средняя длительность пребывания в стационаре больных с наркологическими расстройствами в РК, СЗФО и РФ

Больничная летальность на 100 выбывших из наркологического стационара по РК в 2013 г. составила 0,4‰, в 2012 г. составила 0,2‰, в 2011 г. составила 0,1‰. Наиболее высокие показатели в 2013г. отмечены в Ижемском районе 0,77‰, и в городе Инта 1,35‰, в городе Усинск 0,88‰.

Уровень госпитализации в наркологические стационары в 2013 г. равен 5,7 на 1000 населения, данный показатель ниже, чем в предыдущие годы, но приближается к среднероссийскому показателю. В 2012 г. данный показатель был равен 6,5; в 2011 г. 6,6.

Таблица 62.

**Показатели работы коечного фонда наркологического профиля по РК
в 2009-2013 гг.**

Года	Количество пролеченных больных на наркологических койках (в абсолютных числах)	Уровень госпитализации на 1000 населения	Занятость койки в году (дней в году)
2009	6527	6,6	340,3
2010	6364	6,7	329,5
2011	5927	6,6	335,3
2012	5753	6,5	330
2013	4965	5,6	315,6
РФ 2009	673610	4,75	313,4
РФ 2010	664706	4,7	312,2
РФ 2011	631812	4,42	307,1
РФ 2012	626410	4,38	312

Показатель занятости койки в РК (в 2009-2012 гг.) был лучше, чем по РФ, в 2013г. снизился и незначительно превышает показатель по РФ. (см. табл.61)

Профилактическая работа. В 2013 г. наркологической службой республики в рамках раннего выявления несовершеннолетних употребляющих наркотические вещества и иные психоактивные вещества (ПАВ) без назначения врача использовано 3323 тест-системы, в 2012 г. - 4847 тест-системы. В 2011 г. - 2642 тест-системы. Выявляемость в 2013г. резко повысилась в сравнении с предыдущими г.ми: выявлено 19 случаев, в 2012 г. составила 8 случаев, в 2011 г. - 2 случая. Наибольшая выявляемость в г. Сосногорск – 10 случаев, в г. Воркута – 6 случаев, 2 в г. Ухта, 1 в г. Печора. Всего выявлено 16 случаев употребления канабиноидов, 2-морфина, 1- амфетамин. Всего обследовано 352 несовершеннолетних в возрасте до 14 лет, и 2971 – в возрасте до 18 лет. Поставлено на профилактический учет 10 подростков. В отношении всех несовершеннолетних с установленным фактом потребления ПАВ проводилась индивидуальная работа, направленная на предотвращение дальнейшего употребления и профилактику развития зависимости.

Проблемы наркологической службы:

1) Остается сложной ситуация укомплектованности физическими лицами штатов врачей психиатров-наркологов, а так же другими специалистами с позиции приказа Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 N 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "наркология". Особенно сложная ситуация в территориях, где должности врачей психиатров-наркологов и врачей психиатров исполняет один врач. (Вуктыльский, Ижемский, Прилузский, Сыктывдинский, Сысольский,). В Троицко-Печорском районе, Койгородском нет врачей психиатров-наркологов.

2) Уровень первичной заболеваемости алкоголизмом в РК по сравнению с РФ остается высоким (на 37%) и зарегистрированная болезненность пагубного употребления алкоголя на 10% выше в РК, чем в РФ. Данный факт свидетельствует о хорошей выявляемости лиц, употребляющих ПАВ без назначения врача, что так же свидетельствует о сохранении проблемы алкоголизации граждан РК.

3) Существует потребность укрепления реабилитационной базы предусмотренной приказом Минздрава РФ от 15 ноября 2012 г. N 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "наркология", несмотря на многочисленные попытки поисков помещения для открытия реабилитационного отделения в республике на 15-25 коек, при ограниченности материально-технического обеспечения (в части дефицита площадей медицинских учреждений, занятых оказанием медицинской помощи).

Задачи наркологической службы на 2013 год:

1) Продолжает осуществляться подготовка врачей психиатров, работающих в территориях, специальности «психиатрия-наркология», с целью обеспечения наличия в территории не менее двух специалистов, обеспечивающих доступность оказания медицинской помощи как лицам с психическими расстройствами, так и с наркологическими заболеваниями.

2) Принятие мер по расширению реабилитационной базы наркологической службы в соответствии с положениями приказа Минздрава РФ от 15 ноября 2012 г. N 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "наркология"».

3) Завершение модернизации наркологической службы путем завершения укрепления материально-технической базы проведением ремонтных работ, приобретения лечебного и диагностического оборудования.

4) Укрепление межведомственного взаимодействия с субъектами профилактики в том числе, по вопросам ранней диагностики и выявления лиц, допускающих употребление наркотических веществ и других ПАВ без назначения врача, особенно молодежи, по вопросам немедицинского потребления населением РК наркотических средств, др. психоактивных веществ и алкоголизации населения.

5.9. 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), 16 кожно-венерологических кабинетов в составе ЦРБ и ЦГБ. Кроме того, дерматовенерологическую помощь оказывают в узловой железнодорожной больнице г. Сосногорск, медицинских учреждениях МВД и УИН РФ.

5.9.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

Оказывается специализированная медицинская помощь во всех муниципальных образованиях республики, кроме Усть-Вымского, Усть-Цилемском районов, г. Вуктыл, где отсутствуют врачи-дерматовенерологи. В указанных территориях прием ведут фельдшера, подготовленные на рабочем месте в РКВД.

Таблица 63.

Показатели работы амбулаторно-поликлинического звена по РК

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013
кол-во посещений, всего	351195	349051	313924	310798	337065
кол-во посещений на 1 врача	7635	7621	6073,0	7227,9	7022,1

Примечание: Учитываются посещения только к врачам дерматовенерологам государственных и муниципальных учреждений.

Количество посещений к фельдшерам в 2013 г. – 5943

5.9.2. Стационарная помощь больным дерматовенерологического профиля. Коечный фонд РК по профильным круглосуточным дерматовенерологическим койкам составил на конец 2013г. – 65 коек (0,74 на 10 тыс. нас., среднероссийский показатель - 0,9 на 10тыс. нас.).

Уменьшение коечного фонда произошло в связи с полным перепрофилированием дерматовенерологических коек в г. Усинске и в г. Ухте и уменьшением числа профильных коек в г. Инта (2012 г. – 9 коек, 2013 г. – 5 коек).

Кроме того, в республике функционирует 53 койки дневного пребывания при стационарном отделении (г. Воркута, г. Сыктывкар), в г. Печора действует дневной стационар при поликлинике на 15 коек, в г. Инта аналогичный на 5 коек.

Таблица 64.

Распределение коек дерматовенерологического профиля по РК

Территории	Круглосуточный стационар		Койки дневного пребывания при круглосуточном стационаре		Койки дневного пребывания при поликлиническом отделении	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Сыктывкар	35	35	30	30		
Воркута	14	15	23	23		
Печора	10	10		-	15	15
Инта	9	5	-		-	5
Усинск	3	-	-			
Всего	71	65	53	53	15	20

Таблица 65.

Показатели работы круглосуточного стационара за 2013 г. в разрезе территорий РК

Территория	Кол-во коек	к/д	Пролеч. больных	Ср. длит	Оборот койки	Работа койки	Простой койки
г. Печора	10	3499	226	15,5	22,6	350,0	0,7
г. Воркута	15	5230	313	16,3	20,8	342,0	1,0
г. Инта	5	1739	108	16,1	21,6	347,8	1,1
г. Сыктывкар	35	12587	701	18	20,0	359,6	0,3
Всего	65	23168	1355	17,1	20,8	356,4	0,41

В разрезе территорий наибольший простой койки наблюдается в г. Инта

Таблица 66.

Показатели работы коек дневного пребывания при стационарном отделении

Показатели	2012г.			2013г.		
	Сыктывкар	Воркута	Всего	Сыктывкар	Воркута	Всего
число коек	30	23	53	30	23	53
к/дни	9388	7008	16396	9589	7009	16598
функция койки	313,0	298,0	309,3	319	304	313,0
оборот койки	16,8	20,1	18,3	17,2	19,4	17,6
средняя длительность пребывания	18,6	14,8	16,8	18,5	15,7	17,22
число пролеченных больных	504	472	976	517	446	963
простой койки	3,1	3,3	3,0	2,6	3,1	2,76

Число коек дневного пребывания в сравнении с 2012г. не изменилось. Койки дневного отделения при стационарах в г. Печора, Инта, Усинск не развернуты.

Таблица 67.

Кадровая структура врачей дерматовенерологов РК

кадры	2009	2010	2011	2012	2013
штаты	65,75	63,0	59,75	65,25	61,75
занятые должности	60,75	61,0	57,0	60	59,5
физ. лица	52	56	57	56	56

Из 56 физ. лиц дерматовенерологов 3 главных врача и 1 заместитель главного врача ГУ РК «РКВД» по организационно-методической работе, 4 врача дерматовенеролога работают в других ведомствах (военкомат, МВД, УИН, ООО «РЖД»).

Отсутствуют врачи дерматовенерологи в Усть-Цилемском, Усть-Вымском районах, г. Вуктыл, недостаточно укомплектованы врачами диспансеры г. Печора. Обеспеченность врачами составляет 0,65 на 10 тыс. населения (по РФ в 2013 г. – 0,7 на 100 тыс. населения.)

Из 56 врачей дерматовенерологов 34 имеют квалификационную категорию (59%), из них: 9 – высшую категорию, 15 – первую категорию, 9 – вторую.

В 2013 г. на базе ГБУЗ РК «РКВД» прошел интернатуру один врач, который распределен в стационарное отделение РКВД.

5.10. Оказание фтизиатрической помощи населению:

5.10. 1. Фтизиатрическая помощь осуществляется следующими службами:

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 внелегочными формами туберкулеза, где осуществляются специализированный прием и стационарное лечение по специальностям – урология, гинекология, офтальмология, остеология. Существенный вклад в комплексное лечение туберкулеза вносит хирургическое лечение. Также 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 31.12.2013 г. из 372 фтизиатрических коек круглосуточного пребывания для взрослых в республике развернуто 140 коек для лечения пациентов с МЛУ-туберкулезом, что составляет 37,6% коечного фонда.

Амбулаторная служба диспансерное отделение диспансеров, городской поликлиники г. Ухты, туберкулезные кабинеты 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 и СР РФ от 21.07.2006г. № 572 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным туберкулезом»;

5) Приказ МЗ РК от 30.12.2011г. № 12/631 «Об утверждении медико-экономических стандартов на территории РК в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи», которым утверждены:

Медико-экономический стандарт медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания, не подтвержденным бактериологически или гистологически, А.16.0;

Медико-экономический стандарт медицинской помощи больным туберкулезом органов дыхания, подтвержденным бактериологически или гистологически, А.15.0.

За 2013 год специалистами ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ РК «Печорский противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ РК «Воркутинский противотуберкулезный диспансер» осуществлено 42 выезда в районы республики. По результатам выездов оформляются справки с замечаниями по организации противотуберкулезной помощи населению районов и рекомендациями по совершенствованию данного вида помощи.

В 2013 г. проведены комиссии Министерства здравоохранения РК по организации противотуберкулезной помощи в МО МР «Княжпогостский», МО МР «Прилузский».

Стационарозамещающие виды помощи: дневной стационар при больничном учреждении на 40 мест; дневной стационар при амбулаторно-поликлиническом учреждении на 13 мест; дневной стационар на дому на 45 мест.

5.10.2. 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.

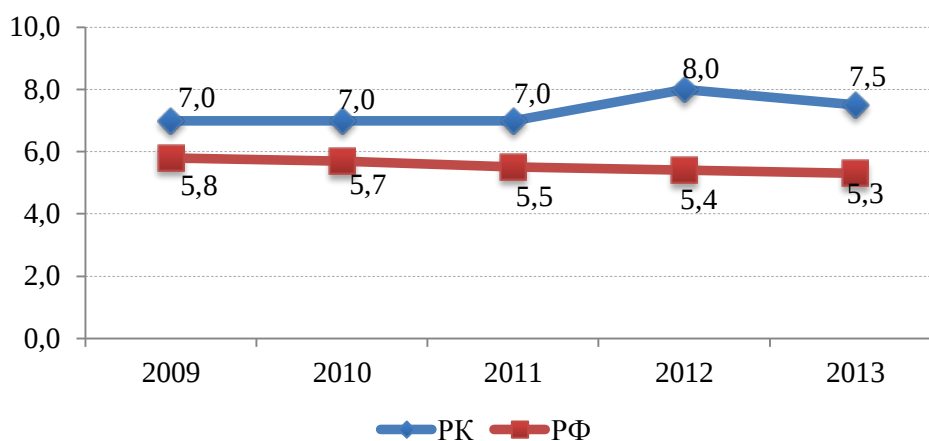


Рис.19. Обеспеченность врачами фтизиатрами в РК в 2009-2013 гг. на 10 тыс. населения

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.

5.10.3. Оказание фтизиатрической помощи. 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. В последние годы значительно улучшилось обеспечение республики рентгено-флюорографической техникой. По итогам 2013 г. показатель охвата населения профилактическим флюорографическим осмотром составил 68,1% (за 2012 год – 64,8%).

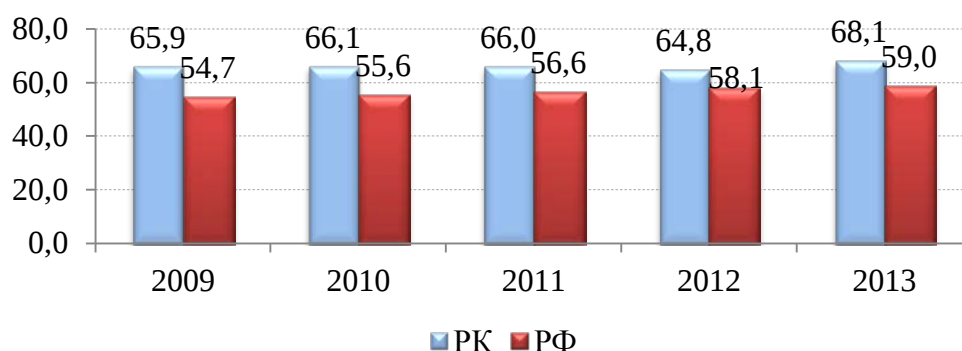


Рис. 20. Динамика охвата населения старше 15 лет профилактическим осмотром методом флюорографии 2008-2013 гг.

Наиболее низкие показатели охвата населения флюорографическими осмотрами ежегодно регистрируются в Усть-Вымском (28,5%), Сосногорском районах (43,7%), г. Воркуте (48,6%), г. Инте (53,6%), Троицко-Печорском районе (58,9%).

Существенный резерв заболеваемости находится в неосмотренных методом флюорографии 2 г. и более. По данным отчетной формы №30 «Сведения о медицинской организации» на конец 2013 г. по РК не проходили флюорографическое обследование 2 и более г. 46 253 человека (в 2012 г. – 48 732 человек). Лица, не обследовавшиеся 2 и более г., являются группой высокого риска по развитию туберкулеза, в том числе запущенных форм. Наибольший процент лиц, не прошедших флюорографическое обследование более двух лет в Сыктывдинском (21,7%), Усть-Вымском (18,3%), Усть-Цилемском (18,2%), Ижемском (16,3%), Сосногорском (11,2%), Княжпогостском, районах (10%).

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 99-100%, по итогам 2013 г. – 98%.

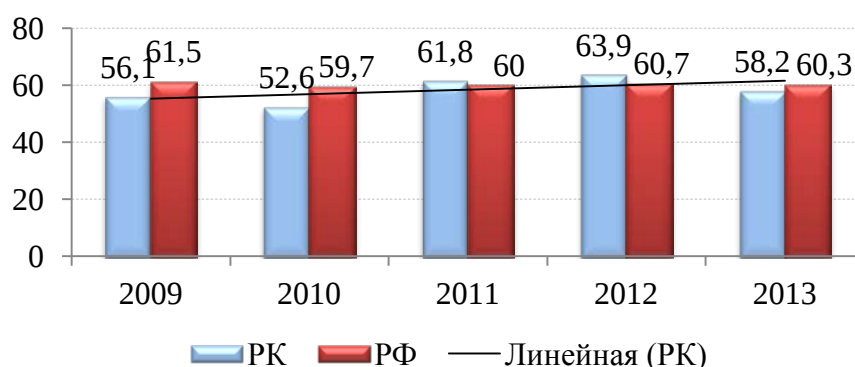


Рис. 21. Динамика показатель профилактического выявления туберкулеза

Показатель профилактического выявления туберкулеза в 2013 г. среди впервые выявленных больных снизился и составил 58,2%.

Наиболее низкие показатели профилактического выявления туберкулеза в 2013 г. зарегистрированы в Усть-Вымском, Удорском, Прилузском районах, г. Сыктывкаре и г. Инте. В Усть-Вымском районе и г. Инте низкий показатель профилактического выявления туберкулеза отмечается на фоне низкого показателя охвата населения профилактической флюорографией.

Напротив, в Удорском и Прилузском районах и г. Сыктывкаре на фоне высоких показателей охвата населения профилактической флюорографией показатель профилактического выявления туберкулеза крайне низкий, что свидетельствует об осмотре одних и тех же групп населения (недостаточно осматриваются группы социального риска по туберкулезу). Выявляемость туберкулеза при флюорографических осмотрах в данных территориях на 1000 осмотренных составила: в г. Сыктывкаре – 0,15, Удорском районе – 0,18, Прилузском районе – 0,23 (по РК – 0,34).

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.

5.10.4. Эффективность лечения туберкулеза. 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 2013 г. оценивается эффективность лечения пациентов, зарегистрированных в 2012 г. Комплекс мероприятий по организации лечебно-диагностического процесса способствовал повышению эффективности лечения больных туберкулезом.

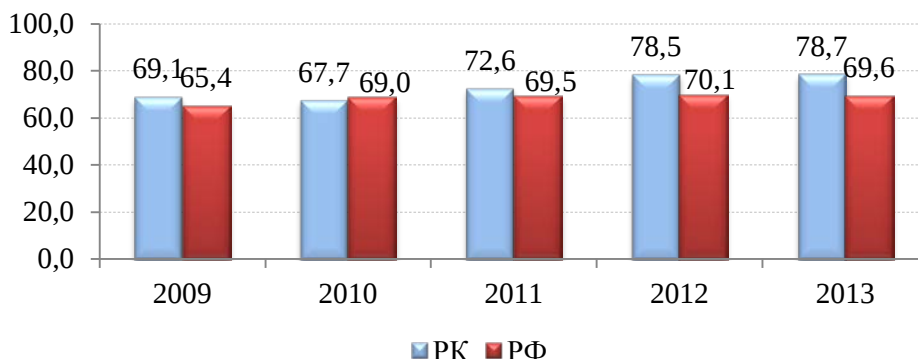


Рис. 22. Абациллирование впервые выявленных больных туберкулезом (%)

По ф.33 в 2013 г. показатель абациллирования составил 78,7% (в 2012 г. – 78,5%). Процент закрытия полостей распада в 2013 г. увеличился в сравнении с 2012 годом и составил 69,5% (2012 год – 62,9%).

В 2013 г. по итогам работы за 2012 год перед фтизиатрами республики на ежегодном совещании была поставлена задача по улучшению работы с контингентами больных туберкулезом. Следствием этой совместной работы стало существенное улучшение показателей, отражающих диспансерную работу.

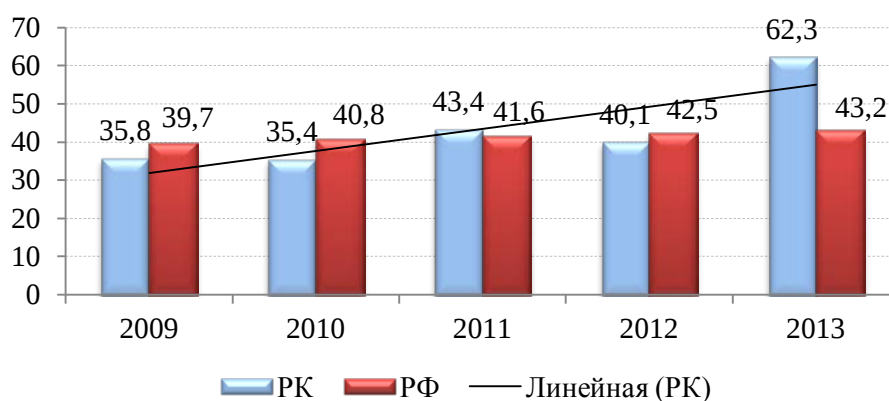


Рис. 23. Показатель абацеллирования контингентов (%)

Абацеллирование контингентов больных туберкулезом за 2013 год составило 62,3%, что значительно выше показателя прошлого г.

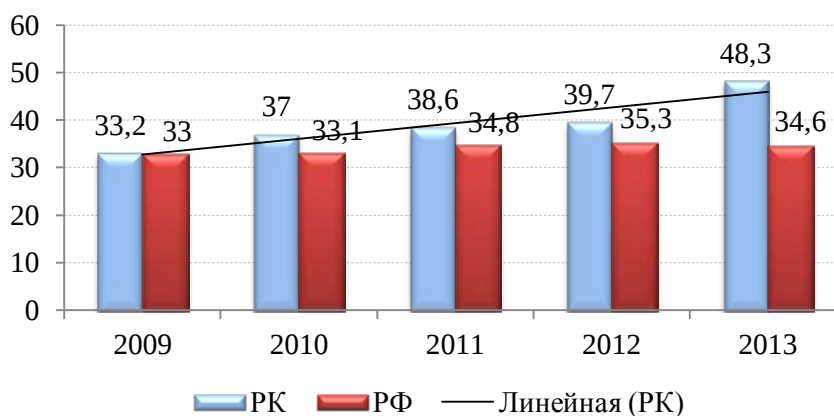


Рис. 24. Динамика показателя клинического излечения больных туберкулезом (%)

Показатель клинического излечения больных туберкулезом в РК за последние шесть лет вырос с 33,2% в 2009 г. до 48,3% в 2013 г.

Анализ смертности от активного туберкулеза и его последствий в РК. Показатель территориальной смертности от активного туберкулеза в РК, включающий в себя умерших в системе ГУФСИН России по РК, снизился на 24,5%: с 14,3 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 10,8 на 100 тыс. населения в 2013 г., по РФ 2013 год – 11,4 на 100 тыс. населения. В абсолютных числах в 2013 г. от активного туберкулеза умерло 95 человек, в том числе 6 – в системе ГУФСИН, в 2012 – 127, в том числе 3 – в системе ГУФСИН.

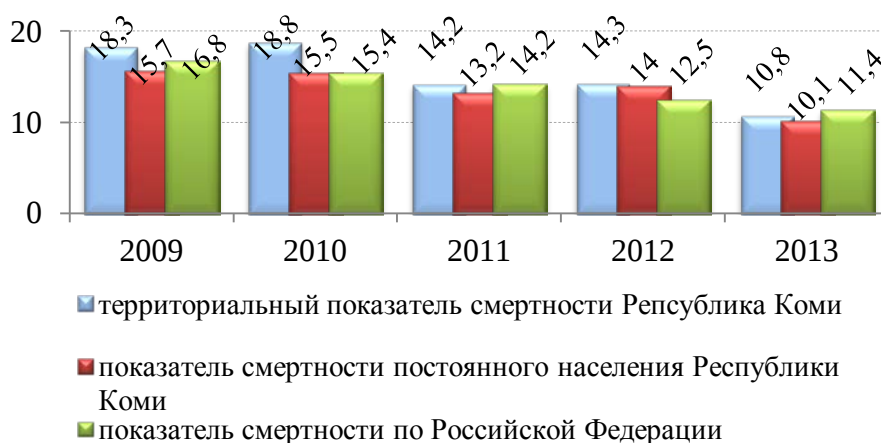


Рис. 25. Динамика показателя смертности от активного туберкулеза и его последствий по РК на 100 тыс. населения

Показатель смертности от активного туберкулеза постоянного населения республики в 2013 г. снизился на 27,9%: с 14,0 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 10,1 на 100 тыс. населения в 2013 г.

Наиболее высокие показатели смертности от активного туберкулеза зарегистрированы в Сыктывдинском районе (34,2 на 100 тыс. населения), Троицко-Печорский район (23,3 на 100 тыс. населения), Удорский район (20,5 на 100 тыс. населения), г. Инта (18,6 на 100 тыс. населения). Случаев смерти от активного туберкулеза в 2013 г. не зарегистрировано в Койгородском, Прилузском, Сысольском, Ижемском районах.

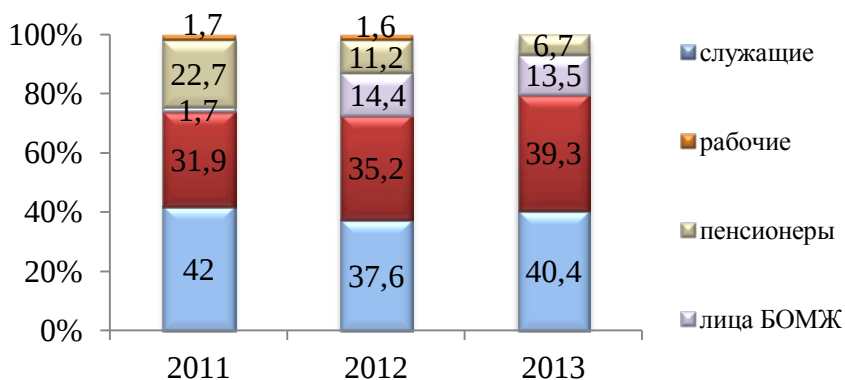


Рис. 26. Социальный статус умерших от туберкулеза и его последствий в 2011-2013 гг. (%)

В 2013 г. среди умерших от активного туберкулеза лица БОМЖ составили 13,5% (12 человек), 36 человек или 40,4% – неработающие трудоспособного возраста, 35 человек или 39,3% – инвалиды. Таким образом, среди умерших преобладают лица из «социальных» групп риска по заболеванию туберкулезом, необходима прицельная работа специалистов общей лечебной сети с данной категорией больных.

В результате неэффективной работы общей лечебной сети по выявлению туберкулеза в 2013 г. в 14 случаях смерти от туберкулеза диагноз был установлен посмертно (15,7% всех случаев смерти от туберкулеза), в 2012 г. – у 19 человек (15,2%). В 4 случаях посмертно установлен диагноз фиброзно-кавернозного туберкулеза - запущенной формы заболевания, для развития которой необходимо много лет. Более чем в половине случаев посмертной диагностики туберкулеза больные не проходили флюорографическое обследование более 5-ти

лет. Случаи посмертной диагностики зарегистрированы в Сыктывдинском районе – 3 случая, в г. Сыктывкаре – 2 случая, в г. Печора, г. Ухта, Корткеросском, Княжпогостском, Сосногорском, Тр.-Печорском, Усть-Вымском, Усть-Куломском, Удорском районах – по 1 случаю.

В 2013 г. умершие до г. наблюдения составили 28,1% от общего количества умерших от туберкулеза (25 человек), в 2012 г. – 24,0% (30 человек). Отмечается рост показателя умерших до г. наблюдения противотуберкулезной службой, а так же рост удельного веса умерших до месяца наблюдения (в 2012 г. – 16,0%, в 2013 г. – 21,3%). Значительное число умерших от туберкулеза до 1 месяца наблюдения (19 человек) указывает на серьезные дефекты в работе общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза. Следует отметить, что умершие до г. наблюдения противотуберкулезной службой и при посмертной диагностике туберкулеза, явившегося причиной смерти в 44,8% случаев не проходили флюорографическое обследование более 5-ти лет. Умершие до г. наблюдения выявляются в запущенных, некурабельных стадиях заболевания.

Посмертная диагностика, смерть до 1 месяца и до г. наблюдения (в 2013 г. 43,8% от общего числа умерших от активного туберкулеза) – резерв снижения смертности от активного туберкулеза.

Вывод:

На фоне стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу в республике (снижение показателей заболеваемости активным туберкулезом и смертности от активного туберкулеза и его последствий) имеются недостатки в работе общей лечебной сети по раннему выявлению туберкулеза (снижение удельного веса больных, выявленных при профилактических осмотрах, высокий удельный вес умерших до г. наблюдения противотуберкулезной службой и посмертной диагностики туберкулеза).

5.11. Оказание помощи больным, инфицированным вирусом иммунодефицита человека.

Таблица 68.

Число лиц, обследованных на ВИЧ-инфекцию в РК, 2011–2013 гг.*

МО городские округа и муниципальные районы	Численность населения на 01.01.2013	Число обследованных сывороток			Показатель охвата населения тестированием, %		
		2011 г.	2012 г.	2013 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Воркута	88026	27036	30070	28575	28,4	32,9	32,5
Инта	32340	8042	10594	8683	23,1	31,6	26,8
Вуктыльский	13790	2606	3858	3772	17,7	27,1	27,4
Ухта	121253	24871	29902	31224	20,4	24,6	25,8
Прилузский	19451	4703	4918	5024	22,8	24,6	25,8
Троицко-Печорский	12945	2830	3139	3409	20,5	23,5	26,3
Сыктывкар	256077	52023	55308	56127	20,7	21,7	21,9
Койгородский	8124	1634	1628	1788	19,5	19,7	22,0
Усть-Куломский	25853	4747	4909	4685	17,8	18,7	18,1
Сыктывдинский	23445	3636	3741	3905	16	16,1	16,7
Княжпогостский	21854	4882	3711	3905	21	16,6	17,9
Корткеросский	19202	2872	3077	3283	14,7	16,0	17,1
Печорский	55187	8307	8692	9105	14,4	15,5	16,5

* по числу обследованных образцов сывороток

Государственный доклад о состоянии здоровья населения РК в 2013 г.

окончание табл. 68

Усинский	46096	6860	7149	7973	14,5	15,3	17,3
Усть-Цилемский	12355	1422	1867	2111	10,98	14,8	17,1
Сысольский	13576	1177	1926	1437	8,5	14,1	10,6
Усть-Вымский	27976	4319	3710	2697	14,8	13,0	9,6
Удорский	19479	1672	1802	2024	8,2	9,1	10,4
Сосногорский	45681	2045	3496	4494	4,38	7,6	9,8
Ижемский	17929	237	287	879	1,27	1,6	4,9
РК	880639	163044	183784	185100	18,12	20,7	21,0
Другие субъекты РФ	-	3122	5383	3684	-	-	-
Граждане РФ всего	-	166166	189167	188784	-	-	-
Иностранные граждане	-	3992	6473	5562	-	-	-
Всего обследовано	-	170158	195640	194346	-	-	-
РФ	143056383	25509617	26049194	-	17,8	18,2	-
СЗ ФО	13660139	2056047	1899401	-	15,3	13,9	-

Таблица 68.

**Количество новых выявленных серопозитивных к ВИЧ среди обследованных в РК
в 2009 – 2013 гг., исключая детей с неустановленным диагнозом**

Контингенты обследуемых в серо-эпидемиологическом скрининге	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты * вы- явления	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты выяв- ления	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты выяв- ления	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты выяв- ления
Обследование граждан России в РК															
Потребители наркотиков	2026	14	691,0	1958	30	1532,2	1631	75	4598,4	1799	48	2557,0	1796	29	1614,70
Мужчины, имеющие секс с мужчинами	296	-	-	246	-	-	116	-	-	100	2	2000,0	63	-	-
Больные ЗППП	6818	5	73,3	5621	7	124,5	4615	13	281,7	4270	12	281,0	4004	10	249,8
Доноры	36668	1	2,7	33044	5	15,1	34198	2	5,8	32951	2	6,1	33202	3	9,0
Беременные	35365	13	36,8	33274	19	57,1	29223	16	54,8	33074	21	63,5	31562	23	72,9
Лица, находящиеся в местах лишения свободы	14597	27	185,0	15466	45	291,0	8367	25	298,8	9750	37	379,5	8004	28	349,8
Обследованные по клиниче- ским показаниям	50978	26	51,0	52054	36	69,2	42785	43	100,5	53545	48	89,6	53772	69	128,3
Медицинский персонал, рабо- тающий с ВИЧ + или материа- лами, содержащими ВИЧ	651	-	-	484	-	-	318	-	-	283	-	-	218	-	-
Прочие	42966	17	39,6	45587	21	46,1	44767	18	40,2	53173	22	41,4	55957	30	53,6
Выявленные при эпидрассле- довании	142	7	4929,6	121	8	6611,6	146	11	7534,2	222	13	5855,9	206	10	4854,4
Всего обследовано															
Граждане России	190507	110	57,7	187855	171	91,0	166166	203	122,2	189167	203	107,3	188784	202	107,0
Иностранные граждане	3813	6	157,4	3111	6	192,9	3992	7	175,4	6473	9	139,0	5562	8	143,8
Всего обследовано	194320	116	59,7	190966	177	92,7	170158	210	123,4	195640	212	108,4	194346	210	108,1

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонафицированного учета

Таблица 69.

**Число людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, и число новых случаев ВИЧ-инфекции
в муниципальных образованиях РК в расчете на 100 тыс. населения в 2013 г.**

МО городские округа и муниципальные районы	Численность населения на 01.01.2013	Число ВИЧ-инфицированных жителей РК, состоящих на учете*			Пораженность ВИЧ на 100 тыс. на 31.12.2013	Заболеваемость на 100 тыс.
		в медицинских организациях Минздрава РК	в медицинских организациях ГУФСИН России по РК ¹	Всего		
Воркута	88026	282	47	329	373,8	29,5
Сыктывдинский	23445	25	31	56	238,9	34,1
Вуктыльский	13790	21	6	27	195,8	21,8
Ухта	121253	222	45	267	220,2	34,6
Сыктывкар	256077	300	106	406	158,5	22,6
Усинский	46096	46	13	59	128,0	15,2
Инта	32340	18	1	19	58,8	15,5
Койгородский	8124	1	1	2	24,6	—
Сысольский	13576	3	2	5	36,8	—
Княжпогостский	21854	9	1	10	45,8	4,6
Корткеросский	19202	5	2	7	36,5	26,0
Сосногорский	45681	16	3	19	41,6	13,1
Печорский	55187	23	3	26	47,1	9,1
Усть-Цилемский	12355	3	1	4	32,4	0,0
Троицко-Печорский	12945	1	1	2	15,4	7,7
Прилузский	19451	7	—	7	36,0	5,1
Усть-Куломский	25853	5	1	6	23,2	3,9
Усть-Вымский	27976	3	1	4	14,3	—
Удорский	19479	2	—	2	10,3	10,3
Ижемский	17929	1	—	1	5,6	—
РК	880639	993	265	1258	142,9	19,4
Российская Федерация²	143056383	—	—	686632	479,0	54,3
Северо-Западный ФО³	13660139	—	—	82347	602,8	45,8

* по данным отчетной формы №61 за 2013 год

1. 222-ВИЧ-инфицированных из других субъектов РФ состоят на учете в мед.организациях ГУ ФСИН России по РК

2. По предварительным данным Федерального НМЦ СПИД за 2013 год

3. По данным центра СПИД СЗФО за 2013 год

Таблица 70.

**Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди российских граждан (код 100),
обследованных в РК**

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты*	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты
1.	Сыктывкар	53057	20	37,7	53036	44	83,0	52023	89	171,1	55308	52	94,0	56127	58	103,3
2.	Воркута	32181	36	111,9	29103	27	92,8	27036	29	107,3	30070	26	86,5	28575	26	91,0
3.	Инта	8328	2	24,0	8465	4	47,3	8042	2	24,9	10594	4	37,8	8683	5	57,6
4.	Печора	8809	5	56,8	7636	3	39,3	8307	-	-	8692	5	57,5	9105	5	54,9
5.	Ухта	34850	10	28,7	35277	29	82,2	24871	28	112,6	29902	38	127,1	31224	42	134,5
6.	Усинский	6680	8	119,8	6659	5	75,1	6860	9	131,2	7149	3	42,0	7973	7	87,8
7.	Сыктывдинский	3661	4	109,3	3780	6	158,7	3636	8	220,0	3741	10	267,3	3905	8	204,9
8.	Княжпогостский	3720	-	-	3259	2	61,4	3129	1	32,0	3711	3	80,8	3905	1	25,6
9.	Удорский	1224	-	-	1103	1	90,7	1344	1	74,4	1802	-	0,0	2024	2	98,8
10.	Вуктыльский	2218	1	45,1	2165	4	184,8	2606	1	38,4	3858	4	103,7	3772	3	79,5
11.	Сосногорский	4835	1	20,7	4769	5	104,8	2045	1	48,9	3496	3	85,8	4494	6	133,5
12.	Троицко-Печорский	2840	1	35,2	3117	1	32,1	2830	1	35,3	3139	2	63,7	3409	1	29,3
13.	Усть-Вымский	4778	-	-	4573	1	21,9	3523	2	56,8	3710	1	27,0	2697	-	-
14.	Прилузский	4880	-	-	5043		0,0	4703	2	42,5	4918	1	20,3	5024	1	19,9
15.	Усть-Цилемский	1400	-	-	1371	2	145,9	1422	-	-	1867	1	53,6	2111	-	-
16.	Сысольский	1281	2	156,1	1760	-	-	1177	2	169,9	1926	1	51,9	1437	-	-
17.	Корткеросский	2952	-	-	2790	2	71,7	2872	4	139,3	3077	1	32,5	3283	5	152,3
18.	Койгородский	1795	1	55,7	1666	-	-	1634	1	61,2	1628	2	122,9	1788	-	-
19.	Усть-Куломский	4974	1	20,1	4802	4	83,3	4747	1	21,1	4909	2	40,7	4685	1	21,3
20.	Ижемский	1310	1	76,3	1599	-	-	237	-	-	287	-	-	879	-	-
	РК	181973	93	51,1	181973	140	76,9	163044	182	111,6	183784	159	86,5	185100	171	92,4
	Другие субъекты РФ	4734	17	359,1	5882	31	527,0	3122	21	672,6	5383	44	817,4	3684	31	841,5
	Всего обследовано	190507	110	57,7	187855	171	91,0	166166	203	122,2	189167	203	107,3	188784	202	107,0
	Российская Федерация	-	-	228,1	-	-	232,5	-	-	252,2	-	-	271,1	-	-	290,4

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

Таблица 71.

**Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков (код 102),
обследованных в РК**

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель * частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты
1.	Сыктывкар	586	6	1023,9	585	7	1196,6	418	43	10287,1	443	16	3611,7	385	11	2857,1
2.	Воркута	258	3	1162,8	184	3	1630,4	242	6	2479,3	205	1	487,8	223	-	-
3.	Инта	433	-	-	369	-	-	364	-	-	367	-	-	337	-	-
4.	Печора	36	-	-	27	-	-	32	-	-	28	-	-	30	-	-
5.	Ухта	420	3	714,3	511	11	2152,6	342	12	3508,8	352	14	3977,3	286	7	2447,6
6.	Усинский	123		0,0	105	1	952,4	75	1	1333,3	102	-	-	123	-	-
7.	Сыктывдинский	6		0,0	14	2	14285,7	11	5	45454,5	12	3	25000,0	13	1	7692,3
8.	Княжпогостский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	1	7692,3	30	-	-
9.	Удорский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	22	-	-
10.	Вуктыльский	19	-	-	9	1	11111,1	4	1	25000,0	9	1	11111,1	6	1	16666,7
11.	Сосногорский	22	-	-	21	-	-	7	-	-	14	-	-	10	-	-
12.	Троицко-Печорский	18	1	5555,6	2	-	-	3	1	33333,3	2	-	-	6	-	-
13.	Усть-Вымский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	22	-	-
14.	Прилузский	7	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
15.	Усть-Цилемский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	5	-	-
16.	Сысольский	-	-	-	-	-	-	1	1	100000,0	-	-	-	0	-	-
17.	Корткеросский	-	-	-	3	-	-	2	-	-	1	-	-	8	-	-
18.	Койгородский	2	1	50000,0	10	-	-	23	-	-	12	-	-	67	-	-
19.	Усть-Куломский	16	-	-	-	-	-	24	-	-	33	1	3030,3	19	-	-
20.	Ижемский район	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	РК	1946	14	719,4	1842	25	1357,2	1548	70	4522,0	1616	37	2289,6	1594	20	1254,7
	Другие субъекты	80	-	-	116	5	4310,3	83	5	6024,1	183	9	4918,0	202	9	4455,4
	Всего обследовано	2026	14	691,0	1958	30	1532,2	1631	75	4598,4	1799	46	2557,0	1796	29	1614,7
	Российская Федерация	-	-	2936,1	-	-	3063,5	-	-	3711,4	-	-	-	-	-	-
	СЗФО	-	-	-	-	-	4765,7	-	-	4415,3	-	-	-	-	-	-

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

Таблица 72.

**Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди больных ЗППП (код 104),
обследованных в РК**

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель ча- стоты *	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель ча- стоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель ча- стоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель ча- стоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель ча- стоты
1.	Сыктывкар	2475	1	40,4	2229	5	224,3	1933	5	258,7	1779	6	337,3	1692	6	354,6
2.	Воркута	933	1	107,2	664	-	-	709	5	705,2	668	2	299,4	741	-	-
3.	Инта	164	-	-	119	1	840,3	125	-	-	144	-	-	94	-	-
4.	Печора	369	-	-	276	-	-	253	-	-	211	1	473,9	148	-	-
5.	Ухта	232	-	-	164	-	-	97	1	1030,9	122	-	-	94	-	-
6.	Усинский	283	1	353,4	234	-	-	174	-	-	186	-	-	166	-	-
7.	Сыктывдинский	299	1	334,4	258	-	-	206	-	-	138	-	-	130	2	1538,5
8.	Княжпогостский	131	-	-	100	-	-	78	-	-	75	2	2666,7	52	-	-
9.	Удорский	86	-	-	72	-	-	56	-	-	61	-	-	40	-	-
10.	Вуктыльский	20	-	-	13	-	-	7	-	-	13	-	-	4	-	-
11.	Сосногорский	106	-	-	80	-	-	41	-	-	26	-	-	17	-	-
12.	Троицко-Печорский	185	-	-	151	-	-	79	-	-	60	-	-	84	-	-
13.	Усть-Вымский	138	-	-	105	-	-	72	-	-	89	1	1123,6	69	-	-
14.	Прилузский	276	-	-	261	-	-	214	-	-	188	-	-	161	-	-
15.	Усть-Цилемский	52	-	-	32	-	-	27	-	-	26	-	-	18	-	-
16.	Сысольский	46	-	-	70	-	-	43	1	2325,6	68	-	-	54	-	-
17.	Корткеросский	597	-	-	318	-	-	243	1	411,5	224	-	-	242	-	-
18.	Койгородский	72	-	-	47	-	-	56	-	-	24	-	-	23	-	-
19.	Усть-Куломский	248	-	-	178	1	561,8	156	-	-	129	-	-	125	-	-
20.	Ижемский	94	-	-	228	-	-	30	-	-	20	-	-	23	-	-
	РК	6806	4	58,8	5599	7	125,0	4599	13	282,7	4251	12	282,3	3977	8	201,2
	Другие субъекты РФ	12	1	8333,3	22	-	-	16	-	-	19	-	-	27	2	7407,4
	Всего обследовано	6818	5	73,3	5621	7	124,5	4615	13	281,7	4270	12	281,0	4004	10	249,8
	Российская Федерация	-	-	228,1	-	-	232,5	-	-	252,2			-			
	СЗФО						348,7			389,6						

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

Таблица 73.

Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди доноров (код 108), обследованных в РК

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обсле- довано сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Пока- затель часто- ты*	Обсле- довано сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Пока- затель часто- ты	Обсле- довано сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Пока- затель часто- ты	Обсле- довано сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Пока- затель часто- ты	Обсле- довано сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Пока- затель часто- ты
1.	Сыктывкар	11568	-	-	9926	-	-	10184	1	9,8	10102	-	-	10967	1	9,1
2.	Воркута	5373	1	18,6	4438	1	22,5	4266	-	-	4193	1	23,8	3922	-	-
3.	Инта	84	-	-	547	-	-	633	-	-	928	-	-	1165	-	-
4.	Печора	2388	-	-	1948	-	-	2750	-	-	2580	-	-	2580	-	-
5.	Ухта	7875	-	-	7091	2	28,2	7681	-	-	7227	-	-	7101	1	14,1
6.	Усинский	976	-	-	924	-	-	889	-	-	900	-	-	831	-	-
7.	Сыктывдинский	573	-	-	508	-	-	548	-	-	438	1	228,3	474	1	211,0
8.	Княжпогостский	793	-	-	685	-	-	650	-	-	527	-	-	605	-	-
9.	Удорский	140	-	-	116	-	-	157	-	-	268	-	-	275	-	-
10.	Вуктыльский	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
11.	Сосногорск	1	-	-	1	-	-	-	-	-	60	-	-	25	-	-
12.	Троицко-Печорский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13.	Усть-Вымский	2158	-	-	2129	-	-	2174	-	-	1783	-	-	1615	-	-
14.	Прилузский р-н	996	-	-	1140	-	-	1011	-	-	956	-	-	941	-	-
15.	Усть-Цилемский	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16.	Сысольский	949	-	-	927	-	-	820	-	-	699	-	-	564	-	-
17.	Корткеросский	358	-	-	533	-	-	573	-	-	526	-	-	459	-	-
18.	Койгородский	753	-	-	755	-	-	590	-	-	564	-	-	481	-	-
19.	Усть-Куломский	1682	-	-	1374	2	145,6	1269	1	78,8	1200	-	-	1195	-	-
20.	Ижемский	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
	РК	36668	1	2,7	33044	5	15,1	34198	2	5,8	32951	2	6,1	33202	3	9,0
	Другие субъекты РФ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Всего обследовано	36668	1	2,7	33044	5	15,1	34198	2	5,8	32951	2	6,1	33202	3	9,0
	Российская Федерация			31,2			27,9			28,8						
	СЗФО						22,0			25,2						

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

Таблица 74.

**Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди беременных (код 109),
обследованных в РК**

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель * частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты
1.	Сыктывкар	11633	5	43,0	10680	6	56,2	10676	6	56,2	11684	5	42,9	10927	4	36,6
2.	Воркута	3139	3	95,6	2972	3	100,9	2839	1	35,2	2992	2	66,8	2912	4	137,4
3.	Инта	1045	-	-	1019	3	294,4	972	1	102,9	1228	-	-	1235	1	81,0
4.	Печора	2389	1	41,9	2034	1	49,2	1983	-	-	1966	1	50,9	1926	1	51,9
5.	Ухта	5616	2	35,6	5491	-	-	3844	6	156,1	5137	5	97,3	5120	4	78,1
6.	Усинский	2060	-	-	2192	1	45,6	2108	-	-	2114	-	-	2044	1	48,9
7.	Сыктывдинский	1011	-	-	934	1	107,1	904	-	-	903	3	332,2	774	-	-
8.	Княжпогостский	831	-	-	710	-	-	627	-	-	667	-	-	546	-	-
9.	Удорский	294	-	-	191	-	-	396	-	-	460	-	-	449	1	222,7
10.	Вуктыльский	546	-	-	480	-	-	452	-	-	497	-	-	445	-	-
11.	Сосногорский	1332	-	-	1207	-	-	420	-	-	1024	-	-	1317	3	227,8
12.	Троицко-Печорский	437	-	-	362	-	-	369	-	-	343	-	-	348	-	-
13.	Усть-Вымский	862	-	-	749	-	-	243	-	-	393	-	-	108	-	-
14.	Прилузский район	798	-	-	821	-	-	720	-	-	770	1	129,9	725	-	-
15.	Усть-Цилемский	481	-	-	512	-	-	445	-	-	428	-	-	360	-	-
16.	Сысольский	88	1	1136,4	193	-	-	64	-	-	245	-	-	177	-	-
17.	Корткеросский	692	-	-	641	2	312,0	594	-	-	608	-	-	578	1	173,0
18.	Койгородский	287	-	-	234	-	-	252	1	396,8	247	1	404,9	220	-	-
19.	Усть-Куломский	1236	-	-	1283	-	-	1241	-	-	1259	-	-	991	-	-
20.	Ижемский	557	-	-	535	-	-	40	-	-	66	-	-	322	-	-
	РК	35334	12	34,0	33240	17	51,1	29189	15	51,4	33031	18	54,5	31524	20	63,4
	Другие субъекты РФ	31	1	3225,8	34	2	5882,4	34	1	2941,2	43	3	6976,7	38	3	7894,7
	Всего обследовано	35365	13	36,8	33274	19	57,1	29223	16	54,8	33074	21	63,5	31562	23	72,9
	Российская Федера- ция			114,3			114,4			124,5						
	СЗФО						114,9			148,4						

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

Таблица 75.

**Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди лиц, находящихся в учреждениях
ГУ ФСИН России (код 112), обследованных в РК**

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты *	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты
1.	Сыктывкар	2567	1	39,0	2253	8	355,1	1871	7	374,1	2040	11	539,2	2074	8	385,7
2.	Воркута	2192	7	319,3	2425	4	164,9	1924	5	259,9	1248	4	320,5	1078	4	371,1
3.	Инта	1	-	-	-	-	-	-	-	-	35	1	2857,1	64	1	1562,5
4.	Печора	20	-	-	22	1	4545,5	95	-	-	88	-	-	160	-	-
5.	Ухта	5356	1	18,7	5181	6	115,8	1648	2	121,4	999	3	300,3	708	2	282,5
6.	Усинский	4	-	-	6	-	-	3	4	133333,3	31	1	3225,8	75	1	1333,3
7.	Сыктывдинский	1	1	100000,0	2	2	100000,0	1		0,0	13	-	-	41	1	2439,0
8.	Княжпогостский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	167	-	-	177	-	-
9.	Удорский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	-	-	48	-	-
10.	Вуктыльский	3	1	33333,3	15	2	13333,3	16	-	-	58	1	1724,1	103	-	-
11.	Сосногорский	-	-	-	2	2	100000,0	-	-	-	29	-	-	109	1	917,4
12.	Троицко-Печорский	-	-	-	2	-	-	-	-	-	28	-	-	54	-	-
13.	Усть-Вымский	-	-	-	5	1	20000,0	-	-	-	65	-	-	189	-	-
14.	Прилузский	3	-	-	3	-	-	4	-	-	26	-	-	22	-	-
15.	Усть-Цилемский	1	-	-	1	1	100000,0	-	-	-	18	-	-	33	-	-
16.	Сысольский	1	1	100000,0	2	-	-	1	-	-	11	1	9090,9	14	-	-
17.	Корткеросский	1	-	-	-	-	-	1	1	100000,0	19	-	-	35	2	5714,3
18.	Койгородский	1	-	-	2	-	-	-	-	-	4	1	25000,0	16	-	-
19.	Усть-Куломский	2	-	-	2	-	-	-	-	-	20	-	-	62	-	-
20.	Ижемский	5	1	20000,0	1	-	-	-	-	-	28	-	-	54	-	-
	РК	10158	13	128,0	9924	27	272,1	5564	19	341,5	4980	23	461,8	5116	20	390,9
	Другие субъекты РФ	4440	14	315,3	5543	18	324,7	2804	6	214,0	4770	14	293,5	2888	8	277,0
	Всего обследовано	14598	27	184,9	15467	45	290,9	8368	25	298,7	9750	37	379,5	8004	28	349,8
	Российская Федерация			1698,3			1480,0			1618,5						
	СЗФО						3013,9			3564,6						

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

Таблица 76.

**Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди лиц, обследованных по клиническим показаниям
(код 113) в РК**

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель * частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты
1.	Сыктывкар	9043	2	22,1	8898	7	78,7	8179	12	146,7	8989	6	66,7	8248	16	194,0
2.	Воркута	13096	12	91,6	12818	10	78,0	11360	9	79,2	11777	8	67,9	11657	12	102,9
3.	Инта	5261	2	38,0	4924	-	-	3828	-	-	5642	2	35,4	3626	1	27,6
4.	Печора	1603	2	124,8	1310	1	76,3	1061	-	-	1470	1	68,0	1758	4	227,5
5.	Ухта	9995	4	40,0	11166	6	53,7	6684	5	74,8	10875	9	82,8	13278	23	173,2
6.	Усинский	1397	3	214,7	1224	1	81,7	1447	2	138,2	1670	1	59,9	1834	2	109,1
7.	Сыктывдинский	616	-	-	654	-	-	482	2	414,9	604	-	-	569	1	175,7
8.	Княжпогостский	1399	-	-	1386	1	72,2	1384	1	72,3	1731	-	-	1954	1	51,2
9.	Удорский	352	-	-	355	1	281,7	398	1	251,3	604	-	-	734	1	136,2
10.	Вуктыльский	902	-	-	1015	-	-	1443	-	-	2597	2	77,0	2709	1	36,9
11.	Сосногорский	1381	1	72,4	1404	3	213,7	669	-	-	793	2	252,2	891	-	-
12.	Троицко-Печорский	1625	-	-	2132	-	-	1921	-	-	2185	1	45,8	2359	1	42,4
13.	Усть-Вымский	911	-	-	861	-	-	431	-	-	711	-	-	291	-	-
14.	Прилузский	1724	-	-	1836	-	-	1666	2	120,0	1499	-	-	1430	1	69,9
15.	Усть-Цилемский	237	-	-	251	-	-	297	-	-	411	-	-	403	-	-
16.	Сысольский	126	-	-	213	-	-	143	-	-	419	-	-	192	-	-
17.	Корткеросский	425	-	-	421	-	-	433	-	-	665	1	150,4	816	-	-
18.	Койгородский	124	-	-	158	-	-	263	-	-	89	-	-	88	-	-
19.	Усть-Куломский	459	-	-	538	-	-	481	-	-	475	1	210,5	384	1	260,4
20.	Ижемский район	213	-	-	391	-	-	111	-	-	129	-	-	213	-	-
	РК	50889	26	51,1	51955	30	57,7	42681	34	79,7	53335	34	63,7	53434	65	121,6
	Другие субъекты РФ	89	-	-	99	6	6060,6	104	9	8653,8	210	14	6666,7	338	4	1183,4
	Всего обследовано	50978	26	51,0	52054	36	69,2	42785	43	100,5	53545	48	89,6	53772	69	128,3
	Российская Федерация			234,8			264,7			293,4						
	СЗФО						429,1			472,2						

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

Таблица 77.

**Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди Российских граждан,
обследованных по коду прочие (118) в РК**

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обсле-дова- но сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Показатель * частоты	Обсле-дова- но сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обсле-дова- но сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обсле-дова- но сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обсле-дова- но сыворо- ток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты
1.	Сыктывкар	14947	4	26,8	18212	7	38,4	18641	7	37,6	20067	4	19,9	21680	7	32,3
2.	Воркута	6798	6	88,3	5425	6	110,6	5483	2	36,5	8919	8	89,7	7969	6	75,3
3.	Инта	1279	-	-	1432	-	-	2062	1	48,5	2148	1	46,6	2088	2	95,8
4.	Печора	1989	2	100,6	1998	-	-	2121	-	-	2341	1	42,7	2496	-	-
5.	Ухта	5342	-	-	5660	2	35,3	4549	2	44,0	5152	3	58,2	4583	2	43,6
6.	Усинский	1818	4	220,0	1961	1	51,0	2161	2	92,5	2140	-	-	2900	3	103,4
7.	Сыктывдинский	1132	-	-	1390	1	71,9	1475	1	67,8	1619	1	61,8	1887	1	53,0
8.	Княжпогостский	418	-	-	295	1	339,0	308	-	-	472	-	-	540	-	-
9.	Удорский	239	-	-	239	-	-	311	-	-	333	-	-	455	-	-
10.	Вуктыльский	726	-	-	629	-	-	679	-	-	684	-	-	504	1	198,4
11.	Сосногорский	1990	-	-	2051	-	-	905	1	110,5	1548	1	64,6	2123	2	94,2
12.	Троицко-Печорский	575	-	-	468	1	213,7	458	-	-	519	1	192,7	558	-	-
13.	Усть-Вымский	671	-	-	682	-	-	598	1	167,2	650	-	-	402	-	-
14.	Прилузский	1076	-	-	980	-	-	1085	-	-	1475	-	-	1729	-	-
15.	Усть-Цилемский	623	-	-	572	1	174,8	652	-	-	974	-	-	1292	-	-
16.	Сысольский	69	-	-	346	-	-	100	-	-	456	-	-	424	-	-
17.	Корткеросский	866	-	-	864	-	-	1021	1	97,9	1031	-	-	1140	2	175,4
18.	Койгородский	556	-	-	452	-	-	450	-	-	687	-	-	892	-	-
19.	Усть-Куломский	1329	1	75,2	1421	1	70,4	1573	-	-	1787	-	-	1903	-	-
20.	Ижемский	441	-	-	442	-	-	56	-	-	44	-	-	263	-	-
	РК	42884	17	39,6	45519	21	46,1	44688	18	40,3	53046	20	37,7	55828	26	46,6
	Другие субъекты РФ	82	-	-	68	-	-	79	-	-	127	2	1574,8	129	4	3100,8
	Всего обследовано	42966	17	39,6	45587	21	46,1	44767	18	40,2	53173	22	41,4	55957	30	53,6
	Российская Федерация	-	-	132,9	-	-	141,5	-	-	158,4	-	-	-			
	СЗФО						172,9			162,2						

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

Таблица 78.

**Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди Российских граждан,
обследованных при эпидемиологическом расследовании (код 120) в РК**

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты *	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты
1.	Сыктывкар	72	1	1388,9	55	4	7272,7	95	8	8421,1	110	5	4545,5	100	5	5000,0
2.	Воркута	26	3	11538,5	2	-	-	4	1	25000,0	3	-	-	10	-	-
3.	Инта	5	-	-	4	-	-	2	-	-	35	-	-	26	-	-
4.	Печора	3	-	-	8	-	-	4	-	-	-	-	-	2	-	-
5.	Ухта	6	-	-	3	2	66666,7	12	-	-	33	4	12121,2	39	3	7692,3
6.	Усинский	10	-	-	9	1	11111,1	1	-	-	3	1	33333,3	-	-	-
7.	Сыктывдинский	8	2	25000,0	8	-	-	8	-	-	11	2	18181,8	10	1	10000,0
8.	Княжпогостский	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
9.	Удорский	1	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
10.	Вуктыльский	1	-	-	3	1	33333,3	-	-	-	-	-	-	1	-	-
11.	Сосногорский	2	-	-	3	-	-	2	-	-	2	-	-	1	-	-
12.	Троицко-Печорский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
13.	Усть-Вымский	1	-	-	7	-	-	2	1	50000,0	1	-	-	1	-	-
14.	Прилузский	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3	-	-	5	-	-
15.	Усть-Цилемский	1	-	-	2	-	-	1	-	-	1	1	100000,0			
16.	Сысольский	3	-	-	6	-	-	5	-	-	4	-	-	2	-	-
17.	Корткеросский	2	-	-	2	-	-	2	1	50000,0	1	-	-	4	-	-
18.	Койгородский	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-
19.	Усть-Куломский	-	-	-	5	-	-	3	-	-	3	-	-	1	-	-
20.	Ижемский	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	РК	142	6	4225,4	121	8	6611,6	144	11	7638,9	216	13	6018,5	204	9	4411,8
	Другие субъекты РФ	1	1	100000,0	-	-	-	2	-	-	6	-	-	2	1	50000,0
	Всего обследовано	143	7	4895,1	121	8	6611,6	146	11	7534,2	222	13	5855,9	206	10	4854,4
	Российская Федерация			4070,4			4145,9			4390,0						
	СЗФО						6039,2			7485,5						

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

Таблица 79.

Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди иностранных граждан (код 200), обследованных в РК

№	МО городские округа и муниципальные районы	2009 г.			2010 г.			2011 г.			2012 г.			2013 г.		
		Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель * частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты	Обследовано сывороток	Серо+ к ВИЧ	Показатель частоты
1.	Сыктывкар	1114	2	179,5	631	-	-	1038	1	96,3	983	2	203,5	1408	1	71,0
2.	Воркута	295	1	339,0	238	2	840,3	313	1	319,5	1161	2	172,3	651	2	307,2
3.	Инта	57	-	-	49	-	-	35	1	2857,1	77	-	-	73	-	-
4.	Печора	189	-	-	146	-	-	273	-	-	231	-	-	336	1	297,6
5.	Ухта	625	1	160,0	458	-	-	388	1	257,7	493	-	-	421	1	237,5
6.	Усинский	848	1	117,9	1139	1	87,8	1443	-	-	2181	1	45,9	2083	1	48,0
7.	Сыктывдинский	10	-	-	26	-	-	13	-	-	14	-	-	7	1	14285,7
8.	Княжпогостский	53	-	-	19	-	-	40	-	-	595	-	-	91	-	-
9.	Удорский район	2	-	-	2	-	-	3	-	-	5	-	-	17	-	-
10.	Вуктыльский	121	-	-	77	-	-	91	-	-	102	-	-	45	-	-
11.	Сосногорский	162	-	-	89	-	-	41	-	-	3	-	-	23	-	-
12.	Троицко-Печорский	72	-	-	18	-	-	18	-	-	29	-	-	23	-	-
13.	Усть-Вымский	57	-	-	57	-	-	30	1	3333,3	23	1	4347,8	5	1	20000,0
14.	Прилузский	136	-	-	81	-	-	85	-	-	129	-	-	190	-	-
15.	Усть-Цилемский	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-
16.	Сысольский	-	-	-	5	-	-	3	-	-	2	-	-	3	-	-
17.	Корткеросский	3	-	-	10	-	-	15	-	-	18	1	5555,6	4	-	-
18.	Койгородский	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-
19.	Усть-Куломский	5	-	-	23	-	-	8	-	-	25	-	-	16	-	-
20.	Ижемский	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	-	-
	М/О Минздрава РК	3753	5	133,2	3068	3	97,8	3838	5	130,3	6075	7	115,2	5430	8	147,3
	ГУФСИН России	60	1	1666,7	43	3	6976,7	154	2	1298,7	398	2	502,5	132	-	-
	Всего обследовано	3813	6	157,4	3111	6	192,9	3992	7	175,4	6473	9	139,0	5562	8	143,8

* в расчете на 100 000 обследованных сывороток по данным персонифицированного учета

5.12. Оказание 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 348, из них: взрослых – 140, детских – 208. За последние 5 лет коечный фонд сократился на 31 единицу. Обеспеченность инфекционными койками в республике по сравнению с прошлым годом не изменилась и составила в 2013 г 4,0 на 10000 населения (взрослых – 2,0, детских – 13,5 на 10 000); по РФ средний показатель обеспеченности инфекционными койками составляет 5,2 на 10 000 населения.

Специализированная медицинская помощь больным с инфекционной патологией в РК оказывается как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. В 2013 году койки инфекционного профиля характеризовались следующими показателями:

- выписано всего 13812 пациентов, в т.ч. детей- 8800, взрослых- 5012; умерло- 31 из них 2-е детей;

- функция инфекционной койки – 254,1 (2012 г.-244,2),
- оборот инфекционной койки – 39,8 (2012г.-39,6),
- средний койко-день – 6,4 (2012г.-6,2),
- общая летальность – 0,2.

5.12.1. Амбулаторно-поликлиническая работа.

Амбулаторная помощь инфекционным больным оказывается в КИЗах поликлиник города и ЦРБ, а также врачами-инфекционистами центра СПИД и консультативно-диспансерного отделения ГБУЗ РК «РИБ». Количество кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗы) на 2012 г. всего 14, из них 12 взрослых, 2 детских. В большинстве ЦРБ и городских поликлиник отсутствуют КИЗы при наличии штатных и/или физических лиц, поэтому большей частью диспансеризация реконвалесцентов инфекционных заболеваний осуществляется педиатрами и терапевтами на основании приказов по инфекционной службе, по рекомендациям стационаров, действующему санитарному законодательству.

Для улучшения качества оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению с инфекционной патологией и снижению смертности предлагается:

1) Продолжить вакцинопрофилактику гриппа, клещевого энцефалита, вирусного гепатита В, кори, гемофильной инфекции.

2) Активизировать работу по внедрению коммерческой вакцинации против ветряной оспы, вируса папилломы человека.

3) Ввести вакцинацию против пневмококковой инфекции в группе часто болеющих детей, с хронической патологией дыхательных путей, особенно лиц пожилого возраста.

4) Пролонгировать программу борьбы с социально-значимыми заболеваниями, подпрограмму «Вирусные гепатиты» с увеличением финансирования на приобретение противовирусных препаратов. В муниципальных образованиях неблагополучных по вирусным гепатитам (МО города Сыктывкар, Воркута и Усинск) разработать и утвердить программы по диагностике, лечению профилактике вирусных гепатитов.

5) Во исполнение приказа МЗ РФ от 17.09.1993 г. №220 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации» укомплектовать врачами-инфекционистами все инфекционные отделения и кабинеты инфекционных заболеваний (КИЗ) ЛПУ РК.

6) Ускорить строительство нового здания ГУ «РИБ».

7) Продолжить обучение терапевтов и педиатров на рабочем месте по инфекционной патологии на базе ГУ «РИБ».

5.13. Организация санаторно-курортного лечения.

Санаторно-курортное лечение населения РК в санаторно-курортных учреждениях федерального и республиканского подчинения в 2011 -2013 гг.

Санаторно-курортное лечение получили 384 детей с инвалидностью, из них 58 в федеральных санаторно-курортных организациях, 297 – в санаторно-курортных организациях на территории республики, 29 - на побережье Черного моря.

В 2012 г. с целью повышения доступности санаторно-курортное лечения для детского населения после капитального ремонта ГУ РК «Детский противотуберкулезный санаторий «Кедр» перепрофилирован в санаторий нетуберкулезного профиля для детей, страдающих хроническими заболеваниями ЛОР-органов и опорно-двигательного аппарата.

Используются внедренные в 2012 г. в период летней оздоровительной компании в ГАУ РК «Санаторий «Лозым» современные медицинские технологии реабилитации детей такие как: «Скандинавская ходьба» - модифицированный вид физических упражнений в сочетании с прогулкой на свежем воздухе (терренкур) с использованием туристических палок. «Звуковой луч» - занятия игровой гимнастикой в условиях интерактивной цветомузыкальной развивающей среды, позволяющей оптимизировать коррекционный процесс по формированию, восстановлению и развитию психомоторных функций. Эрготерапия - методика восстановления и поддержания возможностей пациентов в самообслуживании и компенсации нарушений с помощью целевой работы. Методика рефлексотерапии в реабилитации детей с неврологической и соматической патологией.

Продолжается использование современных медицинских технологий реабилитации таких как: кондуктивное образование - занятия с детьми, направленные на гармоничное, целостное и взаимосвязанное развитие моторики, познавательных способностей, эмоциональности и социальных навыков детей на бытовом и интеллектуальном уровне. Проводится детям с заболеваниями неврологического профиля. Иппотерапия - лечебная верховая езда. Применяется для реабилитации детей с неврологической патологией. Дети вывозятся для занятий в с. Вильгорт в ГОУДОД РК «Детско-юношеская конноспортивная школа». Методика динамической проприоцептивной коррекции с применением нагрузочных костюмов «Аде-ли», «Атлант». Применение микроволновой (миллиметровой) резонансной терапии.

Таблица 80.

Обеспеченность детского и взрослого населения санаторно-курортным лечением

Наименование санаторно-курортных организаций	2011	2012	2013
Детское население РК			
ГАУ РК «Санаторий «Лозым»	2567	2567	2596
ГБУЗ РК «Детский санаторий «Кедр»	553	199	1280
ГБУЗ РК «Корткеросский детский противотуберкулезный санаторий»	289	476	492
ГБУЗ РК «Детский противотуберкулезный санаторий «Кажим»	375	445	438
ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Санаторное отделение «Орбита»	305	225	207
ООО «Санаторий «Черноморская зорька»	582	551	515
ООО «Санаторий «Северное Сияние»	756	725	696
ЗАО «Кубань»			124
Федеральные санаторно-курортные организации	313	342	205
Итого детей	5 740	5 530	6 553

окончание табл. 80

Взрослое население РК			
ГАУ РК «Санаторий «Серегово»	2255	2289	2535
ГАУ РК «Заполярье»			167
Федеральные санаторно-курортные организации (граждане категории - ликвидаторы и участники ЧАЭС)	76	68	47
В детских санаторно-курортных организациях (в качестве сопровождающего ребенка лица)	1621	1637	1611
Итого взрослых	3 952	3 994	4 360
Итого по РК	9 692	9 574	10 913

Детское население.

В 2013 г. в санаторно-курортных организациях оздоровлено всего 6553 детей и подростков, из них – 5013 (77 %) в республиканских санаторно-курортных организациях, 1335 (20 %) в санаториях Черноморского побережья, 205 (3 %) – в федеральных санаторно-курортных организациях.

Получили санаторно-курортное лечение 787 детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе 324 - дети - сироты и опекаемые, и 384 - дети-инвалиды, из которых 297 - в республиканских санаториях, 29 – на побережье Черного моря и 58 - в федеральных санаторно-курортных организациях.

После санаторно-курортного лечения в детских республиканских санаторно-курортных организациях в 2013 г. выписаны с улучшением в состоянии здоровья 93,8% детей.

Взрослое население.

В 2013 г. получили санаторно-курортное лечение в ГАУ РК «Санаторий «Серегово» - 2535 человек, в том числе 17 - труженики тыла, 19 – реабилитированные, 6 – участники ЧАЭС, 5 – участники боевых действий. В ГАУ РК «Заполярье» г. Воркута санаторно-курортным лечением охвачено 167 пациентов. В федеральных санаториях оздоровлено 47 граждан категории участников ликвидации аварии на ЧАЭС.

После санаторно-курортного лечения выписаны с улучшением в состоянии здоровья 93,0 % пациентов.

Проблемы в организации санаторно-курортного лечения жителям РК:

1. Низкая материально-техническая база и единый профиль лечения в ГАУ РК «Санаторий «Серегово».
2. Недостаточное количество бюджетных мест в республиканских санаторно-курортных организациях для детей по путевкам «Мать и дитя» и для взрослого населения.
3. Неполная укомплектованность детских санаториев в весенне-осенне-зимний периоды из-за отказов родителей от путевок.
4. Высокая потребность в путевках в детские санатории в летнее время.

Задачи.

1. Укрепление материально-технической базы и дальнейшее совершенствование и развитие новых технологий санаторно-курортного лечения в государственных санаторно-курортных организациях РК.
2. Расширение коечного фонда и профилей санаторно-курортного лечения после завершения строительства и ввода в эксплуатацию Санаторного комплекса в селе Серегово Княжпогостского района для взрослого населения.
3. Реализация плана по оздоровлению жителей РК в санаторно-курортных организациях РК.

4. Проведение информационной работы с родителями по вопросам организации оздоровления детей и санаторно-курортного лечения.

5.14. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Министерством здравоохранения РК была сформирована заявка на оказание высокотехнологичной медицинской помощи для жителей РК в количестве 3839 человек, в том числе на базе федеральных учреждений - 1354 человека, на базе государственных учреждений РК - 2485 человек. В федеральных учреждениях пролечено 1354 человека, из них для взрослых- 892, детей- 462. В государственных учреждениях РК пролечено 2485 человек, из них взрослых- 1980, детей- 505.

По 2013 г. в медицинские учреждения для оказания высокотехнологичной медицинской (ВМП) отобрано 4448 человек, в том числе на базу федеральных учреждений - 2222 человек, на базу государственных учреждений РК - 2226 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. Получили высокотехнологичную медицинскую помощь 3839 человек, в том числе на базе федеральных учреждений - 1354 человека (80,0 % от плана), на базе государственных учреждений РК - 2485 человек (100,0 % от плана).

По сравнению с 2008 годом, объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в 2013 г. возросли на 17,3%. Обеспеченность ВМП составила 435,9 на 100 000 населения (рис.1) Удовлетворенность населения высокотехнологичными видами медицинской помощи оставила 76,0%.

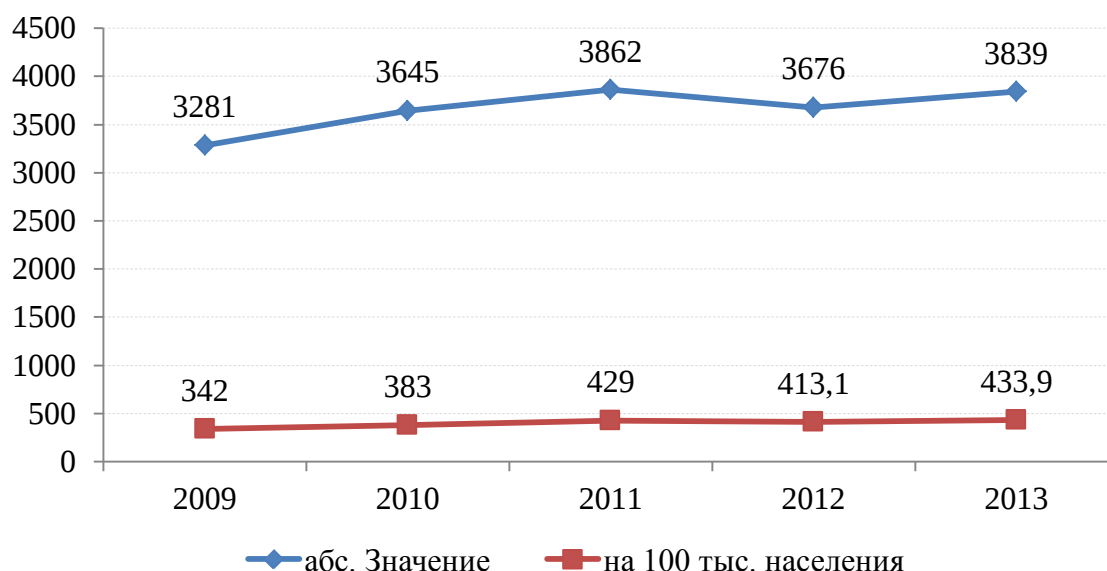


Рис.27. Динамика количества граждан, получивших ВМП

В структуре оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в разрезе профилей в 2013 г. наибольшую часть составляют болезни сердечно-сосудистой системы (32,0%), заболевания костно-мышечной системы (12,0%), онкологические заболевания (12,0%), заболевания репродуктивной системы (7,3%).

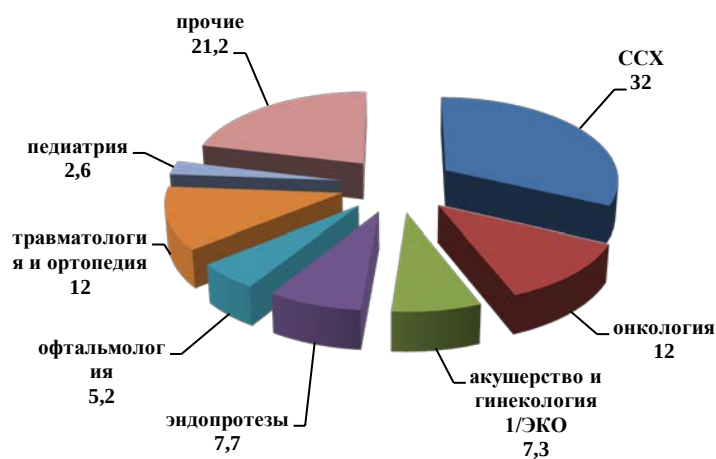


Рис.28. Структура оказанной в 2013 г. ВМП за счет всех источников, %

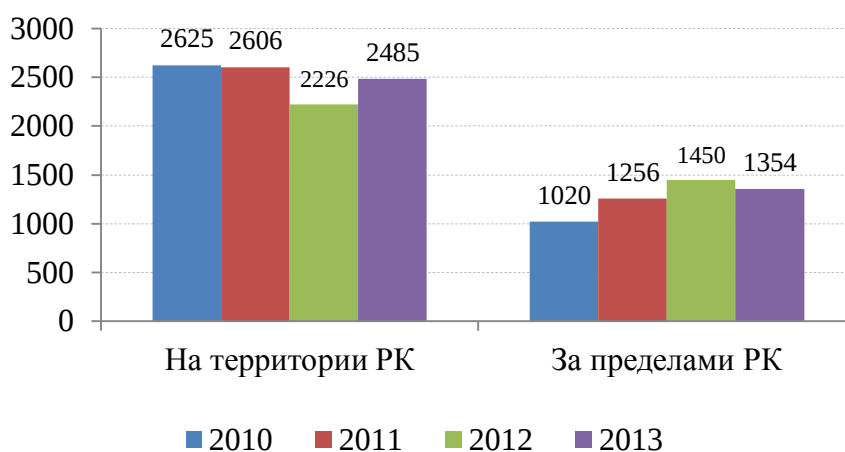


Рис. 29. Структура оказания высокотехнологичной медицинской помощи по месту ее оказания в 2010-2013 гг.

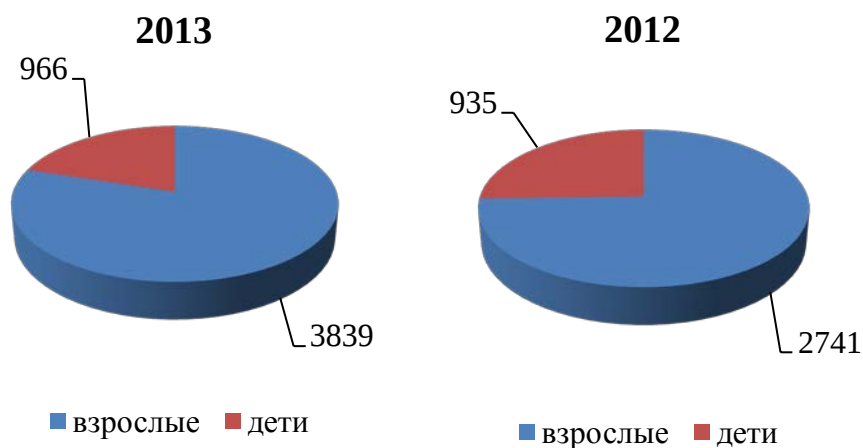


Рис. 30. Структура оказанной высокотехнологичной медицинской помощи взрослым и детям (%)

В 2013 г. 65,0 % граждан получили ВМП в учреждениях здравоохранения РК, 35,0% - за ее пределами.

В 2013 г. из общего числа получивших высокотехнологичную медицинскую помощь 25,2 % составили дети, 74,8 % - взрослые (в 2012 г. - 25,4 % дети, 74,5 % - взрослые).

5.14.1 Оказание высокотехнологичной медицинской помощи взрослому населению.

В 2013 г. оказана высокотехнологичная медицинская помощь 892 взрослым жителям РК. В динамике отмечается увеличение количества взрослых пациентов, пролеченных в ФМУ, однако уровень обеспеченности имеет тенденцию к снижению, что связано с наличием «листа ожидания» в федеральные клиники по отдельным профилям медицинской помощи.

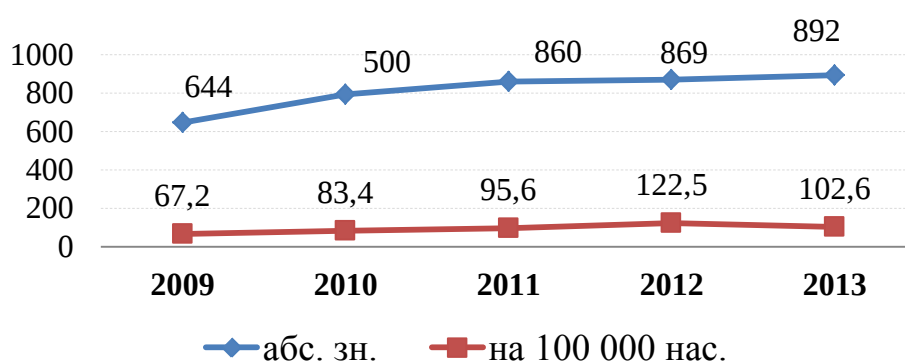


Рис. 30. Динамика обеспеченности высокотехнологичной медицинской помощью в федеральных медицинских учреждениях взрослого населения (%)

В структуре пролеченных взрослых в федеральных медицинских учреждениях наибольшую часть составляют пациенты по профилям: «травматология и ортопедия/1 (эндопротезы)» – (17,6%); «офтальмология» – (14,9%); «онкология» – (12,3%), «сердечно-сосудистая хирургия» (15,6%), «нейрохирургия» -9,9%, акушерство и гинекология (11,0%) (рис.6). Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения осуществляется за счет средств федерального бюджета РФ.

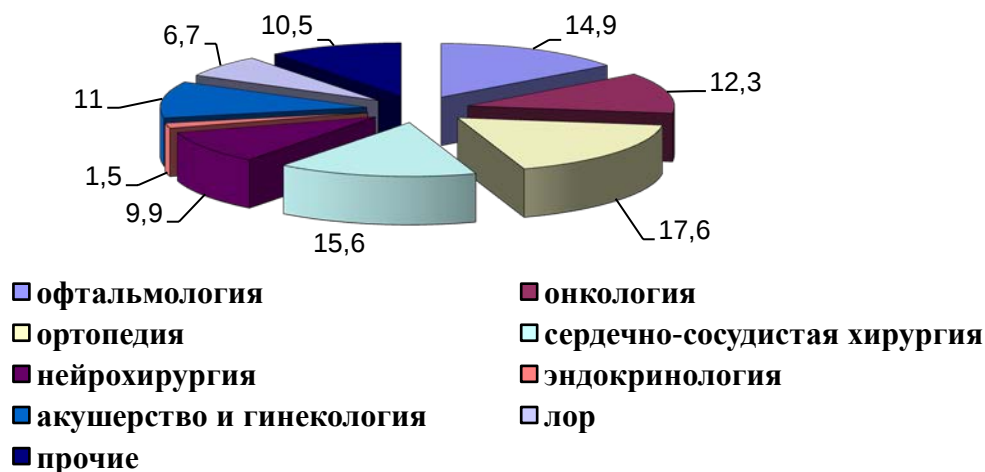


Рис. 31. Структура пролеченных больных в ФСМУ по профилю медицинской помощи в 2013 г. в части взрослого населения (%)

Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях РК на условиях софинансирования в государственных учреждениях здравоохранения РК (Соглашение № ВМП-СУ-6/13 «О предоставлении в 2013 г. субсидии из федерального бюджета бюджету РК на софинансирование расходных обязательств РК, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ» подписано 22 мая 2013 г.).

Государственным заданием на оказание в 2013 г. высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ определены плановые объемы ВМП в количестве 2485 квот следующим государственным учреждениям здравоохранения РК на условиях софинансирования за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК:

ГБУЗ РК «Кардиологический диспансер» – 1030;

ГБУЗ «Коми республиканский перинатальный центр» - 155;

ГБУЗ «Республиканская детская больница» - 395;

ГБУЗ «Коми республиканский онкологический центр» - 322;

ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» - 553.

ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» - 30.

Запланированные объемы выполнены в 100%.

По итогам 2013 г. в ГУ РК «Кардиологический диспансер» выполнено 1030 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 - 715 человек (69,4%), сельского – 315 человек (30,6%).

С 2013 г. «Коми республиканский онкологический центр» участвует в выполнении государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ государственными учреждениями здравоохранения РК на условиях софинансирования за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК по профилю «онкология». Пролечено в 2013 г. 322 пациента.

По итогам 2013 г. в ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» проведено 553 высокотехнологичных операций за счет средств федерального бюджета:

- по профилю «Акушерство и гинекология» - 105 чел.,
- по профилю «Нейрохирургия» - 58 чел.,
- по профилю «Офтальмология» - 20 чел.,
- по профилю «Торакальная хирургия» - 58 чел.,
- по профилю «Травматология и ортопедия/1 (Эндопротезы)» - 250 чел.,
- по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» - 6 чел.,
- по профилю «Абдоминальная хирургия» - 41 чел.

В составе пролеченных больных 100% жители РК; из них городского населения - 329 человек (70,6%), сельского – 137 человек (29,3%).

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».

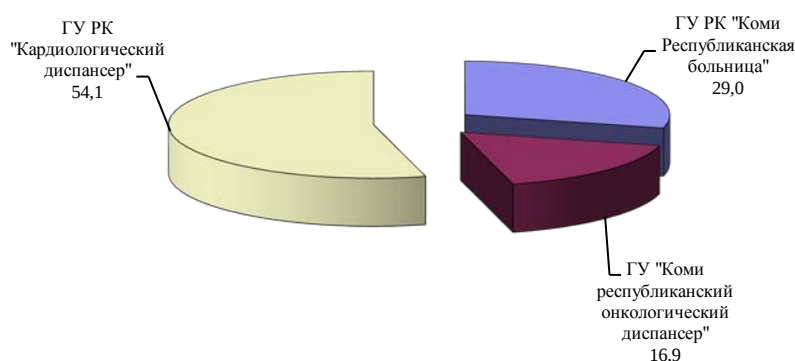


Рис. 32. Структура количества пролеченных взрослых пациентов в разрезе учреждений здравоохранения РК в 2013 г.

В 2012-2013 гг. 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.

Выводы

1. По сравнению с 2008 годом отмечается увеличение числа больных, направленных в федеральные медицинские учреждения, в 2,7 раза.
2. Обеспеченность всего населения РК высокотехнологичной медицинской помощью за 5 лет выросла и составила 435,9 на 100 000 населения.
3. Наиболее востребованными видами высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных специализированных медицинских учреждениях являются сердечно-сосудистая хирургия - 15,6%, эндопротезирование – 17,6%, офтальмология – 14,9%; онкология - 12,3%.
4. 65,0 % ВМП оказано на базе государственных учреждений здравоохранения РК.
5. Удовлетворенность населения высокотехнологичной медицинской помощью за 5 лет выросла и составила по итогам 2013 г. 76,0 %.

Задачи на 2013 год

1. В целях оптимизации оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи планируются разработка и внедрение в учреждениях здравоохранения маршрутизации пациентов при отборе на наиболее востребованные виды высокотехнологичной медицинской помощи.
2. Дальнейшее развитие технологий оказания высокотехнологичной медицинской помощи по основным направлениям: офтальмология, эндокринология (ГБУЗ РК «Коми республиканская больница»), ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный роддом» (акушерство и гинекология).

5.14.2. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи детям.

Благодаря активной работе, направленной на профилактику искусственного прерывания беременности, в РК наметилась тенденция к снижению показателя абортотв до 33,8 на 1000 женщин фертильного возраста в 2013 г. (показатель абортов в 2012 г. по РК составлял 34,4 на 1000 женщин фертильного возраста), но остается выше, чем по РФ (2012 год – 25,6 на 1000 женщин фертильного возраста).

В рамках исполнения порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденного приказом Минздрава РФ от 30.08.2012 г. № 107н ведется республиканский регистр бесплодных супру-

жеских пар, на 01.01.2014 г. на учете состоит 911 супружеских пар (на 01.01.2013 г. - 541 супружеская пара).

В республике проводятся мероприятия, направленные на совершенствование в РК высокотехнологичного метода лечения – экстракорпорального оплодотворения, в том числе за счет федерального и республиканского бюджетов, по системе ОМС: в 2013 г. проведено 432 циклов ЭКО на базе ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр» (2013 год - 352 циклов, 2012 год – 239, 2011 год – 200, 2010 год – 167, 2009 год - 156). Внедрен новый метод репродуктивных технологий (ИКСИ), применяемый при мужском бесплодии. 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.

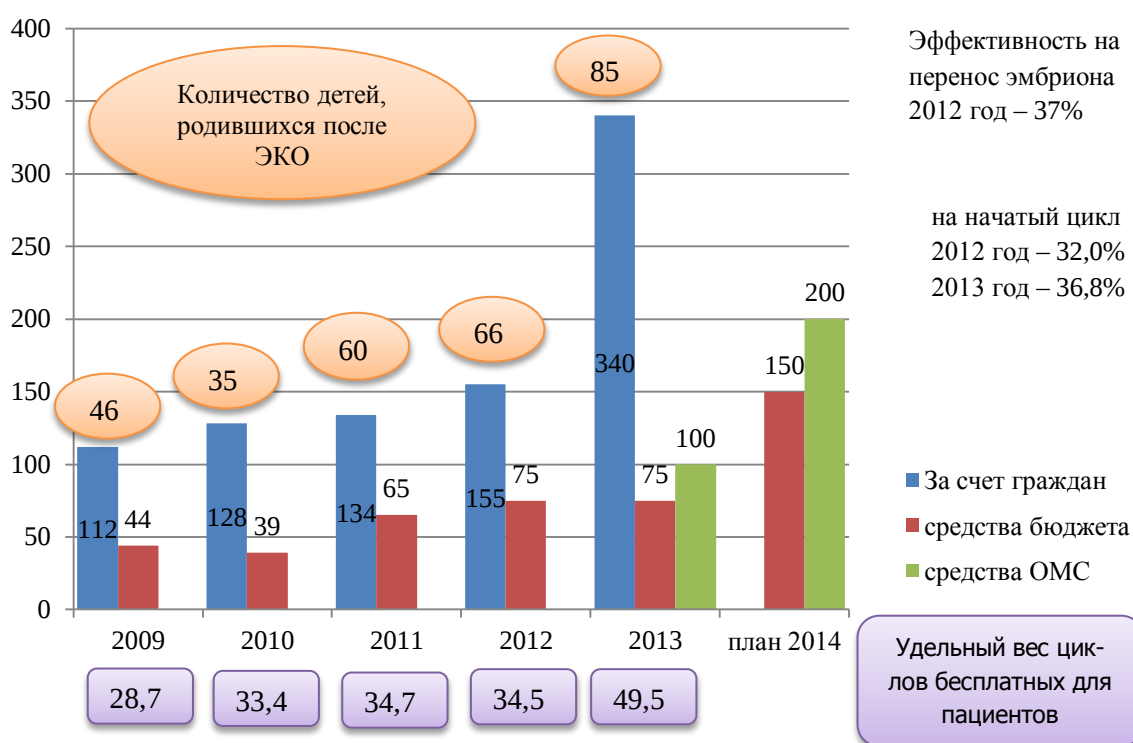


Рис. 33. Репродуктивные технологии

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. Ежегодное увеличение финансирования в федеральном бюджете высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного задания, позволяет увеличивать объемы оказания этой помощи детям не только за пределами республики, но и на базе республиканских ЛПУ (ГУ «Республиканская детская больница» и ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр», ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом»).

В ГБУЗ РК «Коми республиканский перинатальный центр» по профилю «неонатология» пролечено 80 новорожденных. В ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» по профилю «неонатология» пролечено 30 новорожденных. На базе ГУ РК «Рес-

публиканская детская больница» пролечено по профилю «ортопедия и травматология» 80, «неонатология» 60, «урология» 120, «нейрохирургия» 40, «онкология» 10, «педиатрия» 60, «ЧЛХ» 25 детей. Пролечено за пределами РК на федеральных базах 791 детей, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь получили 461 ребенок (2013 год – 571, 2012 год – 637 детей), а специализированную – 330 детей.

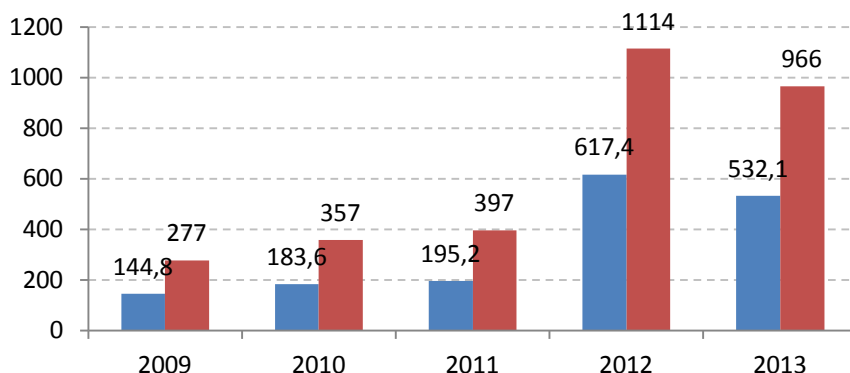


Рис. 34. Обеспеченность детского населения высокотехнологичной медицинской помощью (на 100 тысяч детского нас.)

В 2013 г. высокотехнологичную медицинскую помощь получил 176 ребенок-инвалид, из них 134 в федеральных медицинских организациях, 42 на базе ГУ «Республиканская детская больница» (в 2012 г. – 165 и 56 соответственно). По системе специализированной медицинской помощи в федеральных лечебных учреждениях пролечен 144 ребенка-инвалида (в 2012 – 141 ребенок, в 2011 г. – 126 детей, в 2010 г. – 109 детей).

5.14.2.1 Новые технологии, внедренные в 2014 г. в педиатрии:

Урология:

- Пневмозистоскопическая неимплантация мочеточника по Коэну;
- Пластика при эписпадии по Митчеллу;
- Введение в шейку мочевого пузыря ДАМ+, при недержании мочи у ребенка после травмы уретры;
- Использование пульс терапии циклофосфана и метипреда при гормонорезистентном нефротическом синдроме;
- Применение рациональной схемы гормонотерапии при гормоночувствительных формах нефротического синдрома;
- Уретропластика с использованием щечного лоскута по Брака;
- Лапароскопический уретеропиелоанастомоз при гидронефрозе удвоенной почки;
- Применение комбинированного лечения ингибиторами АПФ-1 и ангиотензин - 2 стойкой артериальной гипертензии у больных с гломерулонефритами и ГУС;
- Поднятие и фиксация эктопированного яичка в промежность;
- Пластика мошонки при тотальном поражении атеромами;
- Протезирование яичка, протезом фирмы Промедон.

Хирургия:

- Лапароскопическая брюшно - промежностная проктопластика при атрезии прямой кишки;
- Торакоскопическая пластика диафрагмы при врожденной диафрагмальной грыже;
- Применение лапароцентеза при лапароскопии у детей;
- Лапароскопическая биопсия печени.
- Травматология – ортопедия:

- Применение ксенокожи для закрытия ран у больных с ожогами;
- Применение препарата «Osteoset T» с целью замещения дефекта костной ткани при хроническом остеомиелите;
- Применение пластин для накостного остеосинтеза бедра;
- Применение пластины «LCP» при патологии кисти;
- Применение динамометрии для оценки эффективности проведенной реабилитации детей с повреждением верхних конечностей.

Онкология:

- Использование генно-инженерных препаратов для лечения больных с ЮРА при оказании высокотехнологичной медицинской помощи;
- Применение препарата «Энплейт» при лечении тромбоцитопенической пурпур;
- Внедрение терапии по протоколам ALL-BKN – 2004 для детей с синдромом Дауна;
- Начато обследование детей на аспергиллез.

Выхаживание недоношенных новорожденных:

- Применение ЭЭГ- видеомониторинга у новорожденных детей;
- Проведение УЗИ диагностики детям с ОНМТ и ЭНМТ;
- Более широкое использование ретинальной камеры у недоношенных детей;
- Внедрение технологии лазерокоагуляции сетчатки у детей с ретинопатией недоношенных;

Анестезиология – реанимация:

- Внедрение методик анестезии и аппаратной низкотоковой ИВЛ при лапароскопических вмешательствах у детей массой тела от 1500г;
- Расширение анестезиологического пособия при операциях у детей первого г. жизни;
- Электронная программа в отделении «Анестезиология - 2012»;
- Внедрение методик микроструйного введения местных анестетиков миорелаксантов, опиоидов;
- Внедрена методика ИВЛ с низкотоковой вентиляцией, с применением ингаляционного анестетика Севофлурана, у всех детей любой возрастной группы;

Клинико - диагностическая лаборатория:

- Определение осмолярности в биологических жидкостях;
- Определение СРБ количественно;
- Определение микроальбуминурии количественно;
- Определение трансферрина;
- Определение углеводов в кале;
- Определение фибринолитической активности сыворотки;
- Определение ферритина;
- Определение липазы в сыворотке крови;
- Определение антиконвульсантов в крови;
- Определение протромбина по Квику.

Лучевая диагностика:

- Расширение спектра исследований методом компьютерной томографии.

ФТО

- Комплекс упражнений по лечебной физкультуре для детей страдающих хроническими запорами;
- Комплекс упражнений по лечебной физкультуре для детей с различной патологией шейного отдела позвоночника;

- Расширение элементов массажа у детей с экстремально низкой массой тела;
- Внедрение методики воздействия волн КВЧ при патологии тазобедренного сустава;
- Рациональное использование реабилитационной кровати с псевдокипящим слоем «Сатурн-90» для детей с двигательными нарушениями;
- Магнитолазерная терапия при заболеваниях позвоночника;
- Использование элементов йоги при лечении детей с заболеваниями органов дыхания;
- Комплекс упражнений по лечебной физкультуре для детей страдающих энурезом.

5.15. Лекарственное обеспечение. Обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения при оказании бесплатной медицинской помощи населению в медицинских организациях осуществляется в системе обязательного медицинского страхования.

Для организации лекарственного обеспечения населения в рамках Программы государственных гарантий в конце 2012г. – начале 2013г. проведены совместные торги на поставку лекарственных препаратов, входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших препаратов. В течение 2013г. медицинские организации осуществляли закуп необходимых медикаментов самостоятельно.

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 2008г. полномочия в части лекарственного обеспечения федеральных льготников переданы субъектам РФ.

Для реализации таких полномочий в республике создана система льготного лекарственного обеспечения населения.

Определена схема взаимодействия участников реализации программы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан республики.

Ежегодно по результатам торгов определяется уполномоченная фармацевтическая организация, которая оказывает услуги по товаросопровождению. Данная организация имеет аптечные учреждения во всех муниципальных образованиях республики.

В РК повсеместно введена компьютерная система учёта выписки и отпуска льготных лекарственных препаратов, введена электронная выписка льготных рецептов с формированием штрих-кодов, что позволяет оперативно выписывать льготные рецепты и осуществлять по ним отпуск лекарственных препаратов в аптеках.

В постоянном режиме реализуется комплекс мероприятий по оперативному перераспределению лекарственных препаратов для вновь выявленных больных, при смене схем лечения, убытию больных в случаях смены постоянного места жительства.

Внедрена система мониторинга реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами.

Количество «федеральных льготников» в течение последних лет сохраняется примерно на одном уровне (на начало г.) с увеличением общего количества пациентов к концу г. за счёт определения группы инвалидности гражданам (на 01.01.2009г. – 37 483 человека, на 01.01.2010г. – 33 434 человека, на 01.01.2011г. – 34 433 человека; на 01.01.2012г. – 32 977 человека; на 01.01.2013г. - 32 294 человека; на 01.12.2013г. – 34 000 человек).

Динамика изменения количества, сохранивших за собой право на получение набора социальных услуг в части бесплатного лекарственного обеспечения согласно Федеральному закону от 17.07.1999г. № 178-ФЗ отражена на рисунке 35.

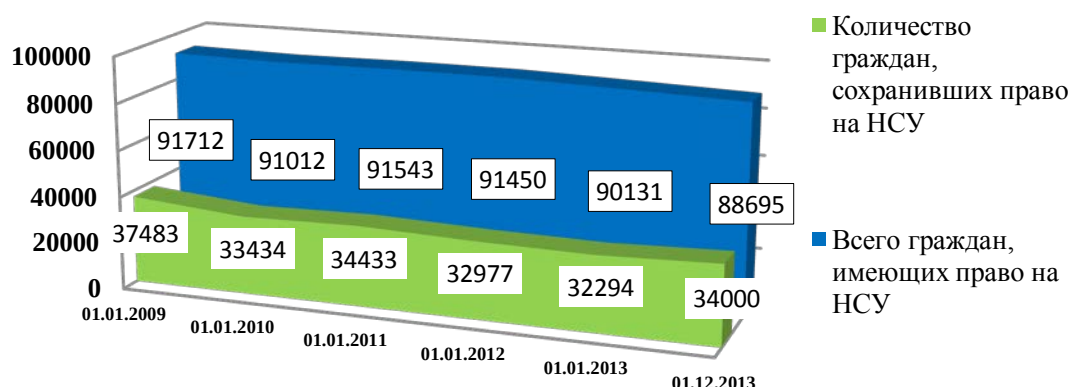


Рис. 35. Изменение количества граждан, сохранивших НСУ в части лекарственного обеспечения

Причины отказа от предоставления набора социальных услуг

- не востребованность набора социальных в части бесплатного лекарственного обеспечения услуг частью граждан;
- потребность в медикаментах ниже суммы денежной компенсации;
- возможность одновременного получения денежной компенсации при отказе от набора социальных услуг в рамках программы ОНЛС и необходимых лекарственных препаратов в рамках постановления Правительства РФ № 890.

В 2013г. более 23,3 тыс. человек обеспечены бесплатными медикаментами по 457,4 тыс. рецептам (2012 – обеспечено 28,5 тыс. человек по 416,6 тыс. рецептам; 2011 – обеспечено 23,0 тыс. человек по 569,0 тыс. рецептам; 2010 – 29,4 тыс. человек получили ЛП и ИМН по 566,3 тыс. рецептам).

В 2013г. льготные категории граждан обеспечены лекарственными препаратами на сумму 296 720,0 тыс. руб., средняя стоимость рецепта при этом составила 578 руб. (в 2012г. – сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 294 354,04 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 578 руб.; в 2011г. – сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 316 441,42 тыс. руб., средняя стоимость рецепта - 555 руб.; в 2010г. – сумма отпущенных препаратов составила 297 025,75 тыс. руб., средняя стоимость рецепта - 524,0 руб.; в 2009г. – сумма отпущенных препаратов составила 97 962,7 тыс. руб., средняя стоимость рецепта - 664,0 руб.).

Среднее количество обеспеченных рецептов на 1 обеспеченного льготника в год составило 20 (в 2012 г. – 20 рецептов, в 2011г. – 24 рецепта, в 2010г. - 19 рецептов, в 2009г. – 17,4).

Лекарственное обеспечение населения в рамках реализации региональной программы льготного лекарственного обеспечения. Финансирование программы осуществляется за счёт средств бюджета РК. Для реализации постановления Правительства РФ 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 2013г. из бюджета РК были выделены средства в размере 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 2009г. - 106 542,3 тыс. руб.).

В 2013г. более 35,8 тыс. человек обеспечено бесплатными медикаментами 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 2013г. льготные категории граждан обеспечены бесплатными медикаментами на сумму 343 361,21 тыс. руб., средняя стоимость рецепта при этом 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.; в 2009г. – на сумму 97 962,7 тыс. руб., средняя стоимость рецепта при этом составила 664 руб.).

Среднее количество обеспеченных рецептов на 1 обеспеченного льготника в год составило 7 (в 2012 г. – 6 рецептов, в 2011 г. – 5 рецептов; в 2010 г. – 5 рецептов; в 2009 г. – 9 рецептов).

Количество обеспеченных пациентов постоянно увеличивается, в том числе, за счёт пациентов, которые отказываются от права на бесплатное лекарственное обеспечение в рамках программы ОНЛС.

Финансирование региональной программы льготного лекарственного обеспечения в рамках постановления Правительства РФ № 890 в сравнении с федеральной программой ОНЛС представлено на рисунке 36.

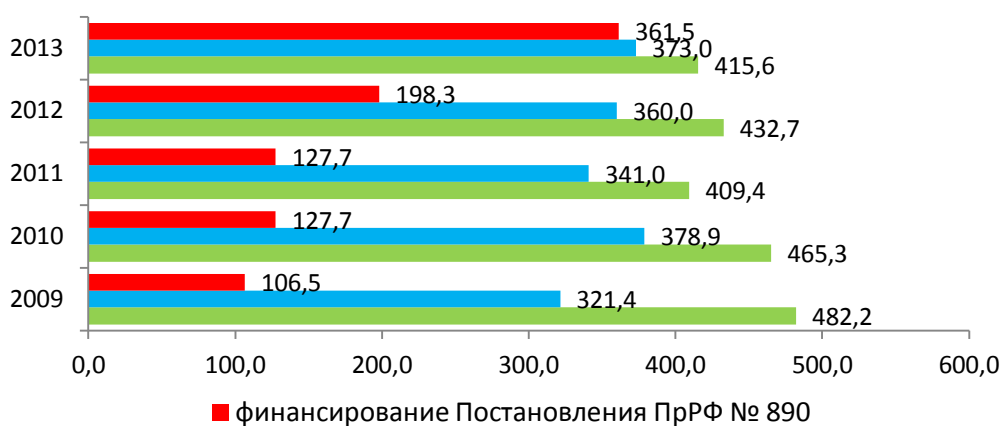


Рис.36. Финансирование региональной программы льготного лекарственного обеспечения в рамках постановления Правительства РФ № 890 в сравнении с программой ОНЛС

Реализация программы обеспечения пациентов, страдающих высокочастотными нозологиями (программа «7 нозологий»). Обеспечение граждан, страдающих заболеваниями, включенными в 7 «высокочастотных нозологий», осуществляется в рамках реализации постановления Правительства РФ 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».

Закуп дорогостоящих препаратов осуществляет Министерство здравоохранения РФ на средства федерального бюджета.

По состоянию на 31.12.2013г. в региональный сегмент Федерального регистра больных высокочастотными нозологиями включено 618 больных, в том числе больных гемофилией 62 человека, гипофизарным нанизмом 26 человек, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей 275 человек, муковисцидозом 21 человек, рассеянным склерозом 202 человека, после трансплантации органов и (или) тканей 32 человека.

За последние 5 лет рост количества пациентов, включённых в Федеральный регистр, составил 58,5 % (в 2009 г. - 390 человек).

Таблица 81.

**Количество больных в Федеральном Регистре, страдающих 7 нозологиями,
за 2009-2013 гг.**

годы	Бо- лезнь Гоше		Гемофи- лия		Гипофизар- ный нанизм		Онко гематология		Муковис- цидоз		Рассеянный склероз		Транс- план- тация		Всего	
	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%	чел	%
2009	0	0	52	0	11	0	152	0	14	0	143	0	18	0	390	0
2010	0	0	57	9,6	15	36,4	169	11,2	17	21,4	164	14,7	20	11,1	442	13,5
2011	0	0	58	1,7	17	13,3	217	28,4	17	0	174	6,1	24	20,0	507	14,7
2012	0	0	63	8,6	20	17,6	226	4,1	22	29,4	179	2,9	29	20,8	539	6,3
2013	0	0	62	-1,6	26	30,0	275	21,7	21	-4,6	202	12,8	32	10,3	618	14,7

Объёмы поставленных дорогостоящих препаратов составили в 2009 г. более 258,0 млн. руб., в 2013 г. - более 238,0 млн. руб., при этом количество препаратов, поставленных в Республику Коми в 2013г., значительно выше, чем в 2009г., что связано с уменьшением стоимости поставляемых в рамках исполнения федеральных контрактов лекарственных препаратов.

Положительным моментом является также тот факт, что заявки субъектов РФ 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 обеспечения больных по 7 «высокозатратным нозологиям». Так, в 2009г. лекарственными препаратами были обеспечены 271 человек, в 2013г. - 618 человек.

Снижение стоимости препаратов повлияло и на среднюю стоимость рецепта: в 2009г. она составляла 90,23 тыс. руб., в 2013г. – 60,46 тыс. руб. (рисунок 37).

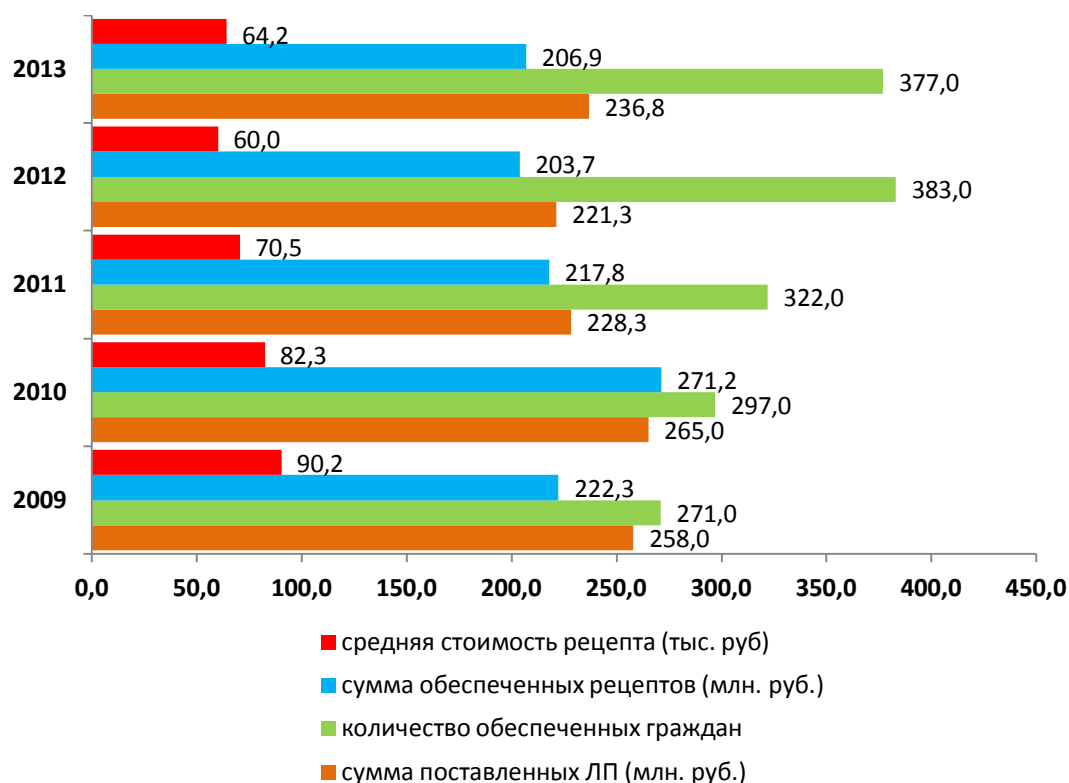


Рис. 37. Обеспечение пациентов в рамках программы ВЗН (7 нозологий)

Реализация программы обеспечения больных, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями. С принятием Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» полномочия по организации обеспечения пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) (далее – орфанные заболевания) заболеваниями переданы органам государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья.

Для реализации данных полномочий в настоящее время законодательно утверждены только перечень орфанных заболеваний (включает в себя 24 наименования) и порядок ведения федерального регистра лиц, страдающих данными заболеваниями.

В то же время отсутствуют утверждённые стандарты лечения, не утверждён перечень лекарственных препаратов для лечения таких заболеваний, не утверждён порядок обеспечения, в частности, финансовая составляющая процесса лекарственного обеспечения таких пациентов.

По состоянию на 31.12.2013г. в региональном сегменте Федерального регистра состоял 91 пациент, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, при этом медикаментозной терапии лекарственными препаратами, не входящими в льготные перечни, требуют более половины пациентов, в 2012 г. в региональном сегменте Федерального регистра состояло 62 пациента.

Для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями в 2013г. за счёт средств республиканского бюджета были закуплены 9 лекарственных препаратов и 8 видов специализированного лечебного питания на сумму более 114,41 млн. руб. (31,6% от общей суммы финансирования). Препаратами обеспечено 33 человека и 17 детей – специализированным лечебным питанием. Средняя стоимость упаковки в зависимости от препарата составляет от 6 000 до 315 000 руб.; стоимость упаковки питания составила от 0,5 тыс. руб. до 2,0 тыс. руб.

В 2012г. для закупа 8 лекарственных препаратов и 5 видов специализированного питания было затрачено более 86,2 млн. руб. средств республиканского бюджета РК (43,4% от общей суммы финансирования). Препаратами обеспечено 19 человек и 10 пациентов – специализированным питанием. Средняя стоимость упаковки в зависимости от препарата составляет от 6 000 до 315 000 руб.; стоимость упаковки питания составила от 0,5 тыс. руб. до 5,5 тыс. руб.

Для сравнения, в 2011г. для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями затрачено 51,9 млн. руб., закуплено 7 лекарственных препаратов и 2 вида специализированного питания (40,6% от общей суммы финансирования). Препаратами обеспечено 11 пациентов, питанием – 10 детей. Средняя стоимость упаковки в зависимости от препарата составила от 6,0 до 181,05 тыс. руб.; стоимость упаковки питания составила от 0,5 тыс. руб. до 1,0 тыс. руб.

Справочно: за 2011 – 2013 годы на закуп дорогостоящих препаратов для обеспечения 50 пациентов с орфанными заболеваниями затрачено более 252,58 млн. руб., что сопоставимо с годовым бюджетом, который предусматривается в бюджете РК на реализацию постановления Правительства РФ № 890 на год в целом для всех льготников.

Реализация переданных полномочий по обеспечению пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями в РК представлена на рисунке 38.

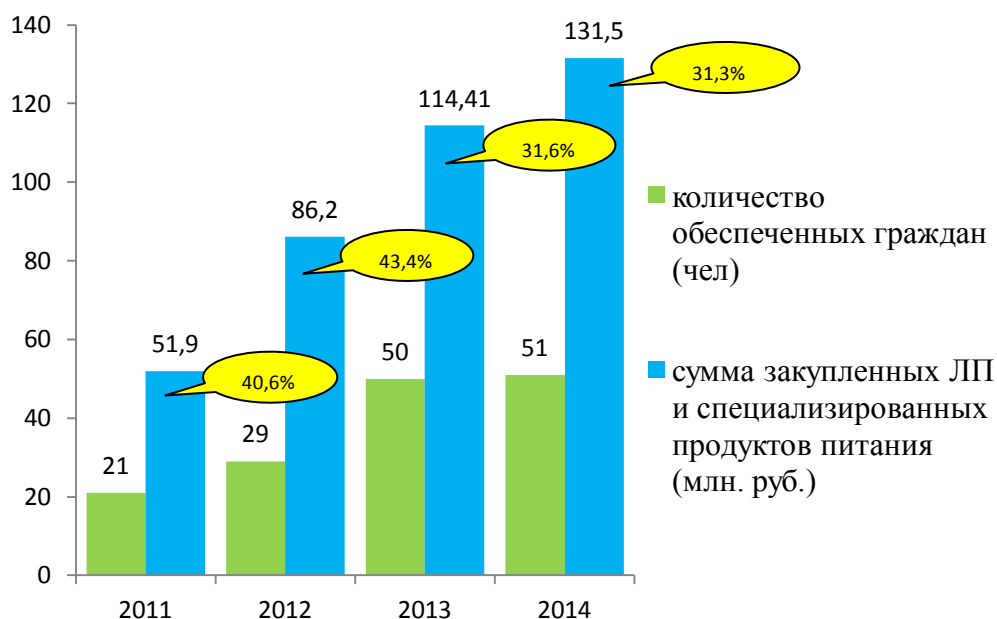


Рис. 38. Реализация переданных полномочий по обеспечению пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями

Обеспечение пациентов дорогостоящими лекарственными препаратами, не входящими в перечень лекарственных препаратов программы ОНЛС и «7 нозологий». Кроме полномочий по обеспечению лекарственными препаратами пациентов с орфанными заболеваниями Министерство здравоохранения РК осуществляет закуп дорогостоящих препаратов для обеспечения пациентов, требующих лечения дорогостоящими препаратами, не включёнными ни в перечень препаратов, которыми пациенты могут быть обеспечены в рамках программы ОНЛС, ни в перечень централизованно закупаемых лекарственных препаратов в рамках реализации программы «7 нозологий». Ежегодно количество таких пациентов и препаратов растёт.

В течение 2013г. за счёт средств республиканского бюджета закуплено 6 наименований дорогостоящих лекарственных препаратов на сумму более 15,3 млн. руб. Обеспечено 26 пациентов с эпилепсией, рассеянным склерозом, злокачественными новообразованиями кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей, после трансплантации органов и тканей. Средняя стоимость упаковки в зависимости от препарата составила от 5,0 до 513,0 тыс. руб.

В 2012г. на закуп 3 лекарственных препаратов было затрачено 3,8 млн. руб., обеспечено 14 человек. Средняя стоимость медикаментов составила от 5,0 до 170,0 тыс. руб.

2012 год – закуплено 3 ЛП на сумму 3,8 млн. руб., обеспечено 14 пациентов

2013 год – закуплено 6 ЛП на сумму 15,3 млн. руб., обеспечено 26 пациентов

Средняя стоимость упаковки препарата составляет 5,0 до 513,0 тыс. руб.!!!!

- Финголимод (ТН – Гиления) – рассеянный склероз
- Дазатиниб (ТН - Спрайсел) – злокачественные новообразования кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей
- Нилотиниб (ТН –Тасигна) – злокачественные новообразования кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей
- Леналидомид (ТН – Ревлимид) - злокачественные новообразования кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей
- Лакосамид (ТН – Вимпат) - эпилепсия

Такролимус пролонгированного действия (ТН – Адваграф) – состояния после трансплантации органов и (или) тканей

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. (2011 г. – 2 001,0 тыс. руб., в 2010 г. - 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.). В 2013 г. закуп лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в рамках реализации данного закона Министерством здравоохранения РК не производился.

В 2013г. категории граждан «Лица, проработавшие в тылу в тылу в период ВОВ не менее 6 месяцев, награждённые орденами и медалями СССР за самоотверженный труд в период ВОВ» и «Реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий» 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».

Результативность работы по обеспечению необходимыми лекарственными средствами. В течение последних лет отмечается положительная динамика лекарственного обеспечения льготных категорий граждан РК. Увеличивается объём отпущенных лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания, увеличивается количество обеспеченных рецептов на 1 льготополучателя.

ГЛАВА 6. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА

6.1. Гигиена водных объектов, водоснабжение и здоровье населения. В 2013 г. на территории РК эксплуатировалось 302 источника централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, из них поверхностных – 17, 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 2013 г. 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 РК (56,2 %): Княжпогостский и Усть-Вымский районы, города Усинск и Сосногорск.

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.

Доброкачественной питьевой водой в 2013 г. было обеспечено 43,8% населения РК или 385 643 человек, что выше уровня 2012 г. на 13,5%. Большая часть населения, обеспеченного доброкачественной питьевой водой (84,9 %), проживает в городских поселениях.

Доля водопроводов, не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям, в 2013 г. уменьшилась и составила 49,6 % (2012 г. – 55,2 %). Основными причинами несоответствия водопроводов санитарно-эпидемиологическим требованиям явились: отсутствие зон санитарной охраны (25,5%), отсутствие необходимого комплекса очистных сооружений (34,8%) и отсутствие обеззараживающих установок (15,9 %).

Качество воды нецентрализованных источников в 2013 г. несколько ухудшилось. Процент проб, не соответствующих гигиеническим требованиям по санитарно-химическим показателям, составил 59,8 % (в 2012 г. – 65,9% проб), по микробиологическим показателям отмечена тенденция к ухудшению- 31,1% (2012 г. 29,5 %)

В питьевой воде нецентрализованных источников водоснабжения регистрируются высокие показатели жесткости, содержания нитратов и аммиака.

К основным факторам, обуславливающим низкое качество воды нецентрализованных источников питьевого водоснабжения, следует отнести: неудовлетворительное санитарно-техническое состояние из-за несвоевременного проведения ремонта сруба, оснащения колодцев; слабая защищенность водоносных горизонтов от загрязнения поверхностными водами.

В 2013 г. на территории республики эксплуатировались 150 канализационных очистных сооружений. По санитарно-гигиенической характеристике 32 из них относятся к первой группе благополучия, 89 объектов ко второй группе, 29 объектов) - к третьей группе. Практически для всех выпусков сточных вод (98,0%) разработаны нормативы НДС, прошедшие экспертизу в органах Роспотребнадзора. Наиболее неблагоприятная ситуация с отводом и очисткой сточных вод сложилась в городах: Сыктывкар, Печора, Ухта, в районах - Корткеросском, Сыктывдинском, Койгородском, Прилузском, Усть-Вымском, Усть-Куломском. Значительный ущерб рекам наносится за счет неудовлетворительного технического состояния сооружений, износа оборудования, несоответствие схемы очистки составу поступающих

сточных вод, нарушение технологических режимов эксплуатации очистных сооружений, в т.ч. поступление в сети хозяйственно-бытовой канализации и на сооружения биологической очистки производственных сточных вод с высокими концентрациями взвешенных веществ, без предварительной локальной очистки, превышение концентраций загрязняющих веществ в сточных водах, поступающих на очистку, отсутствие сооружений по доочистке сточных вод, неравномерная подача сточных вод.

Для улучшения качества сбрасываемых сточных вод, снижения их влияния на водные объекты и уменьшения объема сброса необходимо строительство новых, реконструкция и расширение действующих очистных сооружений, строительство локальных очистных сооружений, блоков доочистки, а также ввод в эксплуатацию систем оборотного и повторного водоснабжения, которые заложены в долгосрочную республиканскую программу «Чистая вода».

Учитывая важность проблемы санитарно-эпидемиологического благополучия населения в период летного сезона, структурными подразделениями Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по РК проводится сбор и анализ данных полученных из различных источников, по качеству воды водных объектов, данных, необходимых для оперативного реагирования в случае возникновения чрезвычайных ситуаций. Информация о состоянии мест массового отдыха населения, а также о качестве воды водоёмов в местах купания, регулярно доводится до сведения населения через средства массовой информации.

6.2. Гигиена воздушной среды населенных мест. 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 2013 г. в ходе осуществления социально-гигиенического мониторинга было отобрано и исследовано 1790 проб (в 2011 г. – 1984 пробы, в 2012 г. – 2091 проба) атмосферного воздуха в черте населенных мест, в 16 пробах выявлено превышение нормативных величин установленных ПДК по загрязняющим веществам.

Таблица 1.

**Результаты лабораторного контроля атмосферного воздуха по РК
за 2011-2013 гг**

год	исследовано проб	с превышением ПДК	%	% РФ
2011	1984	7	0,35	1,5
2012	2091	14	0,67	1,33
2013	1790	16	0,89	н/д

В 2013 г., в сравнении с 2012 годом, произошло увеличение числа проб атмосферного воздуха, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию оксида углерода 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 2011—2013 гг. проживало до 459 тысяч человек.

Таблица 2.

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

территория	количество населения (%)
Сыктывкар	77,5
Воркута	52,2
Сосногорск	50,1
Ухта	84,3
Усть-Вымский район	28,8

К территориям «риска» по загрязнению 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 данных административных территориях статистические данные о загрязнении атмосферного воздуха коррелируют с показателями заболеваемости населения.

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.

6.3. Гигиеническая оценка состояния почвы и благоустройства населенных мест.

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 2013 г. исследовано 544 образца по санитарно-химическим показателям, 932 - по микробиологическим показателям, 889 - по паразитологическим показателям.

Оценка уровня химического загрязнения почв как индикатора неблагоприятного воздействия на здоровье населения проведена по загрязнению почвы тяжелыми металлами. Результаты анализа свидетельствуют, что в 2013 г. превышений по содержанию тяжелых металлов не выявлено, за исключением территорий городов Сыктывкар и Ухта, а так же Сысольского района.

Мониторинг микробиологического загрязнения почвы выявил наличие патогенных микроорганизмов в почве на территории 16 районов региона из 20-ти. Отсутствовало микробное загрязнение почвы в мониторинговых точках городов Инта, Усинск, Вуктыл и в Усть-Цилемском районе.

В 2013 г. на 10 территориях республики из 20-ти выявлено несоответствие гигиеническим нормативам по паразитологическим показателям.

По результатам мониторинга состояния почвы можно сделать вывод, что химическая нагрузка на состояние здоровья населения республики влияет в меньшей степени, чем биологическая. Территориями «риска» в 2013 г. являются: города Сыктывкар, Печора, Ухта и Сыктывдинский, Корткеросский, Койгородский, Усть-Вымский, Прилузский районы.

Проведенный анализ санитарного состояния почвы жилых территорий населенных мест показал, что удельный вес неудовлетворительных проб почв по микробиологическим показателям в 2013 г. составил 13,3%, (в 2012г- 12,1 % ,в 2011 г. – 17,7 %). Снизился удельный вес неудовлетворительных проб почв по паразитологическим показателям, который в 2013 г. составил 3,8% (в 2012г- 4,6 % ,2011 год – 6,4 %).

Причиной высокого удельного веса проб почв является несовершенная очистка населенных мест, отсутствие системы управления потоками твердых бытовых отходов, отсутствие мощностей по сортировке, переработке и уничтожению мусора и отходов, слабая материально-техническая база объектов жилищно-коммунального хозяйства, обеспечивающая санитарную очистку населенных мест, наличие несанкционированных свалок на территории городов и населенных пунктов,

По результатам проведенных проверок в истекшем году выявлено 166 факта нарушения санитарно-эпидемиологических требований к почвам, содержанию территорий городских и сельских поселений, промышленных площадок, и 360 фактов нарушения санитарно-эпидемиологических требований к сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке, хранению и захоронению отходов производства и потребления по каждому из которых были применены меры административного воздействия.

На сегодняшний день в регионе утверждена и реализуется долгосрочная республиканская целевая программа «Обращение с отходами производства и потребления в РК (2012-2016 годы)», которая направлена на принципиальное изменение ситуации в области обращения с отходами производства и потребления в регионе, в первую очередь за счет приведении в нормативное состояние существующих объектов размещения отходов. Кроме того положения программы предполагают содействие строительству новых объектов размещения отходов; ликвидацию и рекультивацию объектов размещения отходов; содействие внедрению новых технологий сбора, переработки и обезвреживания отходов в т.ч. созданию систем по раздельному сбору отходов.

6.4. Гигиеническая оценка физических факторов среды обитания человека. В 2013 г. в РК, отмечено увеличение общего числа исследований физических факторов неионизирующей природы, по сравнению с 2012годом.

За последние три года наблюдается тенденция к снижению удельного веса исследований физических факторов, не отвечающих гигиеническим нормативам: по шуму (с 37,8% в 2010 г., до 19,1% в 2013 г.); по уровню вибрации (с 43,7% в 2010 г., до 20,0% в 2013 г.), по ЭМП (с 28,3% в 2010 г., до 1,9% в 2013 г.),

При этом каждое 5-е обследованное рабочее место не соответствует гигиеническим нормативам по шуму и вибрации; 3-е - по параметрам микроклимата и освещенности рабочих мест.

Контроль за электромагнитной обстановкой на территории РК, кроме того, обеспечивается путем проведения лабораторно-инструментальных измерений за вновь вводимыми и существующими радиотехническими объектами (334 исследования в 2012 г., 552 исследования в 2013 г.).

В 2013 г. 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.

Результаты инструментальных измерений уровней электромагнитных излучений за период 2011-2013 гг. свидетельствуют о стабильной благоприятной ситуации в РК.

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 2013 год снизился, но остается на высоком уровне 16,1% (в 2012 г. он составлял 17,4 %; в 2011 г. он составлял 38,8% от проведенных измерений, в 2010 – 40,6%).

Основными источниками шума является инженерно-технологическое оборудование, обеспечивающее функционирование жилых и общественных зданий, встроенных и пристроенных к жилым домам.

6.5. Безопасность условий труда и состояние здоровья работающих. Вопросы сохранения здоровья работающего населения одно из основных направлений в области трудовых отношений, охраны труда и обеспечения работодателем здоровых и безопасных условий труда, профилактики профессиональных заболеваний.

В 2013 г. проведено обследований 338 промышленных объектов, в том числе 311 при проведении плановых мероприятий по контролю. С учетом данных производственного контроля, сохранился высокий объем лабораторных исследований и положительная тенденция роста удельного веса промышленных предприятий, обследованных с применением лабораторных и инструментальных методов исследований, который составил 66,8 % в 2013 г. (в 2012 г. -76%).

Значительное количество работников было занято на работах с использованием оборудования, не отвечающего требованиям безопасности.

Основной причиной высокого уровня шума, вибрации на рабочих местах является несовершенство технологических процессов, конструктивные недостатки машин, механизмов, оборудования, приспособлений и инструментов, несвоевременная замена изношенного производственного оборудования и несвоевременное проведение планово-предупредительных ремонтов. Продукция машиностроения и приборостроения производственного назначения, производимая в других регионах России, зачастую поставляется без санитарно-эпидемиологического заключения. На предприятиях отмечается высокий износ основных фондов, машин и оборудования.

Доля работающих женщин остается стабильно высокой и составляет 40% от общего числа работающих. Наибольшее количество женщин в условиях воздействия вредных производственных факторов работает в угольной отрасли, в жилищно-коммунальном хозяйстве, деревообрабатывающей, лесозаготовительной, нефтедобывающей отраслях, электроэнергетике, газовой отрасли, сельском хозяйстве.

По состоянию на 1 января 2013 г. в РК насчитывается 58 организаций, которыми оформлены и согласованы санитарно-гигиенические паспорта. Канцерогеноопасными в них признаны отдельные подразделения (цеха, рабочие места). В контакте с канцерогенами работает 3164 человек. В ведущих отраслях промышленности РК, угольной, нефтяной, лесной сконцентрировано наибольшее количество производств и рабочих мест, потенциально опасных в плане воздействия канцерогенных производственных факторов.

В оценки деятельности Управления одним из индикаторных показателей деятельности является меры направленные на совершенствование организации и проведения медицинских осмотров работающих. В 2013 г. удельный вес охвата периодическими профилактическими медицинскими осмотрами, работающих во вредных и неблагоприятных условиях труда составил 98,6 % (2012-98%; 2011г. – 96,7%).

6.6. Профессиональные заболевания. Уровень профессиональной заболеваемости в РК остается значительным и не имеет тенденции к снижению. РК является промышленным регионом с наличием приоритетных, в гигиеническом плане, отраслей промышленности: добыча полезных ископаемых; добыча топливно-энергетических полезных ископаемых; целлюлозно-бумажное производство; производство и распределение электроэнергии, газа и воды; строительство; транспорт и связь.

Наибольшее количество профзаболеваний зарегистрировано в 2013 г. на предприятиях угольной отрасли г. Воркута и г. Инта. На долю этих предприятий приходится 81% от всех впервые выявленных случаев профессиональных заболеваний.

В 2013 г. в РК зарегистрировано 401 случай хронических профессиональных заболеваний (в 2012 г. - 271, в 2011 г. – 336). Острые профессиональные заболевания (отравления) не регистрировались. Случаев со смертельным исходом не зарегистрировано.

Таблица 3.

Число профессиональных заболеваний (отравлений) по административным территориям РК (абсолютное число)

административные территории	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
города									
Сыктывкар	7	7	13	3	3	9	19	30	15
Воркута	188	151	117	167	228	239	231	178	249
Инта	106	128	209	146	63	44	57	46	108
Ухта	7	24	8	6	6	19	25	15	20
Печора	4	5	3	1	4	2	2	-	1
Усинск	-	3	1	2	2	4	2	1	5
Вуктыл	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Сосногорск	1	1	-	-	-	-	-	1	-
районы									
Прилузский	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Койгородский	-	3	2	-	-	-	-	-	-
Усть-Куломский	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Сысольский	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Усть-Вымский	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Княжпогостский	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Удорский	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Троицко-Печорский	-	-	-	-	-	-	-	-	-
РК	317	326	355	325	306	320	336	271	401

Неудовлетворительное состояние условий труда, длительное воздействие вредных производственных факторов на организм работающих, явилось основной причиной формирования у работающих профессиональной патологии.

Наиболее высокий уровень профессиональной заболеваемости продолжает регистрироваться на предприятиях по добыче полезных и топливно-энергетических полезных ископаемых. В 2013 г. в данных отраслях зарегистрировано 374 случая хронических профессиональных заболеваний или 93,3% (в 2012 г.- 233 или 85,9%).

В 2013 г. удельный вес профессиональных заболеваний, выявленных при периодических медицинских осмотрах работников, составил 72,82 % (в 2012 г.- 71,59 %). В городах – Воркута и Инта выявлено соответственно 57,83 % и 100 % случаев профзаболеваний в ходе целевых медицинских осмотрах.

В 2013 г. 84,54 % (в 2012г.- 83,76 %) случаев профессиональной патологии установлено профцентрами, действующими в Республике. Удельный вес профессиональных заболе-

ваний, установленных в научно-исследовательских институтах за пределами РК составил 14,71 % (в 2012г. - 16,24 %).

Структура профессиональных заболеваний существенно не меняется. В структуре нозологических форм хронических профессиональных заболеваний в 2013 г. преобладали заболевания, связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем - 40,1 %.

В 2013 г. продолжила работу Клинико-экспертная комиссия при ГАУЗ «Консультативно-диагностический центр» Центр профпатологии для решения сложных и конфликтных вопросов и направления пациентов в сложных и конфликтных случаях в ФГУН СЗНЦ гигиены и общественного здоровья (окружной центр профпатологии г.Санкт-Петербург).

Наибольшее число хронических профессиональных заболеваний регистрировалось среди работников угольной отрасли предприятий гг. Воркуты и Инты (78,5 %). Так же зарегистрированы случаи среди работающих в гг. Ухте (27 сл); Сыктывкаре (26 сл.); Усинске (3сл.); Княжпогостском районе (2 сл.); и в г. Печоре (1 сл.). Положительным моментом является выявление 73% заболеваний в ходе целевых медицинских осмотров.

6.7. Гигиеническая оценка радиологической безопасности населения. На территории РК 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 РК, по сравнению с предыдущими годами, не изменилась и остается в целом удовлетворительной. Радиационный фактор не является ведущим фактором вредного воздействия на здоровье населения республики.

В 2013 г. в ходе госсанэпиднадзора и социально-гигиенического мониторинга была продолжена работа по учету доз облучения в рамках участия в реализации Единой государственной системы контроля и учета индивидуальных доз облучения граждан Российской Федерации (ЕГСР).

В структуре коллективных доз облучения ведущее место занимают медицинские и природные источники.

Оценка радиационной обстановки в РК в 2013 г. осуществлялась в пунктах стационарной государственной наблюдательной сети Коми ЦГМС и в ходе государственного санитарно-эпидемиологического надзора Управлением Роспотребнадзора по РК, его территориальными отделами. В течение ряда лет радиационный фон на территории РК остается стабильным и составляет по итогам 2013 г. 0,12 мкЗв/ час. В динамике за три года плотность загрязнения почвы радионуклидами практически не менялась. Максимальное значение плотности загрязнения почвы составило: 0,910 кБк/м² – цезий-137 и 0,820 кБк/м² – стронций-90. 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. Содержание радионуклидов в пищевых продуктах во всех исследованных пробах не превышало нормативных значений. Ведущим фактором облучения населения РК являются природные источники, и вклад в среднем составляет 78,02 % от коллективной дозы облучения (в 2011 г. -75,33%, в 2010 г. – 75,97%). Средняя годовая эффективная доза природного облучения жителей РК за 2012 год составила 2,44 мЗв/год (в 2011г. – 2,21 мЗв/год, в 2010г. – 2,48 мЗв/год).

Медицинское облучение населения (пациентов) занимает второе место после облучения природными источниками.

Таблица 4.

**Вклад в годовую эффективную коллективную дозу облучения
за счет медицинского облучения, %**

год	РК	Российская Федерация
2012	21,74	14,52
2011	24,43	15,53
2010	23,8	15,18

Таблица 5.

Средняя эффективная доза за процедуру по видам исследований, мЗв/процедура

виды процедур	2010 средн.РК/средн.РФ	2011 средн.РК/средн.РФ	2012 средн.РК/средн.РФ
Флюорографические	0,16/ 0,16	0,14/0,15	0,09/0,13
Рентгенографические	0,18/ 0,20	0,19/0,19	0,25/0,19
Рентгеноскопические	3,31/ 5,19	4,67/4,78	3,76/4,68
Компьютерная томография	4,11/ 4,84	4,21/4,83	4,11/4,97
Прочие	6,71/ 7,05	6,81/ 6,17	9,03/6,11
Средняя эффективная доза за процедуру	0,33/ 0,35	0,34/0,35	0,29/0,33

Годовые дозы облучения персонала не превышают 20 мЗв/год, что соответствует установленным пределам доз.

6.8. Питание и здоровье населения. Важнейшим условием поддержания здоровья, высокого уровня работоспособности и выносливости человека, сохранения генофонда является полноценное и правильное питание, которое должно обеспечивать снабжение организма человека жизненно необходимыми веществами: белками, жирами и углеводами в определенной пропорции, пищевыми волокнами, микроэлементами и витаминами.

Отклонения в питании практически всех групп населения крайне отрицательно сказываются на состоянии здоровья – сокращается средняя продолжительность жизни, снижается уровень иммунологической защищенности и производительность труда, нарушается рост и нормальное развитие детей. Анализ состояния питания населения в РК показывает, что структура и качество питания продолжают ухудшаться. В сравнении с медицинскими рекомендациями, отмечается дефицит витаминов и микроэлементов по всем видам продуктов. Калорийность суточных рационов достигается за счет замещения белкового компонента питания липидно – углеводным. Особенно неблагоприятно это явление отражается на состоянии здоровья и уровне физического развития детей и малообеспеченных слоев населения.

Алиментарный дисбаланс оказывает существенное влияние на распространенность хронических заболеваний и снижение резистентности к острым заболеваниям. Выявляемые нарушения питания в значительной степени определяют показатели здоровья населения республики. Отмечается тенденция к росту первичной заболеваемости населения РК болезнями эндокринной системы. Остаётся стабильно высоким уровень заболеваемости анемиями, болезнями органов пищеварения, в частности гастритами и дуоденитами, ожирением. Большой удельный вес в структуре питания населения жиров и легко усваиваемых углеводов приводит к увеличению числа лиц, страдающих излишним весом и ожирением. Избыточный вес и

ожирение в числе прочих рисков являются причиной развития сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных заболеваний, болезней органов пищеварения.

РК относится к числу эндемичных территорий по йоду с высоким риском развития заболеваний, напрямую связанных с дефицитом йода в окружающей среде. Актуальной для нашего региона является и проблема дефицита железа. Дефицит железа, наиболее часто встречающийся у детей и беременных женщин, является причиной широкого распространения скрытых и явных форм железодефицитной анемии, о чем свидетельствуют показатели общей заболеваемости населения анемиями.

В связи с тем, что РК находится на севере Европейской части России, негативные тенденции в питании также усугубляются неблагоприятным воздействием факторов окружающей среды. Проблема недостаточного потребления основных групп пищевых продуктов, связана еще и с тем, что только около 30% мясной, 40% молочной продукции производится в республике, а остальные поставки осуществляются из других регионов России и за счет импорта. Наиболее сложная ситуация складывается с обеспечением продуктами питания отдаленных населенных пунктов, где предприятия торговли закрыты ввиду их нерентабельности, а завоз продуктов, в т.ч. хлеба, осуществляется 1-2 раза в неделю автолавками.

В двенадцати административных территориях Главами муниципальных образований утверждены мероприятия по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа, йода, витаминов и других микронутриентов в структуре питания населения. Главной проблемой является то, что средства на реализацию программ по вопросам рационального питания населения не выделяются; дотации для обязательного включения в рацион продуктов, обогащенных микронутриентами, для образовательных, лечебно-профилактических учреждений, учреждений социальной сферы не предусматриваются.

В РК реализуются долгосрочные целевые республиканские программы «Модернизация дошкольного образования в РК» (2012-2015 годы), «Модернизация общего образования в РК» (2011-2015 годы), включающие разделы по улучшению питания детей и подростков, в том числе путём обязательного использования обогащенных витаминами и микроэлементами хлеба и хлебобулочных изделий.

В настоящее время 20 региональных предприятий пищевой промышленности выпускают массовые продукты питания с повышенной биологической ценностью, обогащенные витаминами и микроэлементами: хлеб и хлебобулочные изделия, молочные продукты, яйцо.

6.9. Контроль безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов.

Продукты питания являются потенциальными носителями загрязнителей химической природы. Показатели состояния окружающей среды свидетельствуют о том, что уровни загрязнения среды обитания человека достаточно велики, что сказывается на контаминации пищевого сырья, продуктов питания, кормов различными ксенобиотиками и микробиологическими агентами, в результате чего они становятся для человека потенциальными источниками опасных веществ, в том числе биологической природы. Выпуск качественных, безопасных продуктов питания, оптимальная работа объектов пищевой промышленности главным образом направлена на предупреждение инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний, связанных с питанием.

В 2013 г. в рамках надзора за санитарной ситуацией в области химической безопасности и качества продовольственного сырья и пищевых продуктов лабораториями ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РК» было исследовано 818 пробы (в 2012г - 1543 пробы). Лабораторный контроль осуществлялся по всему спектру значимых антропогенных загрязнителей химической природы, характеризующихся негативным влиянием на здоровье человека.

В 2013 г. удельный вес неудовлетворительных проб по санитарно-химическим показателям по РК составил 0 % (в 2012г – 2,5%, в 2011г – 1,2%, в 2010г – 2,4%, по РФ за 2012г. – 2,77%).

Число исследованных проб на физико-химические показатели (массовая доля белка, жира, влаги, поваренной соли, нитрит натрия и т.п.) за 2013г составило – 673, из них не отвечают гигиеническим нормативам 51, что составило 7,5% (2012г – 5,3%, 2011г – 1,98%; по РФ за 2011г – 3,53%).

Одной из важнейших проблем гигиены питания является загрязнение пищевых продуктов микроорганизмами. Удельный вес нестандартных проб по микробиологическим показателям в 2013 г. увеличился и составил в целом по республике 7,1% (в 2012г – 6,1%, в 2011г. – 6,7%, по РФ за 2012г – 4,75%). Удельный вес неудовлетворительных проб по микробиологическим показателям импортируемой продукции составил 12,1 % (в 2012г – 6,8%, в 2011г – 14,7%, по РФ за 2012г – 3,18%). Весь объем нестандартной продукции, поступающей из-за рубежа, в 2013 г. составили группы: «кондитерские изделия», «плоды и ягоды», «мясо и мясные продукты».

В структуре исследованных образцов продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям, первое место занимает группа «рыба, рыбные продукты и др. гидробионты» - 25,0% (в 2012г – 23,1%), второе место «БАД» - 19,4% (в 2012г – 12,9%), «птица и продукты их переработки» – 17,4% (в 2012г – 9,2%), безалкогольные напитки – 15,1% (в 2012г – 12,8%). Также высокое место в списке потенциально опасной продукции заняли группы «кондитерские изделия» - 10,8%, «птица и птицеводческие продукты» – 9,2%.

Наиболее высокий удельный вес проб продовольственного сырья и пищевых продуктов, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, отмечается в городах Печора (11,6%), Ухта (8,7%), в Койгородском (9,7%) и Сыктывдинском (8,8%) районах.

Особое место при проведении исследований по микробиологическим показателям занимают исследования на патогенные микроорганизмы, в том числе сальмонеллы, так как их обнаружение свидетельствует о высокой потенциальной возможности возникновения инфекционных заболеваний среди населения.

В 2013г. в ходе государственного санитарно-эпидемиологического надзора на патогенную микрофлору было исследовано 5560 проб пищевых продуктов (в 2012г – 5209 проб). Наличие патогенной микрофлоры, в том числе возбудителей сальмонеллеза, установлено в 0,5% (в 2012г – 0,23%, в 2011г – 0,12%, 2010г – 0,4%) исследованных проб. Наибольший удельный вес проб, содержащих патогенную микрофлору, приходится на птицу и птицеводческие продукты – 9,0 % (в 2012г – 3,8%, в 2011г – 1,9%, в 2010г – 4,8 %) от числа исследованных проб птице продукции на патогенную микрофлору и на кондитерские изделия – 2,8%.

Проведено также 76 исследований на наличие остаточных количеств антибиотиков в мясе, птице, молоке и молочных продуктах. Превышение нормированных уровней остаточных количеств антибиотиков не обнаружено. Управлением Роспотребнадзора по РК проводится мониторинг за оборотом на территории региона пищевых продуктов и сырья, содержащих компоненты ГМО, расширяется спектр лабораторных исследований. Анализируется сопроводительная документация, исследуются образцы продукции, поступающей на продовольственный рынок.

В 2013 г. Централизованной микробиологической лабораторией ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РК» на наличие компонентов ГМО было исследовано 44 образца продовольственного сырья и пищевых продуктов (в 2012 г. - 53 образца), в том числе 4 образца импортной продукции. Наличие компонентов ГМО в количестве более 0,9% без декларации о наличии ГМО на потребительской упаковке не было выявлено (по РФ за 2012г – 0,08%).

6.10. Пищевые отравления. Одним из объективных признаков, характеризующих напряженность санитарно-эпидемиологической обстановки, является ситуация с пищевыми отравлениями.

В 2013 г. в РК не регистрировалось случаев массовых пищевых отравлений, связанных с продукцией предприятий общественного питания, торговли, пищевой и перерабатывающей промышленности. Зарегистрирован 1 случай ботулизма в быту в г. Инте РК; число пострадавших 4 человека, летальных исходов не было.

С профилактической целью в регионе организована и проводится санитарно-просветительная работа по профилактике пищевых отравлений, в том числе ботулизма, которые усиливаются в опасный весенне-летний период и в сезон сбора грибов.

6.11. Гигиена воспитания, обучения и здоровье детского населения. 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.

Под надзором специалистов Управления в 2013 г. находилось 1830 детских и подростковых учреждений (в 2012 г. - 1741). В сравнении с 2012 годом отмечается увеличение общего количества объектов, в основном за счет оздоровительных учреждений, которые функционировали в период каникул 2013 г. Отмечается снижение количества детских дошкольных учреждений - в 2013 г. их количество составило 444 (в 2012 г. - 462) за счет реорганизации в т.ч. присоединения к общеобразовательным учреждениям) и закрытия учреждений в сельских районах в связи с низкой наполняемостью.

Ранжирование учреждений для детей и подростков в соответствии с санитарно-гигиенической характеристикой показывает, что число учреждений III (наиболее неблагоприятной) группы снижается в результате перевода учреждений из ветхих зданий в новые, и проведения капитальных ремонтов. Эта тенденция наиболее заметна на примере анализа санитарно-эпидемиологического благополучия дошкольных образовательных учреждений, где число учреждений, отнесенных к III группе, сократилось с 264 в 2005 г. до 30 в 2013 г.. Наибольшее количество учреждений III группы продолжает оставаться в г. Сосногорске – из 113 учреждений отнесены к 3 группе 7 учреждений что составляет 6,2%, в Корткеросском районе из 70 учреждений - 4 (5,7%) и в Княжпогостском районе из 60 учреждений - 6 (10 %.)

В разрезе типов образовательных учреждений наибольшая доля объектов, отнесенных к 3-й группе, приходится на общеобразовательные школы – 3,6 % (2012 год – 7,16 %).

В 2013 г. проведены существенные мероприятия, направленные на принципиальное улучшение санитарно-технического состояния учреждений для детей и подростков, в первую очередь общеобразовательных учреждений.

В соответствии с долгосрочной Республиканской целевой программой «Модернизация общего образования в РК (2012 – 2015 годы)» вновь построены и введены в течение учебного 2012-2013 г. шесть образовательных учреждений.

Острой проблемой на территории РК по-прежнему остается обеспечение всех детей дошкольного возраста местами в дошкольных организациях. В 2013 г., в целом по региону очередь на устройство ребенка в детский сад составляет 12277 детей, в т.ч. детей от 0 до 3 лет- 12235 детей, от 3 до 7 лет -42 ребенка.

Проблема дефицита мест в дошкольных учреждениях решена в городах Воркута, Печора, Усинск, Вуктыл, Инта, Ухта, а также в Сосногорском, Сысольском, Усть-Вымском, Княжпогостском районах.

Проблемными, с гигиенической точки зрения, являются школы, работающие в двухсменном режиме (все действуют в городах), с числом учащихся – 7350 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 2013 г., остаются не канализованными 68 дошкольных образовательных учреждений и 89 школ; не обеспечены централизованным водоснабжением 54 дошкольных учреждения и 58 школ, эксплуатируется с печным отоплением 22 дошкольных учреждения и 13 школ. Кроме того, по-прежнему 48 образовательных учреждений работают на привозной воде, из них 18 дошкольных, 17 школ и 13 летних оздоровительных учреждений.

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 РК по выделению средств из бюджета региона на горячее питание учащихся 1-4 классов с 01.09.2010 г.. Дети из семей, признанных малоимущими, получают материальную поддержку на питание за счет средств республиканского бюджета в соответствии с Законом РК от 26.12.2005 г. №143, по Постановлениям 16 глав администраций на организацию питания выделяются дополнительные средства из муниципального бюджета обучающихся.

Для организации летнего отдыха детей в РК в 2013 г. из бюджетов всех уровней объем средств составил 565008.10 рублей (в 2012 г. - 585128,65 рублей, в 2011 г. было выделено 552651,4 рублей). Во всех видах ЛОУ были проведены дезинфекционные и дезинсекционные мероприятия. В период, предшествующий заезду детей на отдых, в стационарных загородных лагерях были организованы мероприятия по борьбе с грызунами и противоклещевые обработки силами ФГУП «Дезинфекция» Роспотребнадзора на площади 308,54 га.

Всего в летний период 2013 г. (три смены) функционировало 527 ЛОУ (в 2012 г. – 490). Число отдохнувших детей в 2013 г. составило - 23578 (в 2012 г. - 23731).

ГЛАВА 7. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7.1. Расходы по отрасли «Здравоохранение» в 2012 г. Расходы по отрасли «Здравоохранение» в 2013 г. за счет всех источников финансирования составили – 20 946,5 млн. руб., что на 5,5 % больше, чем в 2012 г., в том числе:

- за счет средств федерального бюджета – 1 449,1 млн. руб., что меньше на 44,7 % по отношению к 2012 г.;
- за счет средств республиканского бюджета РК (без учета трансфертов) – 6 192 ,9 млн. руб., с ростом на 20,5 % по отношению к 2012 г., из них:
 - ✓ расходы на оплату труда и начисления составили 3 129,2 млн. руб. (на 34,4 % больше по отношению к 2012 г.;
 - ✓ на текущее содержание 1 514 179,5 млн. руб. (снижение на 27,3 % по отношению к 2012 г.);
 - ✓ на увеличение стоимости основных средств 277,8 млн. руб. (в 8 раз больше, чем в 2012 г.),
 - ✓ капитальный ремонт учреждений – 151,9 млн.руб. (в 9 раз больше, чем в 2012 г.);
- за счет средств территориальных государственных внебюджетных фондов (ОМС) – 11 948,6 млн. руб. с ростом на 10,8 % по отношению к 2012 г.;
- за счет средств от оказания платных услуг – 1 355,9 млн. руб., рост 3,6% по отношению к 2012 г..

Структура расходов:

- средства федерального бюджета в 2013г. – 6,9 % от общего объема финансирования по отрасли;
- средства республиканского бюджета РК –29,6 %;
- за счет средств территориальных государственных внебюджетных фондов (ОМС) –57 %;
- средства от оказания платных услуг –6,5 %.

Многоканальность финансирования здравоохранения снижает управляемость отрасли и создает трудности в осуществлении контроля над рациональным и целевым расходованием средств и качеством оказания медицинской помощи, поэтому Правительством РК в целях обеспечения принципа эффективности и результативности использования бюджетных средств, а также в целях реализации Указа Президента РФ от 26 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ» (показатель оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ № 41 «Доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений, переведенных на оплату медицинской помощи по результатам деятельности»), было принято решение о переводе на одноканальное финансирование государственных учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, начиная с 2010 г..

Переход к преимущественно одноканальному финансированию предполагает, что основная часть средств будет направляться из системы ОМС, при этом оплата медицинской помощи будет осуществляться по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг.

Снижение расходов на текущее содержание за счет средств республиканского бюджета РК в 2013 г. произошло в связи с тем, что с 01 января 2013 г. структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других

учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (п. 7 ст. 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»)

Кроме того, согласно п. 6 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь в определенных случаях, т.о. с 1 января 2013 г. финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

В рамках реализации вышеуказанных мероприятий часть высвободившихся средств была направлена в 2013 г. на увеличение расходов за счет средств республиканского бюджета РК на приобретение оборудования (увеличение стоимости основных средств) и капитальный ремонт учреждений.

На основании отчетов, предоставленных государственными учреждениями здравоохранения РК, оказано платных медицинских услуг за 2013г. - 1 198,5 млн. рублей. Из них большая часть приходится на услуги поликлиники – 36% (436,5 млн. руб.) и услуги параклинических служб – 28% (338,5 млн. руб.). На стационарные услуги приходится 8% (98,9 млн. руб.) и стоматологические услуги (зубопротезирование и платное лечение) – 28% (324,4 млн. руб.).

В 2012г. данный показатель составил 1220,8 млн. руб. Таким образом, наблюдается незначительное снижение поступлений средств от оказания платных медицинских услуг в 2013г. по отношению к 2012г. на 1,8%, что обусловлено снижением объемов платных услуг в 2013г. по сравнению с 2012г. по видам деятельности:

- поликлиническая служба – на 13,7% (число посещений 1 525 185/1 767 990);
- стационарная служба – на 22,3% (число койко/дней 45 406/58 418);
- параклиническая служба – на 4% (число исследований 1 721 725/1 800 679);
- стоматологическая служба – на 4,4% (число УЕТ 587 825/616 047);
- зубопротезирование – на 22,8% (число УЕТ 105 927/137 133).

При таком снижении объемов оказываемых платных медицинских услуг, тот факт, что уровень поступлений остался практически неизменным, объясняется ростом цен на медицинские услуги, который в свою очередь объясняется повышением оплаты труда медицинским работникам с 1 апреля 2013г. на 20%.

Расходы от реализации платных услуг государственными учреждениями здравоохранения РК в 2013г. составили 1 368,9 млн. руб., из них направлено на оплату труда 598,3 млн. руб., удельный вес которой в общем объеме расходов составил – 43,7%.

Наибольший удельный вес расходов приходится по статьям экономической классификации:

- статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» (приобретение медикаментов, продуктов питания, мягкого инвентаря, строительных, хозяйственных материалов, канцелярских принадлежностей) – 16%;

- статья 310 «Увеличение стоимости основных фондов» (приобретение оборудования, материалов, медицинского инструментария, мебели) – 7,8%;
- статья 226 «Прочие услуги» (расходы на оплату договоров, на оказание услуг, оплата командировочных расходов) – 7,3%;
- статья 225 «Услуги по содержанию имущества» - 4,7%;
- статья 223 «Коммунальные услуги» - 4%.

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.

Оплата труда. Повышение зарплаты в бюджетной сфере является первоочередной задачей Правительства РК и осуществляется в рамках реализации распоряжения Правительства РК от 24 января 2013 г. № 12-р, которым определены меры по поэтапному повышению заработной платы работников государственных и муниципальных учреждений социальной сферы РК. В целях достижения установленных индикативных значений заработной платы медицинских работников в соответствии с принятыми решениями Правительства РК в 2013 г. заработная плата увеличена:

- Постановлением Правительства РК от 12.04.2013г. № 109 «О внесении изменений в постановление Правительства РК от 11 сентября 2008 г. N 239 «Об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения РК» с 1 апреля 2013 г. увеличены оклады врачей, среднего и младшего медицинского персонала на 20%;

- Постановлением Правительства РК от 28.06.2013г. № 231 «О внесении изменений в постановление Правительства РК от 11 сентября 2008 г. N 239 «Об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения РК» с 1 января 2013 г. врачам, среднему медицинскому персоналу установлены доплаты которые ранее осуществлялись в рамках реализации национального проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения и в рамках программы модернизации здравоохранения РК, кроме того младшему медицинскому персоналу установлена ежемесячная денежная выплата, направленная на повышение социального статуса профессии и закрепления кадрового потенциала в отрасли, в размере 1350 рублей.

- Постановлением Правительства РК от 05.09.2013г. № 334 «О внесении изменений в постановление Правительства РК от 11 сентября 2008 г. N 239 «Об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения РК» с 1 октября 2013 г. увеличены на 5,5% оклады руководящих работников и прочего персонала.

Согласно ежеквартальному мониторингу «Показатели оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения РК» за 2013 год среднемесячная заработная плата с учетом всех источников выплат (и учетом внешних совместителей) составила 28 136,51 руб., в том числе по категориям персонала:

- врачи и работники, имеющие высшее фармацевтическое или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги (обеспечивающие предоставление медицинских услуг) – 46 645,03;
- средний медицинский персонал - 29 179,47 руб.
- младший медицинский персонал – 19 068,65 руб.
- педагогические работники – 27 317,09 руб.
- руководящих работников – 54 521,78 руб.
- прочий персонал – 18 649,66 руб.

Рост заработной платы в разрезе категорий персонала за 2013 г. в сравнении с 2012 г. составил:

- врачи – 14,1%
- средний медицинский персонал - 23,6%
- младший медицинский персонал – 43,6%
- педагогические работники – 22,1%

- руководящих работников – 26,0%
- прочий персонал – 15,3%.

Фонд оплаты труда с учетом всех источников финансирования в 2013 г. увеличился на 21,9% по сравнению с 2012 годом.

Фонд стимулирующих выплат в общем фонде оплаты труда составил в 2013 г. 27,3 % (в 2012 г. – 23,7 %).

Среднемесячные стимулирующие выплаты в среднем на 1 работника в 2013 г. составили 7 689,86 руб. (2012 год – 3 531 руб.) в том числе:

- врача – 12 890 руб.
- среднего медицинского персонала – 7 188,16 руб.
- младшего медицинского персонала – 4 372,37 руб.
- педагогического работника – 6 180,74 руб.
- руководящего работника – 24 864,57 руб.
- прочего персонала – 6 427,87 руб.

7.2. Анализ реализации Программы государственных гарантий за 2013 г. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК на 2013 год утверждена постановлением Правительства Республики Коми от 25 декабря 2012 г. № 624.

В реализации Программы ОМС в 2013 г. приняли участие 123 медицинские организации (по состоянию на 31.12.2013г.), в том числе:

- 97 медицинских организаций собственности субъекта РФ (государственных учреждений здравоохранения РК) – 78,9 %;
- 10 медицинских организаций федеральной собственности - 0,08 %
- 16 медицинских организаций негосударственных форм собственности – 0,13 %.

1.1. Структура медицинских организаций, участвующих в выполнении Программы следующая:

- 1.1.1 Удельный вес больничных учреждений 35,8 %;
- 1.1.2. Удельный вес диспансеров 7,3 %;
- 1.1.3. Удельный вес амбулаторно-поликлинических учреждений 30,9 %;
- 1.1.4 Удельный вес центров 4,9 %;
- 1.1.5 Удельный вес учреждений скорой медицинской помощи и переливания крови 2,4 %, в том числе;
- 1.1.5.1. Удельный вес учреждений скорой медицинской помощи 1,6 %;
- 1.1.5.2. Удельный вес учреждений переливания крови 0,8 %;
- 1.1.6. Удельный вес учреждений охраны материнства и детства 4,9 %;
- 1.1.7. Удельный вес санаторно-курортных учреждений 4,9 %;
- 1.1.8. Удельный вес учреждений особого типа 4,1 %;
- 1.1.9. Удельный вес прочих медицинских организаций 4,8 %.

1.2 Структура медицинских организаций, участвующих в выполнении Программы по уровню подчиненности следующая:

- 1.2.1 Удельный вес медицинских организаций государственных учреждений здравоохранения РК 78,9 %;
- 1.2.2 Удельный вес федеральных медицинских организаций, подведомственных другим министерствам и ведомствам 8,1 %
- 1.2.3 Удельный вес медицинских организаций частной системы здравоохранения 13,0 %.
- 1.3. В реализации Программы ОМС участвовали 92 медицинские организации, или 74,8 % от общего числа медицинских организаций.

7. 3. Выполнение объемов медицинской помощи в 2012 г.

Скорая медицинская помощь. Плановые объемные показатели утверждены в количестве 306 330 вызовов (в том числе 428 – вылеты санитарной авиации), фактически выполнено 292 182 вызова (в

том числе 428 – санитарная авиация), или на 95,4 % от планового объема. В сравнении с 2012 годом количество вызовов снизилось на 9%, что обусловлено развитием службы неотложной помощи. Норматив объемов скорой медицинской помощи за 2013 год исполнен на 95,5% и составил 0,315 вызовов на 1 жителя. Количество обслуженных лиц составило 302 015 человек (в том числе 432 – санитарная авиация).

Амбулаторно-поликлиническая помощь. На 2013 год Программой предусмотрен объем амбулаторно-поликлинической помощи в размере 8 540 547 посещений. Исполнение по данному виду помощи составило 96,5 % (8 240 448 посещений). В структуре амбулаторно-поликлинической помощи 29,6% составили посещения с профилактической целью, 5% посещения с неотложной целью, 64 % - законченные случаи обращений по заболеваниям.

За 2013 год выполнено посещений с профилактической целью 2 531 124 или 2,74 на одного жителя, в том числе 2,43 на одного застрахованного. Выполнение данного норматива составляет 108,3% от утвержденного норматива, 106,7% на одного застрахованного.

Посещений по неотложной помощи в 2013 г. выполнено 432 997, что составляет 0,47 посещения на одного жителя, в том числе 0,46 на одного застрахованного. Выполнение данного норматива составляет 88,3% от утвержденного норматива, 100% на одного застрахованного.

Обращений по поводу заболеваний состоялось 2 429 744 (1,27% к запланированным обращениям), или в посещениях 5 276 327 (кратность – 2,172). На одного жителя количество обращений пришлось в размере 2,159, в том числе на одного застрахованного – 1,9. Данный показатель выполнен на 104,8% от утвержденного норматива, в том числе на 100% на застрахованного (норматив - 2,061 на 1 жителя, на одного застрахованного – 1,9).

Стационарная помощь. На 2013 год Программой предусмотрены объемные показатели по стационарной помощи в количестве 2 557 184 койко-дня, фактически выполнено – 2 550 369 койко-дня, или 99,7 %. Снижение объема стационарной помощи в 2013 г. по сравнению с 2012 годом снизилось на 3%, что связано с планомерным развитием стационарзамещающей помощи (перепрофилирование коек круглосуточного пребывания в койки дневного стационара).

Количество выбывших больных составило 198 454 человека. Средняя длительность лечения - 12,85 дня.

Исполнение подушевого норматива оказания стационарной помощи на 1 жителя за 2013 год составило 99,8 % от установленного Программой, или 2,778 койко-дней на 1 жителя.

В рамках программы обязательного медицинского страхования на 2013 год утвержден объем стационарной помощи 1 971 651 койко-день, фактически выполнено – 1 946 674 койко-дня или 98,7%. Количество выбывших больных 178 444 человек. Средняя длительность лечения составила 10,9 дня. Норматив стационарной помощи на 1 застрахованного исполнен на 98,7% и составил – 2,1 койко-день.

Стационарзамещающая помощь. В условиях дневного стационара на 2013 год запланировано оказание медицинской помощи в количестве 659 976 пациенто-дней, фактически выполнено 625 051 пациенто-день, или 94,7%. По сравнению с уровнем 2012 г., количество пациенто-дней увеличилось на 3%, что связано с развитием стационарзамещающей помощи. Количество пролеченных больных – 57 683 человек.

Средняя длительность пребывания пациентов в дневном стационаре составила 10,8 дней.

Количество пациенто-дней на одного жителя фактически составило 0,678, на одного застрахованного – 0,583. Выполнение утвержденного норматива составляет 94,8%, на одного застрахованного – 93,08%.

В рамках программы обязательного медицинского страхования предусмотрено объемов медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара – 580 151

пациенто-день, фактически выполнено – 539 999 пациенто-дней, или 93% от плана (на 3,5% выше в сравнении с 2012 годом). Количество выбывших больных – 54 011 человек, средняя длительность пребывания пациентов в дневной стационаре составила 9,99 дней.

7.4. Анализ финансирования Программы государственных гарантий в 2012 г.

Расчетная стоимость Программы государственных гарантий на 2013 год составила 15 128 780,0 тыс. руб., без учета расходов на ведение дела в системе ОМС, в том числе из средств ОМС – 9 953 490,0 тыс. руб.

Утвержденная сумма финансовых затрат на реализацию Программы государственных гарантий составила 17 271 010,5 тыс. руб., в том числе Программа ОМС – 12 107 004,1 тыс. руб. Профицит от расчетной части составил 2 142 230,5 тыс. руб., или 14% от расчетной стоимости. Дефицит от расчетной части имеется в части средств республиканского бюджета РК – 11 283,5 тыс. руб. или 0,2% от расчетной стоимости.

Кассовые расходы по исполнению Программы государственных гарантий за 2013 год составили 15 449 322,2 тыс. руб. (89,5 % к утвержденному плану на 2013 год), в том числе за счет средств ОМС – 10 801 765,9 тыс. руб. (89,2%), за счет средств бюджета – 4 636 812,8 тыс. руб. (89,9%).

За 2013 год в бюджет ГУ ТФОМС РК поступило средств ОМС 11 183 814,1 тыс. руб., в том числе за счет налоговых поступлений 10 120 137,3 тыс. руб. – 90,5 % общего объема поступлений, страховых взносов на ОМС неработающего населения 868 949,9 тыс. руб. – 7,8 %, прочих поступлений 194 726,915 тыс. руб. – 1,74 %.

В 2012 г. в бюджет ГУ ТФОМС РК поступило средств ОМС в размере 9 350 220,3 тыс. руб., что на 16,4% меньше, чем в 2013 г.. В том числе за счет налоговых поступлений – 7 136 790,2 тыс. руб., прочих поступлений – 2 213 430,069 тыс. руб.

7.5. Выполнение финансовых показателей по видам медицинской помощи.

Скорая медицинская помощь. Выполнение финансовых показателей по данному виду помощи при плане 1 217 273,7 тыс. руб. составило 1 085 119,06 тыс. руб., или 89,1 %.

Амбулаторно-поликлиническая помощь. Выполнение финансовых показателей при плане 5 211 523,4 тыс. руб. составило 4 485 826,49 тыс. руб. или 86,0 %. Средняя стоимость одного посещения в 2013 г. сложилась в размере 544,37 руб., что на 14,9 % меньше по сравнению с утвержденным нормативом, в том числе по ОМС – меньше на 9,9%.

Стационарная помощь Кассовые расходы медицинских организаций на оказание стационарной медицинской помощи составили 7 562 573,5 тыс. руб., или 92,4 % от плановых расходов.

Стационарозамещающая помощь. Кассовые расходы медицинских организаций на оказание стационарозамещающей помощи составили 388 591,6 тыс. руб., или 79,9 % от плановых расходов.

Прочие виды медицинской помощи и иных услуг. Плановые расходы на оказание прочих видов медицинской помощи и иных услуг утверждены в сумме 2 168 889,4 тыс. руб. и включают расходы на лекарственное обеспечение населения лекарственными средствами при оказании амбулаторно-поликлинической помощи в соответствии с Постановлением 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», на содержание центра по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, больниц сестринского ухода, центров медицинской профилактики, врачебно-физкультурного диспансера, санаториев, центров, бюро судебно-медицинской экспертизы и других медицинских организаций в соответствии с номенклатурой. За 2013 год кассовые расходы на финансирование прочих видов медицинской помощи составили 1 927 211,5 тыс. руб. или 88,9%.

Высокотехнологичная помощь. В рамках Программы в 2013 г. за счет средств республиканского бюджета РК оказана высокотехнологичная и дорогостоящая 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». Перечисленными учреждениями выполнено 57 681 койко-дней на сумму 272 810,06 тыс. руб. Высокотехнологичная помощь оказывалась в соответствии с Перечнем видов высокотехнологичной помощи, утвержденным Программой.

С 2013 г. оказание медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) при женском бесплодии трубного происхождения осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

ГЛАВА 8. РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РЕСПУБЛИКИ КОМИ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ», РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РЕСПУБЛИКИ КОМИ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

В 2013 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 (взаимосвязанных 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 повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению РК.

Для достижения цели определены следующие задачи:

1. Создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению РК, в рамках государственных гарантий.
2. Обеспечение преемственности и рационального использования ресурсов при оказании специализированной медицинской помощи.
3. Создание эффективной системы медицинской помощи детям и женщинам в РК.
4. Формирование мотивации населения РК на ведение здорового образа жизни.
5. Обеспечение отрасли здравоохранения РК высококвалифицированными специалистами.

В состав государственной программы в 2013 г. входило 6 подпрограмм:

1. Обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК.
2. Развитие специализированной медицинской помощи.
3. Развитие медицинской помощи матерям и детям.
4. Формирование здорового образа жизни.
5. Развитие кадрового потенциала отрасли «Здравоохранение».
6. Обеспечение реализации Государственной программы.

Подпрограмма 1 «Обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК»:

Цель подпрограммы 1: создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению РК, в рамках государственных гарантий.

Задачи подпрограммы 1:

- 1) создание единого механизма реализации конституционных прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи гарантированного объема и качества;
- 2) совершенствование организационных механизмов оказания первичной медико-санитарной помощи городскому и сельскому населению;

3) создание условий для бесперебойного функционирования учреждений здравоохранения;

4) оптимизация сети учреждений здравоохранения и структуры коечного фонда учреждений здравоохранения;

5) совершенствование организации обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение.

По итогам 2013 г. в полном объеме выполнены 47 мероприятий из 50. Все неисполненные мероприятия касаются строительства объектов здравоохранения.

В рамках реализации задачи 1 «Создание единого механизма реализации конституционных прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи гарантированного объема и качества» целевые значения достигнуты по 4 показателям, характеризующим объемные показатели реализации программы государственных гарантий:

- объем оказанной стационарной медицинской помощи - достигнутый показатель составляет 3,0 койко-дней в расчете на 1 жителя при плане 2,8;

- объем оказанной медицинской помощи в дневных стационарах всех типов - достигнутый показатель составляет 0,76 пациенто-дней в расчете на 1 жителя при плане 0,59;

- объем оказанной скорой медицинской помощи - достигнутый показатель составляет 0,33 вызовов в расчете на 1 жителя при плане 0,33;

- количество обоснованных жалоб на лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе ОМС, - достигнутый показатель составляет 41 жалоба при плане не более 45.

Таким образом, в 2013 г. благодаря развитию стационарозамещающих видов медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в том числе в неотложной форме, в условиях дневных стационаров всех типов), на уровне планового значения удалось удержать показатель объема оказанной стационарной медицинской помощи. Это потребовало увеличения нагрузки на дневные стационары, как вид ресурсосберегающей медицинской помощи, используемый для замены стационарной помощи, что привело к увеличению объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров.

В 2013 г. продолжилось развитие неотложной медицинской помощи при амбулаторно-поликлинических учреждениях, что позволило значительно сократить нагрузку на скорую медицинскую помощь и предотвратить перевыполнение объемных показателей оказанной скорой медицинской помощи

Количество обоснованных жалоб на лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе ОМС, сократилось с 50 в 2012 г. до 41 - в 2013 г. (план - не более 45).

Ниже планового значения оказался показатель «Объем оказанной амбулаторной медицинской помощи» (факт 8,4 посещений на 1 жителя при плане 9,7 посещений на 1 жителя), что связано, прежде всего, с дефицитом кадров врачей в амбулаторно-поликлиническом звене.

Несмотря на это было обеспечено оказание бесплатной медицинской помощи населению в рамках программы государственных гарантий, что по данным социологических опросов населения, проводимых страховыми медицинскими организациями, привело к росту удовлетворенности населения качеством медицинской помощи с 82,2% в 2012 г. до 84,1% в 2013 г.. Информация о достижении целевого значения показателя удовлетворенности медицинской помощью по данным Федеральной службы охраны РФ отсутствует, что не позволяет оценить достижение целевого значения указанного показателя.

В рамках реализации задачи 2 «Совершенствование организационных механизмов оказания первичной медико-санитарной помощи городскому и сельскому населению» целевые значения достигнуты по 2 показателям из 4. Достигнуты целевые значения по показателям, характеризующим уровень смертности населения, проживающего в сельской местности

и городах. И тот и другой показатели достигнуты с улучшением (смертность сельского населения сократилась на 4,2%, смертность городского населения - на 1,8% по сравнению с 2012 г.). По двум показателям целевые значения не достигнуты (заболеваемость населения, проживающего в сельской местности, заболеваемость городского населения). Отмечается рост заболеваемости, что связано с улучшением выявляемости заболеваний в ходе профилактических осмотров и диспансеризации населения. Таким образом, несмотря на превышение целевых значений фактическая динамика показателей заболеваемости положительно характеризует деятельность отрасли «Здравоохранение», так как рост выявляемой патологии, в том числе на ранней стадии развития патологического процесса, привел к сокращению уровня смертности населения.

В рамках реализации задачи 3 «Создание условий для бесперебойного функционирования учреждений здравоохранения» достигнуты целевые значения по показателям, характеризующим развитие материально-технической базы здравоохранения:

- доля зданий учреждений здравоохранения, прошедших капитальный ремонт из числа нуждающихся в нем, возросла с 21,9% в 2012 г. до 28,8% - в 2013 г. (при плане 22%);

- удельный вес учреждений здравоохранения, выполнивших требования надзорных органов, от общего количества учреждений здравоохранения, проверенных надзорными органами и получивших предписания, возросла с 4,1% в 2012 г. до 19,1% - в 2013 г. (при плане 5,1%);

- фондовооруженность и фондооснащенность учреждений здравоохранения составили 2 015 616,7 руб. на 1 врача и 17 112,4 руб. на 1 квадратный метр площади зданий и сооружений, что практически соответствует соответствующим плановым значениям (2 028 745,2 руб. на 1 врача и 17 020,4 руб. на 1 квадратный метр площади зданий и сооружений соответственно);

- превысил целевое значение (59,7%) объем заготовки компонентов донорской крови автоматическими методами (факт - 61,7%), что обеспечило более высокую инфекционную безопасность заготовленной крови и ее компонентов;

- увеличилось число доноров крови и ее компонентов с 12,4 человек на 1000 человек населения до 13,1 (при плане 13 человек на 1000 человек населения).

Не достигнуто целевое значение показателя «Доля учреждений здравоохранения, материально-техническое оснащение которых приведено в соответствие с порядками оказания медицинской помощи», так как в ноябре-декабре 2012 г. и в течение 2013 г. Министерством здравоохранения РФ был разработан и принят ряд приказов об утверждении новых порядков оказания медицинской помощи, что невозможно было предусмотреть на этапе планирования показателя.

В рамках реализации задачи 4 «Оптимизация сети учреждений здравоохранения и структуры коечного фонда учреждений здравоохранения» проводился комплекс мероприятий, направленных на рациональное использование ресурсов отрасли. В частности, в течение 2013 г. сокращено 198 коек круглосуточного пребывания за счет их перепрофилирования в койки дневного стационара, в койки реабилитации и сестринского ухода. Были дополнительно проработаны маршруты движения пациентов, показания к госпитализации на круглосуточную койку, что привело к сокращению нагрузки на койку и позволило обеспечить ее среднегодовую занятость в пределах нормативных значений (320-340 дней в г.). Таким образом, обеспечено достижение целевого значения указанного показателя.

В рамках реализации задачи 5 «Совершенствование организации обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение» в течение 2013 г. был реализован комплекс мер, направленных на улучшение лекарственного обеспечения льготников. Во-первых, в 2013 г. более чем на 180 млн. руб. увеличилось финансирование программ льготного лекарственного обеспечения. Это позволило сократить количество необеспеченных рецептов с 1000 в 2011 г. до менее 200 - в 2013 г. Для более эффектив-

ного обеспечения лекарствами льготников в 2013 г. заблаговременно проводились аукционы, для обеспечения острой дефектуры - проводились котировки или закуп по прямым договорам. Это было положительно оценено населением и в 2013 г. впервые за многие годы уменьшилось число жалоб на дефицит лекарственных препаратов. Целевое значение показателя эффективности реализации указанных мероприятий «Среднее количество рецептов на одного льготополучателя в год» достигнуто с улучшением. Количество рецептов на одного льготополучателя в год увеличилось с 9,5 до 11,5 (при плане 9,8).

Финансовое обеспечение подпрограммы за счет средств республиканского бюджета РК в соответствии со сводной бюджетной росписью составило 10 597 998,6 тыс. руб., исполнение по итогам 2013 г. – 9 683 901,2 тыс. руб. (91,4% от планового финансирования). В разрезе главных распорядителей бюджетных средств освоение подпрограммы 1 сложилось следующим образом:

Министерство здравоохранения РК: план - 9 130 928,1 тыс. руб., факт - 8 548 814,1 тыс. руб., освоение - 93,6%;

Комитет информатизации и связи РК: план - 15 308,2 тыс. руб., факт - 15308,2 тыс. руб., освоение – 100,0%;

Министерство архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РК: план - 1 451 762,3 тыс. руб., факт - 1 119 778,9 тыс. руб., освоение - 77,1%.

Подпрограмма 2 «Развитие специализированной медицинской помощи»:

Цель подпрограммы 2: обеспечение преемственности и рационального использования ресурсов при оказании специализированной медицинской помощи.

Задачи подпрограммы 2:

- 1) повышение эффективности управления специализированной медицинской помощью;
- 2) совершенствование организации лечебно-диагностического процесса при оказании специализированной медицинской помощи на основе порядков и стандартов;
- 3) совершенствование деятельности службы медицины катастроф РК и организации оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени;
- 4) содействие инновационной и научной деятельности учреждений здравоохранения.

По итогам 2013 г. в полном объеме выполнены все мероприятия.

В рамках реализации задачи 1 «Повышение эффективности управления специализированной медицинской помощью» были реализованы мероприятия, направленные на повышение роли главных специалистов по различным профилям специализированной медицинской помощи в работе, связанной с совершенствованием медицинской помощи больным с социально значимыми заболеваниями, являющихся основными причинами смертности и инвалидности населения. Кроме того, реализовывались мероприятия, направленные на обеспечение потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи, как помощи, наиболее эффективно влияющей на сокращение уровня смертности населения от разных причин.

Реализация мероприятий позволила достичь целевого значения показателя эффективности реализации указанной задачи «Обеспеченность населения высокотехнологичной медицинской помощью», сохранив его на уровне 76%.

В рамках реализации задачи 2 «Совершенствование организации лечебно-диагностического процесса при оказании специализированной медицинской помощи на основе Порядков и стандартов» проводились основные мероприятия, связанные с совершенствованием медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (туберкулезе, психических и наркологических расстройствах, онкологических заболеваниях, болезнях системы кровообращения и других заболеваниях). В связи с вводом в эксплуатацию медицинского оборудования, приобретенного в рамках программы модернизации здравоохранения, введен ряд новых лечебно-диагностических технологий. Проводились мероприятия, направленные на повышение профессиональных знаний и умений медицинских работников по вопро-

сам профилактики заболеваний, их диагностики, в том числе ранней, оказания медицинской помощи и диспансерного наблюдения больных. Такая работа проводилась в ходе коллегий Министерства здравоохранения РК, семинаров-совещаний, мастер-классов, конкурсов профессионального мастерства и других форм доведения до медицинских работников современных подходов к диагностике заболеваний и лечению больных.

Последовательно проводилась работа, направленная на совершенствование организации медицинской помощи при социально значимых заболеваниях в соответствии с вновь утверждаемыми Порядками ее оказания.

Целевые значения достигнуты по следующим показателям:

- смертность населения от туберкулеза: показатель по итогам 2013 г. составил 10,8 на 100 тыс. населения, что ниже целевого значения (13,7 на 100 тыс. населения) на 21,2% и ниже уровня 2012 г. на 24,5%;

- эффективность проведения оздоровительных мероприятий (доля лиц, получивших выраженный эффект от проведенных оздоровительных мероприятий, от числа лиц, получивших санаторное лечение) составила 93,8%, что выше целевого значения (78,3%) и выше уровня 2012 г. (78,2%) на 15,6 процентных пункта;

- число лиц, обследованных в субъекте РФ с целью выявления вирусов иммунодефицита человека, составило 188 784 человека, что выше целевого значения (180 500 человек) на 8 284 человека;

- число лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, получающих лечение, составило 210 человек (100% от нуждающихся); достижение более низкого значения показателя по сравнению с целевым связано с тем, что в период планирования показателя в его состав были включены лица, нуждающиеся в антиретровирусной терапии и временно пребывающие в местах лишения свободы в учреждениях ФСИН, расположенных на территории РК. С 2013 г. учет этих показателей разделен.

Не удалось добиться достижения целевых значений следующих показателей:

- смертность населения от новообразований (в том числе злокачественных) - показатель составил 198,0 случая на 100 тыс. населения (при целевом значении 191,4), увеличился по сравнению с 2012 годом на 2,6%. Причиной роста указанного показателя являются дефекты организации раннего выявления больных, в том числе в ходе диспансеризации определенных групп взрослого населения, в также изменение возрастной структуры населения в сторону увеличения доли лиц старше трудоспособного возраста, распространенность новообразований среди которой значительно возрастает;

- смертность населения от болезней системы кровообращения - показатель составил 538,5 случая на 100 тыс. населения (при целевом значении 526,4), при этом показатель по сравнению с 2012 годом снизился на 3,8%. Причиной недостижения целевого значения индикатора смертности от болезней системы кровообращения являются дефекты организации раннего выявления больных, а также возрастание в возрастной структуре населения доли лиц старше трудоспособного возраста, что связано с миграцией за пределы региона лиц молодого и трудоспособного возраста;

- пятилетняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями с момента установления диагноза (процент от общего числа страдающих злокачественными новообразованиями) составила 55,8%, что ниже установленного для 2013 г. уровня (57%). Основной причиной такой динамики показателя являются дефекты организации раннего выявления больных, в том числе в ходе диспансеризации населения.

В рамках реализации задачи 3 «Совершенствование деятельности службы медицины катастроф РК и организации оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени» проводились мероприятия, направленные на совершенствование медицинской помощи оказываемой при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени, в том числе пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

В частности была проведена реорганизация Центра медицины катастроф с выделением учреждения в отдельное юридическое лицо. Проводилась работа по доработке алгоритмов применения средств для оказания скорой и скорой специализированной медицинской помощи, в том числе осуществляемой авиационным транспортом с применением специального медицинского оборудования. Организовано обучение по программе «Школа медицины катастроф» для медицинских работников и специалистов служб экстренного реагирования при возникновении чрезвычайных ситуаций, в том числе в ходе проведения выездных обучающих семинаров.

В связи с выделением в 2013 г. субсидии 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, проводился комплекс мер, связанных с обеспечением условий предоставления субсидии. В частности, была организована деятельность травматологических центров I, II и III уровней на базе медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Всего было организовано 24 таких центра. Подготовлена необходимая нормативная правовая база для реализации указанных выше мероприятий. Отработаны схемы доставки пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях в медицинские организации (приказ Министерства здравоохранения РК от 22 января 2013 г. № 1/14 «О реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на федеральной автомобильной трассе «Вятка» «Чебоксары – Сыктывкар», проходящей по территории РК, автодорогах общего пользования регионального и межмуниципального значения»). Продолжилась реализация Плана прикрытия автомобильных дорог РК (вместе с Порядком взаимодействия со специальными службами Министерства внутренних дел РФ и Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий), утвержденного начальником Главного управления МЧС России по РК 1 сентября 2011 г..

Обеспечено достижение целевого индикатора «Доля пациентов, доставленных к месту лечения средствами санитарной авиации и получивших своевременную медицинскую помощь, от общего числа пациентов, доставленных к месту лечения средствами санитарной авиации (эффективность применения авиационных средств, для оказания скорой и скорой специализированной медицинской помощи)» на уровне 100%.

Не удалось достичь целевого значения по показателю смертность населения от дорожно-транспортных происшествий - достигнутое значение показателя составляет 15,4 на 100 тыс. населения при целевом значении 13,0 на 100 тыс. населения;

Смертность от транспортных травм всех видов - достигнутое значение показателя составляет 17,8 на 100 тыс. населения при целевом значении 18,0 на 100 тыс. населения.

Основными причинами недостижения целевого значения показателя являются факторы, не зависящие от деятельности учреждений здравоохранения. Это - нарушение правил дорожного движения лицами, управлявшими автотранспортом в состоянии опьянения, ежегодный рост числа водителей, не имеющих достаточного опыта управления автомобилем, использование населением автотранспорта с низким уровнем оборудования системами активной и пассивной безопасности, неудовлетворительное состояние дорожного покрытия.

Вместе с тем, в 2014 г. по отрасли «Здравоохранение» продолжится реализация мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Планируется закупка за счет средств субсидии из федерального бюджета современного медицинского оборудования, что улучшит качество оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

Основным мероприятием, реализуемым в рамках задачи 4 «Содействие инновацион-

ной и научной деятельности учреждений здравоохранения», является внедрение современных лечебно-диагностических технологий, в том числе разработанных соискателями ученых степеней кандидата (доктора) медицинских наук из числа врачей, работающих в учреждениях здравоохранения РК. Целевое значение показателя «Количество инновационных медицинских технологий диагностики и лечения, внедренных в практику здравоохранения» по итогам г. достигнуто: при плановом значении 92 количество внедренных методик составило 119.

Финансовое обеспечение подпрограммы 2 за счет средств республиканского бюджета РК в соответствии со сводной бюджетной росписью составило 2 394 056,5 тыс. руб., исполнение по итогам 2013 г. - 2 180 197,3 тыс. руб. (91,1% от планового финансирования).

Подпрограмма 3 «Развитие медицинской помощи матерям и детям»:

Цель подпрограммы 3: создание эффективной системы медицинской помощи детям и женщинам в РК.

Задачи подпрограммы 3:

1) совершенствование медицинской помощи, направленной на сохранение женского здоровья и материнства;

2) совершенствование медицинской помощи детскому населению.

По итогам 2013 г. в полном объеме выполнены все мероприятия.

В рамках реализации задачи 1 «Совершенствование медицинской помощи, направленной на сохранение женского здоровья и материнства» проводились мероприятия, направленные на совершенствование медицинской помощи в службе родовспоможения, в том числе в части сохранения женского здоровья, в том числе проводилось дальнейшее внедрение современных высокоэффективных репродуктивных технологий, современных технологий диагностики и лечения заболеваний женской половой сферы. Было организовано повышение квалификации специалистов по вопросам диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии, патологии внутриутробного развития плода, по вопросам пренатальной диагностики, современным технологиям выхаживания новорожденных, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении.

Продолжена работа по поэтапному внедрению утвержденных Порядков и стандартов оказания медицинской помощи в акушерско-гинекологической и педиатрической практике, внедрены новые стандарты оказания медицинской помощи. Совершенствовалась деятельность кабинетов поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации в части расширения методов планирования беременности женщин из групп социального риска, профилактики нежелательной беременности у женщин из социальной группы риска и с тяжелой экстрагенитальной патологией.

Все запланированные в качестве показателей эффективности реализации указанной задачи целевые индикаторы достигнуты:

- материнская смертность составила 8,0 случаев на 100 тыс. детей, родившихся живыми, при плановом показателе 8,4 случая на 100 тыс. детей, родившихся живыми;

- число абортов (мини-абортов) сократилось до уровня 32,6 случая на 1 тыс. женщин фертильного возраста при плановом значении 35,5 случая на 1 тыс. женщин фертильного возраста;

- доля беременных, которым проведена пренатальная (дородовая) диагностика (ультразвуковая диагностика, биохимический скрининг на маркеры в крови беременной, молекулярно-генетические исследования) в первом триместре беременности, в общем числе беременных, вставших на учет в учреждении здравоохранения в первом триместре беременности, составила 76,9% при плане 70%.

В рамках реализации задачи 2 «Совершенствование медицинской помощи детскому населению» проводился комплекс мер, связанный с совершенствованием организации медицинской помощи новорожденным с низкой и экстремально низкой массой тела при рожде-

нии (приобретение оборудования, внедрение новых технологий, подготовка кадров). Для детей первого г. жизни, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, приобретались молочные адаптированные смеси для обеспечения полноценного питания, проводились другие мероприятия по профилактике развития ВИЧ-инфекции у таких детей. Совершенствовалась организация медицинской помощи подросткам, особенно в части раннего выявления и коррекции нарушений репродуктивного здоровья, а также в части ранней диагностики злоупотребления психоактивными веществами.

Большое внимание в 2013 г. отводилось дальнейшему развитию технологий раннего восстановительного лечения и реабилитации, особенно у детей раннего возраста, в том числе совершенствованию этапности при проведении реабилитационно-восстановительного лечения на базе санаторных учреждений, расположенных на территории РК.

Продолжилась работа, направленная на раннее выявление и коррекцию нарушений развития и заболеваний у детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В практику работы Домов ребенка внедрялись современные технологии медико-социальной и психологической реабилитации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

По итогам реализации указанных мероприятий обеспечено достижение следующих целевых индикаторов:

- младенческая смертность - достигнут показатель 5,9 случая смерти в возрасте до 1 г. на 1000 родившихся живыми (при установленном целевом значении 5,9);
- охват детей первого г. жизни аудиологическим скринингом (доля обследованных от числа подлежащих) составил 99,9% (при плане 98,2%);
- доля детей первого г. жизни, осмотренных врачами-специалистами в декретированные сроки (доля от числа подлежащих обследованию в декретированные сроки) составила 918,1 случая на 1000 детей соответствующего возраста при плане 886 случаев на 1000 детей соответствующего возраста;
- смертность детей от 0 до 17 лет составила по предварительным данным 6,8 случая на 10 тыс. детей соответствующего возраста при плане 8,2 случая на 10 тыс. детей соответствующего возраста;
- доля детей 1 и 2 групп здоровья, обучающихся в общеобразовательных учреждениях (число детей, имеющих 1 и 2 группы здоровья в общей численности обучающихся в общеобразовательных учреждениях) составила 82,4% при плане 79,1%;
- охват диспансеризацией детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (доля обследованных от числа подлежащих) составил 100% при плане 97,9%.

Не достигнуто целевое значение следующих показателей:

- охват новорожденных детей неонатальным скринингом (доля обследованных от числа подлежащих) составил 96,1% при плане 99,2% (причина - увеличение количества новорожденных, имеющих противопоказания к проведению неонатального скрининга, преимущественно за счет новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении);
- охват 14-летних подростков углубленным диспансерным наблюдением (доля обследованных от числа подлежащих) составил 97,2% при плане 98,9% (причина - отказы в части случаев диспансеризации подростков от осмотра врачами андрологом и акушером-гинекологом).

Финансовое обеспечение подпрограммы 3 за счет средств республиканского бюджета РК в соответствии со сводной бюджетной росписью составило 522 477,9 тыс. руб., исполнение по итогам 2013 г. - 519 245,9 тыс. руб. (99,4% от планового финансирования).

Подпрограмма 4 «Формирование здорового образа жизни»:

Цель подпрограммы 4: формирование мотивации населения РК на ведение здорового образа жизни.

Задачи подпрограммы 4:

1) формирование мотивации отказа населения РК от вредных привычек (алкоголизм, табакокурение и наркомания);

2) профилактика инфекционных заболеваний, регулируемых средствами иммунопрофилактики, а также социально значимых заболеваний;

3) организация раннего выявления факторов риска развития заболеваний и их коррекции.

По итогам 2013 г. целевые значения достигнуты по всем показателям.

В рамках реализации задачи 1 «Формирование мотивации отказа населения РК от вредных привычек (алкоголизм, табакокурение и наркомания)» проводились мероприятия, направленные на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками, в том числе путем организации распространения санитарно-гигиенических знаний среди несовершеннолетних и их родителей о вреде потребления алкоголя и табачных изделий, а также по пропаганде здорового образа жизни. Проводилась информационно-коммуникационная кампания, направленная на формирование у населения приоритетов здорового образа жизни и отказ от вредных привычек: мероприятия по подготовке и тиражированию материалов по пропаганде здорового образа жизни, профилактике употребления алкоголя и табачных изделий, организации наружной рекламы, подготовке материалов и размещение их в средствах массовой информации.

В рамках реализации мер, направленных на создание комплексной системы медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими расстройствами, была организована работа по созданию 3-х уровневой системы медицинской реабилитации страдающих наркологическими расстройствами. Организовано взаимодействие с некоммерческими, общественными, религиозными и другими организациями по вопросам социальной реабилитации страдающих наркологическими расстройствами.

В соответствии с Федеральным законом РФ от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» в 2013 г. был подготовлен и утвержден Закон РК «О некоторых вопросах в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территории РК» (от 28.11.2013 г. № 114-РЗ).

В рамках реализации указанной выше задачи подпрограммы 4 была организована деятельность службы помощи по отказу от курения. Всего было организовано 29 кабинетов, осуществляющих консультирование лиц, желающих отказаться от курения. Проведено обучение специалистов по программам помощи в избавлении от табачной зависимости.

В рамках реализации мероприятий, направленных на модернизацию наркологической службы, запланированы и частично проведены мероприятия по укреплению материально-технической базы наркологической службы и организации ее деятельности в соответствии с Порядком оказания наркологической помощи, по повышению квалификации кадров с высшим и средним медицинским образованием, работающих в наркологических диспансерах.

Достигнуты следующие целевые значения показателей эффективности реализации мероприятий:

- уровень потребления алкогольной продукции на душу населения сократился до 13,0 литра на 1 человека в год (план - 13,6 литра на 1 человека в год);

- распространенность потребления табака среди взрослого населения уменьшилась до уровня 23,5% (при плане 27,7%);

- численность зарегистрированных больных с диагнозом «наркомания», установленным впервые в жизни сократилась до уровня 7 человек на 100 тыс. населения (план - 17,2 человек на 100 тыс. населения);

- процент больных наркологическими расстройствами, получающих медико-социальную реабилитацию, составил 4,8% при плане 4,7%;

- доля больных с диагнозом «наркомания», состоящих под наблюдением на конец отчетного периода, находящихся в ремиссии от 6 месяцев и более, составила 47,6% при плане не менее 40%.

Таким образом, достигнуты все целевые значения показателей от общего числа запланированных.

В рамках реализации задачи 2 «Профилактика инфекционных заболеваний, регулируемых средствами иммунопрофилактики, а также социально значимых заболеваний» были реализованы мероприятия, направленные на вакцинацию населения в рамках Национального календаря профилактических прививок и прививок по эпидемиологическим показаниям, внедрение современных методов ранней диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, заболеваний, передаваемых половым путем, проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза, в том числе путем внедрения современных методов ранней диагностики и лечения туберкулеза, организации и проведения профилактической работы в группах риска, в том числе среди контингента системы исполнения наказаний.

- охват детского населения профилактическими прививками в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок (доля детей вакцинированных в соответствии с национальным календарем прививок) составил 97,7% при плане не менее 95%;

- уровень заболеваемости населения венерическими болезнями снизился до 17,0 случаев на 100 тыс. населения (план - 19,9 случая на 100 тыс. населения);

- доля детей с положительным статусом ВИЧ, рожденных матерями с ВИЧ-инфекцией, от общего числа детей, рожденных матерями с ВИЧ-инфекцией, уменьшается благодаря организованной работе, направленной на профилактику развития ВИЧ-инфекции у новорожденных, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, и составил по итогам 2013 г. 1,3% при плане 2,8%.

В рамках реализации задачи 3 «Организация раннего выявления факторов риска развития заболеваний и их коррекции» в 2013 г. проводилась диспансеризация населения, в том числе с использованием ресурсов мобильных диагностических комплексов, обслуживающих сельские межрайонные центры. Кроме того, проводилась работа по совершенствованию деятельности Центров здоровья, расширению форм и методов пропаганды здорового образа жизни, реализуемых на их базе.

По итогам 2013 г. все показатели, характеризующие эффективность деятельности отрасли «Здравоохранение» по указанному направлению выполнены с улучшением:

- увеличился охват населения деятельностью Центров здоровья: количество человек, прошедших комплексное обследование в центрах здоровья, увеличилось до уровня 54,6 человек на 1000 населения (план - 36 человек на 1000 населения);

- сократилась доля лиц, страдающих ожирением, до уровня 36% (план - 36,2%) (показатель является предварительным, уточненный показатель будет известен в сентябре 2014 г. при подведении итогов мониторинга хронических неинфекционных заболеваний, проводимого ГБУЗ РК «Республиканский врачебно-физкультурный диспансер» в рамках сотрудничества с ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»;

- уровень диспансеризации составил 334,3 случая на 1000 населения при плане 310 случаев на 1000 населения;

- снизился уровень первичной заболеваемости до 104 227,0 на 100 тыс. населения (план 106 180,4 на 100 тыс. населения).

Финансовое обеспечение подпрограммы 4 за счет средств республиканского бюджета РК в соответствии со сводной бюджетной росписью составило 57 305,1 тыс. руб., исполнение по итогам 2013 г. - 21 550,7 тыс. руб. (37,6% от планового финансирования).

Подпрограмма 5 «Развитие кадрового потенциала отрасли «Здравоохранение»:

Цель подпрограммы 5: обеспечение отрасли здравоохранения РК высококвалифицированными специалистами.

Задачи подпрограммы 5:

1) обеспечение потребности отрасли «Здравоохранение» медицинскими кадрами, повышение уровня укомплектованности учреждений медицинскими кадрами;

2) совершенствование работы по организации последипломной подготовки медицинских кадров (интернатура, ординатура, переподготовка, повышение квалификации).

По итогам 2013 г. в полном объеме выполнены все мероприятия.

В рамках реализации задачи 1 «Обеспечение потребности отрасли «Здравоохранение» медицинскими кадрами, повышение уровня укомплектованности учреждений медицинскими кадрами» проводилась в текущем режиме работа по планированию, прогнозированию и мониторингу текущих и перспективных потребностей в кадровых ресурсах. Было обеспечено продолжение работы по подготовке специалистов по контрактной форме обучения в высших учебных заведениях профессионального образования в области здравоохранения, в том числе за счет средств республиканского бюджета РК на базе ФГБОУ ВПО «Сыктывкарский государственный университет» и Коми филиала ФГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия». Проводилась работа по привлечению молодых специалистов со средним и высшим медицинским образованием для работы в сельской местности. Всего в течение 2013 г. к работе в сельских учреждениях здравоохранения приступил 31 врач и 5 специалистов со средним медицинским образованием. Эти специалисты получили единовременные компенсационные выплаты в рамках реализации постановления Правительства РК от РК от 14.02.2012 г. № 45 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников с высшим профессиональным образованием и средним профессиональным образованием, работающих в сельских населенных пунктах».

Проведена работа по расчету и установлению доплат к стипендиям за счет средств республиканского бюджета РК для студентов, обучающихся по целевым направлениям, выданным учреждениями здравоохранения.

Руководителями учреждений здравоохранения, расположенных на территории муниципальных образований РК, проводилась профориентационная работа среди школьников и обучающейся молодежи с целью привлечения кадров на работу в отрасль «Здравоохранение». Работа по привлечению кадров проводилась в том числе с использованием Интернет-ресурсов и ресурса средств массовой информации.

По итогам 2013 г. достигнуты следующие фактические значения показателей, установленных в качестве показателей эффективности реализации указанной выше задачи подпрограммы 5:

- обеспеченность врачами (физические лица) в учреждениях здравоохранения составила 39,2 человек на 10 тыс. населения при плане 39,9 человек на 10 тыс. населения;
- укомплектованность учреждений здравоохранения средним медицинским персоналом составила 67% при плане 74,1%.

Основной причиной недостижения целевого значения показателя «Обеспеченность врачами (физические лица) в учреждениях здравоохранения» является миграционный отток кадров с высшим медицинским образованием за пределы РК, не восполняемый ежегодным притоком кадров. Кроме того, имеется место низкая привлекательность работы в связи с психологически тяжелыми условиями труда, связанными с высокой ответственностью.

Причиной недостижения целевого значения показателя «Укомплектованность учреждений здравоохранения средним медицинским персоналом» является отток кадров со средним медицинским образованием из отрасли «Здравоохранение» в связи с выходом на пенсию, а также в связи с переходом на работу в негосударственный сектор здравоохранения или в другие отрасли экономики. Это связано с низкой привлекательностью работы медсест-

ры в связи с психологически тяжелыми условиями труда, связанными с высокой ответственностью.

В рамках реализации задачи 2 «Совершенствование работы по организации последипломной подготовки медицинских кадров (интернатуры, ординатура, переподготовка, повышение квалификации)» была организована профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов отрасли «Здравоохранение», сформирован и обучен резерв руководителей учреждений. Обеспечена регулярная аттестация руководителей учреждений здравоохранения и медицинских работников с целью оценки их профессиональной компетенции. В 2013 г. проведена работа по переводу руководителей медицинских организаций на «эффективный» контракт.

Однако, целевые значения показателей, определенных в качестве критериев эффективности мероприятий указанной выше задачи подпрограммы 5, не были достигнуты:

- количество специалистов, прошедших обучение в интернатуре (ординатуре), по целевым направлениям, прибывших для работы в учреждения здравоохранения РК составило по итогам г. 114 человек (план - 160);

- удельный вес врачей, имеющих квалификационную категорию, составил 37,5% (план - 52,5%);

- удельный вес средних медработников, имеющих квалификационную категорию, составил 53,9% (план - 57,3%).

Основной причиной недостижения целевого значения показателя «Количество специалистов, прошедших обучение в интернатуре (ординатуре), по целевым направлениям, прибывших для работы в учреждения здравоохранения РК» является высокий уровень отказов от работы в учреждениях здравоохранения РК специалистов (в связи с замужеством, сменой места жительства и другими причинами), прошедших обучение в интернатуре (ординатуре) по целевым направлениям от РК. В 2013 г. из 128 человек, направленных на обучение от РК, приступило к работе в учреждениях здравоохранения РК 114 человек (89,1%).

Основной причиной недостижения целевого значения показателя «Удельный вес врачей, имеющих квалификационную категорию» является отток наиболее квалифицированных врачебных кадров за пределы РК, существенный приток молодых кадров, не имеющих право на получение квалификационной категории (получение квалификационной категории возможно при наличии 3-х летнего стажа работы).

Основной причиной недостижения целевого значения показателя «Удельный вес средних медработников, имеющих квалификационную категорию» является отток наиболее квалифицированных кадров медсестер в связи с выходом на пенсию, а также в связи с переходом на работу в негосударственный сектор здравоохранения, существенный приток молодых кадров, не имеющих право на получение квалификационной категории (получение квалификационной категории возможно при наличии 3-летнего стажа работы).

Финансовое обеспечение подпрограммы 5 за счет средств республиканского бюджета РК в соответствии со сводной бюджетной росписью составило 53 781,6 тыс. руб., исполнение по итогам 2013 г. - 37 607,7 тыс. руб. (69,9% от планового финансирования).

Подпрограмма 6 «Обеспечение условий для реализации государственной программы РК «Развитие здравоохранения»:

Цель подпрограммы 6: обеспечение реализации подпрограмм, основных мероприятий и мероприятий Программы в соответствии с установленными сроками и задачами.

Задачи подпрограммы 6:

- 1) обеспечение управления реализацией мероприятий Программы на региональном уровне;

- 2) обеспечение управления реализацией мероприятий Программы на муниципальном уровне.

По итогам 2013 г. в полном объеме выполнены все мероприятия.

В рамках задачи 1 «Создание единого механизма реализации конституционных прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи гарантированного объема и качества» Министерством здравоохранения РК осуществлялась координирующая работа по реализации мероприятий, предусмотренных государственной программой РК «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.

В рамках задачи 2 «Обеспечение управления реализацией мероприятий Программы на муниципальном уровне» организовано взаимодействие с органами местного самоуправления РК по созданию условий для эффективной реализации мероприятий государственной программы, в том числе в части предоставления дополнительных мер социальной поддержки молодым специалистам учреждений здравоохранения, реализации совместных планов мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и профилактике преждевременной смертности населения.

В качестве целевых индикаторов реализации подпрограммы установлены 4 индикатора, три из которых достигнуты в 2013 г.:

- соотношение средней заработной платы врачей и работников, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и средней заработной платы в РК составило 140,2% при плане 129,7%;
- соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в РК составило 79,2% при плане 75,6%;
- соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в РК составило 51,7% при плане 50,1%.

Однако уровень ежегодного достижения показателей (индикаторов) Программы и подпрограмм составил по итогам 2013 г. 74,6% при плане 95%.

Финансовое обеспечение подпрограммы 6 за счет средств республиканского бюджета РК в соответствии со сводной бюджетной росписью составило 108 057,2 тыс. руб., исполнение по итогам 2013 г. - 107 210,6 тыс. руб. (99,2% от планового финансирования).

В целом из 155 мероприятий государственной программы в полном объеме выполнены 151 (97,4%). 3 из 4 неисполненных мероприятий касались строительства объектов здравоохранения и выполнялись совместно с Министерством архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РК.

Общее освоение средств республиканского бюджета по итогам реализации государственной программы РК «Развитие здравоохранения» в 2013 г. составляет 91,38% (плановое финансирование - 13 733 676,9 тыс. руб., фактическое исполнение - 12 549 713,4 тыс. руб.), в том числе в разрезе главных распорядителей бюджетных средств:

Министерство здравоохранения РК: освоение - 93,1% (плановое финансирование - 12 266 606,4 тыс. руб., фактическое исполнение - 11 414 626,3 тыс. руб.);

Комитет информатизации и связи РК: освоение - 100,0% (плановое финансирование - 15 308,2 тыс. руб., фактическое исполнение - 15 308,2 тыс. руб.);

Министерство архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РК: освоение - 77,1% (плановое финансирование - 1 451 762,3 тыс. руб., фактическое исполнение - 1 119 778,9 тыс. руб.).

В части выполнения сводных показателей государственных заданий на оказание государственных услуг государственными учреждениями РК по государственной программе по итогам 2013 г. достигнуто 100%-ное исполнение.

Оценка результатов реализации мер правового регулирования признана высокой: ме-

ры правового регулирования, использованные в 2013 г., обеспечили высокую эффективность реализации мероприятий.

В течение 2013 г. вносились изменения в нормативные правовые акты, являющиеся основой для реализации мероприятий всех 6-ти подпрограмм.

Так, в постановление 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», в соответствии с которым осуществлялась реализация мероприятий Подпрограммы 1 «Обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК», в течение 2013 г. вносились изменения (постановления Правительства РК от 05.09.2013 г. № 339, от 30.12.2013 г. № 561).

Вопросы капитального строительства и реконструкции объектов отрасли «Здравоохранение» регулировались нормативными правовыми актами как республиканского, так и ведомственного уровня:

- в основное распоряжение Правительства РК от 14.03.2013 г. № 84-р «Об утверждении перечня строек и объектов для государственных нужд РК на 2013 год и плановый период 2014-2015 годов по Министерству архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РК, по Министерству образования РК, по Министерству национальной политики РК, финансируемых за счет бюджетных инвестиций в объекты капитального строительства государственной собственности РК, предусмотренных в республиканском бюджете РК» в течение г. вносились изменения, касающиеся в том числе строительства и реконструкции объектов здравоохранения;

- ведомственные приказы Министерства здравоохранения РК: от 11 июля 2013 г. № 1328-р «Об утверждении Плана капитальных ремонтов учреждений здравоохранения РК на 2013 год» (в ред. приказа от 30.08.2013 г. № 1687-р), а также приказ Министерства здравоохранения РК от 11.07.2013 г. № 1329-р «О подготовке государственных учреждений здравоохранения РК к работе в осенне-зимний период 2013-2014 годов».

С целью оптимизации сети учреждений здравоохранения и структуры коечного фонда учреждений здравоохранения в 2013 г. в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» 50 муниципальных учреждений здравоохранения пятнадцати муниципальных образований переведены в государственную собственность РК как имущественные комплексы. План мероприятий утвержден приказом Министерства здравоохранения РК от 29.11.2012 г. № 1983-р «Об утверждении мероприятий по передаче учреждений здравоохранения и имущества из муниципальной собственности в государственную собственность РК». Передача в государственную собственность РК проводилась в соответствии с постановлениями Правительства РК от 20.12.2012 г. № 565, от 19.12.2012 г. № 555, от 20.11.2012 г. № 498, от 10.12.2012 г. № 534, от 17.12.2012 г. № 550, от 30.01.2013 г. № 17 «О передаче в государственную собственность РК муниципальных учреждений здравоохранения».

С 1 июня 2013 г. в соответствии с постановлением Правительства РК от 07.06.2013 г. № 190 в государственную собственность РК передано МАУ «Санаторий-профилакторий «Заполярье»: нынешний статус учреждения - ГАУ РК «Санаторий-профилакторий «Заполярье».

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 12 августа 2011 г. № 660 «О внесении изменений в Положение о Всероссийской службе медицины катастроф» и в целях организации работы Всероссийской службы медицины катастроф Правительством РК было утверждено постановление от 30.07.2013 г. № 267 «О реорганизации государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК «Коми республиканская больница» и создании

государственного бюджетного учреждения РК «Территориальный центр медицины катастроф РК».

В двух муниципальных образованиях произошла реструктуризация учреждений здравоохранения: Летская районная больница вошла в состав Прилузской центральной районной больницы; Сторожевская районная больница – в состав Корткеросской центральной районной больницы (постановления Правительства РК от 17.01.2013 г. № 7 «О реорганизации государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК «Корткеросская центральная районная больница», от 17.01.2013 г. № 8 «О реорганизации государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК «Прилузская центральная районная больница»).

В целях привлечения в отрасль средств федерального бюджета в виде субсидий и трансфертов Министерством здравоохранения РК было обеспечено нормативно-правовое регулирование: разработаны проекты распоряжений Правительства РК о заключении Соглашений между Министерством здравоохранения РФ и Правительством РК о финансовом обеспечении мероприятий, реализуемых в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» по направлениям совершенствования специализированной медицинской помощи, утверждены ведомственные приказы о реализации мероприятий.

В течение 2013 г. был подготовлен и утвержден ряд ведомственных приказов, направленных на совершенствование диагностики и лечения социально-значимых заболеваний, на профилактику заболеваний, в том числе приказы о диспансеризации определенных групп взрослого населения, детей различных возрастов.

С целью улучшения кадровой ситуации в отрасли принимались республиканские и ведомственные нормативные правовые акты, направленные на совершенствование работы по организации последиplomной подготовки медицинских кадров (интернатуры, ординатура), переподготовку и повышение квалификации, а также на повышение престижа профессии врача.

Определение правовых и организационных основ наделения органов местного самоуправления в РК отдельными государственными полномочиями в сфере здравоохранения в соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ», Федеральным законом «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» было упорядочено путем внесения изменений в Закон РК от 21.12.2007 г. № 124-РЗ «О некоторых вопросах в сфере охраны здоровья граждан в РК», наиболее значимым из которых является дополнение Закона РК от 21.12.2007 г. №124-РЗ статьей 5(1) «Полномочие органов местного самоуправления по созданию условий для оказания медицинской помощи населению».

Таким образом, нормативно-правовое регулирование Государственной программы «Развитие здравоохранения» в 2013 г. позволило обеспечить своевременное реагирование на изменения федерального законодательства, а также на ситуацию в региональном здравоохранении путем принятия республиканских нормативных актов и утверждения ведомственных приказов.

В постановление Правительства РК от 28.09.2012 г. № 420 «Об утверждении Государственной программы РК «Развитие здравоохранения» в течение 2013 г. было внесено 6 изменений.

Оценка эффективности государственной программы РК «Развитие здравоохранения» проведена согласно Методике оценки эффективности государственных программ РК, утвержденной совместным Приказом Министерства финансов РК и Министерства экономического развития РК от 30.12.2011г. № 263/487.

По результатам проведенного анализа в соответствии с вышеуказанной Методикой оценка эффективности реализации государственной программы РК «Развитие здравоохранения» составляет 0,96.

Оценка эффективности реализации в разрезе подпрограмм составляет:

- подпрограмма 1 «Обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК» - 0,92;
- подпрограмма 2 «Развитие специализированной медицинской помощи» - 0,92;
- подпрограмма 3 «Развитие медицинской помощи матерям и детям» - 0,90;
- подпрограмма 4 «Формирование здорового образа жизни» - 1,25;
- подпрограмма 5 «Развитие кадрового потенциала отрасли «Здравоохранение» - 0,57;
- подпрограмма 6 «Обеспечение условий для реализации государственной программы РК «Развитие здравоохранения» - 0,70.

С учетом проведенного анализа следует, что эффективность реализации государственной программы высокая.

Следует отметить, что в связи с рекомендациями Министерства здравоохранения РФ во втором полугодии 2013 г. Минздрав РК провел работу по разработке и утверждению государственной программы «Развитие здравоохранения» по новому шаблону в разрезе 11-ти подпрограмм.

Реализация приоритетного национального проекта «здоровье»

1. Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний

1.1. Профилактика инфекционных заболеваний, иммунизация населения (совершенствование национального календаря профилактических прививок, обеспечение населения групп риска необходимыми иммунобиологическими препаратами). В течение 2013 г. в рамках реализации постановления Правительства РФ от 11.03.2011 г. № 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 37 857,5 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 2013 г. была проведена иммунизация, приведена в разрезе видов иммунизации:

- против полиомиелита: по состоянию на 01 января 2014 г. привито 41 687 человек (99,02 % от годового плана 42 100 человек); число привитых в возрасте до одного г. по состоянию на 01 января 2014 г.: 1 вакцинация – 11 000 чел. (100 % от годового плана 11 000 чел.), 2 вакцинация – 11 000 чел. (100 % от годового плана 11 000 чел.);

- против гемофильной инфекции (дети из групп риска): по состоянию на 01 января 2014 г. привито 6 079 детей;

- против гепатита В: количество привитых взрослых на 1 января (V1) - 10 887 чел. (54,0 % от годового плана 20 000 чел.), (V2) - 8 518 чел. (43,0 % от годового плана); по состоянию на 01 января привито 11 823 детей, что составляет 100 % от скорректированного годового плана (корректировка выполнена в связи с увеличением количества родившихся);

- против краснухи (детей до 14 лет, лиц до 25 лет, не привитых ранее): по состоянию на 1 января 2014 г. вакцинировано 25 860 чел. (92,7 % от годового плана 27 900 чел.); вакцинация и ревакцинация 6-ти летних детей выполнена в полном объеме;

- иммунизация против гриппа начата в сентябре с момента поступления противогриппозной вакцины в предэпидемический сезон 2013/2014 г.г.; по состоянию на 1 января привито 236 865 чел. (при плановой численности 217 500 чел.: превышение количества привитых связано с тем, что часть населения была привита вакциной, приобретенной за счет других источников - за счет средств республиканского бюджета, средств страховых компаний и предприятий);

- 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): по состоянию на 1 января 2014 г. вакцинировано 72 708 чел. (93,1 % от годового плана 78 100 чел.);

- против кори и эпидемического паротита (детей до 1 г. и 6 лет): по состоянию на 1 января 2014 г. вакцинировано 22 261 чел. (97,2 % от годового плана 22 900 чел.); число привитых от кори взрослых по состоянию на 1 января 2014 г. - 1 373 чел. (100 %);

- против туберкулеза (новорожденные и дети в возрасте 7 и 14 лет): по состоянию на 1 января 2014 г. вакцинировано 12 994 чел. (100 % от годового плана в 12 450 чел.).

1.2. 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 2013 г. в рамках реализации распоряжения Правительства РФ от 28.12.2012 г. № 2581-р «О распределении в 2013 г. иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на финансовое обеспечение закупок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С» в республиканский бюджет РК поступили средства в размере 41 812,3 тыс. руб.

В течение 2013 г. было заключено 39 государственных контрактов (договоров) на поставку противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С на сумму 41 812,3 тыс. руб.

По состоянию на 31.12.2013 г. средства федерального бюджета, выделенные для закупок противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, освоены в полном объеме.

В 2013 г. в рамках реализации распоряжения Правительства РФ от 27.12.2012 г. № 2568-р «О распределении в 2013 г. субсидий, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, связанных с финансовым обеспечением закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С» РК выделены средства в размере 6 836,4 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством РК и Министерством здравоохранения РФ о предоставлении в 2013 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 11.07.2013 г. № 24-2/11.

В течение 2013 г. было заключено 3 государственных контракта (договора) на поставку диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С на сумму 4 299,32 тыс. руб.

Средства в размере 2 537,08 тыс. руб. были сэкономлены в ходе торгов. Для полного освоения указанных средств в декабре 2013 г. в Министерство финансов РК направлена за-

явка на размещение заказа на поставку диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С на указанную сумму.

Таким образом, освоение выделенных на закупку диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, составило 4 299,32 тыс. руб. (62,9% от планового финансирования 6 836,4 тыс. руб.).

С целью софинансирования расходов федерального бюджета в республиканском бюджете РК на 2013 г. запланированы средства в размере 7 115,40 тыс. рублей на приобретение диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С. Средства освоены в полном объеме.

Количество обследованных на ВИЧ-инфекцию и гепатиты В и С по состоянию на 1 января 2014 г. составило 442 799 человек.

Количество ВИЧ-инфицированных, получавших антиретровирусную терапию в отчетном периоде - 313 человек.

1.3. Обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных туберкулезом, профилактические мероприятия

В 2013 г. завершились мероприятия по освоению средств субсидии федерального бюджета, выделенных РК в 2011 г. в рамках реализации постановления Правительства РФ от 31.12.2010 г. № 1235 «О финансовом обеспечении за счет средств федерального бюджета мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий».

В течение 2013 г. с целью дооснащения ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер» медицинским оборудованием в соответствии со стандартом оснащения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2010 г. № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в РФ», были заключены государственные контракты (договоры) на сумму 491,91 тыс. руб., приобретена лабораторная центрифуга и 2 стерилизатора.

Кроме того, 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» и распоряжения Правительства РФ от 24.10.2013 г. № 1944-р «Об утверждении распределения в 2013 г. иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых на финансовое обеспечение закупок лекарственных препаратов, применяемых при лечении больных туберкулезом» РК выделены средства в размере 18 978,0 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством РК и Министерством здравоохранения РФ о предоставлении в 2013 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 11.05.2011 г. № 211/Т-2011-1236/106.

В связи с поздним заключением указанного выше соглашения средства в размере 18 978,0 тыс. руб. в 2013 г. освоены не были.

В рамках проведения профилактических мероприятий в 2013 г. число лиц, обследованных на предмет раннего выявления туберкулеза, составило 525 124 человека. Количество впервые выявленных больных составило 428 человек. Численность больных, направленных на стационарное лечение, составила 356 человек, на санаторно-курортное лечение - 23 человека.

2. Повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

2.1. Мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. 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» РК 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.

В связи с поздним заключением указанного выше соглашения средства в размере 205 807,0 тыс. руб. в 2013 г. освоены не были.

С целью софинансирования расходов федерального бюджета по данному направлению ПНП «Здоровье» в республиканском бюджете РК на 2013 год запланированы средства в размере 131 581,52 тыс. рублей, в том числе:

- на проведение капитальных ремонтов объектов здравоохранения в размере 52 576,41 тыс. руб.;
- на приобретение санитарного автотранспорта для оснащения учреждений и подразделений скорой медицинской помощи в размере 79 005,11 тыс. руб.

Средства республиканского бюджета РК в 2013 г. были освоены в размере 78 049,16 тыс. руб. (59,3%), в том числе:

- на сумму 19 214,99 тыс. руб. проведены капитальные ремонты;
- на сумму 58 834,17 тыс. руб. приобретен санитарный автотранспорт.

Для реализации мероприятий, связанных с совершенствованием организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, Министерством здравоохранения РК подготовлена необходимая региональная нормативная правовая база:

приказ Министерства здравоохранения РК от 22 января 2013 г. № 1/14 «О реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на федеральной автомобильной трассе «Вятка» «Чебоксары – Сыктывкар», проходящей по территории РК, автодорогах общего пользования регионального и межмуниципального значения» (утверждены схемы доставки пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях в медицинские организации);

приказ Министерства здравоохранения РК от 17 февраля 2013 г. № 2/89 «Об утверждении Оперативного плана профилактических мероприятий по сокращению смертности от внешних причин в РК»;

приказ Министерства здравоохранения РК от 23 мая 2013 г. № 5/240 «О мерах по реализации в 2013 г. постановления Правительства РФ от 26 декабря 2011 г. № 1143 «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 по-

страдавшим при дорожно-транспортных происшествиях» (в редакциях приказов Министерства здравоохранения РК от 13 ноября 2013 г. № 11/532, от 31.12.2013 г. №12/690).

Порядок взаимодействия со специальными службами Министерства внутренних дел РФ и Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий представлен в республиканском Плане прикрытия автомобильных дорог РК, утвержденным Начальником Главного управления МЧС России по РК 1 сентября 2011 г..

С учетом протяженности автомобильных дорог, расположения станций и отделений скорой медицинской помощи, расположения медицинских организаций в РК разработан «План прикрытия автомобильных дорог в РК». В соответствии с Планом разработана схема закрепления участков автомобильных дорог за станциями (отделениями) скорой медицинской помощи и медицинскими организациями (приказ Министерства здравоохранения РК от 22 января 2013 г. № 1/14 «О реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на федеральной автомобильной трассе «Вятка» «Чебоксары – Сыктывкар», проходящей по территории РК, автодорогах общего пользования регионального и межмуниципального значения»).

Подготовка и переподготовка медицинских кадров для медицинских организаций, в том числе по специальностям «хирургия», «травматология и ортопедия», «нейрохирургия», «анестезиология-реаниматология», «рентгенология», «ультразвуковая диагностика» и «скорая медицинская помощь», организована в виде выездных циклов, проводимых образовательными учреждениями высшего профессионального образования, имеющими лицензию на ведение указанного вида деятельности. В течение 2013 г. по программам подготовки и переподготовки проведено обучение 110 врачей, в том числе 19 - по специальности «хирургия», 5 - по специальности «травматология и ортопедия», 3 - по специальности «нейрохирургия», 45 - по специальности «анестезиология-реаниматология», 10 - по специальности «рентгенология», 23 - по специальности «ультразвуковая диагностика», 5 - по специальности «скорая медицинская помощь».

Мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях включены в Государственную программу РК «Развитие здравоохранения», утвержденную постановлением Правительства РК от 28 сентября 2012 г. № 420. Предусмотрено проведение следующего комплекса мер:

1) укрепление материально-технической базы медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях как травматологические центры I, II и III уровней (проведение капитальных ремонтов и оснащение реанимационным, операционным, диагностическим оборудованием);

2) обучение работников спасательных служб в «Школе медицины катастроф» на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК «Коми республиканская больница» с отработкой практических навыков;

3) подготовку медицинских кадров по специальностям «хирургия», «травматология и ортопедия», «нейрохирургия», «анестезиология-реаниматология», «рентгенология», «ультразвуковая диагностика» и «скорая медицинская помощь»;

4) внедрение стандартов оказания медицинской помощи при травмах различных локализаций.

В результате реализации запланированных мероприятий планируется приведение условий оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях к нормативным требованиям, установленным приказами Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 927н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком» и от 20.06.2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

2.2. 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.

В 2012 г. было освоено 29 788,58 тыс. руб. (8,0%). Средства субсидии федерального бюджета в размере 340 567,92 тыс. руб. были возвращены бюджету РК в 2013 г..

Общее освоение средств за 2012-2013 гг. по состоянию на 31.12.2013 г. составило 363 209,48 тыс. руб. (98,1%).

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 проведение капитальных ремонтов объектов здравоохранения в размере 151 490,68 тыс. руб.;
- на приобретение медицинского и технологического оборудования в размере 6 061,62 тыс. руб.;
- на проведение информационно-коммуникационной кампании в средствах массовой информации и подготовку медицинских кадров в размере 11 447,70 тыс. рублей

Средства республиканского бюджета РК в течение 2012-2013 гг. были освоены в размере 154 957,38 тыс. руб. (67,4%), в том числе:

- на сумму 103 121,38 тыс. руб. проведены капитальные ремонты;
- на сумму 40 700,17 тыс. руб. приобретено медицинское и технологическое оборудование санитарный автотранспорт;
- на сумму 11 135,83 тыс. руб. проведена информационно-коммуникационная кампания в средствах массовой информации и подготовка медицинских кадров.

Реализация мероприятий предусмотрена следующими нормативными документами:

постановление Правительства РК от 26.09.2012 г. № 407 «Об утверждении региональной программы РК «Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями на 2012 год»;

приказ Министерства здравоохранения РК от 25 апреля 2012 г. № 4/249 «О мерах по реализации в 2012 г. Соглашения между Правительством РК и Министерством здравоохранения и социального развития РФ о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету РК на софинансирование расходных обязательств РК, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями».

На средства субсидии федерального бюджета в размере 370 356,5 тыс. руб. запланировано приобретение 251 единицы медицинского оборудования, оснащение которым позволяет обеспечить выполнение Порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным, утвержденно-го приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.11.2012 г. № 915н.

По состоянию на 31.12.2013 г. заключен 71 государственный контракт (договор) на сумму 370 153,8 тыс. руб. Средства в размере 202,7 тыс. руб. остались не законтрактованными как средствами экономии от торгов.

В учреждение (ГБУЗ РК «Коми республиканский онкологический диспансер» и филиал в г. Воркута) поступило 248 единиц медицинского оборудования на сумму 365 431,5 тыс. руб. (по 69 государственным контрактам (договорам). Кассовые расходы произведены в размере 365 431,5 тыс. руб. По 2 государственным контрактам на сумму 4 678,7 тыс. руб. иски ГУ РК «Коми республиканский онкологический диспансер» направлены на рассмотрение в Арбитражный суд РК.

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. На мобильных маммографических установках осуществлено 128 выездов, на которых осмотрено 10 925 человек; выполнено 342 выезда в территории РК 6-ти передвижных флюорографических установок, было осмотрено 70085 человек.

2.3. Повышение доступности и качества оказываемой населению РФ высокотехнологичной медицинской помощи.

Реализация данного направления ПНП «Здоровье» в 2013 г. осуществлялась в рамках постановления Правительства РФ от 15.12.2012 г. № 1312 «Об утверждении Правил финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ в федеральных государственных бюджетных учреждениях за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения РФ» и распоряжения Правительства РФ от 09.03.2013 г. № 324-р «О распределении субсидий, предоставля-

емых в 2013 г. бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ». В соответствии с указанными нормативными правовыми актами РФ РК в 2013 г. выделена субсидия из федерального бюджета на сумму 61 294,3 тыс. руб.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством РК и Министерством здравоохранения РФ от 22 мая 2013 г. № ВМП-СУ-6/13 о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта РФ на софинансирование расходных обязательств субъекта РФ, связанных с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой на базе государственных учреждений здравоохранения РК в 2013 г..

В 2013 г. в федеральных и республиканских учреждениях высокотехнологичная помощь оказана 3 839 жителям республики, в том числе в государственных учреждениях здравоохранения РК на условиях софинансирования за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК - 2 485 пациентам, из них 1 980 взрослых, 505 детей.

Уровень удовлетворенности населения высокотехнологичной медицинской помощью по итогам 2013 г. составил 76 %.

2.4. Мероприятия по развитию службы крови.

2.4.1. 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 Соглашения 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 связи с поздним заключением соглашения средства в размере 38 107,7 тыс. руб. в 2013 г. освоены не были.

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 31.12.2013 г. освоение средств республиканского бюджета РК составило 1 997,15 тыс. руб. (7,7% от планового финансирования 26 103,8 тыс. рублей). Всего для реализации мероприятий, связанных с капитальными ремонтами объектов здравоохранения службы крови, было заключено 9 государственных контрактов (договоров) на сумму 13 877,30 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. постанов-

ления 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).

2.4.2. 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 Соглашения 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 связи с поздним заключением соглашения средства в размере 63 853,0 тыс. руб. в 2013г. освоены не были.

3. Совершенствование медицинской помощи матерям и детям.

3.1. 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 2013 год составлял 135 737,0 тыс. руб.

За счет средств федерального бюджета в течение 2013 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 121 890,0 тыс. руб. (89,8% от планового финансирования 135 737,0 тыс. руб.), в том числе:

талон № 1 – 10 892 шт. на сумму 32 676,0 тыс. руб.;

талон № 2 – 11 846 шт. на сумму 71 076,0 тыс. руб.;

талон № 3-1 – 9 411 шт. на сумму 9 411,0 тыс. руб.;

талон № 3-2 – 8 727 шт. на сумму 8 727,0 тыс. руб. (оплата талонов 3-1 и 3-2 с учетом рождения двоен).

3.2. Пренатальная и неонатальная диагностика.

3.2.1. 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»;

распоряжения Правительства РФ от 27.12.2012 г. № 2537-р «О распределении в 2013 г. субсидий, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка».

В 2013 г. РК выделена субсидия из федерального бюджета в размере 4 219,3 тыс. руб. на реализацию мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

Указанные средства выделены в соответствии с Соглашением между Правительством РК и Министерством здравоохранения РФ о предоставлении в 2013 г. субсидии из федерального бюджета бюджету РК на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка от 10.06.2013 г. № 15/20п-2013.

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 657,024 тыс. руб.

По итогам 2013 г. средства федерального и республиканского бюджетов освоены в полном объеме.

Все мероприятия данного направления ПНП «Здоровье» регламентированы приказом Министерства здравоохранения РК от 2 апреля 2013 г. № 4/142 «О реализации в 2013 г. Постановления Правительства РФ от 27 декабря 2010 г. № 1141 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ 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 2013 г. составил 92,9 % от числа беременных, вставших на учет в первом триместре, что позволяет своевременно решить вопрос об объеме необходимой помощи ребенку еще на внутриутробном этапе.

3.2.2. 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»;

распоряжения Правительства РФ от 27.12.2012 г. № 2551-р «О распределении в 2013г. субсидий, предоставляемых 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 2013 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 Соглашения между Правительством РК и Министерством здравоохранения РФ о предоставлении в 2014 г. субсидии из федерального бюджета бюджету РК на закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения от 31.05.2013 г. № 15/20на-2013.

За счет предоставленных федеральным бюджетом средств были приобретены расходные материалы для неонатального и аудиологического скрининга.

Софинансирование за счет средств республиканского бюджета РК составило 576,8 тыс. руб.

По итогам 2013 г. средства федерального и республиканского бюджетов освоены в полном объеме.

Все мероприятия данного направления ПНП «Здоровье» регламентированы приказом Министерства здравоохранения РК от 2 апреля 2013 г. № 4/144 «О реализации в 2013 г. 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»».

По состоянию на 1 января 2014 г. обследовано новорожденных 12 296, новорожденных. Выявлено 2 случая заболевания врожденным гипотериозом, 3 случая фенилкетонурии, 1 случай адреногенитального синдрома, 1 случай муковисцидоза.

В рамках проведения аудиологического скрининга в течение 2013 г. обследовано 12 263 ребенка, выявлено 14 детей с нарушением слуха.

3.3. Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

– Реализация указанного направления ПНП «Здоровье» осуществлялась в 2013 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 1 628 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (100% от плана).

Распределение прошедших диспансеризацию по группам здоровья:

I группа - 32 чел. (1,96 %);

II группа - 659 чел. (40,49 %);

III группа - 568 чел. (34,88 %);

IV группа - 249 чел. (15,29 %);

V группа - 120 чел. (7,38 %).

4. Проведение мероприятий, направленных на формирование и популяризацию здорового образа жизни.

4.1. 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.

В рамках деятельности Центров здоровья за 2013 год проконсультировано 19 023 человека, в том числе 7 608 детей. С факторами риска развития неинфекционных заболеваний выявлено 12 788 человек, в том числе 5 213 детей; всем назначены индивидуальные планы по здоровому образу жизни и коррекции факторов риска.

Начиная с 2011 г., в Центрах здоровья РК организованы приемы гигиенистов стоматологических. За 2013 год стоматологами-гигиенистами центров приняты 9 232 человека. С мая 2012 г. в Центрах здоровья для взрослых проводится офтальмологическое обследование: в течение 2013 г. обследовано 6 786 человек.

4.2. 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 Соглашения 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.

В связи с поздним заключением указанного выше соглашения средства в размере 25 644,7 тыс. руб. в 2013 г. освоены не были.

С целью софинансирования расходов федерального бюджета по данному направлению ПНП «Здоровье» в республиканском бюджете РК на 2013 год запланированы средства в размере 29 192,8 тыс. рублей на проведение капитальных ремонтов объектов здравоохранения.

Средства республиканского бюджета РК в 2013 г. были освоены в размере 924,76 тыс. руб. (3,2%).

Для реализации мероприятий, связанных с совершенствованием медицинской помощи наркологическим больным, Министерством здравоохранения РК подготовлен приказ Министерства здравоохранения РК от 2 апреля 2013 г. № 4/147 «О мерах по реализации в 2013 г. Соглашения между Правительством РК и Министерством здравоохранения РФ 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

табака» (в редакциях приказов Министерства здравоохранения РК от 11 ноября 2013 г. №10/477, от 11 ноября 2013 г. № 11/537, от 31.12.2013 г. №12/691).

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.

Кроме того, реализуется утвержденный Главой РК В.М. Гайзером Плана мероприятий по реализации в РК распоряжения Правительства РФ от 14.02.2012 г. № 202-р «Об утверждении плана мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией (на 2012-2020 годы)» (гриф утверждения от 31.12.2012 г.).

Реализация программы модернизации здравоохранения РК (2011-2013 годы).

Программа модернизации здравоохранения РК на 2011-2013 годы утверждена Постановлением Правительства РК от 28 марта 2011 г. № 420.

Общий объем финансирования программы за счет всех источников составил **5 330 016,30** тыс. рублей, в том числе за счет средств:

- субсидии Федерального Фонда ОМС – 4 056 897,00 тыс. рублей;
- за счет республиканского бюджета РК – 169 750,79 тыс. рублей;
- за счет средств Фонда ОМС РК – 1 103 368,51 тыс. рублей.

По итогам реализации программы модернизации здравоохранения освоено 5 197 485,88 тыс. руб. (97,5% от плана 5 330 016,30 тыс. рублей):

- за счет средств субсидии ФФОМС - 3 951 734,74 тыс. руб. (97,4% от плана 4 056 897,00 тыс. рублей);
- за счет средств консолидированного бюджета РК - 160 081,10 тыс. руб. (94,3% от плана 169 750,79 тыс. рублей);
- за счет средств ТФОМС - 1 085 670,04 тыс. руб. (98,4% от плана 1 103 368,51 тыс. рублей).

Информация об освоении в разрезе задач и источников финансирования представлена в таблице:

Таблица 1.

Освоение средств в разрезе задач и источников финансирования

Направление	Источник финансирования	План (тыс. руб.)	Факт (тыс. руб.)	Освоение (%)
Всего 2011-2012 гг.	всего	5 330 016,30	5 197 485,88	97,51%
	средства ФФОМС	4 056 897,00	3 951 734,74	97,41%
	средства КБ РК	169 750,79	160 081,10	94,30%
	средства ТФОМС	1 103 368,51	1 085 670,04	98,40%
1. Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе:	всего	2 551 758,79	2 505 708,78	98,20%
	средства ФФОМС	2 437 616,10	2 392 606,85	98,15%
	средства КБ РК	114 142,69	113 101,93	99,09%
- проведение капитальных ремонтов	всего	814 725,33	811 648,72	99,62%
	средства ФФОМС	733 717,70	731 163,41	99,65%
	средства КБ РК	81 007,63	80 485,31	99,36%
- приобретение оборудования	всего	1 737 033,46	1 694 060,06	97,53%
	средства ФФОМС	1 703 898,40	1 661 443,44	97,51%
	средства КБ РК	33 135,06	32 616,62	98,44%

окончание табл. 1

2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение	всего	243 824,30	195 897,90	80,34%
	средства ФФОМС	192 416,20	153 118,73	79,58%
	средства КБ РК	51 408,10	42 779,17	83,21%
3. Внедрение стандартов медицинской помощи, в том числе:	всего	2 534 433,21	2 495 879,26	98,48%
	средства ФФОМС	1 426 864,70	1 406 009,22	98,54%
	средства КБ РК	4 200,00	4 200,00	100,00%
	средства ТФОМС	1 103 368,51	1 085 670,04	98,40%
-внедрение оплаты по медико-экономическим стандартам	всего	1 784 835,25	1 767 246,98	99,01%
	средства ФФОМС	716 210,14	715 360,82	99,88%
	средства КБ РК	-	-	-
	средства ТФОМС	1 068 625,11	1 051 886,16	98,43%
- диспансеризация подростков	всего	50 194,82	48 809,38	97,24%
	средства ФФОМС	15 451,42	15 025,50	97,24%
	средства КБ РК	-	-	-
	средства ТФОМС	34 743,40	33 783,88	97,24%
-повышение доступности амбулаторной медицинской помощи	всего	695 203,14	675 622,90	97,18%
	средства ФФОМС	695 203,14	675 622,90	97,18%
	средства КБ РК	-	-	-
	средства ТФОМС	-	-	-
- подготовка медицинских кадров	всего	4 200,00	4 200,00	100,00%
	средства ФФОМС	-	-	-
	средства КБ РК	4 200,00	4 200,00	100,00%
	средства ТФОМС	-	-	-

Направление 1. Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения

Таблица 2.

Проведение капитальных ремонтов

1. План 2011-2013 годы	384 объекта (55 учреждений)
Завершены работы	379 объектов
2. Кассовые расходы учреждений	Всего кассовые расходы ЛПУ - 811 648,72 тыс. руб.: средства ФФОМС - 731 163,41 тыс. руб. средства консолидированного бюджета РК - 80 485,31 тыс. руб.
3. Плановое финансирование	814 725,33 тыс. руб.
4. Освоение	99,6% от кассовых расходов ЛПУ

2.2. Приобретение оборудования.

По условиям Соглашения о финансовом обеспечении реализации Программы модернизации закуп оборудования производился централизованно, государственным заказчиком являлось Министерство здравоохранения РК.

Таблица 3.

Приобретение оборудования

План 2011-2013 годов	3 920 единиц оборудования (66 учреждений)
Заключены государственные контракты	3 917 единиц на сумму 1 731 190,23 тыс. руб. из них введено в эксплуатацию 3 912 единиц
Кассовые расходы	Всего - 1 694 060,06 тыс. руб.: средства ФФОМС - 1 661 443,44 тыс. руб. средства консолидированного бюджета РК - 32 616,62 тыс. руб.
Плановое финансирование	1 737 033,46 тыс. руб.
Освоение	98,4%

Направление 2. Внедрение современных информационных технологий в здравоохранение
В реализации данного направления программы в течение 2011-2013 гг. участвовало 65 медицинских организаций.

Таблица 4.

Внедрение информационных технологий

Направление расходования средств	ФФОМС (тыс. руб.)	Консолидированный бюджет (тыс. руб.)
Плановое финансирование	243 824,30	
	192 416,20	51 408,10
Заключены государственные контракты	174 118,73 (90,5%)	42 779,17 (83,2%)
Не заключены контракты	18 297,47	8 628,93
Кассовые расходы	195 897,9 (80,3%)	
	153 118,73 (79,6%)	42 779,17 (83,2%)

С октября 2013 г. мероприятия по информатизации отрасли здравоохранения реализуются силами Комитета по информатизации и связи РК.

Выполнены следующие мероприятия:

1. Заключены и исполнены (либо находятся в стадии исполнения) следующие государственные контракты:

- на поставку вычислительной и оргтехники в медицинские организации РК. Результатом исполнения контракта является оснащение, в рамках финансирования, рабочих мест медицинского персонала медицинских организаций средствами вычислительной техники, поставка серверного оборудования и организация Центра обработки данных на базе ГАУ РК «Центр информационных технологий»;

- на выполнение работ по проектированию и монтажу локальных вычислительных сетей в медицинских организациях. Результатом исполнения настоящего ГК является строительство ЛВС, объединяющих поставленные автоматизированные рабочие места медицинского персонала;

- на подключение медицинских организаций к широкополосным каналам связи. Результатом исполнения настоящего ГК является строительство каналов передачи данных в 45-ти медицинских организациях для выполнения последующего подключения к корпоративной сети передачи данных здравоохранения РК;

- на поставку средств криптографической и антивирусной защиты информации в медицинские организации. Результатом исполнения настоящих ГК является подключение медицинских организаций к корпоративной сети передачи данных здравоохранения РК;

- на поставку модулей администрирования и маршрутизаторов;

- на поставку телемедицинских комплексов и медицинского оборудования для проведения цитогенетических и медико-биологических исследований;

- на выполнение технологических работ по созданию прикладного компонента региональной информационно-аналитической медицинской системы.

Федеральный сервис «Запись к врачу в электронном виде» на территории РК внедрен в 50 медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Региональный сервис не внедрен в связи с незавершенностью работ по созданию прикладного компонента региональной информационно-аналитической медицинской системы.

Направление 3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Реализация мероприятий этого направления программы модернизации здравоохранения завершилась в 2012 г.. С 2013 г. все мероприятия продолжают осуществляться в рамках програм-

мы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. В целом мероприятия реализованы на 98,5% (план 2 534 433,21 тыс. руб., кассовое исполнение 2 495 879,26 тыс. руб.).

Всего в течение 2011-2012 годов:

внедрены стандарты оказания медицинской помощи по 105 нозологиям, объединенным в 70 групп стандартов; лечение по стандартам осуществлялось в 38 учреждениях здравоохранения;

диспансеризация проведена в отношении 17,8 тыс. 14-летних подростков;

мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи были реализованы в 73 медицинских организациях, работающих в системе ОМС. Ежемесячно стимулирующие выплаты получали не менее 1,5 тыс. врачей, не менее 2,8 тыс. средних медицинских работников. Средний размер доплаты к заработной плате у врача составил 9,0 тыс. руб., у среднего медицинского персонала 4,5 тыс. руб.

Таблица 5.

Сводная информация по освоению программных средств

Направление	Источник финансирования	План	Факт	Освоение	Неиспользованный остаток
Внедрение стандартов медицинской помощи, в том числе:	Всего	2 534 433,21	2 495 879,26	98,48%	38 553,95
	ФФОМС	1 426 864,70	1 406 009,22	98,54%	20 855,48
	КБ РК	4 200,00	4 200,00	100,00%	-
	ТФОМС	1 103 368,51	1 085 670,04	98,40%	17 698,47
внедрение оплаты по медико-экономическим стандартам	Всего	1 784 835,25	1 767 246,98	99,01%	17 588,27
	ФФОМС	716 210,14	715 360,82	99,88%	849,32
	КБ РК	-	-	-	-
	ТФОМС	1 068 625,11	1 051 886,16	98,43%	16 738,95
диспансеризация подростков	Всего	50 194,82	48 809,38	97,24%	1 385,44
	ФФОМС	15 451,42	15 025,50	97,24%	425,92
	КБ РК	-	-	-	-
	ТФОМС	34 743,40	33 783,88	97,24%	959,52
повышение доступности амбулаторной медицинской помощи	Всего	695 203,14	675 622,90	97,18%	19 580,24
	ФФОМС	695 203,14	675 622,90	97,18%	19 580,24
	КБ РК	-	-	-	-
	ТФОМС	-	-	-	-
подготовка медицинских кадров	Всего	4 200,00	4 200,00	100,00%	-
	ФФОМС	-	-	-	-
	КБ РК	4 200,00	4 200,00	100,00%	-
	ТФОМС	-	-	-	-

Средства в размере 38 553,95 тыс. руб. (в том числе за счет средства ФФОМС в размере 20 855,48 тыс. руб., средств ТФОМС в размере 17 698,47 тыс. руб. не освоены по состоянию на 1 января 2014 г. в связи с отсутствием пациентов по профилям оказываемой медицинской помощи в рамках направления, связанного с внедрением стандартов оказания медицинской помощи, и недостаточной укомплектованностью амбулаторной службы врачами-специалистами.

ГЛАВА 9. ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРОГРАММЫ И НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Научно-исследовательские работы в Коми филиале ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России 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 филиале.

Таблица 1.

Традиционные направления научных исследований

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 РК. Электрофизиологические механизмы адаптации сердца.
Кафедра внутренних болезней № 2	Кардиоренальный континуум в условиях Севера. 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. Состояние здоровья детей с перинатальной патологией и ее осложнениями.
Кафедра неврологии и психиатрии	Совершенствование оказания неврологической и профпатологической помощи жителям Северных территорий (РК). Проблемы нарушений эмоционального статуса у жителей высоких широт. Проблемы дерматологии в РК.
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения	«История и перспективы развития системы здравоохранения и медицинского образования в РК».

В филиале функционирует научная школа д.м.н. Г.О.Пениной: Совершенствование оказания неврологической и профпатологической помощи жителям Северных территорий (РК).

Научное обоснование организационных мероприятий по совершенствованию системы профпатологической медицинской помощи жителям Севера, работающим на горнодобывающих предприятиях.

Основные научные темы научной школы:

Клиническое течение, качество жизни, повседневная активность и трудоспособность пациентов с мигренью (на примере РК);

Клинико-эпидемиологическая характеристика, оптимизация диагностики когнитивных функций и качество жизни у пациентов с хронической ишемией головного мозга (дисциркуляторной энцефалопатией) в РК;

Клинико-эпидемиологическая характеристика симптоматической эпилепсии у взрослых северян и качество жизни пациентов (на примере РК).

Основные показатели научно-исследовательской работы филиала в 2013 г. представлены в таблице:

Таблица 2.

Показатели научно-исследовательской работы филиала в 2013 г.

	Показатель	Кол-во
1.	Защищено диссертаций, всего:	2
	- докторских	1
	- кандидатских	1
3.	Издано монографий	4
4.	Издано учебников и учебных пособий, всего, в том числе:	5
	- грифом УМО	-
	- с другими грифами	5
5.	Опубликовано статей, всего, в том числе:	93
	- в реферативных журналах и изданиях, рекомендованных ВАК	54
	- в региональных журналах	21
	- в сборниках научных трудов	18
6.	Получено патентов	-
7.	Проведено научно-практических конференций	15

В 2013 г. было защищено 2 диссертации:

Курочкина О.Н. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ лечения инфаркта миокарда. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Защищена в 2013 г. в диссертационном совете Д 208.008.02 при ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ.

Сурин М.В. Дыхательная функция крови при синдроме острого повреждения легких. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Защищена в 2013 г. в диссертационном совете Д 208.102.03, при ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ

За указанный период опубликовано 54 научные статьи в рецензируемых журналах (перечень ВАК), 21 публикаций в региональных журналах, 18 статей в сборниках научных ра-

бот, в том числе, зарубежных. Вышло из печати 75 тезисов. На съездах, конференциях и других научно-практических мероприятиях различного уровня сделано 38 докладов.

Кафедрами Коми филиала в 2013 г. организованы 15 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 филиале 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 в Коми филиале научная конференция студентов и интернов.
