

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД

**О состоянии здоровья населения
Республике Коми в 2015 году**

**г. Сыктывкар
2016**

Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Республики Коми в 2015 году» - Сыктывкар: Министерство здравоохранения РК, 2016. - 226.

Доклад является официальным документом и издается в целях обеспечения государственных органов управления, населения республики, общественных объединений и организаций объективной систематизированной, аналитической информацией о состоянии здоровья населения РК в 2015 году.

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

Под общей редакцией Д.Б. Березина

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

Составители: И.Д. Бабушкина, В.В. Бакланов, Т.В. Безуглая, А.В. Братинков, Е.Л. Борчанинова, А.В. Винницкий, С.А. Водопьянов, И.Н. Вьялкова, С.В. Габова, А.П. Галин, М.Ю. Гоян, В.В. Дудайте, С.И. Зайцев, И.А. Ипатко, Н.П. Илларионова, С.А. Каракина, В.В. Катков, Л.В. Князева, С.Ю. Князева, И.П. Коданёва, А.Л. Коюшев, М.С. Комягин, О.Н. Лебедева, В.В. Лукина (к.м.н.), И.И. Лысенков (к.м.н.), О.А. Майорова, Г.А. Максимов, В.А. Метелев, Р.С. Мухаметшина, Н.В. Никулина, Н.А. Овчинникова, Ю.Г. Пасынкова, Е.Е. Петрова, С.С. Поган, Е.Н. Помаскина, И.В. Потапова, А.В. Северинов, В.И. Салий, С.В. Стариков, Е.А. Сухорукова, В.Н. Тимин, Л.Р. Торопова, Е.В. Ткаченко, Н.Н. Хозяинова, А.Я. Чепурнова, Е.Э. Чернова, Н.Г. Шулёпова.

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

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

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

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	7
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	19
ГЛАВА 3. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	90
ГЛАВА 4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА	106
ГЛАВА 5. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	122
ГЛАВА 6. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ	131
ГЛАВА 7. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ	196
ГЛАВА 8. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	202
ГЛАВА 9. РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	215
ГЛАВА 10. РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КОМИ	219
ГЛАВА 11. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	224
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	226

СОКРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ ДОКЛАДЕ

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

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

ВВЕДЕНИЕ

Основная цель развития отрасли здравоохранения - повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению. Главным результатом усилий и действий Правительства Республики Коми в лице Министерства здравоохранения Республики Коми и государственных медицинских организаций, расположенных на территории Республики Коми, является сохранение здоровья граждан Республики Коми и исполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья граждан и развитие системы здравоохранения.

В соответствии с указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года и данными в их развитие поручениями Правительства Российской Федерации в 2012-2014 годы Министерством разработаны и утверждены важнейшие стратегические документы по повышению качества и доступности медицинской помощи, кадровой политике в сфере охраны здоровья, совершенствованию лекарственного обеспечения, развитию медицинской науки, формированию здорового образа жизни и другим основополагающим направлениям. Осуществляемый постоянный мониторинг и контроль основных показателей состояния здоровья населения позволяет получать всестороннюю информацию для эффективного и экономически обоснованного влияния на динамику этих процессов, для принятия управленческих решений. Наиболее прямым и действенным инструментом в этом отношении является подготовка ежегодного Доклада о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности (далее - доклад), который представляет собой результат постоянного наблюдения за состоянием здоровья населения и развитием здравоохранения. Особое внимание при подготовке доклада уделено медико- демографической ситуации как в Республике Коми в целом, так и в каждом муниципальном образовании региона, заболеваемости населения, эпидемической безопасности, здоровью матери и ребенка, а также обеспечению доступности и качества медицинской помощи. Изложенный в докладе материал представляет собой систематизированный свод аналитической информации о состоянии здоровья населения Российской Федерации и системы здравоохранения, результатах оценки и прогноза изменений в сфере охраны здоровья, качестве и доступности медицинской помощи населению и об организационных и финансово- экономических мерах по охране и укреплению здоровья населения Республики Коми.

РАЗДЕЛ 1. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

На протяжении последних пяти лет в РК продолжалось сокращение численности населения преимущественно за счет миграционного оттока за пределы региона. Наряду с этим отмечались рост рождаемости и снижение смертности, что способствовало формированию естественного прироста населения, начиная с 2011 г.

1.1. Численность и возрастно-половой состав населения республики. По оценке численность населения на начало 2016 г. составила 856,8 тысячи человек. За 2015 г. численность жителей республики уменьшилась на 7,6 тысячи человек, или на 0,9% (таблица 1). В большей степени сокращение численности населения наблюдалось в сельской местности, где количество жителей уменьшилось на 1,7%, горожан стало меньше на 0,6%. Основной причиной такой ситуации являлся миграционный отток населения. Численные потери населения частично компенсировал естественный прирост, который наблюдался с 2011 г. В городской местности превышение числа родившихся над числом умерших отмечалось с 2008 г. В сельской местности наблюдавшийся с 2012 г. естественный прирост в 2015 г. сменился естественной убылью населения.

Свыше трех четвертей (78%) жителей республики проживает в городской местности. Из общего количества горожан третья часть (37%) живет в столице, четверть (24%) - в Ухте и Воркуте, пятая часть (20%) в городах с населением от 20 до 50 тысяч человек, 15% - в поселках городского типа. Больше половины населения (52%), проживающего в городских поселках, сконцентрирована в наиболее крупных из них: Воргашоре, Нижнем Одесе, Краснозатонском, Северном, Яреге и Жешарте.

Таблица 1

**Оценка численности постоянного населения РК
(по состоянию на 1 января 2015-2016 гг.)**

Год / Показатель	Всего			В% к общей численности населения	
	Все население	Городское	Сельское	Городское	Сельское
2015	864,4	671,5	192,9	77,7	22,3
2016	856,8	667,1	189,7	77,9	22,1
2016 в % к 2015	99,1	99,3	98,3	X	X
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

Сокращение численности населения отмечено во всех городских округах и муниципальных районах республики, кроме МОГО «Сыктывкар» и МОМР «Сыктывдинский». В Сыктывкаре численность увеличилась за счет естественного прироста, превысившего миграционную убыль, в Сыктывдинском районе - за счет естественного и миграционного приростов.

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

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

Наибольшее сокращение численности населения за 2015 г. наблюдалось в МОГО «Инта», МОМР «Вуктыл», «Княжпогостский», «Прилузский», «Троицко-Печорский», «Удорский». Численные потери населения этих территорий обусловлены интенсивным миграционным оттоком населения. Миграционная убыль (в расчете на 1 000 населения) в 2015 г. составила в МОМР «Вуктыл» 29,9 ‰, в МОМР «Княжпогостский» - 29,1‰, в МОМР «Удорский», МОМР «Троицко-Печорский» и МОМР «Прилузский» - 23,6‰-25,3‰, в МОГО «Инта» - 21,2‰ (среднереспубликанский показатель 10,2‰).

1.2. Общая характеристика воспроизводства населения. В последние годы в республике наметилась тенденция к улучшению демографической ситуации, обусловленная ростом количества родившихся детей и сокращением численности умерших, что привело к естественному приросту населения, начиная с 2011 г. В 2015 г. естественный прирост сохранился, однако уменьшился по сравнению с 2013 и 2014 гг. (таблица 2). В городской местности превышение числа родившихся над числом умерших отмечалось с 2008 г. и ежегодно увеличивалось (с 34 человек в 2008 г. до 1342 человека в 2015 г.). В сельской местности наблюдавшийся в 2012-2014 гг. естественный прирост населения сменился естественной убылью, составившей в 2015 г. -197 человек.

Таблица 2

**Общие итоги естественного движения населения
РК в 2011-2015 гг.**

	2011	2012	2013	2014	2015	2015 в % к 2014
Человек						
Все население						
Родившихся	11720	12418	12436	12291	11789	95,9
Умерших	11065	10830	10484	10621	10644	100,2
в том числе до 1 года	51	73	74	63	55	87,3
Естественный прирост, убыль (-)	655	1588	1952	1670	1145	68,6
Браков, единиц	9406	7822	8043	7578	7001	92,4
Разводов, единиц	4795	4707	4924	4841	4112	84,9
Городское население						
Родившихся	8377	8752	8900	8850	8853	100,0
Умерших	7549	7492	7346	7374	7511	101,9
в том числе до 1 года	33	52	50	41	41	100,0
Естественный прирост	828	1260	1554	1476	1342	90,9
Сельское население						
Родившихся	3343	3666	3536	3441	2936	85,3
Умерших	3516	3338	3138	2147	3133	145,9
в том числе до 1 года	18	21	24	22	14	63,6
Естественный прирост, убыль (-)	-173	328	398	194	-197	-101,5

Естественный прирост населения за прошедший год отмечен в 8 из 20 территориях (в 2014 г. - в 14 территориях). Самый высокий коэффициент естественного прироста (5,9‰) в 2015 г. зафиксирован в Усинском районе. Из 12 территорий республики, где наблюдалось превышение числа умерших над числом родившихся, наибольшие естественные потери населения были зафиксированы в муниципальных образованиях Койгородский (-6,1‰), Инта (-4,7‰), Усть-Вымский (-4,1‰), Сосногорский (-3,3‰), Княжпогостский (-2,9‰), Троицко-Печорский (-2,6‰), Прилузский (-1,6‰), Сысольский (-1,6‰).

В 2015 г. по сравнению с предыдущим годом отмечается повышение показателя общей смертности населения (2014 г. - 12,2 на 1 тыс. населения, 2015 г. - 12,4 на 1 тыс. населения, рост на 1,6%) и снижение показателя рождаемости (2014 г. - 14,2 на 1 тыс. населения, 2015 г. - 13,7 на 1 тыс. населения, снижение на 3,5%).

В течение последних пяти лет в РК отмечается увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, которая по итогам 2014 г. составила 69,05 года.

Таблица 3

Показатели рождаемости

	Число родившихся на 1 000 населения			
	2013	2014	2015 план	2015 факт
Российская Федерация	13,2	13,3	н/д	13,3

Северо-Западный федеральный округ	12,2	12,3	н/д	н/д
РК	14,2	14,2	14,1	13,7

Таблица 4

Показатели смертности

	Число умерших на 1 000 населения			
	2013	2014	2015 план	2015 факт
Российская Федерация	13,0	13,1	12,5	13,1
Северо-Западный федеральный округ	13,4	13,3	н/д	н/д
РК	12,0	12,2	11,9	12,4

В течение 2015 г. в регионе умерло 10 644 человек. Число умерших от всех причин возросло по сравнению с 2014 г. на 23 человека (на 0,2%).

В течение 2015 г. в республике родилось 11 789 детей, что на 502 ребенка меньше, чем в 2014 г.

За период 2011-2015 гг. отмечена тенденция к росту численности детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Численность данной возрастной группы составила в 2014 г. 185 265 человек или 21,4% от всей численности населения республики.

Структура причин общей смертности в регионе аналогична структуре, характерной для Российской Федерации в целом: на 1 месте находятся болезни системы кровообращения, на 2 месте - новообразования, на 3 месте - внешние причины, на 4 месте - болезни органов пищеварения, на 5 месте - симптомы, признаки неточно обозначенные состояния. На долю указанных причин смерти приходится три четверти всех смертельных исходов.

По итогам 2015 г. в сравнении с 2014 г. отмечается снижение количества случаев смерти от новообразований, в том числе злокачественных (на 4,3%), от болезней костно-мышечной системы (на 21,7%), от врожденных аномалий развития (на 30,0%), от несчастных случаев, отравлений и травм (на 11,5%), от болезней крови и кроветворных органов (на 37,5%). Отмечается сокращение регистрации случаев смерти от симптомов, неточно обозначенных состояний (на 10,3%),

Регистрируется рост количества случаев смерти от инфекционных и паразитарных болезней (на 6,2%), от болезней эндокринной (на 22,4%) и нервной (на 3,6%) систем, от болезней системы кровообращения (на 6,2%), от болезней органов дыхания (на 7,2%), в том числе от пневмонии (на 4,1%), от болезней мочеполовой системы (на 2,5%) и психических расстройств (на 44,6%).

1.3. Общая характеристика миграционной ситуации в республике. Республика Коми относится к числу субъектов РФ с интенсивным оттоком населения. На протяжении последних лет она является одним из лидеров в миграционных потерях населения. В целом по России наблюдается миграционный прирост населения.

За десять лет численность населения РК сократилась на 106,1 тысячи человек, миграционные потери составили 108,7 тысячи. С 2011 г. естественный прирост населения частично компенсировал миграционную убыль населения.

В 2015 г. в республику прибыло 14,8 тысяч человек (к постоянному месту жительства - 9,0 тысяч человек, временно на срок 9 месяцев и более - 5,8 тысяч человек), а выбыло за ее пределы - 23,5 тысяч человек (соответственно - 14,7 и 8,8 тысяч человек). В результате миграционных передвижений республика потеряла 8,7 тысяч человек. Этот показатель учитывает срочных мигрантов (-3,1 тысячи человек), которые, по существу, не являются базовым источником для формирования постоянного населения.

По сравнению с 2014 г. миграционная убыль населения уменьшилась на 6,1%, в том числе в городской местности - на 0,8%, в сельской - на 14,5%.

В 2015 г. более высокую активность в смене места жительства проявляли жители МО МР «Удорский» и МО ГО «Усинск». Низкая миграционная подвижность отмечалась в МО ГО «Сыктывкар» и «Ухта» и «Усть-Вымский».

В 2015 г. отрицательное сальдо миграции имело место во всех муниципальных образованиях республики, кроме МО МР «Сыктывдинский». Наиболее существенные миграционные потери (в расчете на 1000 населения) понесли МО МР «Вуктыл» (29,9‰), «Княжпогостский» (29,1‰), «Прилузский» (25,3‰), «Троицко-Печорский» (24,2‰), «Удорский» (23,6‰).

В потоках миграции существуют два основных направления: внутрирегиональная и внешняя для республики миграция. В структуре миграционных потоков внешняя миграция составила 51,4%, в том числе с регионами России - 46,7%. В миграционном обмене со странами СНГ участвовало 4,4% мигрантов, 0,2% выехали или приехали из стран дальнего зарубежья.

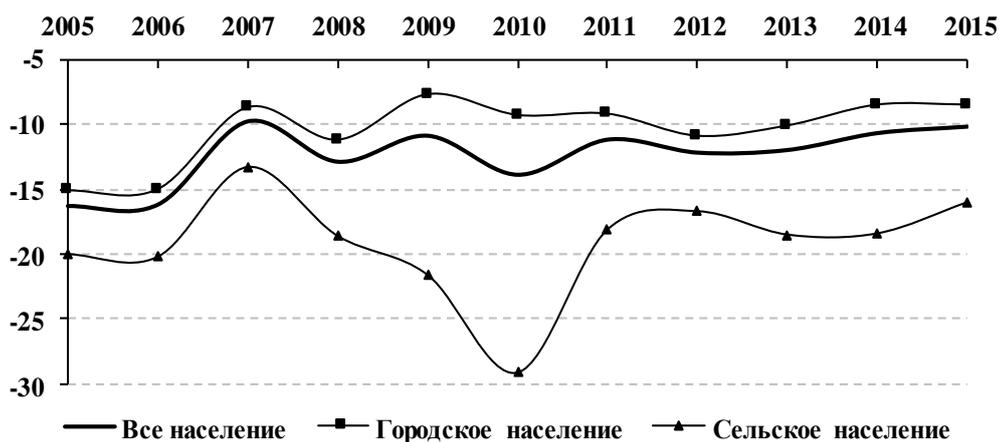


Рис 1. Динамика миграционной убыли населения в РК (на 1000 человек населения)

Внутрирегиональная миграция охватывает ежегодно около половины объема миграционных потоков. В 2015 г. в целом по республике на нее приходилось 49% оборота мигрирующего населения, для городского населения - 38%, сельского - 80%.

По сравнению с 2014 г. произошло незначительное уменьшение отрицательного сальдо миграционных связей республики с регионами России (на 1,4%).

В составе **международной миграции** основную долю составляет обмен со странами СНГ. В 2015 г. положительное сальдо миграционного обмена республики со странами СНГ составило 780 человек (в 2014 г. - 373).

В структуре миграционных потоков республики со странами СНГ лидером по числу прибывших и выбывших является Украина - 64% от общего числа прибывших из стран СНГ и 23% от общего числа выбывших в эту страну.

Миграционный отток населения из республики определяет не только численные потери, но и, что очень важно, оказывает влияние на качественный состав населения. Республику покидает в основном квалифицированная часть трудового потенциала. За 2015 г. среди указавших уровень образования мигрантов в возрасте 14 лет и более каждый третий, покинувший республику, имел высшее или незаконченное высшее образование. На 100 прибывших специалистов с высшим, неполным высшим, средним и начальным профессиональным образованием приходилось 170 выбывших с аналогичным уровнем подготовки. За 2015 г. республика потеряла около 5,6 тысяч квалифицированных кадров.

Среди причин, вызвавших необходимость смены места жительства, основными оставались четыре: обстоятельства личного, семейного характера (38% в обороте мигрантов в возрасте 14 лет и более, указавших причину выбытия или прибытия), смена работы (17%), учеба (24%) и возвращение к прежнему месту жительства (4%). По трем из перечисленных причин (кроме причины, связанной с возвращением к прежнему месту жительства) в 2015 г. наблюдалось отрицательное миграционное сальдо. По причинам личного, семейного характера

республика потеряла 3,9 тысячи человек, из-за учебы - 0,5 тысячи, в связи с работой - 0,7 тысячи. Миграционная убыль по причине, связанной с приобретением жилья (покупки, наследования и т.п.), составила 1,4 тысячи человек.

1.4. Анализ смертности от болезней системы кровообращения. Болезни системы кровообращения занимают первое место в структуре общей смертности населения. В 2015 г. указанный показатель впервые за последние пять лет увеличился на 7,3% по сравнению с предыдущим отчетным периодом и составил 575,9 случая на 100 тыс. населения (таблица 5).

Таблица 5

Число умерших от БСК на 100 тыс. населения

	2013	2014	2015 план	2015 факт
Российская Федерация	698,1	653,9	691,7	н/д
Северо-Западный федеральный округ	764,4	729,0	н/д	н/д
РК	538,5	536,8	509,0	575,9

В сравнении с 2014 г. отмечается снижение:

- показателя смертности от инфаркта миокарда - на 2,2% (2014 г. - 32,2 на 100 тыс. населения, 2015 г. - 31,5 на 100 тыс. населения);

В сравнении с 2014 г. отмечается рост:

- показателя смертности от ИБС - на 7,0% (2014 г. - 231,2 на 100 тыс. населения, 2015 г. - 247,4 на 100 тыс. населения);

- показателя смертности от ЦВЗ - на 6,8% (2014 г. - 226,1 на 100 тыс. населения, 2015 г. - 241,5 на 100 тыс. населения), том числе:

- показателя смертности от ОНМК на 10,6% (2014 г. - 77,7 на 100 тыс. населения, 2015 г. - 86,0 на 100 тыс. населения);

- больничной летальности при острых и повторных инфарктах миокарда - на 0,1% (в 2014 г. - 13,1%; в 2015 г. - 13,2%);

- больничной летальности при ОНМК - на 3,1% (в 2014 г. - 18,7%; в 2015 г. - 21,8%).

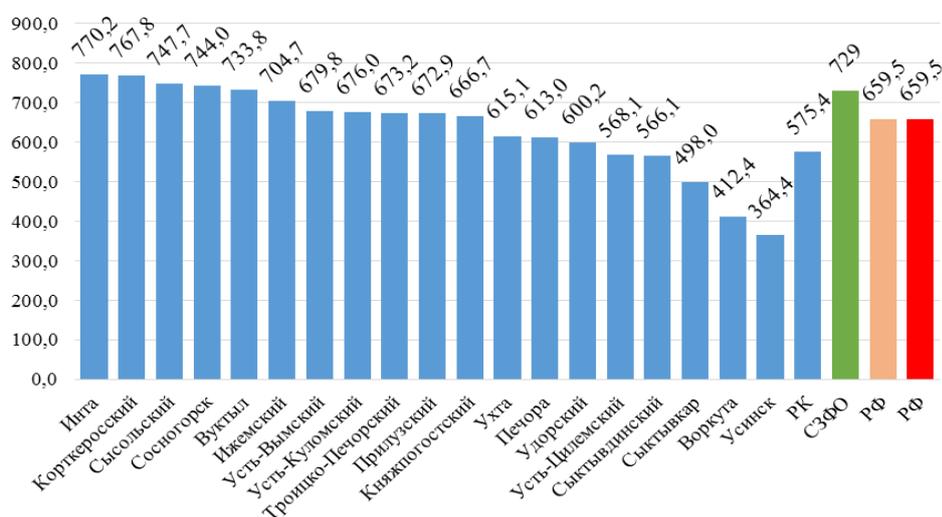


Рис. 2. Смертность от БСК в разрезе территорий РК в 2015 г. (на 100 тыс. нас.)

Резервами для снижения смертности от болезней системы кровообращения являются: повышение обеспеченности медицинскими кадрами (терапевтами, кардиологами, врачами СМП, реаниматологами, реабилитологами, врачами функциональной диагностики, врачами ЛФК, средним медперсоналом); повышение уровня квалификации врачей первичного звена здравоохранения по вопросам оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми

заболеваниями; пропаганда здорового образа жизни, здоровьесберегающего поведения, приверженности к лечению у населения.

Смертность от БСК в трудоспособном возрасте увеличилась на 2,4% и составила 205,3 (2014 г. - 200,5).

В трудоспособном возрасте в 2015 г. умерло 1068 чел или 21,6% от числа всех умерших от БСК. Наиболее высокие показатели смертности лиц трудоспособного возраста от БСК отмечались в Сысольском, Корткеросском, Удорском, Ижемском районах и г. Инта (рисунок 3).

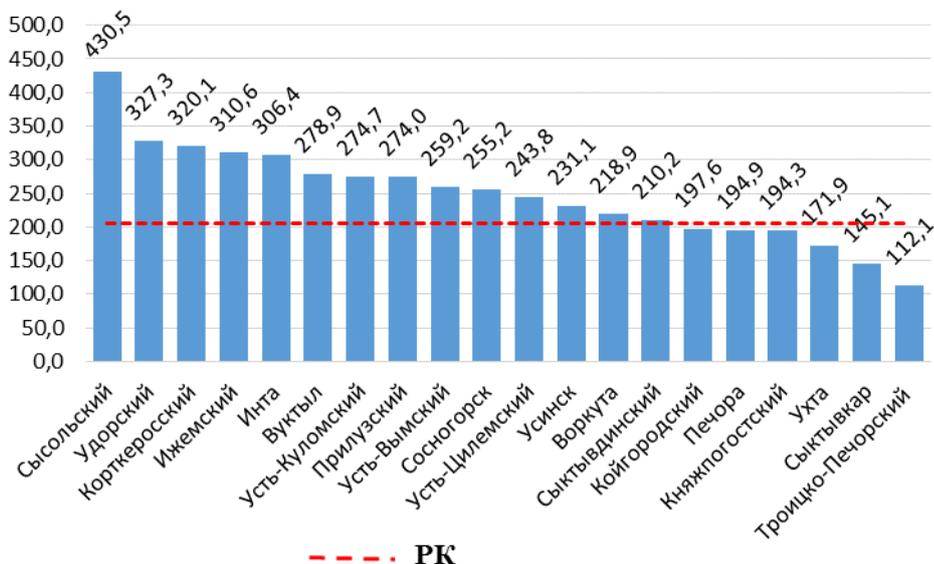


Рис. 3. Смертность в трудоспособном возрасте от БСК в разрезе территорий РК на 100 тыс. населения в 2015 г.

В 2015 г. умер от ОИМ 271 чел. (2014 г.- 280 чел.) в т.ч. в стационарах 187 чел. (2014 г. - 180 чел.); на дому - 49 чел. (2014 г. - 62 чел.), в другом месте - 34 чел. (2014 г. - 38 чел.). Смертность от ОИМ составила 31,5 на 100 тыс. населения (2014 г. - 32,2, по РФ 2014 г. – н/д); летальность составила 11,2% (2014 г. - 11,2%, РФ – н/д), досуточная летальность составила 7,9% (2014 г. - 7,4%).

Умерло от ОИМ в трудоспособном возрасте 53 чел. (2014 г. - 69 чел.), в т.ч. в стационарах 24 чел. (2014 г. - 31 чел.), на дому - 15 чел. (2014 г. - 18 чел.), в другом месте - 14 чел. (2014 г. - 20 чел.).

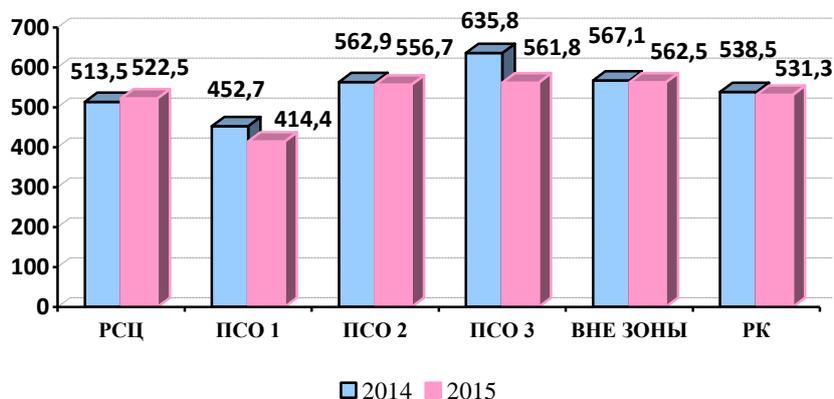


Рис. 4. Коэффициенты общей смертности населения РК по классу БСК в разрезе сосудистых центров в 2014-2015 гг. (на 100 тыс. прикрепленного населения)

Коэффициент смертности населения от БСК в разрезе сосудистых центров (рисунок 4): увеличился в зоне обслуживания РСЦ с 513,5 на 100 тыс. прикрепленного населения в 2014

г. до 522,5 в 2015 г., снизился в зоне обслуживания ПСО1 с 452,7 на 100 тыс. прикрепленного населения в 2014 г. до 414,4 в 2015 г.; в зоне обслуживания ПСО2 - с 562,9 на 100 тыс. прикрепленного населения в 2014 г. до 556,7 в 2015 г.; в зоне обслуживания ПСО3 - с 635,8 на 100 тыс. прикрепленного населения в 2014 г. до 561,8 в 2015 г.; вне зоны обслуживания сосудистых центров - с 567,1 на 100 тыс. прикрепленного населения в 2014 г. до 562,5 в 2015 г.

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

- недостаточная обеспеченность медицинскими кадрами (кардиологами, терапевтами, реаниматологами, врачами функциональной диагностики);

- недостаточный уровень квалификации врачей по вопросам оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, несоблюдение стандартов и порядков медицинской помощи;

- несвоевременная диагностика и выявляемость заболеваний сердечно-сосудистой системы в связи с отсутствием врачей функциональной диагностики (нет в Ижемском, Койгородском, Сысольском,, Усть-Вымском, Усть-Цилемском районах), отсутствием аппаратов для проведения нагрузочных тестов (нет в большинстве районов), недостаточным количеством холтеровских систем для мониторинга АД и ЭКГ (единичные во всех территориях), отсутствием организации работы по количественному определению кардиоспецифических ферментов (в большинстве районов);

- неэффективная диспансеризация пациентов с БСК (не выявляются и не мониторируются основные факторы риска, нет приверженности к лечению, низкий процент охвата диспансерным наблюдением больных с основными нозологическими формами);

- недостаточная информированность и позднее обращение населения за медицинской помощью;

- отсутствие реабилитационной базы для больных кардиологического профиля.

С учетом проведенного анализа, в 2016 г. Министерством здравоохранения РК будет продолжена реализация комплекса мер:

- по пропаганде здорового образа жизни;

- по раннему выявлению БСК при проведении профилактических осмотров, диспансеризации населения;

- по обеспечению полноты охвата диспансерным наблюдением за лицами с сердечно-сосудистыми заболеваниями, обеспечению стационарного этапа реабилитации лиц, получивших высокотехнологичные операции на сердце и сосудах;

- по обеспечению деятельности кардиологического реанимационного консультативного центра для решения вопросов экстренной эвакуации больных с ОКС в сосудистые центры;

- по наращиванию объемов консультативной помощи в системе дистанционного ЭКГ-консультирования;

- по увеличению объемов догоспитального тромболизиса при ОИМ, вопросов мотивации к своевременному обращению за медицинской помощью.

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

1.5. Анализ смертности от новообразований. Абсолютное количество умерших от злокачественных новообразований в 2015 г. составило 1172 человека, что на 80 человека меньше, чем в 2014 г. (1852 человека). Доля лиц старших возрастных групп составила 72,6% в общей структуре умерших от данной нозологии.

Выявление больных с I-II стадией заболевания в 2015 г. составило 47,0%, что на 1,6% выше уровня 2014 г. и на 0,6% ниже, чем в 2011 г. (РФ 2014 г. - 52,0%). Можно отметить, что показатель своевременной диагностики в 2015 г. ниже показателя 5-летней давности, но выше прошлогоднего, в сравнении с РФ показатель по РК ниже на 5,0% (таблица 6).

Таблица 6

Смертность от новообразований на 100 тыс. населения

	2013	2014	2015 план	2015 факт
	РФ	203,3	201,9	197,8
СЗФО	231,6	234,6	н/д	н/д
РК	198,0	213,3	189,4	205,9

Показатель поздней диагностики в республике в 2015 г. находится на уровне 20,4%, что ниже прошлого года на 2,8%. Удельный вес выявленных с IV стадией за последние пять лет самый низкий, при этом республиканский показатель находится на среднероссийском уровне.

Удельный вес активно выявленных больных в 2015 г., в сравнении с прошлым годом увеличился на 0,3%, но ниже среднероссийского показателя на 5,2%. По итогам 2015 г. на селе удельный вес активно выявленных выше уровня города. Более низкий уровень показателя по сравнению со среднероссийским объясняется неполной регистрацией всех активно выявленных больных, недостаточным привлечением населения на профосмотры и дефектами в организации санитарно-просветительской работы на местах.

Таблица 7

Смертность от новообразований, в том числе среди лиц трудоспособного возраста на 100 тыс. населения (оба пола)

	2011	2012	2013	2014	2015
Общая смертность от новообразований	188,1	192,9	198,0	213,3	205,9
в том числе трудоспособного населения	94,3	90,8	91,0	92,6	91,9

Анализ гендерных особенностей изменения показателей смертности от новообразований выявил следующее. За 2015 г. смертность мужчин по причине злокачественных новообразований впервые за пять лет снизилась. Снижался показатель смертности мужчин в трудоспособном возрасте (таблица 8).

Таблица 8

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

	2011	2012	2013	2014	2015
Общая смертность от новообразований	223,9	222,9	232,0	242,2	222,3
в том числе лиц 16-59 лет	124,9	119,9	120,7	121,4	114,0

Основная доля умерших как у мужчин, так и у женщин приходится на возрастные группы старше 50 лет - 91,4% и 91,0% соответственно.

Следует отметить, что в 2015 г. у мужчин показатель смертности в возрасте 40-49 лет самый высокий за последние десять лет. В группах 50 лет и старше смертность несколько ниже за счет перераспределения умерших в группу более молодых мужчин 40-49 лет.

В структуре смертности у мужчин наибольший удельный вес приходится на заболевания легких, желудка, полости рта и глотки и прямой кишки. На протяжении последних пяти лет структура не менялась. В сравнении с РФ в РК в доле умерших от ЗНО больше случаев смерти от рака предстательной железы, желудка (рисунок 5).

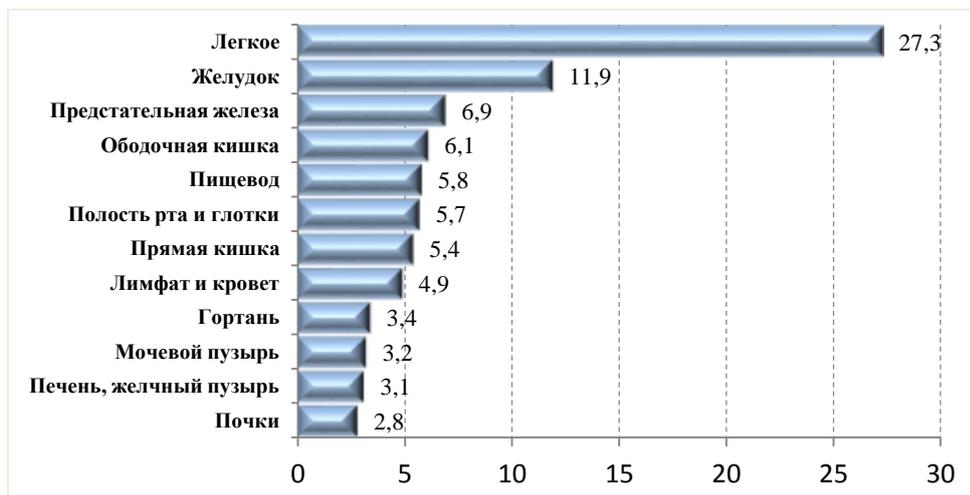


Рис. 5. Структура смертности мужчин от ЗНО по локализации опухоли за 2015 г., %

В 2015 г. смертность женского населения по причине злокачественных новообразований находится на уровне показателя пятилетней давности, при этом у лиц трудоспособного возраста имеет тенденцию к снижению (таблица 9).

Для женского населения характерны более низкие показатели смертности, что связано с более ранним выявлением злокачественных новообразований за счет отлаженной системы онкологических профосмотров и более высокой дисциплинированности пациенток.

Таблица 9

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

	2011	2012	2013	2014	2015
Общая смертность от новообразований	158,4	166,1	170,6	160,0	158,6
в том числе лиц 16-59 лет	60,5	58,5	52,6	51,6	49,2

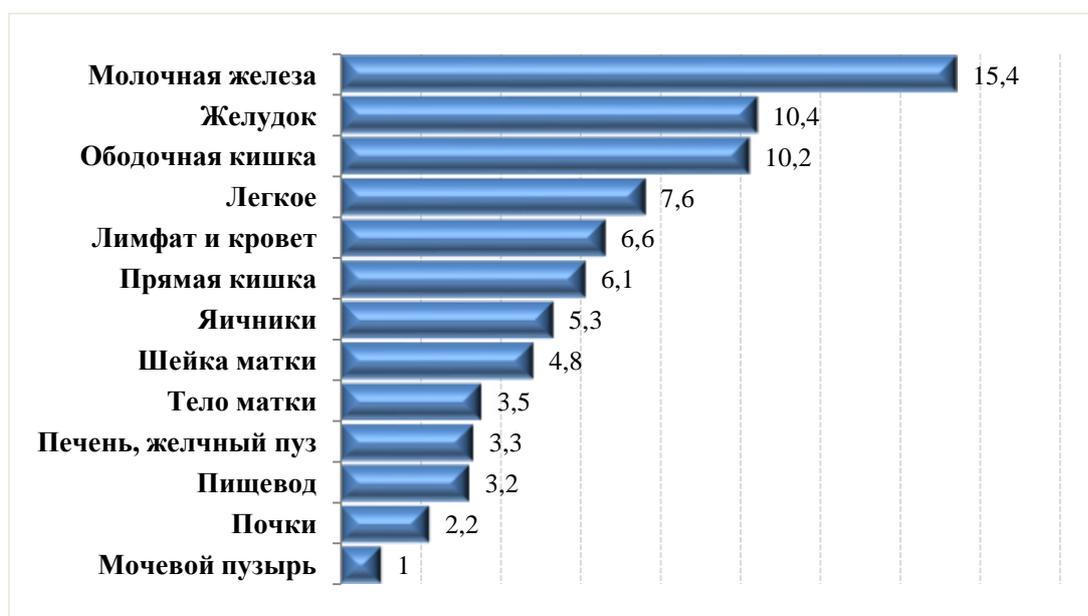


Рис. 6. Структура смертности женщин от ЗНО по локализации опухоли за 2015 г., %

У женщин наибольшая доля умерших от ЗНО, как и в РФ приходится на ЗНО молочной железы, далее - рак желудка, ободочной кишки, гемобластозы и легкие (рисунок 6). В

сравнении с РФ в РК преобладает доля умерших женщин от колоректального рака (16,3%), рака яичников, в свою очередь умерших женщин от ЗНО молочной железы меньше на 1,3%. За 2015 г. доля умерших от рака шейки матки снизилась на 1,2% в сравнении с прошлым годом, что соответствует среднероссийскому уровню.

Таблица 10

Динамика смертности от злокачественных новообразований женского населения (на 100 тыс. соответствующего населения) по РК в 2011-2015 гг.

Локализации опухоли	2011	2012	2013	2014	2015	РФ 2014
Полость рта, глотка, губа	2,6	2,8	2,8	2,4	2,4	2,3
Пищевод	2,6	2,8	2,6	3,5	5,0	1,8
Желудок	16,2	15,3	16,8	16,5	16,4	17,2
Ободочная кишка	15,0	19,6	19,8	15,7	18,6	16,5
Прямая кишка	8,4	8,3	11,0	13,9	6,1	10,6
Гортань	-	0,6	-	-	0,7	0,3
Легкое	10,0	10,2	11,4	12,2	12,1	11,8
Кожа	1,2	1,3	0,6	1,1	1,3	1,0
Молочная железа	23,0	23,6	26,5	19,8	24,3	29,1
Шейка матки	8,4	8,1	8,0	9,6	7,7	8,3
Тело матки	5,0	6,2	6,9	4,3	5,5	8,6
Яичники	9,6	9,6	10,8	12,8	8,3	9,9
Мочевыделительная система	6,4	7,9	6,0	7,2	5,3	н/д
Лимфомы	3,0	3,8	6,2	4,3	5,5	н/д
Лейкозы	2,2	3,6	3,7	3,5	5,0	4,7
Щитовидная железа	0,8	1,1	0,4	1,1	1,3	1,0
Всего	151,5	163,8	170,6	160,0	158,6	173,7

2015 г. показал стабилизацию показателя смертности от злокачественных новообразований и некоторую тенденцию к его снижению (таблица 10). Это обусловлено, в первую очередь, улучшением работы учреждений общей лечебной сети по раннему выявлению новообразований, повышением качества диспансерного наблюдения пациентов с предраковой патологией и т.д.

1.6. Анализ смертности населения внешних причин. По итогам 2015 г. показатель смертности от внешних причин снизился на 10,7% по сравнению с 2014 г. и составил 161,3 случая на 100 тыс. населения (2014 г. - 180,7 случая на 100 тыс. населения) (таблица 11).

В структуре смертности от внешних причин отмечается снижение числа случаев смерти от дорожно-транспортных происшествий (2014 г. - 148 случаев, 2015 г. - 130 случаев), от самоубийств (2014 г. - 293 случая, 2015 г. - 287 случаев), от случайных отравлений алкоголем (2014 г. - 320 случаев, 2015 г. - 217 случаев).

Таблица 11

Анализ смертности населения внешних причин, в том числе от дорожно-транспортных происшествий

	Число умерших от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. населения			
	2013	2014	2015 план	2015 факт
Российская Федерация	14,3	14,1	12,9	н/д
Северо-Западный федеральный округ	14,5	14,5	н/д	н/д
РК	15,4	17,0	12,3	15,1

По итогам 2015 г. смертность от дорожно-транспортных происшествий составила 15,1 случая на 100 тыс. населения, что на 11,2% ниже уровня прошлого года, однако превышает целевое значение 2015 г.

Проведенный анализ причин гибели пострадавших в ДТП показал, что в 2015 г. в 82,4% случаев смерть наступала на догоспитальном этапе (2014 г. - 75,9%). Подавляющее большинство пострадавших скончались до приезда скорой медицинской помощи по причине сочетанных, крайне тяжелых, не совместимых с жизнью травм. Основными причинами дорожно-транспортных происшествий, повлекших гибель пострадавших, традиционно являются превышение скоростного режима, выезд на встречную полосу движения, съезд с опрокидыванием в кювет. Основные пики дорожно-транспортных происшествий фиксируются в периоды сезонной смены погоды.

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

За 2015 г. смертность отравления алкоголем составила 25,2 на 100 тыс. населения, что на 31,7% ниже уровня 2014 г. По-прежнему, наибольшее число отравлений алкоголем регистрируется в сельских районах.

Смертность от самоубийств в 2015 г. составила 33,3 на 100 тыс. населения, что практически соответствует уровню 2014 г. (33,7 на 100 тыс. населения). Наибольшее число суицидов регистрируется в сельских районах, тогда как в городах, где проживает более 77% населения РК смертность существенно ниже (в 1,89 раз). Из общего числа самоубийств более 50% составляют случаи суицидов среди мужчин, проживающих в сельской местности.

1.7. Анализ смертности от туберкулеза. Показатель смертности от активного туберкулеза постоянного населения республики в 2015 г. вырос на 11,5% по сравнению с 2014 г.: с 9,9 на 100 тыс. населения в 2014 г. до 11,0 - в 2015 г. За период с 2011 по 2015 гг. снижение показателя составило 16,7%: с 13,2 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 11,0 - в 2015 г.

Наиболее высокие показатели смертности от активного туберкулеза и его последствий по итогам 2015 г. зарегистрированы в Троицко-Печорском (33,7 на 100 тыс. населения), Удорском (27,3 на 100 тыс. населения), Интинском (26,6 на 100 тыс. населения), Сыктывдинском (25,0 на 100 тыс. населения), Усть-Вымском (22,4 на 100 тыс. населения) районах.

В силу неэффективно организованной работы общей лечебной сети по раннему выявлению туберкулеза в 2015 г. в 18 случаях смерти от туберкулеза диагноз был установлен посмертно (19,6% от всех случаев смерти от туберкулеза). В 2014 г. Посмертная диагностика туберкулеза была зафиксирована в 12 случаях (14,8% от всех случаев смерти от туберкулеза).

В 38,9% случаев посмертной диагностики туберкулеза больные не проходили флюорографическое обследование более 5-ти лет (7 случаев), от 3 до 5 лет - в 22,2% случаев (4 чел.). Случаи посмертной диагностики туберкулеза, явившегося причиной смерти зарегистрированы в г. Инте - 4 случая, г. Печоре - 2 случая, г. Сыктывкаре - 2 случая, г. Ухта - 1 случай, Вуктыльский район - 1 случай, Усть-Вымский район - 2 случая, Княжпогостский район - 1 случай, Сосногорский район - 3 случая, Троицко-Печорский район - 1 случай, Удорский район - 1 случай.

В 2015 г. умершие до года наблюдения составили 31,5% от общего количества умерших от туберкулеза (29 человек), в 2014 г. - 23,5% (19 человек). Отмечается рост и «откатывание» показателя умерших до года наблюдения противотуберкулезной службой в 2015 г. к уровню 2012 г., а так же удельного веса умерших до месяца наблюдения. Значительное число умерших от туберкулеза до 1 месяца наблюдения (22 человека) указывает на серьезные дефекты в работе общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза. Следует отметить, что умершие до года

наблюдения противотуберкулезной службой и при посмертной диагностике туберкулеза, явившегося причиной смерти, в 80% случаев более двух лет не проходили флюорографическое обследование, в том числе в 40,4% случаев не проходили флюорографическое обследование более 5-ти лет. Умершие до года наблюдения выявляются в запущенных, некурабельных стадиях заболевания.

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



Рис. 7. Динамика показателя смертности от МЛУ/ШЛУ-туберкулеза в РК за период 2011-2015 гг. (на 100 тыс. постоянного населения)

В 38% случаев смерти от активного туберкулеза установлена множественная и широкая лекарственная устойчивость МБТ, являющаяся одной из причин неэффективности лечения (в 2014 г. - 48,1%). Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью стал причиной смерти в 26,1% случаев (24 человека), что ниже показателя 2014 г. - 27,2% или 22 человека.

В 2015 г. от сочетанной патологии ВИЧ+Туберкулез (причина смерти - туберкулез) умерло 3 человека (3,3% от общего числа умерших), 2014 г. - 9 человек (11,1%), 2013 г. - 6 человек (6,3%).

В 2015 г. рост показателя смертности от активного туберкулеза и его последствий был обусловлен высоким удельным весом умерших до года (в т.ч. до месяца) наблюдения противотуберкулезной службой, а так же увеличением удельного веса умерших от активного туберкулеза, диагностированного посмертно.

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

2.1. Показатель общей (исчерпанной) заболеваемости всего населения в РК в 2015 г. составил 2280,1 на 1 тыс. человек (таблица 12). В динамике с 2014 г. имеет место рост показателя на 4,0%. Рост заболеваемости зарегистрирован во всех возрастных группах.

2015 г. дал самую высокую заболеваемость за последние 5 лет. Показатель общей заболеваемости превышает аналогичный показатель РФ более чем в 1,4 раза (2014 г.).

Таблица 12

Общая заболеваемость населения РК и РФ в 2011-2015 гг. (на 1 тыс. населения)

	2011	2012	2013	2014	2015	Отклонение от 2011 г., %	Отклонение от 2014 г., %
РК	2 019,7	2 063,5	2 110,3	2 191,4	2 280,1	+12,8	4,0
РФ	1 603,9	1 604,1	1 612,4	1 606,7	н/д	-	-

В структуре заболеваемости (таблица 13) первые три ранговые места последовательно занимают болезни органов дыхания (24,9%), болезни системы кровообращения (11,9%), болезни костно-мышечной системы (11,2%). Структура общей заболеваемости в РК соответствует общероссийской, в которой также на первом месте находятся болезни органов дыхания (23,8%), на втором - болезни системы кровообращения (14,5%),

Прирост общей заболеваемости к уровню 2011 г. у взрослого населения в динамике за 5 лет составил 17,0%, у детей - 0,5%, у подростков - 4,3%.

Таблица 13

Общая заболеваемость населения РК в разрезе городов и районов в 2014-2015 гг. (на 1000 нас.)

Классы болезней МКБ-10	2014	2015	темп прироста/убыли (%)
1	2	3	4
Всего	2191,4	2280,1	+4,0
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	65,6	66,4	+1,2
Новообразования	59,5	63,5	+6,8
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	17,9	20,8	+16,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	99,2	110,0	+10,9
Психические расстройства и расстройства поведения	48,7	48,8	+0,3
Болезни нервной системы	76,9	83,6	+8,7
Болезни глаза и его придаточного аппарата	148,2	155,8	+5,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	48,7	51,0	+4,7
Болезни системы кровообращения	252,7	270,9	+7,2
Болезни органов дыхания (включая грипп, ОРВИ)	548,2	568,0	+3,6
Болезни органов пищеварения	133,8	139,2	+4,0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	92,6	96,9	+4,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	240,9	255,4	+6,0
Болезни мочеполовой системы	172,0	182,5	+6,1
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	11,9	12,9	+8,3
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	27,9	3,3	-88,1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	107,0	107,7	+0,1

Ранговое распределение заболеваемости отличается в разных возрастных группах

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

Таблица 14

**Распределение общей заболеваемости населения РК
в 2015 г. по основным классам болезней, %**

Место в структуре	Дети (от 0 до 14 лет)		Подростки (15-17 лет)		Взрослые (18 лет и старше)	
	Классы заболеваний	%	Классы заболеваний	%	Классы заболеваний	%
I	Болезни органов дыхания	56,4	Болезни органов дыхания	33,2	Болезни системы кровообращения	16,7
II	Болезни глаза и его придаточного аппарата	5,8	Болезни глаза и его придаточного аппарата	12,2	Болезни костно-мышечной системы	13,9
III	Болезни кожи и подкожной клетчатки	5,1	Болезни костно-мышечной системы	9,4	Болезни органов дыхания	12,6
IV	Болезни органов пищеварения	4,7	1.Болезни кожи и подкожной клетчатки 2.Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6,5	Болезни мочеполовой системы	10,0
V	Болезни костно-мышечной системы	4,2	Болезни нервной системы	6,0	Болезни глаза и его придаточного аппарата	6,9

Первичная заболеваемость (впервые в жизни зарегистрированная (инцидентная) заболеваемость) в анализируемый пятилетний период имеет последовательный рост, в 2015 г. этот показатель на 2,4% выше по сравнению с 2011 г. (таблица 15).

Таблица 15

Динамика показателей первичной заболеваемости населения РК и РФ в 2011-2015 гг. (на 1 тыс. населения)

	2011	2012	2013	2014	2015	Отклонение от 2011 г., %	Отклонение от 2014 г., %
РК	1041,1	1048,1	1042,3	1051,9	1066,0	+2,4	+1,3
Российская Федерация	797,4	793,9	800,3	786,2	н/д	-	

Наибольшую долю в структуре впервые выявленной заболеваемости (рисунок 8) занимают болезни органов дыхания (46,3%). Этот показатель обусловлен высоким уровнем ежегодной регистрации острых респираторных вирусных заболеваний в осенне-весенний период. На долю этих заболеваний приходится около 30,0% всех зарегистрированных заболеваний. Второе место занимают травмы и отравления (9,9%). Травмы и отравления, также как и ОРВИ, дают ежегодный прирост впервые зарегистрированной патологии (острые состояния). Третье место (6,9%) занимают болезни кожи и подкожной клетчатки, которые в большинстве случаев регистрируются в виде острых состояний (воспалительные заболевания).

Таким образом, анализируя распределение основных классов болезней в структуре первичной заболеваемости, можно сделать вывод, что основную долю этого показателя

занимают острые заболевания, регистрируемые ежегодно.

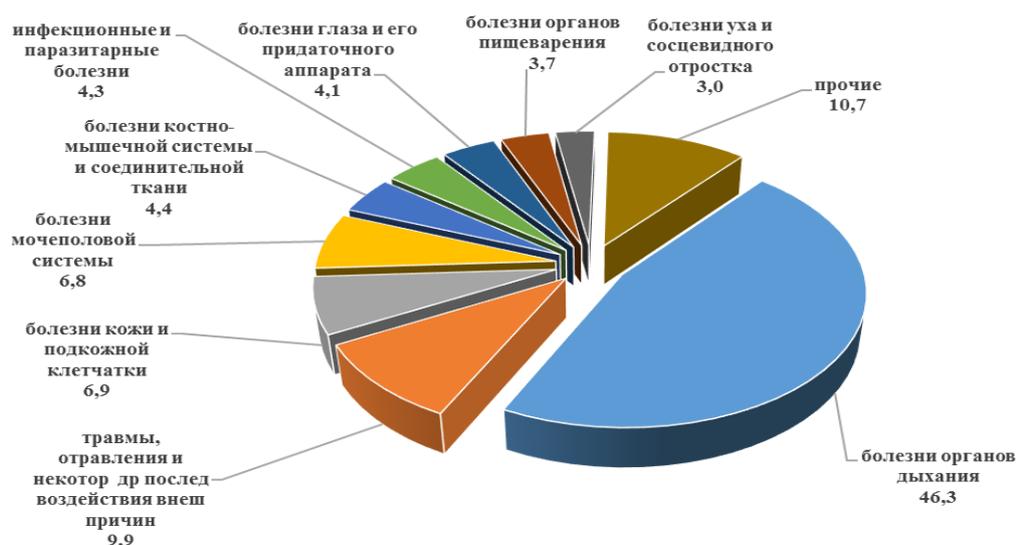


Рис. 8. Структура первичной заболеваемости населения РК в 2015 г., %

Динамика показателя первичной заболеваемости в отдельных возрастных группах (таблица 16) неоднозначна. Высокий уровень первичной заболеваемости складывается в основном за счет высоких показателей впервые зарегистрированной патологии у детей и подростков. Снижение первичной заболеваемости в динамике с 2011 г. наблюдается во всех возрастных группах.

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

Таблица 16

Распределение первичной заболеваемости населения РК в 2015 г. по основным классам болезней, %

Место в структуре	Дети (от 0 до 14 лет)		Подростки (15-17 лет)		Взрослые (18 лет и старше)	
	Классы заболеваний	%	Классы заболеваний	%	Классы заболеваний	%
I	Болезни органов дыхания	65,7	Болезни органов дыхания	45,7	Болезни органов дыхания	28,2
II	Болезни кожи и подкожной клетчатки	5,2	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	10,4	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	14,2
III	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	4,9	Болезни кожи и подкожной клетчатки	7,4	Болезни мочеполовой системы	10,9
IV	Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	4,3	Болезни мочеполовой системы	6,6	Болезни кожи и подкожной клетчатки	8,3
V	Болезни органов пищеварения	4,0	Болезни костно-мышечной системы	6,1	Болезни костно-мышечной системы	6,3

Патологическая поражённость. В рамках исполнения приказа Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения

диспансеризации определенных групп взрослого населения» с 2014 г. в РК начато проведение всеобщей диспансеризации.

На 31 декабря 2015 г. диспансеризация завершена в отношении 126 313 человек, из них работающих граждан - 60,7% от общей численности осмотренных; неработающих граждан - 39,3%; обучающихся в образовательных организациях по очной форме - 1,6%.

Установлено:

- 1 группа здоровья - 28 789 чел. (22,8% от общего числа осмотренных);
- 2 группа здоровья - 28 608 чел. (22,6% от общего числа осмотренных);
- 3а группа здоровья - 53 398 чел. (42,3% от общего числа осмотренных);
- 3б группа здоровья - 15 518 чел. (12,3% от общего числа осмотренных).

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

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

Болезни эндокринной системы - 30,0%, в том числе впервые выявленное ожирение - 10,9%;

болезни органов пищеварения - 20,2%;

болезни системы кровообращения - 48,7%;

болезни мочеполовой системы - 10,4%;

болезни крови и кроветворной системы - 3,8%.

У граждан старше 60 лет в ходе диспансеризации впервые выявленная патология представлена болезнями эндокринной системы (5,2%), болезнями системы кровообращения (1,5%), мочеполовой системы (2,0%), болезнями органов пищеварения (1,3%), болезнями крови и кроветворной системы (0,6%)

В ходе диспансеризации определены также группы лиц с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, вносящих существенный вклад в структуру заболеваемости, инвалидности и смертности (таблица 17). 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 17

Сведения о распространенности факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ (на 100 осмотренных)

Факторы риска	Встречаемость, %	
	Всего взрослого населения, прошедшего диспансеризацию	Взрослого населения старше трудоспособного возраста, прошедшего диспансеризацию
Повышенный уровень артериального давления	19,6	47,5
Дислипидемия	5,4	12,2
Курение табака	19,6	49,8
Нерациональное питание	34,7	84,4
Низкая физическая активность	21,2	48,2
Избыточная масса тела (ожирение)	25,4	66,7
Высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск	12,8	32,0

Таким образом, в динамике с 2011 г. по 2015 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 свидетельствует структурное распределение показателей заболеваемости (общей и первичной) по основным классам болезней.

Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2015 г. выявило частую встречаемость болезней эндокринной системы, органов пищеварения и системы кровообращения, что определяет необходимость реализации мер по профилактике их распространения и решения вопросов формирования у населения навыков ведения здорового образа жизни. Распространенность модифицируемых факторов риска определяет вектор дальнейших усилий в вопросах формирования ответственного отношения граждан к своему здоровью.

2.2. Анализ заболеваемости болезнями системы кровообращения. В РК на протяжении последних лет отмечается неуклонная тенденция к росту заболеваемости БСК среди взрослого населения. За 2015 г. общая заболеваемость БСК выросла среди всех возрастных групп населения:

- по взрослому населению на 7,7% (с 31 403,1 на 100 тыс. населения в 2014 г. до 33 824,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2015 г.).

- среди подростков (15-17 лет) - на 17,2% (с 5 116,3 на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2014 г. до 5 994,3 на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2015 г.);

- среди детей (от 0 до 14 лет) - на 1,7% (с 1 772,6 населения соответствующего возраста в 2014 г. до 1 803,4 до на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2015 г.).

В целом заболеваемость болезнями системы кровообращения превышает уровень, характерный для РФ в среднем на 10-17% (РФ 2014 г. - 23 247,1 на 100 тыс. населения).

Рост общей заболеваемости БСК имеет место практически во всех районах РК. Превышение среднереспубликанского показателя (338,3 на 1000 взрослого населения) отмечается в Койгородском (607,7), Прилузском (462,2), г. Сыктывкаре (440,4), Усть-Куломском (389,7), Вуктыльском (399,1), г. Инте (378,3), Ижемском (367,1), Княжпогостском (360,8), Корткеросском (368,8), Усть-Цилемском (357,5) районах.

Рост общей заболеваемости болезнями системы кровообращения связан с улучшением выявляемости заболеваний в ходе диспансеризации и профилактических осмотров населения.

Заболеваемость артериальной гипертонией среди взрослого населения (рисунок 9) выросла по сравнению с предыдущим отчетным периодом на 12,8% (2014 г. - 12 070,4 на 100 тыс. населения, 2015 г. - 13 619,3 на 100 тыс. населения).

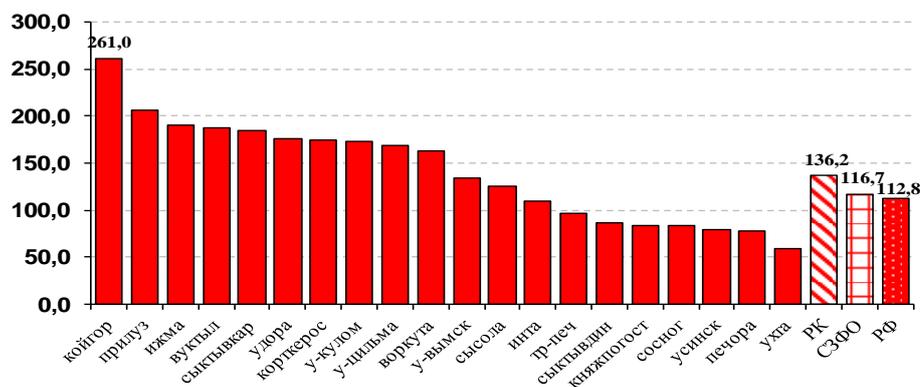


Рис. 9. Заболеваемость АГ в разрезе территорий РК в 2015 г. (на 1000 взрослого населения)

Уровень общей заболеваемости взрослого населения ишемической болезнью сердца в 2015 г. вырос на 3,9% (2014 г. - 4 805,2 на 100 тыс. населения, 2015 г. - 4 991,3 на 100 тыс. населения). Данный показатель остается ниже среднероссийского уровня (6 489,0 на 100 тыс. населения), что может косвенно свидетельствовать о недостатках в диспансерном наблюдении указанного контингента пациентов.

Уровень первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца в 2015 г. вырос на 1,8% (2014 г. - 508,2 на 100 тыс. населения, 2015 г. - 517,3 на 100 тыс. населения), но остается ниже уровня показателя РФ (834,7 на 100 тыс. населения соответствующего возраста).

Рост первичной заболеваемости, обусловленный ростом случаев стабильной стенокардии, связан, как правило, с развитием застойной сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза и сопутствующей патологии у пожилых пациентов. Рост случаев нестабильной стенокардии и повторных 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).

Рост показателей заболеваемости цереброваскулярными болезнями связан с улучшением выявляемости (рост первичной заболеваемости), увеличением охвата диспансеризацией пациентов (рост распространенности) пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, а также с ростом заболеваемости артериальной гипертонией - главным фактором риска развития инсультов.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) от БСК (в днях) немного снизилась и составила в абсолютных цифрах в 2015 г. 227 165 дней (2014 г. - 242 005 дней). Показатели ВУТ от БСК по РК ниже, чем в целом по Российской Федерации.

Организация медицинской помощи при болезнях системы кровообращения и реализация мероприятий по снижению смертности. Оказание медицинской помощи больным кардиологического профиля осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 г. № 918н.

В соответствии с Порядком в республике организована и реализуется трехуровневая модель оказания медицинской помощи при БСК. Система оказания специализированной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения организована по принципу максимально быстрого получения больным с острой патологией всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий в условиях специализированного стационара.

С 2009 г. в регионе реализуются мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье», направленные на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Результатом реализации этих мероприятий стала организация работы регионального сосудистого центра (далее - РСЦ) в г. Сыктывкаре и первичных сосудистых отделений (далее - ПСО) в городах Ухта, Воркута, Печора. В ходе исполнения указанных мероприятий была определена маршрутизация пациентов с болезнями системы кровообращения. Больные с ОКС и ОНМК из районов, прикрепленных к ПСО, госпитализируются непосредственно в ПСО, а из территорий, прикрепленных к РСЦ, - напрямую в РСЦ. При наличии показаний для оперативного лечения больные переводятся из ПСО в РСЦ.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля на базе РСЦ и ПСО организованы консультационно-дистанционные пункты, позволяющие консультировать ЭКГ, переданные по каналам сотовой связи. В течение 2015 г. такими центрами было проконсультировано 5,9 тыс. ЭКГ.

На базе Кардиологического диспансера в круглосуточном режиме работает реанимационный кардиологический консультативный центр. В течение 2015 г.

специалистами центра осуществлено 83 дистанционных консультации пациентов из различных учреждений здравоохранения РК по вопросам неотложной кардиологии.

Для повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий у больных с сердечно-сосудистой патологией, снижения инвалидности на базе Кардиологического диспансера с 2011 г. функционирует отделение реабилитации для больных, перенесших высокотехнологичные операции на сердце и крупных сосудах. В 2015 г. на базе отделения пролечено 436 пациентов.

В течение 2015 г. на базе Кардиологического диспансера осуществлено 1 397 высокотехнологичных операций по профилю «сердечно-сосудистая хирургия».

С 2014 г. в ПСО г. Ухта организована работа кабинета рентгенхирургических методов диагностики и лечения для регулярного проведения эндоваскулярной коррекции при остром коронарном синдроме. Ранее такие операции проводились периодически в связи с отсутствием врача-специалиста, в настоящее время проблема решена должность врача укомплектована. В 2015 г. установлен 51 стент.

Организованная в период реализации соответствующего направления приоритетного национального проекта «Здоровье» система медицинской помощи при болезнях системы кровообращения позволила:

- увеличить частоту применения современных технологий диагностики и лечения острой сосудистой патологии (98% пациентов компьютерная томография проводится в течение первых 24 часов с момента поступления больного в стационар);

- увеличить выполнение экстренной реваскуляризации с применением тромболитической терапии, ангиопластики и стентирования у больных с ОКС на 27%.

Эти мероприятия способствовали снижению показателя смертности от болезней системы кровообращения в РК.

В республике продолжена реализация комплекса мер, показавших свою эффективность в предыдущие годы:

1. Мероприятия по раннему выявлению факторов риска развития болезней системы кровообращения, организация диспансерного наблюдения пациентов с болезнями системы кровообращения:

- организация раннего выявления факторов риска и болезней системы кровообращения при проведении профилактических медицинских осмотров населения, обследовании в Центрах здоровья, проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения;

- совершенствование деятельности Школ здоровья в учреждениях здравоохранения по раннему выявлению и коррекции факторов риска;

- обеспечение охвата диспансерным наблюдением подлежащих контингентов, страдающих болезнями системы кровообращения;

- обучение врачей и фельдшеров учреждений здравоохранения на выездных семинарах по вопросам оказания помощи пациентам с ОКС, ОНМК.

2. Организация оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи:

- внедрение стандартов медицинской помощи по нозологиям с соответствующим финансовым обеспечением;

- увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи в республике за счет перевода финансирования некоторых видов за счет средств обязательного медицинского страхования и сохранения финансирования за счет средств республиканского бюджета РК;

- организация работы кабинетов рентгенхирургических методов диагностики и лечения в РСЦ № 2 (на базе Коми республиканской больницы) и ПСО № 2 (на базе Ухтинской городской больницы №1);

- укомплектование бригад скорой медицинской помощи врачами и фельдшерами в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.06.2013 г. № 388н.

3. Совершенствование реабилитационной помощи при болезнях системы кровообращения:

- проведение мероприятий по организации отделений медицинской реабилитации для пациентов с патологией центральной нервной системы, соматическими заболеваниями (в гг. Сыктывкар, Печора, Воркута);

- разработка методических рекомендаций, информационных писем по организации реабилитации пациентов после ОНМК и ОИМ.

4. Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения с целью оказания медицинской помощи в соответствии с Порядками и стандартами, подготовка медицинских кадров:

- обеспечение лечебных учреждений реактивами для ферментной диагностики острого инфаркта миокарда, обеспечение РСЦ № 2 (на базе Коми республиканской больницы) и ПСО № 2 (на базе Ухтинской городской больницы №1) расходными материалами для проведения ангиопластики и стентирования коронарных артерий;

- проведение семинаров, школ, конференций по вопросам медицинской помощи при болезнях системы кровообращения;

- обучение «на рабочем месте» медицинских работников учреждений здравоохранения в Коми республиканской больнице и Кардиологическом диспансере;

- развитие информационных технологий в лечебно-профилактических учреждениях;

- разработка дополнительных мер социальной поддержки медицинских работников, прибывших на работу в учреждения здравоохранения республики, особенно в сельскую местность;

- организация и проведение проверок качества оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения страховыми медицинскими организациями.

Анализ организации оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, изучение причин смертности от болезней системы кровообращения указывает на увеличение доли лиц старших возрастных групп в числе умерших, имевших тяжелую коморбидную патологию; улучшение качества диагностики острых состояний, определяющих тяжесть заболевания и исход, в том числе - использование современных маркеров некроза миокарда, нейровизуализацию при ОНМК; увеличение числа патологоанатомических вскрытий. Кроме того, имеет место позднее обращение населения за медицинской помощью при сосудистых катастрофах, невыполнение стандартов медицинской помощи, связанное с проживанием в отдаленных сельских территориях (31% сельского населения находятся вне зоны охвата первичными сосудистыми отделениями), недостаточно эффективная диспансеризация взрослого населения с болезнями системы кровообращения.

2.3. Анализ онкологической заболеваемости. На протяжении последних лет отмечается неуклонный рост заболеваемости населения РК онкологическими заболеваниями. Такой рост за последние 4 года составил 13,2% (таблица 18).

Основной причиной роста показателя является миграционный отток населения трудоспособного возраста, что приводит к постепенному изменению возрастной структуры населения с увеличением удельного веса лиц старших возрастных групп.

В отличие от 2014 г. значимого роста заболеваемости злокачественными новообразованиями в 2015 г. в отдельных возрастных группах не зарегистрировано. Показатель соотношения заболеваемости и смертности на протяжении последних трех лет остается на уровне 2,0. Рост заболеваемости обуславливает рост контингента больных, который по итогам 2015 г. составляет 2190,8 на 100 тыс. населения.

Основные медико-демографические показатели, курируемые онкологической службой:

	Год	Заболеваемость (на 100 тыс. населения)			Контингенты больных (на 100 тыс. населения)	Смертность	Соотношение «Заболеваемость / Смертность»	Однородная летальность (%)	5-летняя выживаемость (%)
		Всего	Дети 0-14 лет	Дети 15-17 лет					
Российская Федерация	2012	367,3	12,2	н/д	2 095,4	203,1	1,8	26,1	51,1
	2013	373,4	12,5	н/д	2 164,0	203,3	1,9	25,3	51,7
	2014	388,0	12,8	н/д	2 257,2	201,9	1,9	24,8	52,4
	2015	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Северо-Западный федеральный округ	2012	381,0	5,9	н/д	н/д	230,0	1,7	26,6	н/д
	2013	388,1	11,5	н/д	н/д	231,6	1,7	25,4	52,9
	2014	407,6	14,7	н/д	н/д	234,6	1,8	25,2	53,5
	2015	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
РК	2012	348,9	9,2	10,6	1 805,7	192,9	1,8	26,6	55,7
	2013	364,1	20,1	18,5	1 912,1	198,0	1,8	27,2	55,8
	2014	390,7	19,2	29,7	2 026,5	213,3	1,8	26,4	55,2
	2015	394,8	10,1	15,3	2 190,8	205,0	2,1	26,8	54,3

Удельный вес больных с запущенными стадиями заболевания уменьшился с 23,2% 2014 г. до 20,4% в 2015 г., (РФ - 20,7%). Показатель ранней диагностики злокачественных новообразований увеличился с 45,4%, в 2014 г. до 47,0%, в 2015 г., но это все еще ниже аналогичного среднероссийского показателя на 6,6% (РФ - 52,0%).

В структуре заболеваемости наибольший удельный вес отмечается при следующих локализациях:

- у мужчин - рак желудка, ободочной и прямой кишки, легких, предстательной железы (рисунок 10);

- у женщин - рак молочной железы, желудка, легких, шейки и тела матки, щитовидной железы.

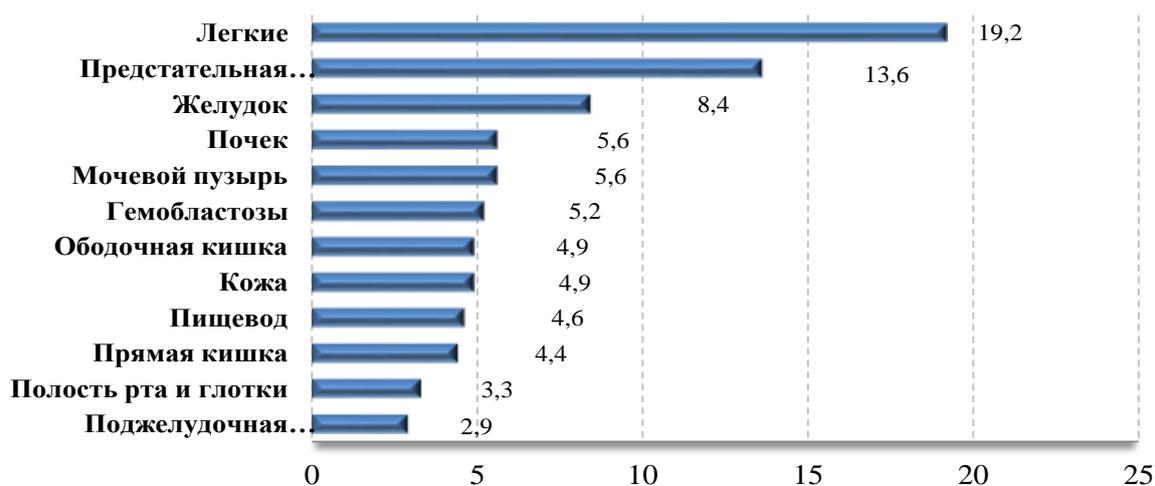


Рис.10. Структура заболеваемости ЗНО мужского населения РК (%) за 2015 г.

В динамике за 2 года:

у мужчин отмечается рост заболеваемости новообразованиями следующих локализаций: желудок, ободочная и прямая кишка, легкие, предстательная железа, лимфоидная и кроветворная ткань; незначительное снижение - за счет заболеваний почек;

у женщин отмечается незначительный рост заболеваемости новообразованиями ободочной кишки, шейки и тела матки, почек и щитовидной железы; снижение - за счет новообразований желудка, легких, молочной железы, лимфоидной и кроветворной ткани.

По темпу роста заболеваемости среди районов РК (рисунок 11) самый высокий прирост, за последние пять лет, отмечается в Койгородском, Прилузском, Удорском и Троицко-Печорском районах. Самый низкий: в Ижемском, Усть-Цилемском районе и Усинском районах.

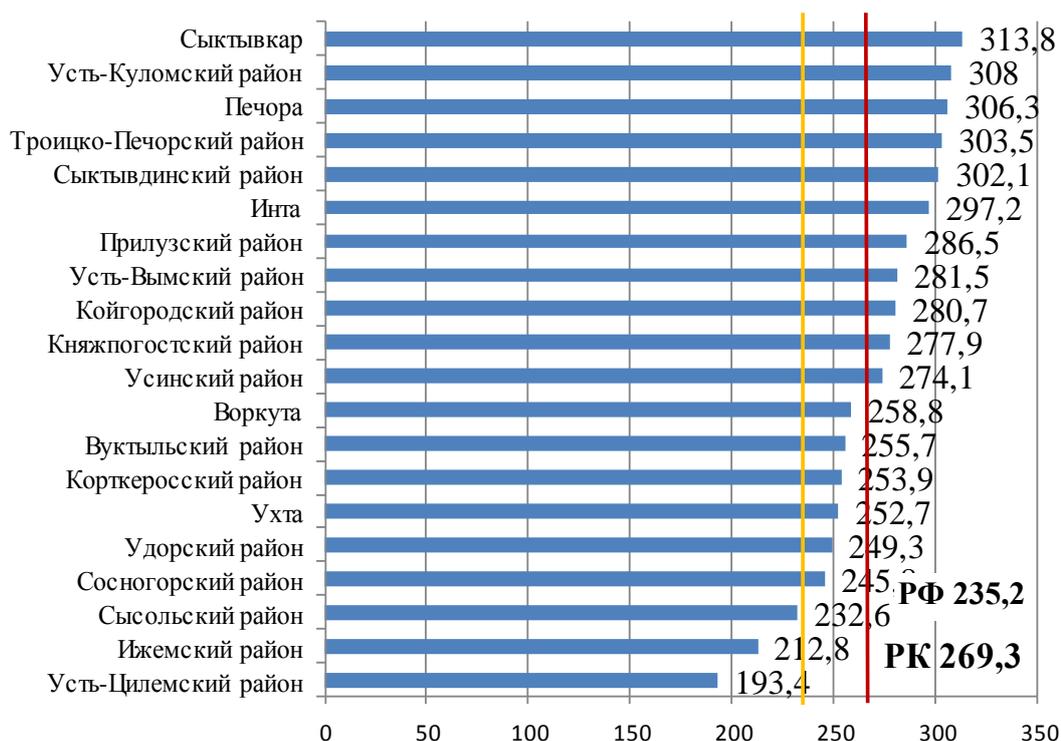


Рис. 11. Стандартизованная заболеваемость ЗНО по территориям РК 2015 год (на 100 тыс. населения)

Среди районов РК в 2015 г. самая высокая заболеваемость в Сыктывкаре, Усть-Куломском районе, Печоре. Значительный прирост стандартизованного показателя, в сравнении с прошлым годом, наблюдается в Усть-Куломском районе, Инте, Удорском районе. Уровень стандартизованной заболеваемости по России ниже, чем по РК на 14,5%. В свою очередь, практически все сельские районы РК кроме: Усть-Цилемского, Ижемского и Сысольского районов находятся выше стандартизованного показателя по РФ.

Рост показателя ранней диагностики новообразований является, прежде всего, результатом более эффективной диспансеризации населения и профилактических осмотров. Однако уровень выявляемости онкологической патологии в ходе профилактических осмотров, несмотря на рост в 2015 г., остается низким: 2015 г. - 13,5%, 2014 г. - 13,2%.

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

Показатель одногодичной летальности среди онкологических больных республики выше среднероссийского показателя 2014 г. на 2,0% и составляет 26,8%.

В настоящее время одной из основных проблем организации помощи онкологическим больным в РК является дефицит врачебных кадров, в том числе врачей-онкологов. Показатель обеспеченности онкологами в республике составляет 0,40 на 10 тыс. населения при нормативе 0,73 на 10 тыс. населения и среднем показателе по всей территории Российской Федерации, составляющем 0,46 на 10 тыс. населения. Дефицит врачебных кадров компенсируется высоким коэффициентом совместительства (1,8%). Это влияет на качество выявления, лечения и диспансерного наблюдения больных с онкологическими заболеваниями, что отражается на показателе смертности населения.

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

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

План профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и снижение смертности от новообразований, утвержден приказом Министерства здравоохранения РК от 21.01.2015 г. № 79-р.

С 2012 г. на территории РК реализуются мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье», направленные на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. В рамках этого направления ПНП «Здоровье» проведены мероприятия, связанные с подготовкой и повышением квалификации медицинских кадров, укреплением материально-технической базы учреждений, на базе которых организовано оказание специализированной медицинской помощи онкологическим больным, повышением санитарной грамотности населения по вопросам онкологической настороженности.

В 2015 г. продолжились мероприятия по реорганизации деятельности республиканского онкологического диспансера. Проведены кадровые изменения. В 2015 г. усилилась координирующая роль организационно-методической отдела ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер» в части организации деятельности всех учреждений здравоохранения республики, направленной на раннее выявление онкологической заболеваемости и ее лечение указанной патологии.

В 2015 г. продолжилась работа по реализации плана мероприятий, направленных на снижение смертности от новообразований, подготовленного с участием профессора В.В. Старинского. Были реализованы следующие мероприятия:

- организована деятельность 20 смотровых кабинетов для мужчин;
- организован осмотр мужчин в возрасте старше 40 лет, впервые обратившихся в учреждения здравоохранения, в доврачебных кабинетах ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №2» и ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница»;
- установлены планы выявления случаев новообразований различных локализаций для каждой медицинской организации общей лечебной сети;
- сформированы группы риска по развитию новообразований легкого, трахеи и бронхов; желудочно-кишечного тракта; молочной железы; репродуктивной сферы у мужчин и женщин; организовано наблюдение за указанными лицами и их оздоровление;
- увеличилось число случаев забора биопсийного материала при первичных эндоскопических исследованиях на 25% к 2014 г.;

- организована централизованная цитологическая лаборатория на базе ГУ «КРОД»;
- организован прием врача-маммолога в межтерриториальных центрах амбулаторной помощи на базе ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника» и ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ»;
- организована деятельность 2 дополнительных смотровых кабинетов для женщин на базе ГБУЗ РК «Усть-Куломская ЦРБ» («Помоздинская участковая больница») и ГБУЗ РК «Корткеросская ЦРБ» (Сторожевская районная больница);
- организована работа 15 смотровых кабинетов для женщин в две смены в часы работы учреждений здравоохранения;
- организована деятельность 2 дополнительных первичных онкологических кабинетов на базе ГБУЗ РК «Воркутинская поликлиника» и ГБУЗ РК «Троицко-Печорская центральная районная больница»;
- обучен врач-эндоскопист для работы в ГБУЗ РК «Усть-Куломская центральная районная больница»;
- организовано химиотерапевтическое лечение в условиях дневного стационара в межтерриториальных центрах (Ухта, Печора) и в г. Усинск;
- организована иммуногистохимическая лаборатория в структуре ГБУЗ РК «Патологоанатомическое бюро»;
- организована сеть кабинетов паллиативной помощи и выездных патронажных бригад паллиативной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях общей лечебной сети;
- осуществлено доукомплектование штатными специалистами врачей-онкологов первичных онкологических кабинетов и ГУ «КРОД»;
- организовано обучение на рабочем месте, циклах повышения квалификации, в ходе образовательных семинаров, программ и конференций для врачей территориальных учреждений здравоохранения по вопросам онконастороженности и ранней диагностики новообразований;
- проведены мастер-классы для врачей онкологов, урологов, нейрохирургов, офтальмологов;
- внедрены новые технологии в деятельность ГУ «КРОД» (методики жидкостной цитологии; методики лазерного облучения крови и мембранного плазмафереза с целью детоксикации; методики плазмафереза, цитафереза; методики контактной гамма-терапии на аппарате Multisource HDR при опухолях трахеи, бронхов и пищевода; методики гипертермии как средства физической радиомодификации при проведении лучевой терапии; методики гипертермии при раке легкого, молочной железы, пищевода, опухолях головного мозга и локализациях голова-шея; методики интраоперационной химиоперфузии; методики интраоперационного фотодинамического облучения; методики гипо- и гипертермии тканей; органосохраняющих операций на молочных железах с использованием аутоклеток пациента и протезов).

2.4. Анализ заболеваемости болезнями органов дыхания. За последние пять лет отмечается незначительный рост заболеваемости болезнями органов дыхания (таблица 19): общей - на 6,3% с 534,4 на 1000 постоянного населения в 2011 г. до 568,0 - в 2015 г., первичной - на 3,9% с 474,4 на 1000 постоянного населения в 2011 г. до 493,4 - в 2015 г. Рост первичной заболеваемости преимущественно обусловлен ростом заболеваемости среди детского населения. Для взрослого населения в этот временной период характерно снижение заболеваемости на 1,1% с 189,9 на 1000 постоянного населения в 2011 г. до 187,9 - в 2015 г.

Таблица 19

Заболеваемость болезнями органов дыхания (на 1000 постоянного населения)

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Первичная заболеваемость БОД (все население)	474,4	474,1	482,1	482,5	493,4
Первичная заболеваемость БОД	189,9	180,9	176,2	162,3	187,9

(взрослое население)					
Общая заболеваемость БОД (все население)	534,4	535,0	544,4	548,2	568,0
Общая заболеваемость БОД (взрослое население)	246,4	238,3	234,9	223,9	254,5
Заболеваемость пневмониями	3,6	3,4	3,6	3,3	3,1
Общая заболеваемость бронхиальной астмой	10,1	10,1	10,1	10,7	10,7
Первичная заболеваемость бронхиальной астмой	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
Общая заболеваемость хроническими обструктивными болезнями легких	6,3	6,4	6,5	6,2	7,4
Первичная заболеваемость хроническими обструктивными болезнями легких	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5

2.5. Анализ заболеваемости населения наркологическими расстройствами в РК. В период 2014-2015 гг. количество зарегистрированных случаев наркологических расстройств в РК составило 33 377 человек, их них в возрасте до 18 лет - 820 человек, 18 лет и старше 32 557 человека, старше трудоспособного возраста - 1 956 человека (таблица 20).

Таблица 20

Год	всего случаев наркологических расстройств		из них			
			18 лет и старше		0-17 лет	
	абс. число	на 100 тыс. населения	абс. число	на 100 тыс. населения	абс. число	на 100 тыс. населения
2011	22313	2481,4	21443	2980,6	870	2203,2
2012	19026	2138,1	18604	2622,5	422	1257,8
2013	17097	1941,4	16741	2394,7	356	1081,8
2014	16 473	1 888,98	15 253	2 854,9	356	194,0
2015	16 854	1 949,7	16 391	2 413,4	463	249,9

Общая тенденция анализируемого периода свидетельствует об увеличении зарегистрированных случаев наркологических расстройств в РК, увеличение происходит во всех возрастных группах.

Увеличение показателя наркологических расстройств связано со снижением численности постоянного населения РК во всех возрастных группах, за исключением детского населения.

Таблица 21

Динамика числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства

	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых под наблюдение (на 100 тыс. населения)									
	всего больных		в том числе с диагнозом							
			психотические расстройства связанные с употреблением алкоголя + синдром зависимости от алкоголя		из них: психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя		синдром зависимости от наркотических веществ (наркомания)		синдром зависимости от ненаркотических веществ (токсикомания)	
2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	
РФ	196,7	н/д	74,7	н/д	21,94	н/д	14,49	н/д	0,51	н/д

СЗФО	135,9	н/д	62,64	н/д	23,72	н/д	8,83	н/д	0,4	н/д
РК	219,8	220,2	106,4	93,3	24,5	16,7	10,9	17,0	0,45	0,46

Данные, представленные в таблице 21, свидетельствуют о том, что в 2015 г. в 1,6 раза увеличился показатель выявляемости наркологических расстройств наркоманиями, в том числе впервые взятыми под наблюдение.

Отмечается снижение показателей в группах алкогольных психозов на 31,8% к уровню 2014 г., а также в группе хронического алкоголизма (психозы в сочетании с синдромом зависимости от алкоголя) на 12,4% к уровню 2014 г. Уровень показателей по этим расстройствам сопоставим с показателями, характерными для РФ и СЗФО.

Таблица 22

Число наркологических больных, находящихся в ремиссии

Годы	все наркологические расстройства				число больных алкоголизмом			
	от 1 г. до 2 лет		свыше 2 лет		от 1 г. до 2 лет		свыше 2 лет	
	абс. количество	на 100 наркологических больных среднегодового контингента	абс. количество	на 100 наркологических больных среднегодового контингента	абс. количество	на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента	абс. количество	на 100 больных алкоголизмом среднегодового контингента
2014	1 237	8,2	913	6,1	1 100	10,4	768	7,3
2015	1 584	13,4	1 473	12,5	1 425	13,1	1 260	11,6

Данные, представленные в таблице 22, демонстрируют наличие положительной динамики представленных показателей. Указанная динамика стала возможной благодаря расширению реабилитационной базы для лиц, страдающих наркологическими расстройствами, в том числе внедрение новых реабилитационных технологий.

Таблица 23

Количество зарегистрированных за период 2014-2015 гг. случаев наркологических расстройств в виде синдрома зависимости от алкоголя и синдрома зависимости от наркотиков

Годы	синдром зависимости от алкоголя		синдром зависимости от наркотиков	
	абс. число	на 100 тыс. населения	абс. число	на 100 тыс. населения
2014	11 146	1 277,8	984	112,8
2015	11 049	1 278,2	1 095	126,7

Анализ динамики представленных в таблице 23 показателей свидетельствует о снижении количества зарегистрированных лиц со сформированными синдромами зависимости от алкоголя и повышении количества зарегистрированных с зависимостью от наркотиков. Причиной сложившейся ситуации является повышение первичной заболеваемости наркоманиями.

Отмечается тенденция к снижению повторно госпитализированных больных алкоголизмом (таблица 24), что, в первую очередь, связано с отлаженностью системы поддерживающего лечения больных после выписки из стационара, организацией их непрерывного наблюдения и успешным проведением медико-социальной реабилитации. Количество повторно госпитализированных с наркоманией остается на прежнем уровне.

Динамика изменения показателей повторно госпитализированных в течение года лиц, страдающих наркологическими расстройствами (алкоголизмом, наркоманией)

Годы	Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года	Доля больных наркоманиями, повторно госпитализированных в течение года
2014	35,1	25,3
2015	26,2	23,7

Реабилитационная помощь лицам, страдающим наркологическими расстройствами, в настоящее время организована на базе Воркутинской психоневрологической больницы. В указанном учреждении развернуто реабилитационное отделение на 10 коек.

В 2014 г. приказом Министерства здравоохранения РК от 25.08.2014 г. № 8/311 «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «наркология» на территории РК» дополнительно открыто 10 коек реабилитации на базе наркологического отделения ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер». В 2015 г. пролечено на реабилитационных койках в ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер» 52 человека.

Таблица 25

Количество лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, прошедших лечение по программе реабилитации ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница»

Годы	Больные алкоголизмом	Больные наркоманией
2014	38	12
2015	29	12

В 2014-2015 гг. абсолютное число больных алкоголизмом, прошедших программу реабилитации, уменьшилось, а количество больных с наркоманиями осталось на прежнем уровне (таблица 25).

Во исполнение поручения Президента РФ в рамках реализации Указа от 07.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» в республике разработан План мероприятий на основании приказа Минздрава России от 05.06.2014 г. № 263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы РФ по 2016 г.».

Комплекс мер указанного 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, продолжается реализация утвержденного Главой РК 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 гг.)».

2.6. Анализ заболеваемости туберкулезом.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в РК остается напряженной, но стабильной (таблица 26).

Основные медико-демографические показатели деятельности фтизиатрической службы

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

По данным ф. 8 отраслевого статистического наблюдения (рисунок 12), включающей всех впервые выявленных больных туберкулезом независимо от ведомственного подчинения, в том числе лиц, пребывающих в УФСИН России по РК, лиц без определенного места жительства, лиц, у которых диагноз установлен посмертно и др., снижение территориального показателя первичной заболеваемости за последний год составило 4,9% с 59,4 случаев на 100 тыс. населения в 2014 г. до 56,5 случаев на 100 тыс. населения в 2015 г.

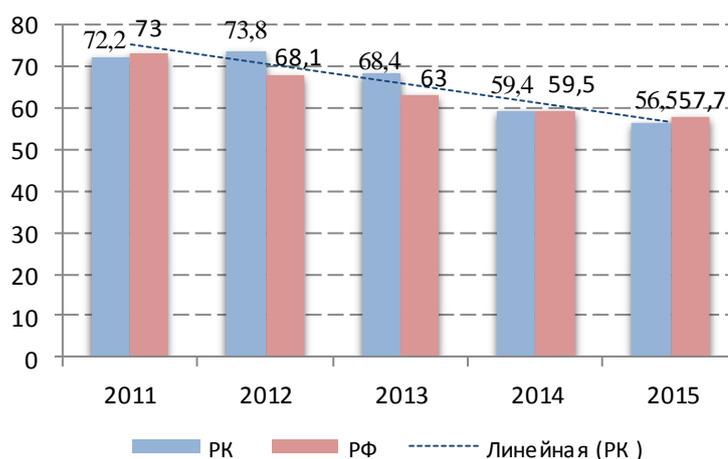


Рис. 12. Динамика территориального показателя заболеваемости туберкулезом в РК в период 2011-2015 гг. в сравнении с РФ (на 100 тыс. населения (ф. №8))

Республиканский показатель заболеваемости более высокий, чем в РФ и СЗФО, что связано с высокой распространенностью туберкулеза среди лиц, пребывающих в УФСИН России по РК. Пенитенциарный сектор вносит существенный вклад в общую эпидемиологическую ситуацию, складывающуюся в республике.



Рис. 13. Динамика количества новых случаев туберкулеза в гражданском и пенитенциарном секторах в период 2011-2015 гг. в РК (в абс. числах)

Впервые по итогам 2015 г. доля лиц, выявленных в системе ФСИН, в общем количестве вновь выявленных случаев заболевания туберкулезом по республике составила 11,7%, что связано с сокращением сети данных учреждений (рисунок 13). По РФ доля лиц, выявленных в системе ФСИН России, в общем количестве вновь выявленных случаев заболевания туберкулезом в 2015 г. составила 8,6% (2014 г. - 9,3%) (рисунок 14).

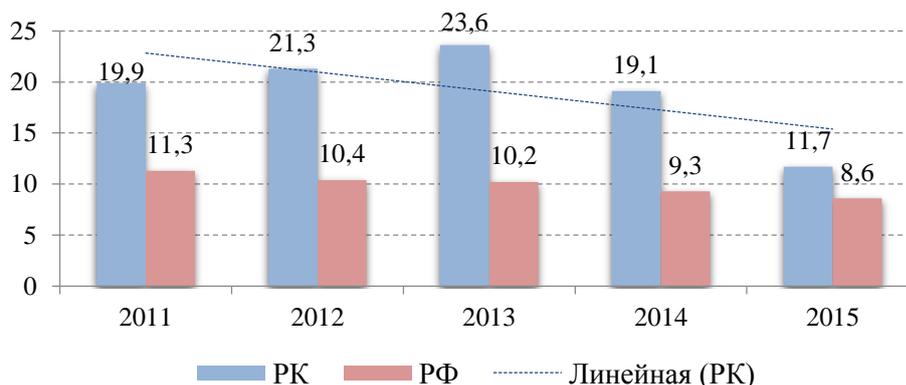


Рис. 14. Динамика удельного веса пенитенциарного сектора в общем количестве новых случаев заболевания туберкулезом в РК в 2011-2015 гг. в сравнении с РФ (%)

Среди заболевших туберкулезом в 2015 г. преобладали мужчины - 270 больных (67,5% от общего числа заболевших).

Максимальное количество заболеваний (таблица 27) зарегистрировано среди трудоспособного возраста (18-59 лет) - 341 человек, 65,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста. Показатель заболеваемости туберкулезом среди мужчин трудоспособного возраста в 2015 г. составил 86,5 на 100 тыс. населения соответствующего возраста и пола, среди женщин трудоспособного возраста 41,8 на 100 тыс. населения соответствующего возраста и пола. Таким образом, заболеваемость мужчин трудоспособного возраста в 2,1 раза превышает заболеваемость женщин.

Таблица 27

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

Профессиональная принадлежность	2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	абс. количество	%	абс. количество	%	абс. количество	%

1. Рабочие	107	23,8	79	19,7	83	20,75
2. Служащие	42	9,3	24	6,0	28	7,0
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	9	2,0	8	2,0	9	2,25
6. Учащиеся сред. уч. заведений	5	1,1	1	0,2	2	0,5
7. Учащиеся высших уч. заведений	3	0,7	3	0,7	0	0
8. Дошкольники организованные	8	1,8	8	2,0	5	1,25
9. Дошкольники неорганизованные	3	0,7	3	0,7	3	0,75
10. Пенсионеры	59	13,1	60	14,9	59	14,75
11. Инвалиды	34	7,6	35	8,7	27	6,75
12. Неработающие трудоспособного возраста	167	37,1	171	42,5	178	44,5
13. Безработные	13	2,9	10	2,5	6	1,5
Всего:	450	100,0	402	100,0	400	100,0

Стабильно высокий показатель заболеваемости туберкулезом отмечается среди жителей сельских районов республики, он превышает заболеваемость городских жителей в 1,8 раза.

Социальными группами риска по заболеванию туберкулезом в РК, по-прежнему, являются неработающие трудоспособного возраста, инвалиды и безработные: суммарно их доля в общем количестве заболевших туберкулезом составляет 67,5%.

Таблица 28

Частота встречаемости различных клинических форм туберкулеза органов дыхания среди вновь выявленных больных, %

Клинические формы	2013	2014	2015
Инфильтративный туберкулез	49,2	42,0	41,6
Диссеминированный туберкулез	27,5	31,5	31,6
Очаговый туберкулез	13,3	16,3	12,9
Казеозная пневмония	1,2	1,3	3,2
Милиарный туберкулез	0,5	0,3	0,3
Туберкулома	4,0	3,4	3,8
Кавернозный туберкулез	0,7	0,0	0,8
Фиброзно-кавернозный туберкулез	0,2	0,0	0,0
Цирротический туберкулез	0,0	0,0	0,0
Первичный туберкулезный комплекс	0,0	0,0	1,1
Туберкулезный плеврит	0,5	0,5	1,6
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	2,1	4,7	2,8
Туберкулез бронхов	0,9	0,0	0,3
Всего:	100,0	100,0	100,0

В клинической структуре новых случаев туберкулеза (таблица 28) лидирующие позиции стабильно занимают такие распространенные формы туберкулеза, как инфильтративный и диссеминированный туберкулез, суммарно составившие в 2015 г. 73,2% от всех новых случаев заболевания туберкулезом.

Частота встречаемости фиброзно-кавернозного туберкулеза легких ежегодно снижается: если в 2009-2010 гг. ежегодно выявлялось по 5 случаев этой клинической формы туберкулеза, в 2011 г. - 3 случая, в 2012-2013 гг. - по 1 случаю, в 2014 и 2015 гг. не выявлено ни одного случая фиброзно-кавернозного туберкулеза.

Вместе с тем, сохраняющийся высокий удельный вес диссеминированного туберкулеза, что свидетельствует об имеющихся недостатках в работе по раннему выявлению туберкулеза.

Удельный вес процессов с распадом среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в период с 2011 по 2015 гг. снизился с 64,1% в 2011 г. до 50,5% в 2015 г.

На фоне снижения удельного веса процессов с распадом легочной ткани удельный вес бактериовыделителей остается на стабильно высоком уровне: 2014 г. - 58,2%, 2015 г. - 60,0%. Данный факт свидетельствует об улучшении качества диагностики возбудителя туберкулеза в связи с внедрением во фтизиатрическую практику ускоренных методов диагностики (ВАСТЕС и ПЦР).

В РК показатель заболеваемости туберкулезом детей за последний год снизился с 10,2 на 100 тыс. детского населения в 2014 г. до 9,4 - в 2015 г. (на 7,8%).

Показатели заболеваемости туберкулезом детей в РК (рисунок 15) значительно ниже показателей РФ и СЗФО (2014 г. - 13,2 на 100 тыс. детского населения), что обусловлено эффективностью работы по раннему выявлению и профилактике туберкулеза.

Туберкулез у детей в большинстве случаев выявляется профилактически (методом туберкулинодиагностики). В 2015 г. методом туберкулинодиагностики выявлено 100,0% случаев заболеваемости туберкулезом детей.

В структуре детской заболеваемости преобладают малые формы первичного туберкулеза, которые составляли в разные годы от 60,9% до 90%. В большинстве случаев - это туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. В 2015 г. доля таких случаев составила 66,7%.

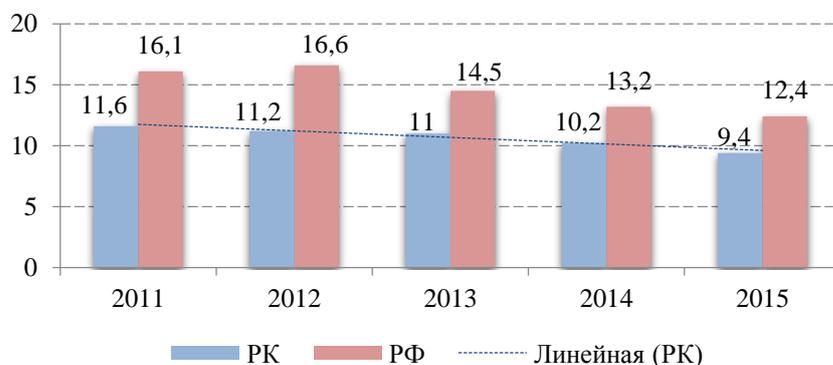


Рис. 15. Динамика показателя заболеваемости туберкулезом детей 0-14 лет в РК в период 2011-2015 гг. в сравнении с Российской Федерацией (на 100 тыс. детского населения)

Показатель заболеваемости туберкулезом подростков (рисунок 16) в возрасте 15-17 лет в период с 2011 по 2015 гг. снизился на 25,4% (в 2013 г. - туберкулез выявлено в 5 случаев, в 2014 г. - 4, в 2015 г. - 4). Данный показатель ниже, чем по РФ в 1,8 раза. Случаи заболевания туберкулезом детей 15-17 лет также чаще выявляются профилактически в ходе проведения флюорографических исследований и туберкулинодиагностики, так в 2015 г. профилактически выявлено 75% случаев.

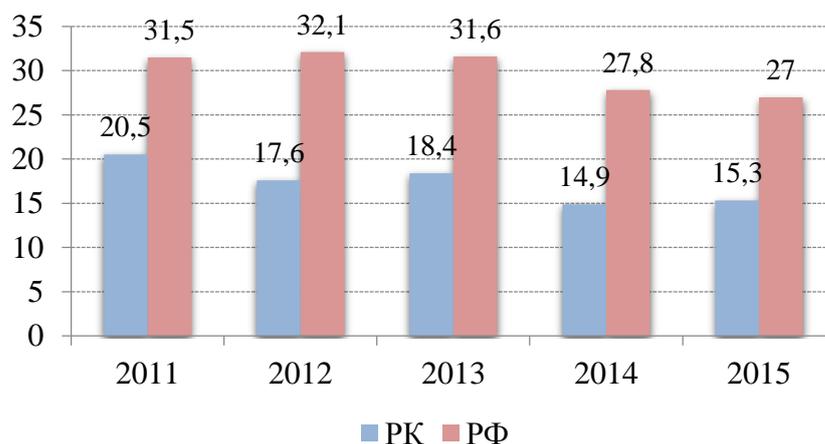


Рис. 16. Динамика показателя заболеваемости активным туберкулезом подростков 15-17 лет в РК и РФ в период 2011-2015 гг. (на 100 тыс. детей 15-17 лет)

Организация раннего выявления туберкулеза. Методами раннего выявления туберкулеза среди населения являются профилактические флюорографические осмотры (с 15 лет), простая микроскопия биологического материала на кислотоустойчивые микобактерии, среди детского населения - массовая туберкулинодиагностика.

В последние годы значительно улучшилось обеспечение республики рентгено-флюорографической техникой: в рамках реализации программы модернизации здравоохранения РК в учреждения здравоохранения республики поступило 89 единиц рентгенологического оборудования, в том числе 8 стационарных флюорографов и 10 передвижных флюорографических установок.

По итогам 2015 г. показатель охвата населения профилактическими рентген-флюорографическими осмотрами увеличился на 5,7% по сравнению с 2014 г. и составил 78,3%. Показатели охвата профилактическими осмотрами по республике выше, чем в целом по РФ.

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

По состоянию на 1 января 2015 г. в РК функционируют 417 противотуберкулезных коек для круглосуточного пребывания пациентов, 28 коек дневного стационара, 65 коек стационара на дому.

Учитывая резкий рост числа больных с МЛУ-туберкулезом и необходимость соблюдения требований инфекционного контроля за последние три года выделено 142 койки для лечения больных с МЛУ-туберкулезом (в республиканском противотуберкулезном диспансере в г. Сыктывкар - 98 коек, в филиале, расположенном в г. Ухта, - 14 коек, в Печорском противотуберкулезном диспансере - 30 коек).

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

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

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

В целях предупреждения распространения туберкулеза и соблюдения санитарно-эпидемиологических требований при движении больных к месту лечения и обратно Министерством здравоохранения РК разработаны приказы, регламентирующие порядок

госпитализации больных туберкулезом муниципальных образований республики в противотуберкулезные стационары, которыми предусмотрена логистика госпитализации больных заразными формами туберкулеза с учетом транспортной доступности для перевозки санитарным транспортом, маршрутизация больных с бактериовыделением.

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

В республике приняты необходимые меры по выполнению взятых обязательств в рамках программы модернизации по приведению работы фтизиатрической службы в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Произведен капитальный ремонт и реконструкция помещений для размещения дорогостоящего оборудования, приобретенного за счет субсидии федерального бюджета, предоставленной на реализацию мероприятий направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом. За счет средств указанной субсидии приобретен и установлен компьютерный томограф, ПЦР-лаборатория, рентгенологический аппарат.

Благодаря проведенному комплексу мер существенно возросли лечебно-диагностические возможности головного противотуберкулезного учреждения по выполнению Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом.

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

Совершенствование деятельности фтизиатрической службы привело к снижению распространенности туберкулеза среди жителей республики: по итогам 2014 г. снижение показателя составило 11,9%, за 2015 год показатель остался на уровне 2014 г. и составил 104,1 на 100 тыс. населения. При этом показатель распространенности туберкулеза на протяжении ряда лет сохраняется на уровне ниже среднероссийского.

Показатель распространенности бациллярного туберкулеза 2015 г. остался на уровне 2014 г. (2015 г. 52,2 на 100 тыс. населения, 2014 г. - 51,6 на 100 тыс. населения).

Комплекс мер, направленных на совершенствование деятельности службы, способствовал повышению эффективности лечения больных туберкулезом. Показатель абациллирования контингентов больных туберкулезом, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях, за последний год вырос с 62,7% в 2013 г. до 65,6% - в 2014 г., по предварительным данным за 2015 год показатель составит - 65,7%. В целом же по показателю по республике находится на уровне среднероссийских значений.

Показатель рецидивов туберкулезного процесса снизился с 6,8 на 100 тыс. населения в 2014 г. до 6,5 на 100 тыс. населения в 2015 г., но следует отметить, что показатель рецидивов на протяжении ряда лет остается на более низком, чем в целом по Российской Федерации, уровне.

В соответствии с планом работы Министерства здравоохранения РК ежегодно проводятся заседания комиссии по борьбе с туберкулезом, на которых рассматриваются актуальные вопросы организации противотуберкулезной помощи населению муниципальных образований. В ходе выездов проверяется организация противотуберкулезной помощи взрослому и детскому населению территорий, организация флюорографического обследования населения. В 2015 г. - 33 выезда (2013 – 34; 2014 – 31).

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

- 1) профилактические мероприятия:

- освещение вопросов профилактики и раннего выявления туберкулеза в электронных и печатных средствах массовой информации;
 - организация месячника, посвященного Всемирному дню борьбы с туберкулезом в соответствии с утвержденным планом работы;
 - проведение лекций и тематических конференций для медицинских работников общей лечебной сети по проблемам профилактики туберкулеза и методике работы с населением;
 - организация вакцинации детей против туберкулеза с 95-процентным охватом детского населения;
- 2) ранняя диагностика туберкулеза:
- организация флюорографического обследования населения старше 15 лет с плановым 75-процентным охватом;
 - организация своевременного бактериологического обследования населения с диагностической целью;
 - организация ежегодной туберкулинодиагностики среди детского населения с обеспечением максимального охвата;
- 3) соблюдение мер инфекционного контроля и повышение эффективности лечения больных туберкулезом:
- соблюдение маршрута движения больных туберкулезом с целью консультации и госпитализации с учетом территориальной и транспортной доступности противотуберкулезных учреждений и с учетом требований инфекционного контроля;
 - выполнение стандартов химиотерапии больных туберкулезом, коллегиальное назначение режима противотуберкулезного лечения;
 - обеспечение на территории республики отбора больных туберкулезом на хирургическое лечение;
 - обеспечение направления лиц, подлежащих оздоровлению в федеральных санаторно-курортных учреждениях и своевременной подачи заявок на реализацию путевок;
 - обеспечение оздоровления детей из групп риска по туберкулезу в санаторных учреждениях республиканского подчинения со стопроцентной реализацией путевок;
 - обеспечение своевременной изоляции детей из бациллярных очагов в санаторные учреждения во всех случаях;
 - организация контролируемого лечения больных туберкулезом в общей лечебной сети в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»;
 - ежеквартальный анализ эффективности лечения больных туберкулезом;
 - анализ состояния обеспечения противотуберкулезными препаратами I и II ряда, осуществление мер по улучшению лекарственного обеспечения;
- 4) организация оформления материалов в суд в соответствии с действующим законодательством во всех случаях отрыва от лечения больных бациллярными формами туберкулеза для привлечения к принудительной госпитализации;
- 5) организационно-методическая помощь государственных противотуберкулезных учреждений медицинским организациям общей лечебной сети:
- организация выездов специалистов - кураторов противотуберкулезных диспансеров в закрепленные территории для оказания организационно-методической помощи;
 - разбор всех случаев несвоевременного выявления больных туберкулезом в учреждениях общей лечебной сети;
 - ежеквартальный анализ работы по профилактическому флюорографическому обследованию женщин фертильного возраста и членов семьи беременной;
 - проведение служебного расследования по всем случаям выявления туберкулеза у беременных и родильниц;
 - составление протокола разбора на каждый случай смерти от туберкулеза с рассмотрением его на КИЛИ лечебно-профилактических учреждений и принятием необходимых организационных мер;

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

7) подготовка кадров.

В целях увеличения эффективности мероприятий, направленных на снижение смертности от туберкулеза и его последствий Распоряжением Правительства РК утвержден межведомственный план проведения профилактических мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза в РК на 2014 - 2016 гг. Кроме того, в республике реализуется комплексный план взаимодействия государственных учреждений здравоохранения РК и учреждений Федеральной службы исполнения наказаний России по РК при реализации противотуберкулезных мероприятий на 2014 - 2015 гг.

В соответствии с планом по снижению смертности от туберкулеза в 2015 г., согласованным главным внештатным специалистом фтизиатром Министерства здравоохранения РФ (далее - План) в целях внедрения в работу противотуберкулезных учреждений РК приказа Минздрава России № 951 от 29.12.2014 г., утвердившего методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания, вопрос использования в практической работе вышеуказанных методических рекомендаций подробно рассмотрен на республиканском совещании фтизиатров 3 апреля 2015 г.

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

Существенный вклад в комплексное лечение туберкулеза вносит хирургическое лечение. За 2015 г. на базе хирургического отделения республиканского противотуберкулезного диспансера произведено 74 резекции легких различного объема. За 2015 г. один больной активным туберкулезом прооперирован на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии, двое больных активным туберкулезом направлены на оперативное лечение туберкулеза легких в указанный институт. На высокотехнологичную медицинскую помощь в Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии в 2015 г. направлено 8 пациентов с легочным туберкулезом, 7 - с внелегочным туберкулезом.

Специалисты противотуберкулезной службы республики систематически проводят конференции в учреждениях общей лечебной сети по вопросам раннего выявления туберкулеза, организуют разборы причин позднего выявления всех запущенных случаев туберкулеза и случаев посмертной диагностики туберкулеза.

В рамках Всемирного дня борьбы с туберкулезом проведены пресс-конференции на уровне субъекта РФ и на муниципальном уровне, организовано 8 «круглых» столов, 18 конференций на уровне муниципальных образований, на муниципальном уровне проведены 2 совещания, 15 семинаров, для медицинских работников ОЛС прочитано 35 лекций. Для населения республики опубликовано 18 статей в печатных изданиях, организованы две тематические радиотрансляции, размещена информация на пяти официальных сайтах территориальных органов. Распространено 2200 памяток о предупреждении распространения туберкулеза. Проведена «горячая линия». Оформлено 18 уголков здоровья в ЛПУ, в организованных коллективах проведено 213 бесед. В 9 ЛПУ муниципальных образований проведены Дни открытых дверей. Проведено анкетирование пациентов противотуберкулезных диспансеров.

По данным мониторинга мероприятий по снижению смертности от туберкулеза в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК № 653-р по итогам 2015 г. впервые выявленным больным туберкулезом в республике во всех случаях проведено тестирование на лекарственную устойчивость на жидких средах системы ВАСТЕС.

Доля больных, прошедших тестирование на лекарственную устойчивость возбудителя до начала лечения молекулярно-генетическими методами, по итогам 2015 г. составила 80,0%. Кроме этого, мероприятия Плана предусматривают назначение химиопрофилактики туберкулеза пациентам с ВИЧ-инфекцией. По итогам 2015 г. доля лиц, охваченных химиопрофилактикой туберкулеза достигла индикаторного значения (50%) и составила 51,3%.

Комплекс мероприятий по организации лечебно-диагностического процесса способствовал достижению высоких показателей эффективности лечения больных туберкулезом. Так, среди когорты впервые выявленных больных туберкулезом, зарегистрированных к лечению в 2014 г., эффективно закончили лечение 66,1% больных. Доля больных МЛУ/ШЛУ туберкулезом, эффективно закончивших лечение по IV режиму химиотерапии (из когорты 2013 г.) составила 55% (индикатор на 2015 г. - 55%).

2.7. Анализ психическими заболеваниями. В динамике за 5 лет с 2011 г. по 2015 г. количество зарегистрированных заболеваний сохраняет тенденцию к росту с 2 859,0 до 2 934,8 на 100 тыс. населения, увеличение на 2,6% (таблица 29).

Таблица 29

**Показатели «зарегистрированных всего заболеваний» в РК
за 2011-2015 гг. (форма 10)**

Группа психических расстройств, регион		2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015	
		Абс.	На 100 тыс.								
Психозы и состояния слабоумия	РК	6099	678,3	6126	688,4	5969	681,1	6105	700,0	6297	728,5
	РФ	X	771,4	X	763,0	X	759,5	X	н/д	н/д	н/д
-в т.ч. шизофрении	РК	3232	359,4	3225	362,4	3110	354,9	3097	355,1	3159	365,4
	РФ	X	397,5	X	392,9	X	390,3	X	н/д	н/д	н/д
Непсихотические формы	РК	12686	1410,8	12627	1419	13287	1516,2	13301	1525,2	12882	1490,2
	РФ	X	1478,9	X	1461,4	X	1475,1	X	н/д	н/д	н/д
Умственная отсталость	РК	6924	770,0	6777	761,6	6754	770,7	6546	750,6	6190	716,1
	РФ	X	644	X	634,1	X	624,2	X	н/д	н/д	н/д
ВСЕГО	РК	25709	2859,0	25530	2869,1	26010	2968,0	25952	2976,0	25369	2934,8
	РФ	X	2894,4	X	2855,7	X	2858,7	X	н/д	н/д	н/д

За период с 2011 г. по 2015 г. показатели общей заболеваемости по нозологическим группам сохраняют тенденцию к увеличению, кроме показателя «умственная отсталость»: «психозы и состояния слабоумия» увеличение на 6,9% с 678,3 до 728,5,0 на 100 тыс. населения; «шизофрения» увеличение на 1,6% с 359,4 до 365,4 на 100 тыс. населения; «непсихотические формы» увеличение на 5,3% с 1410,8 до 1490,2 на 100 тыс. населения; «умственная отсталость» уменьшение на 7,5% с 770,0 до 716,1 на 100 тыс. населения.

По РФ показатель общей заболеваемости в 2013 г. - 2858,7 на 100 тыс. населения, ниже, чем в РК.

По сравнению с прошлым 2014 г., в 2015 г. количество зарегистрированных всего заболеваний несущественно снизилось с 25 952 до 25 369, с 2976,0 на 100 тыс. населения в 2014 г. до 2 934,8 на 100 тыс. населения, что составляет -1,4%.

По сравнению с 2014 г., в 2015 г. отмечается следующая динамика по нозологическим группам: «психозы и состояния слабоумия» увеличение на 3,9% с 700,0 до 728,5 на 100 тыс. населения; «шизофрения» увеличение на 2,8% с 355,1 до 365,4 на 100 тыс. населения; «непсихотические формы» уменьшение на 2,3% с 1 525,2 до 1 490,2 на 100 тыс. населения; «умственная отсталость» уменьшение на 1,4% с 750,6 до 716,1 на 100 тыс. населения.

Среди детского населения (0-14 лет) в динамике с 2011 г. по 2015 г. количество зарегистрированных заболеваний увеличилось с 4 493 в 2011 г. до 4 576 в 2015 г., а в расчете

на 100 тыс. населения уменьшилось с 2 983,7 в 2011 г. до 2875,5, что составило 3,8%. По нозологическим группам отмечается следующая динамика в 2015 г. по сравнению с 2011 г.: «психозы и состояния слабоумия» уменьшение на 7,1% с 97,0 до 90,5 на 100 тыс. населения; «шизофрения» уменьшение на 79,7% с 11,3 до 6,3 на 100 тыс. населения; «непсихотические формы» увеличение на 4,3% с 1 996,2 до 2 085,6 на 100 тыс. населения; «умственная отсталость» уменьшение на -27,3% с 890,5 до 699,4 на 100 тыс. населения.

Среди детского населения (0-14 лет) в динамике с 2014 г. по 2015 г. количество зарегистрированных заболеваний увеличилось с 4 832 до 4 576, а в расчете на 100 тыс. населения уменьшилось с 3 086,3 в 2014 г. до 2 875,5 в 2015 г., что составляет -7,3%. По нозологическим группам отмечается следующая динамика в 2015 г. по сравнению с 2014 г.: «психозы и состояния слабоумия» уменьшение на 11,5% с 100,9 до 90,5 на 100 тыс. населения; «шизофрения» увеличение на 18,7% с 5,1 до 6,3 на 100 тыс. населения; «непсихотические формы» уменьшение на 7,6% с 2 243,8 до 2 085,6 на 100 тыс. населения; «умственная отсталость» уменьшение на 6,0% с 741,5 до 699,4 на 100 тыс. населения.

Среди **подростков** (15-17 лет) в динамике с 2011 г. по 2015 г. количество зарегистрированных заболеваний уменьшилось с 1 815 в 2011 г. до 1 684 в 2015 г., показатель в расчете на 100 тыс. населения увеличился с 6 214,3 в 2011 г. до 6 445,9 в 2015 г., что составляет 3,6%. По нозологическим группам отмечается следующая динамика в 2015 г. по сравнению с 2011 г.: «психозы и состояния слабоумия» увеличение на 0,6% с 205,4 до 206,7 на 100 тыс. населения; «шизофрения» увеличение на 24,0% с 58,2 до 76,6 на 100 тыс. населения; «непсихотические формы» увеличение на 12,0% с 3 163,6 до 3 594,3 на 100 тыс. населения; «умственная отсталость» уменьшение на 7,6% с 2 845,2 до 2 645,0 на 100 тыс. населения.

Среди **подростков** (15-17 лет) в динамике с 2014 г. по 2015 г. количество зарегистрированных заболеваний увеличилось с 1 624 в 2014 г. до 1 684 в 2015 г., показатель в расчете на 100 тыс. населения увеличился с 6 029,8 в 2014 г. до 6 445,9 в 2015 г., что составляет 6,5%. По нозологическим группам отмечается следующая динамика в 2015 г. по сравнению с 2014 г.: «психозы и состояния слабоумия» уменьшение на 16,8% с 241,3 до 206,7 на 100 тыс. населения; «шизофрения» уменьшение на 21,2% с 92,8 до 76,6 на 100 тыс. населения; «непсихотические формы» увеличение на 8,8% с 3 278,5 до 3 594,3 на 100 тыс. населения; «умственная отсталость» уменьшение на 5,1% с 2 509,9 до 2 645,0 на 100 тыс. населения.

Нозологическая структура зарегистрированных заболеваний в 2015 г. распределена следующим образом: наибольшую часть занимают «непсихотические расстройства» 50,8%, затем группа «психотических расстройств и слабоумие» 24,8%, и «умственная отсталость» 24,4%. По сравнению с 2014 г. увеличилась доля психотических нарушения и слабоумия, уменьшилась доля умственной отсталости. (в 2014 г. «непсихотические расстройства» 51,3%, затем группа «психотических расстройств и слабоумие» 23,5%, и «умственная отсталость» 25,2%).

В нозологической структуре заболеваемости детского населения первое место занимают непсихотические расстройства - 72,5%, второе место - умственная отсталость (24,3%) и далее психозы и состояния слабоумия (3,1%).

В структуре заболеваемости подросткового населения (15-17 лет) первое место занимают непсихотического расстройства - 55,8%, второе место - умственная отсталость (41,0%) и третье место - психозы и состояния слабоумия (3,2%).

Таблица 30

Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами по районам РК с 2011 г. по 2015 г. на 100 тыс. человек (по форме 10)

Районы РК	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Вуктыльский	2745,2	2821,4	2824,2	2842,9	2608,4

Ижемский	7694,8	7672,8	7849,8	7913,8	7973,2
Княжпогостский	2392,1	2486,5	2605,3	2663,5	2911,7
Койгородский	3348	3408,5	3516,8	4917,2	4700,0
Корткеросский	2783	3013,6	3184,8	3448,3	3461,0
Прилузский	2297,5	2669,7	2530,8	3325,1	3747,9
Сосногорский	1895,4	1807,3	1886,5	1821,8	1932,0
Сыктывдинский	3343	3771,5	3742,9	3546,2	1650,2
Сысольский	3840,6	3745,9	4280,4	4713,8	5121,7
Троицко-Печорский	5211	5138,6	5295,5	4809,0	4600,6
Удорский	3414	3536,2	3721,0	3825,2	3951,7
Усть-Вымский	2621	2749,8	2896,0	2893,2	2269,0
Усть-Куломский	5020,6	4358,8	4368,0	4431,8	4238,2
Усть-Цилемский	2734,9	2631,2	2606,4	2235,6	2168,4
г. Воркута	2581,3	2329,3	2558,8	2802,6	2635,2
г. Инта	2733,4	2155,6	2292,6	2364,08	2572,8
Усинский	1595,4	1739,4	1694,1	1835,9	1525,8
Печорский	3273,9	3288,3	3324,9	3109,3	3144,9
г. Ухта	1495,1	1477,4	1588,1	1582,0	1531,8
г. Сыктывкар	3223,8	3381,3	3454,5	3315,0	3461,0
РК	2859	2869,0	2968	2976,0	2934,8
РФ	2892,5	2855,7	2858,7	-	-

В динамике с 2011 г. по 2015 г. отмечается уменьшение показателей заболеваемости в следующих районах: Вуктыльский - 5,2%, Сыктывдинский - 102,6%, Троицко-Печорский - 13,3%, Усть-Вымский - 15,5%, Усть-Куломский - 18,5%, Усть-Цилемский - 26,1%, г. Инта - 6,2%, Усинский - 4,6%, Печорский - 4,1% (таблица 30).

В динамике с 2011 г. по 2015 г. отмечается увеличение заболеваемости показателей в следующих районах: Ижемский 3,5%, Княжпогостский 17,8%, Койгородский 28,8%, Корткеросский 19,6%, Прилузский 38,7%, Сосногорский 1,9%, Сысольский 25,0%, Удорский 13,6%, г. Воркута 2,0%, г. Ухта 2,4%, г. Сыктывкар 6,9%.

Контингенты пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь. Контингент больных, находящихся на диспансерном наблюдении, уменьшился с 7655 человек в 2014 г. до 7331 человек в 2015 г., в расчете на 100 тыс. населения с 877,8 в 2014 г. до 848,1 в 2015 г.

В структуре заболеваемости диспансерной группы пациентов ведущее место занимают психозы и состояния слабоумия - 388,9 на 100 тыс. населения, из них шизофрения и шизофреноподобные расстройства - 279,1 на 100 тыс. населения; далее следует умственная отсталость (328,0 на 100 тыс. населения) и психические расстройства непсихотического характера (131,2 на 100 тыс. населения).

В течение последних пяти лет отмечается снижение контингента больных диспансерной группы с 946,6 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 848,1 на 100 тыс. населения в 2015 г., т.е. на 11,6%.

Снижение пациентов диспансерной группы в этом периоде наблюдается по следующим нозологиям: умственная отсталость - на 13,5% (с 372,2 в 2011 г. до 328,0 на 100 тыс. населения в 2015 г.), непсихотического характера - на 31,6% (с 172,6 в 2011 г. до 144,5 на 100 тыс. населения в 2014 г.), с шизофренией и шизофреноподобными расстройствами на 2,7% (с 286,7 в 2011 г. до 279,1 на 100 тыс. населения в 2015 г.).

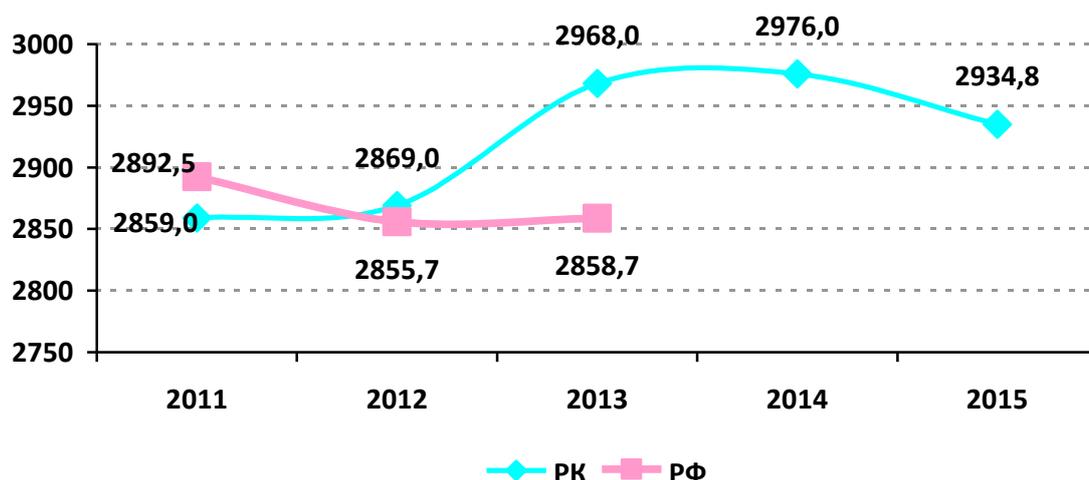


Рис. 17. Распространённость психических расстройств и расстройств поведения на 100 тыс. населения за 2011-2015 гг. по РК в сравнении с данными по Российской Федерации

В течение последних пяти лет отмечается увеличение числа пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь, с 1 672,7 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 1 743,0 на 100 тыс. населения в 2015 г., т.е. увеличение на 4,0% (таблица 31).

Таблица 31

Контингенты больных психическими расстройствами и расстройствами поведения на 100 тыс. населения наблюдаемых психиатрической службой с 2011 по 2015 гг. (форма 36)

		2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Всего контингентов больных, находящихся на диспансерном наблюдении	РК	946,6	906,0	892,6	877,8	848,1
	РФ	1122,9	1103,2	1084,7	1076,6	н/д
Психозы и состояния слабоумия	РК	401,3	393,0	394,6	396,6	388,9
	РФ	508	502,9	496,9	492,7	
в том числе шизофрения, шизоаффективные психозы, шизотипическое расстройство, аффективные психозы с неконгруэнтным аффекту бредом	РК	286,7	284,2	282,2	281,2	279,1
	РФ	329,8	327,1	323,4	319,3	н/д
Непсихотические расстройства	РК	172,6	154,5	149,9	144,5	131,2
	РФ	245,9	239,4	234,3	230,9	
Умственная отсталость	РК	372,2	358,5	348,2	336,7	328,0
	РФ	369	360,8	353,4	346,9	н/д
Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь:	РК	1672,7	1649,7	1713,1	1794,8	1743,0
	РФ	1501,4	1510,9	1501,2	1466,9	н/д
Численность больных, которым оказывается консультативно-лечебная помощь и находящихся на диспансерном наблюдении	РК	2620,2	2555,7	2605,7	2672,7	2591,1
	РФ	2624,3	2614,1	н/д	н/д	н/д

Из всего контингента пациентов, находящихся под наблюдением психиатрической службы РК 32,7% составляют больные, находящиеся под диспансерным наблюдением и 67,3 пациенты, получающие консультативно-лечебную помощь.

В течение последних пяти лет отмечается снижение количества пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением (на 10,4%) и увеличение количества пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь (на 5,1%).

Соотношение консультативной группы и диспансерного наблюдения (таблица 32) в целом по РК (67,3 : 32,7) 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.

Таблица 32

Соотношение диспансерной и консультативной группы пациентов с 2011 г. по 2015 г. (в%)

		2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
РК	Диспансерное	36,1	35,4	34,3	32,8	32,7
	Консультативная	63,9	64,6	65,7	67,2	67,3
РФ	Диспансерное	42,8	42,2	н/д	н/д	н/д
	Консультативная	57,2	57,8	н/д	н/д	н/д

Выявляемость психических расстройств. Число впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в 2015 г. увеличилось с 4 131 в 2014 г. до 4 155 в 2015 г., или с 473,7 до 480,7 на 100 тыс. населения, что составляет 1,4%.

В динамике за 5 лет с 2011 г. по 2015 г. число впервые зарегистрированных заболеваний сохраняет тенденцию к увеличению, с 453,0 в 2011 г. до 480,7 в 2015 г. на 100 тыс. населения, что составляет 5,8% (таблица 33).

Таблица 33

Контингенты с зарегистрированным впервые в жизни диагнозом психического расстройства в РК в 2011-2015 гг. (форма 10)

Группа психических расстройств	Регион	2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.	
		Абс.	На 100 тыс.								
Психозы и состояния слабоумия	РК	621	69,1	537	60,3	610	69,3	573	65,7	648	75,0
	РФ	X	61,9	X	61,3	X	61,6	X	н/д	н/д	н/д
-в т.ч. шизофренией	РК	97	10,8	87	9,8	94	10,7	74	8,5	64	7,4
	РФ	X	12,2	X	11,7	X	11,3	X	н/д	н/д	н/д
Непсихотические формы псих.расстройств	РК	3175	353,1	2742	308,1	3179	362,8	3311	379,7	3228	373,4
	РФ	X	250,0	X	244,1	X	236,5	X	н/д	н/д	н/д
Умственная отсталость	РК	277	30,8	239	26,9	296	33,8	247	28,3	279	32,3
	РФ	X	23,7	X	22,8	X	22,1	X	н/д	н/д	н/д
ВСЕГО	РК	4073	453,0	3518	395,4	4085	466,1	4131	473,7	4155	480,7
	РФ	X	335,6	X	328,0	X	320,2	X	н/д	н/д	н/д

В показателях первичной заболеваемости с 2011 г. по 2015 г. по нозологическим группам отмечается следующая динамика в 2015 г. по сравнению с 2011 г.: заболеваемость по нозологиям «психозы и состояния слабоумия» увеличилась на 7,9% с 69,1 до 75,0 на 100 тыс. населения; по нозологии «шизофрения» уменьшилась на 45,7% с 10,8 до 7,4 на 100 тыс. населения; по нозологии «непсихотические формы» увеличилась на 5,4% с 353,1 до 373,4 на 100 тыс. населения; по нозологии «умственная отсталость» увеличилась на 4,6% с 30,8 до 32,3 на 100 тыс. населения.

В показателях первичной заболеваемости по нозологическим группам отмечается следующая динамика в 2015 г. по сравнению с 2014 г.: заболеваемость по нозологиям «психозы и состояния слабоумия» увеличилась на 12,3% с 65,7 до 75,0 на 100 тыс.

населения; по нозологии «шизофрения» уменьшилась на 14,6% с 8,5 до 7,4 на 100 тыс. населения; по нозологии «непсихотические формы» уменьшилась на 1,7% с 379,7 до 373,4 на 100 тыс. населения; по нозологии «умственная отсталость» увеличилась на 12,2% с 28,3 до 32,3 на 100 тыс. населения.

Среди детского населения (0-14 лет) в динамике с 2011 г. по 2015 г. количество зарегистрированных заболеваний увеличилось с 1 170 в 2011 г. до 1 271 в 2015 г., в расчете на 100 тыс. населения увеличилось с 777,0 в 2011 г. до 798,7 в 2015 г., что составляет 2,7%.

По нозологическим группам отмечается следующая динамика в 2015 г. по сравнению с 2011 г.: заболеваемость по нозологиям «психозы и состояния слабоумия» уменьшилась на 86,2% с 24,6 до 13,2 на 100 тыс. населения; по нозологии «шизофрения» уменьшилась на 76,1% с 3,3 до 1,9 на 100 тыс. населения; по нозологии «непсихотические формы» увеличилась на 10,6% с 628,2 до 702,5 на 100 тыс. населения; по нозологии «умственная отсталость» уменьшилась на 49,7% с 124,2 до 82,9 на 100 тыс. населения.

Среди детского населения (0-14 лет) в динамике с 2014 г. по 2015 г. количество зарегистрированных заболеваний уменьшилось с 1 303 в 2014 г. до 1 271 в 2015 г., в расчете на 100 тыс. населения заболеваемость уменьшилась с 832,2 в 2014 г. до 798,7 в 2015 г., что составляет 4,2%.

По нозологическим группам в 2015 г. по сравнению с 2014 г. отмечается следующая динамика: заболеваемость по нозологиям «психозы и состояния слабоумия» уменьшилась в 2,7 раза с 35,8 до 13,2 на 100 тыс. населения; по нозологии «шизофрения» увеличилась на 32,2% с 1,3 до 1,9 на 100 тыс. населения; по нозологии «непсихотические формы» увеличилась на 2,7% с 683,4 до 702,5 на 100 тыс. населения; по нозологии «умственная отсталость» уменьшилась на 36,3% с 113,1 до 82,9 на 100 тыс. населения.

Среди подростков (15-17 лет) в динамике с 2011 г. по 2015 г. количество зарегистрированных заболеваний увеличилось с 193 в 2011 г. до 240 в 2015 г., в расчете на 100 тыс. населения увеличилось с 660,8 в 2011 г. до 918,7 в 2015 г., что составляет 28,1%.

По нозологическим группам в 2015 г. по сравнению с 2011 г. отмечается следующая динамика: заболеваемость по нозологиям «психозы и состояния слабоумия» уменьшилась на 9,3% с 37,7 до 34,4 на 100 тыс. населения; по нозологии «шизофрения» уменьшилась на 19,3% с 13,7 до 11,5 на 100 тыс. населения; по нозологии «непсихотические формы» увеличилась на 31,9% с 469,1 до 689,0 на 100 тыс. населения; по нозологии «умственная отсталость» увеличилась на 21,1% с 154,1 до 195,2 на 100 тыс. населения.

Среди подростков (15-17 лет) в динамике с 2014 г. по 2015 г. количество зарегистрированных заболеваний увеличилось с 206 в 2014 г. до 240 в 2015 г., заболеваемость в расчете на 100 тыс. населения увеличилась с 764,9 в 2014 г. до 918,7 в 2015 г., что составляет 16,7%.

По нозологическим группам в 2015 г. по сравнению с 2014 г. отмечается следующая динамика: заболеваемость по нозологиям «психозы и состояния слабоумия» уменьшилась на 29,3% с 44,6 до 34,4 на 100 тыс. населения; по нозологии «шизофрения» уменьшилась на 94,0% с 22,3 до 11,5 на 100 тыс. населения; по нозологии «непсихотические формы» увеличилась на 10,5% с 616,3 до 689,0 на 100 тыс. населения; по нозологии «умственная отсталость» увеличилась на 46,7% с 104,0 до 195,2 на 100 тыс. населения.

В нозологической структуре впервые зарегистрированных больных в 2015 г. преобладают «непсихотические расстройства» (77,7%), далее - «психотические расстройства и слабоумие» (15,6%) и «умственная отсталость» (6,7%).

По сравнению с 2014 г. увеличилась доля психотических нарушений и слабоумия, а также доля умственной отсталости («непсихотические расстройства» - 80,2%, далее «психотические расстройства и слабоумие» - 13,9%, «умственная отсталость» - 6,0%).

Таблица 34

Показатели заболеваемости психическими расстройствами впервые в жизни по районам РК в 2011-2015 гг. на 100 тыс. человек (по форме 10)

Районы РК	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015
Вуктыльский	135,6	182,5	130,5	158,4	70,7
Ижемский	601,0	374,6	451,8	237,1	362,9
Княжпогостский	447,4	464,3	485,0	603,4	695,1
Койгородский	35,7	145,6	221,6	1768,7	734,0
Корткеросский	496,2	692,2	677,0	850,3	812,5
Прилузский	427,4	335,0	483,3	598,8	337,3
Сосногорский	143,8	113,0	170,7	128,4	161,0
Сыктывдинский	955,8	725,0	993,8	804,0	864,8
Сысольский	735,0	635,3	920,7	844,2	1156,5
Троицко-Печорский	282,3	209,7	154,5	201,0	224,2
Удорский	152,9	211,3	174,5	183,6	102,4
Усть-Вымский	304,1	283,4	311,0	304,9	207,3
Усть-Куломский	108,7	72,4	61,9	117,6	392,5
Усть-Цилемский	69,5	308,2	56,7	132,0	134,5
г. Воркута	188,1	221,0	210,2	164,1	129,0
г. Инта	355,3	211,7	244,3	245,7	275,3
Усинский	231,6	269,9	208,3	212,0	232,2
Печорский	346,7	448,9	297,2	326,0	353,4
г. Ухта	149,2	168,4	230,1	205,3	161,0
г. Сыктывкар	903,8	682,2	872,8	865,8	902,9
РК	453,0	395,4	463,9	473,7	480,7

В динамике с 2011 г. по 2015 г. отмечается уменьшение показателей заболеваемости в следующих районах: Вуктыльский - в 1,9 раза, Ижемский - в 1,7 раза, Прилузский - на 21,1%, Сыктывдинский - на 19,5%, Троицко-Печорский - на 20,6%, Удорский - на 33,0%, Усть-Вымский - на 31,8%, г. Воркута - на 31,4%, г. Инта - на 22,5% (таблица 34).

В динамике с 2011 г. по 2015 г. отмечается увеличение показателей заболеваемости в следующих районах: Княжпогостский - в 1,6 раза, Койгородский - в 20,6 раза, Корткеросский - в 1,6 раза, Сосногорский - на 12%, Сысольский - в 1,6 раза, Усть-Куломский - в 3,6 раза, Усть-Цилемский - в 1,9 раза, г. Ухта - на 7,9%

В динамике с 2011 г. по 2015 г. показатели заболеваемости без существенной динамики в Усинском и Печорском районах, а также в г. Сыктывкар.

2.8. Анализ дерматовенерологическими заболеваниями.

Сифилис. В сравнении с 2014 г. отмечается незначительное, на 3,8%, увеличение заболеваемости сифилисом в показателях на 100 тыс. населения (в абсолютных числах 87 случаев за 12 месяцев 2014 г. и 90 случаев за 2015 г.) (рисунок 18). В истекшем 2015 г. зарегистрирован один случай сифилиса у детей (врожденный сифилис). В прошлом году заболеваемость в данной возрастной группе отсутствовала. Также зарегистрирован один случай заболевания у подростков.

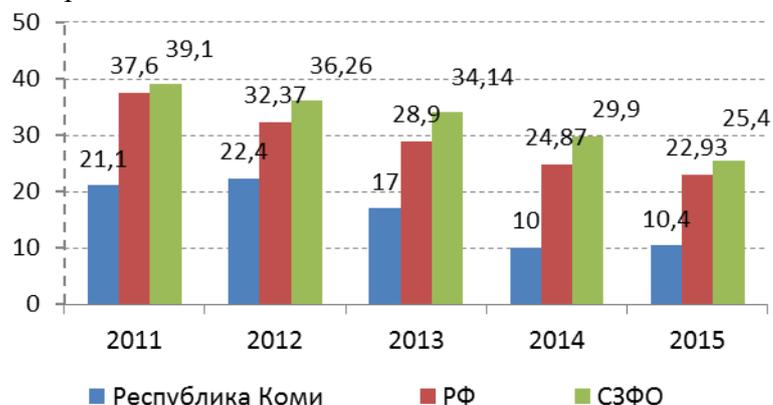


Рис. 18. Динамика заболеваемости сифилисом населения РК в сравнении с РФ (на 100 тыс. населения)

Рост заболеваемости сифилисом по итогам 2015 г. наблюдается среди населения г. Усинск (5 случаев при регистрации 3-х в 2014 г.), Сыктывдинского района (7 случаев против 4 в 2014 г.), Корткеросского района (13 случаев при регистрации в 2014 г. только одного больного), Усть-Куломском районе (2015 г. - 5, 2014 г. - 1 случай). Не регистрировались случаи сифилиса в г. Инта, а так же Койгородском, Троицко-Печорском, Усть-Вымском и Прилузском районах. Случай сифилиса среди подростков зарегистрирован в Удорском районе, путь заражения - половой. Случай врожденного сифилиса имел место в Сыктывдинском районе, в социально неблагополучной семье (рисунок 19).

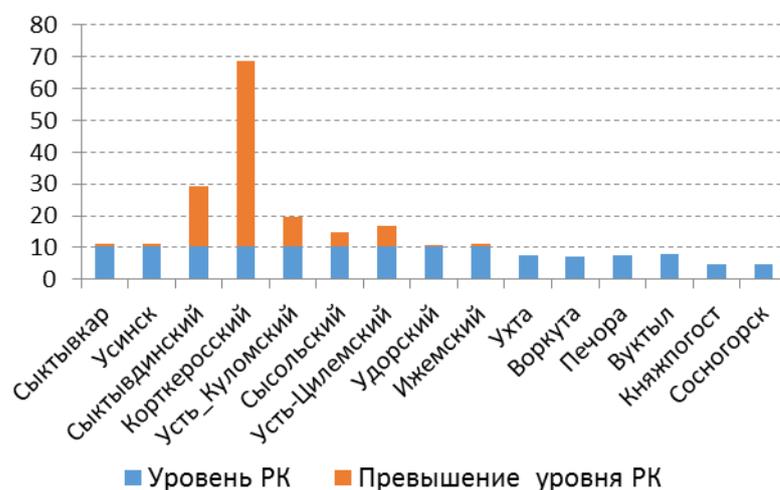


Рис. 19. Ранжирование территорий РК по уровню заболеваемости сифилисом в 2015 г.

Заболеваемость сифилисом среди сельского населения в два раза выше, чем уровень заболеваемости сифилисом городского населения, что объясняется, в первую очередь, особенностями регистрации случаев заболеваний (таблица 35).

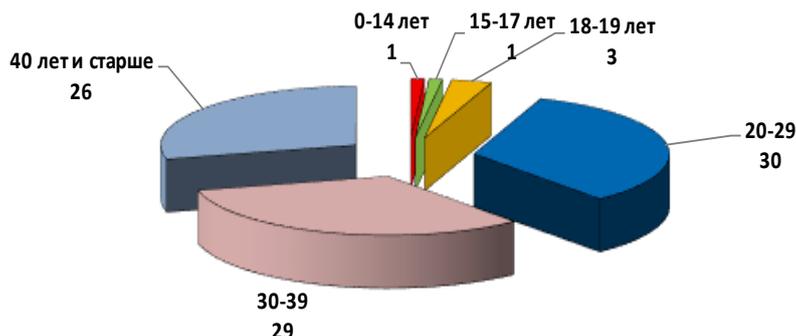
Таблица 35

Динамика заболеваемости сифилисом в разрезе территорий РК

Территория	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Сыктывкар (с Эжвой)	16,3	18,3	19,5	10,9	11,2
г. Ухта	37,7	22,1	14,0	13,2	7,5
г. Воркута	22,1	65,1	37,5	5,9	7,2
г. Инта	5,7	0	3,1	0	0
г. Печора	19,3	24,5	16,3	9,2	7,5
г. Усинск	12,7	21,2	8,7	6,6	11,1
г. Вуктыл	6,8	0	14,5	0	7,9
Усть-Куломский р-н	15,0	11,2	15,5	3,9	19,8
Сыктывдинский р-н	30,8	22,0	8,5	16,9	29,2
Корткеросский район	5,1	20,5	46,9	5,2	68,6
Сысольский район	0	14,4	7,4	14,9	15,0
Койгородский район	11,9	0	12,3	0	0
Троицко-Печорский район	36,2	21,7	0	16,1	0
Усть-Вымский район	23,9	6,8	7,1	10,9	0
Княжпогостский район	0	8,6	0	0	4,9
Прилузский район	43,7	9,7	10,3	21,0	0
Ижемский район	26,8	16,1	5,6	11,3	11,3
Усть-Цилемский район	7,7	15,5	56,7	16,5	16,8
Удорский район	0	0	0	10,5	10,8
Сосногорский район	47,2	30,1	10,9	15,5	4,5
По РК	21,1	22,4	17,0	10,0	10,4
Российская Федерация	37,6	32,37	28,9	24,8	22,9

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

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Всего по РК	190	201	150	87	90
0-14 лет	1(0,6%)	2(1,0%)	1 (0,6%)	0	1 (1,1%)
15-17 лет	3(1,6%)	1(0,5%)	1 (0,6%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)
18-19 лет	8(4,2%)	7(3,5%)	6 (4,0%)	4 (4,6%)	3 (3,3%)
20-29 лет	81(42,6%)	75(37,3%)	47(31,3%)	31 (35,7%)	30 (33,2%)
30-39 лет	55(28,9%)	54(26,9%)	57 (38,2%)	30 (34,5%)	29 (32,2%)
40 лет и старше	42(22,1%)	62(30,8%)	38 (25,3%)	21 (24,1%)	26 (28,9%)



**Рис. 20. Структура заболеваемости сифилисом по возрастным категориям
в 2015 г. (абс. числа)**

В показателях на 100 тыс. самый высокий уровень заболеваемости сифилисом, как и в прошлые годы, отмечается в возрастной группе 20-29 лет, где уровень превышает в 1,79 раза заболеваемость сифилисом по республике в целом (таблица 36, рисунок 20).

Таблица 37

Распределение по полу в динамике за 5 лет

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Мужчины	59,0%	58,7%	52,66%	58,6%	56,6%
Женщины	41,0%	41,3%	47,34%	41,4%	43,4%

Уровень заболеваемости сифилисом среди мужчин и женщин (таблица 37) в 2015 г. составил 12,5 и 8,6 на 100 тысяч населения (в 2014 г. был равен 12,38 и 7,34 на 100 тыс. населения соответственно), а в 2013 г. был приблизительно одинаков.

Число заболевших сифилисом подростков за 2015 г. составило один случай или 3,8 на 100 тыс. населения, что соответствует уровню 2014 г. Заражение произошло половым путем. Случаев сексуального насилия не было.

Среди детей, в истекшем 2015 г., зарегистрирован один случай врожденного сифилиса (Сыктывдинский район), а в 2013 г. был выявлен один случай сифилиса в г. Сыктывкаре (сифилис скрытый ранний), ребенок из социально неблагополучной семьи, путь передачи половой (сексуальное насилие).

В истекшем году, в сравнении с 2014 г., число беременных женщин, больных сифилисом, уменьшилось на 4 случая и составило 2 человека. В 2013 г. зарегистрировано 10 случаев сифилиса у беременных (2012 г. - 9 случаев, 2011 г. - 20 случаев, 2010 г. - 29 случаев). В 2015 г. беременность закончили родами две женщины (один случай врожденного сифилиса), вставших на учет в 2015 г., прервавших беременность не было.

Структура выявленного сифилиса по формам в динамике за 5 лет

нозология	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Первичный	36(19,0%)	23(11,4%)	18 (11,6%)	11 (13,3%)	21(23,3%)
Вторичный	45(23,7%)	68(33,7%)	36 (23,4%)	22 (26,5%)	22 (24,4%)
Ранний скрытый	99(52,1%)	94(46,4%)	67(45,65%)	29 (34,9%)	19(21,1%)
Поздний скрытый	1(0,5%)	1(0,5%)	-	1(1,2%)	2 (2,2%)
Другой неуточненный	5(2,6%)	5(2,5%)	1 (0,7%)	-	2 (2,25)
Нейросифилис симптомами	4(2,1%)	10(5,0%)	28(18,65%)	20 (24,1%)	23(25,4%)
Врожденный	-	1(0,5%)	-	-	1(1,1%)

Несмотря на рост заболеваемости нейросифилисом в 2013-2015 гг., есть достаточно оснований считать, что его регистрация остается неполной, в том числе поздних манифестных форм. Их диагностика должна проводиться в неврологических, психиатрических, офтальмологических и стационарах других профилей, куда поступают больные при возникновении соответствующих симптомов. Полученные при скрининге в стационарах положительные серологические тесты должны служить сигналом для проведения диагностической спинномозговой пункции. В случае подтверждения диагноза «нейросифилис» больной должен оставаться в стационаре и получать наряду с симптоматической терапией полноценную специфическую антибиотикотерапию по назначению консультанта-дермато-венеролога.

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

Таблица 39

Качественные показатели работы службы за 5 лет

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
% активно выявленных больных	79,1	79,9	86,7	79,3	76,7
% выявленных больных сифилисом при обследовании контактных	23,9	23,4	34,6	17,0	21,4
Количество контактов обследованных на 1 больного	1,8	1,9	2,1	1,7	1,3
% обследованных от подлежащих	81,3	80,1	77,1	78,8	78,2
% обследованных от подлежащих в течении до 7-ми дней	66,0	62,2	57,2	59,2	60,1
Выявлено источников заражения	36,9	36,1	36,0	36,2	35,9

Качественные показатели работы дерматовенерологической службы на протяжении последних лет практически идентичны и, в целом, соответствуют средним российским показателям (таблица 39).

Таблица 40

Структура заболеваемости сифилисом в РК по видам занятости за 2014-2015 гг.

Отрасль	2014 г.		2015 г.	
	Абс.	Уд. вес	Абс.	Уд. вес
ВСЕГО:	87	100	90	100
Прочие министерства и отрасли	3	3,4	4	4,4
Промышленность	12	14,1	11	12,2
Сельское хозяйство	1	1,1	1	1,1
Транспорт	6	6,8	5	5,5
Строительство	1	1,1	1	1,1
Торговля и общепит	14	17,1	13	14,4
Жилкомхоз и бытовое обслужив.	4	4,6	3	3,3
Здравоохранение	-	-	-	-

Образование	2	2,2	2	2,2
Учащиеся всего, в т.ч.:	4	2,6	4	4,4
ВУЗов	2	1,3	3	3,3
ССУЗов	2	1,3	1	1,1
Школ	-		-	
Неработающие	29	34,3	37	41,1
БОМЖи	2	2,2	2	2,2
Прочие	9	10,7	8	8,8
Неорганизованные подростки				
Неорганизованные дети			1	1,1
Дети ДДУ				

Таблица 41

Структура выявления больных сифилисом специалистами разных учреждений

Учреждение/ период	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК
Обратились самостоятельно	22,9	19,6	22,7	13,5	22,1	20,7	н/д	23,4
Медицинские организации КВ профиля	23,1	31,5	23,4	41,5	23,1	31,1	н/д	36,8
Другие м/о	19,6	13,9	19,5	16,2	19,7	14,9	н/д	15,5
Стационары	16,8	21,1	17,8	16,7	16,8	26,4	н/д	18,8
Медицинские осмотры	17,7	13,9	16,6	12,1	16,0	5,7	н/д	5,5

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

Таблица 42

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

№	Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
1.	В КВУ при обследовании, в т.ч. обследовании контактов	36,9	38,7	48,0	38,2	47,8
2.	Акушер-гинекологами (амбулаторно)	8,2	6,8	8,5	7,1	11,6
3.	Акушер-гинекологами (стационарно)	2,1	3,7	1,5	4,1	1,4
4.	Урологами	2,1	2,5	0,7	1,2	
5.	В стационарах различных профилей, кроме акушер-гинекологов	18,4	22,2	17,7	27,0	23,2
6.	В амбулаторно-поликлинических учреждениях, кроме акушерско-гинекологических	13,1	10,4	10,0	17,1	8,7
7.	При обследовании доноров	0,7	1,2	0	0	1,4
8.	Периодические проф. осмотры	5,4	6,2	10,8	4,1	1,4
9.	При прочих проф. осмотрах	3,5	2,5	1,4	0	2,8
10.	При поступлении на работу	9,6	7,4	1,4	1,2	1,4

Из приведенных в таблице 42 данных следует, что значительно в последние три года выросла активная выявляемость сифилиса при обследованиях в учреждениях кожно-венерологического профиля, но снижается результативность проводимых медицинских осмотров.

Рассматривая ситуацию по уровню заболевания сифилисом, необходимо обратить внимание на то обстоятельство, что совместным приказом Министерства здравоохранения РК и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РК» № 10/500280 от 28 октября 2013 г.

отменен совместный приказ № 5/330/57 от 22.05.2003 г. МЗ РК и Центра госсанэпиднадзора в РК «Об утверждении перечня контингентов, подлежащих обязательному обследованию на венерические заболевания».

Совместный приказ МЗ РК и ЦГСЭН от 2003 г. устанавливал обязательность обследования на венерические заболевания контингентов, наиболее подверженных риску заражения данными болезнями: неработающие граждане, лица, поступившие и содержащиеся в ИВС, приемниках-распределителях, медицинских вытрезвителях, лица, впервые обратившиеся за медицинской помощью, пациенты психиатрических и наркологических ЛПУ и др. Во многом благодаря действию данного приказа, в течение 12 лет с 2003 по 2015 гг., действительно удалось снизить заболеваемость сифилисом в почти в 8 раз (с 81,1 до 10,4 на 100 тыс. населения) и гонореей (с 125,5 до 27,0 на 100 тыс.). Показатели заболеваемости по сифилису значительно ниже и Российских показателей, и уровня заболеваемости в Северо-Западном федеральном округе. Значительное количество венерических заболеваний среди населения за истекшие десять лет было выявлено именно среди контингентов, установленных совместным приказом № 5/330/57 от 22.05.2003 г. Поскольку «группа риска» находилась под постоянным мониторинговым контролем, помимо общего снижения заболеваемости, удалось избежать серьезной вспышечной заболеваемости, заболеваемости среди учащихся средних специальных учебных заведений, пациентов стационарных отделений ЛПУ и оперативно выявлять и прерывать эпидемиологическую цепь заболеваний. Таким образом, приказ № 5/330/57 от 22.05.2003 г. оказал существенное позитивное влияние, как на уровень заболеваемости венерическими болезнями, так и на социальную ситуацию в республике. Целевые показатели, предусмотренные республиканской программой по профилактике социально-значимых инфекций в 2010-2012 гг., были достигнуты и превышены еще в 2011 г.

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

Гонорея. Отмечено значительное снижение заболеваемости гонореей по сравнению с аналогичным периодом 2014 года - на 48,4% (за 2014 г. 456 случаев, за 2015 г. 233 случаев) (рисунок 21). Уровень заболеваемости гонореей снижается, в сравнении с 2013-2014 гг., практически на всех территориях республики. Превышение текущего среднереспубликанского уровня заболеваемости отмечается в г. Сыктывкар (44,5 на 100 тыс. населения), г. Инта (36,1 на 100 тыс. населения), г. Воркута (32,5 на 100 тыс. населения), хотя уровни заболеваемости в перечисленных территориях ниже прошлогодних за аналогичный период.

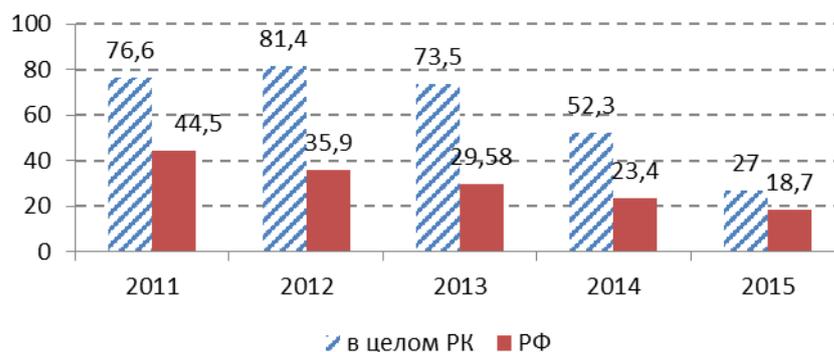


Рис. 21. Заболеваемость гонореей населения республики в 2011-2015 гг. (на 100 тыс.) в сравнении с РФ

Уровень заболеваемости гонореей среди подростков снизился в 2,2 раза, в сравнении с 2014 г. и составил 10 случаев или 38,3 на 100 тысяч подросткового населения, основное количество заболевших - 9 человек, зарегистрированы в г. Сыктывкар. Один случай зарегистрирован в г. Ухта.

Среди детей в 2015 г. зарегистрирован 1 случай гонореи с контактно-бытовым путем передачи (2014 г. - 2 случая).

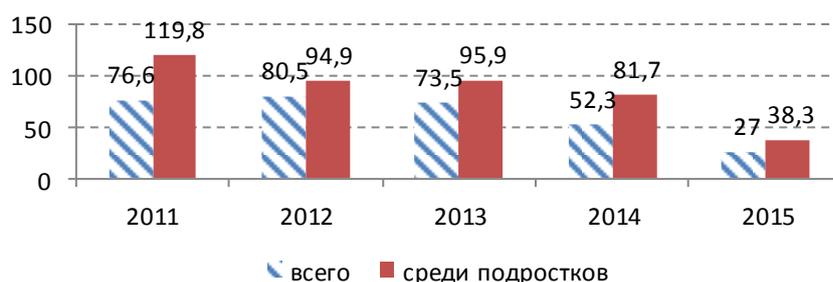


Рис. 22. Динамика заболеваемости гонореей в РК в 2011-2015 гг.

В 2015 г. не было зарегистрировано ни одного случая гонореи в Вуктыльском и Сосногорском районах (при регистрации в 2014 г. двух случаев в Вуктыльском районе и 10 случаев - в Сосногорском районе).

Таблица 43

**Динамика заболеваемости гонореей в разрезе территорий РК
(на 100 тыс. населения)**

Территория	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Сыктывкар (с Эжвой)	92,6	86,2	102,7	67,1	44,5
г. Ухта	104,9	91,0	47,0	41,1	18,3
г. Воркута	60,9	58,8	57,9	50,8	32,5
г. Инта	108,9	177,6	120,6	89,3	36,1
г. Печора	113,8	162,8	143,1	95,8	18,7
г. Усинск	65,9	110,5	69,4	37,2	26,5
г. Вуктыл	27,1	13,6	0,0	15,1	0
Усть-Куломский р-н	67,4	45,0	73,5	54,9	27,8
Сыктывдинский р-н	74,9	92,5	59,7	67,7	25,1
Корткеросский р-н	66,5	97,2	130,2	62,2	26,4
Сысольский р-н	57,6	36,0	66,3	29,9	7,5
Койгородский р-н	59,6	11,9	24,6	75,3	12,9
Троицко-Печорский р-н	28,9	43,4	46,3	16,1	8,3
Усть-Вымский р-н	44,4	37,6	21,4	25,4	3,7
Княжпогостский р-н	64,5	43,0	32,0	4,7	9,7
Прилузский р-н	48,6	106,9	72,0	57,8	26,8
Ижемский р-н	32,2	42,9	27,9	22,6	5,7
Усть-Цилемский р-н	7,7	7,7	16,2	8,2	16,8
Удорский р-н	49,3	29,6	35,9	15,7	21,6
Сосногорский р-н	25,8	19,3	21,9	22,1	0
По РК	76,6	80,5	73,5	52,3	27,0
Российская Федерация	38,2	35,96	29,58	23,4	18,7

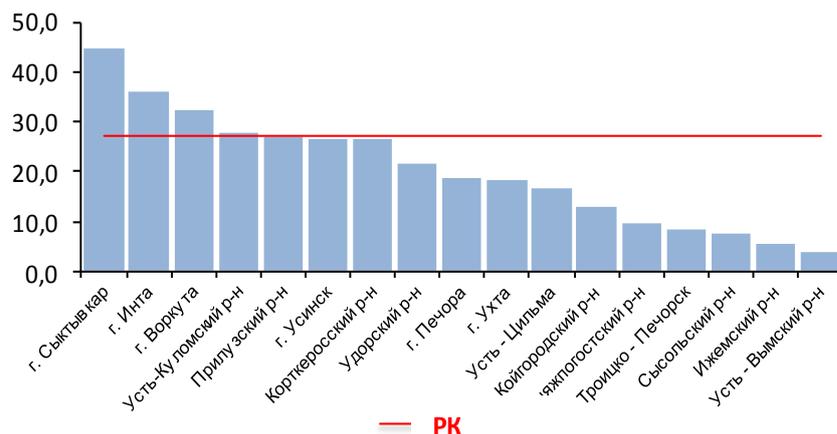


Рис. 22. Ранжирование территорий РК по заболеваемости гонореей в 2015 г.

Таблица 44

Структура заболеваемости гонореей по возрастам

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Всего по РК	689	724	647	456	233
0-14 лет	3(0,4%)	1(0,1%)	1(0,1%)	2(0,2%)	1(0,4%)
15-17 лет	35(5,1%)	27(3,7%)	26(4,0%)	22 (4,8%)	10(4,3%)
18-19 лет	23(3,3%)	36(5,0%)	29(4,4%)	47 (10,3%)	21(9,0%)
20-29 лет	464(67,3%)	490(67,7%)	431(66,7%)	259(56,8%)	129(55,4%)
30-39 лет	127(18,4%)	117(16,2%)	120(18,6%)	90 (19,7%)	52 (22,3%)
40 лет и старше	37(5,3%)	53(7,3%)	40(6,2%)	36(7,9%)	20 (8,6%)

Заболеваемость гонореей среди городского населения в 2,75 раза выше, чем среди сельского населения.

Таблица 45

Распределение больных гонореей по полу (в%)

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Мужчины	78,8	75,3	74,1	75,2	72,9
Женщины	21,2	24,7	25,9	24,8	27,1

Таблица 46

Структура заболеваемости гонореей в РК за 2013-2015 гг. по типу занятости

Отрасль	2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	Абс.	Уд, вес	Абс.	Уд, вес	Абс.	Уд, вес
ВСЕГО:	647	100,0	456	100,0	233	100,0
Прочие министерства и отрасли	31	4,8	29	6,6	13	5,6
Промышленность	88	13,6	76	16,8	44	18,9
Сельское хозяйство	2	0,3	2	0,5	2	0,8
Транспорт	24	3,7	17	3,7	11	4,7
Строительство	17	2,6	13	2,8	4	1,6
Торговля и общепит	69	10,7	61	13,7	30	12,9
Жилкомхоз, учреждения бытового обслуживания	10	1,5	8	1,8	3	1,3
Здравоохранение	8	1,2	7	1,7	1	0,4
Образование	13	2,0	11	2,4	5	2,1
Учащиеся в т.ч.:	73	11,3	68	14,9	33	14,2
ВУЗов	19	2,9	18	3,9	9	3,9

ССУЗов	41	6,4	40	8,8	19	8,2
Школ	13	2,0	10	2,2	5	2,1
Неработающие	221	34,2	96	21,3	76	32,8
Прочие	91	14,1	57	12,6	11	4,7
Дети ДДУ	0	0	0	0	0	0

Структура заболеваемости гонореей за 2015 год практически не изменилась в сравнении с предыдущим годом. В структуре заболеваемости, по-прежнему, значительное количество случаев приходится на безработных - 32,8%, работников промышленности - 18,9%, учащихся - 14,2%. Качественные показатели по выявлению больных и по работе в очагах остаются на среднем многолетнем уровне.

Таблица 47

Качественные показатели службы за 5 лет

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Удельный вес активно выявленных больных от общего числа больных	35,5	38,1	33,1	30,9	36,9
Удельный вес выявленных больных гонореей при обследовании членов семей и контактов заболевших (в%)	21,6	24,8	28,3	16,5	31,3
Количество контактов обследованных на одного больного	0,8	0,9	0,7	0,89	1,06
Полнота обследования (в% ко всем подлежащим)	64,7	66,3	69,1	68,6	68,1
Оперативность обследования до 7-ми дней (в% ко всем подлежащим обследованию)	70,7	70,8	69,9	69,7	69,1
Выявлено источников заражения	24,8	24,9	27,7	26,8	25,5

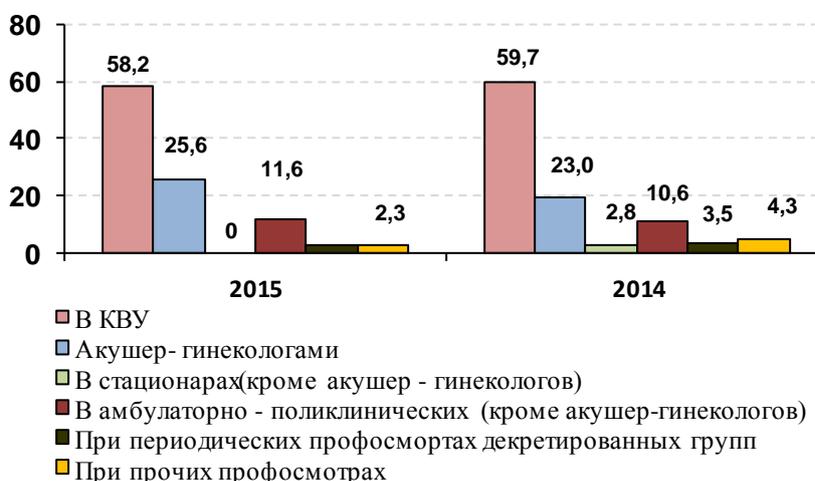


Рис. 23. Активность выявления больных гонореей специалистами разных профилей (в% от общего числа активно выявленных)

При небольшом снижении активности выявления больных гонореей в учреждениях кожно-венерологического профиля выросла выявляемость в АПУ - (10,6% в 2014 г. и 11,6% в 2015 г.).

Инфекции, передаваемые половым путем.

Таблица 48

Данные по заболеваемости ИППП в РК за 5 лет (на 100 тыс. населения)

Нозология/период	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013 РФ	2014 РФ
Хламидиоз	85,4	68,9	72,9	56,8	47,8	53,0	46,0
Кандидоз	169,9	165,6	171,0	172,5	140,4		
Гарднереллез	224,5	191,2	177,8	151,8	143,3		
Кондиломатоз	38,9	37,9	36,9	32,3	30,1	23,7	21,4
Трихомониаз	111,1	97,2	81,3	74,1	79,8	82,9	69,9
Урогенитальный герпес	21,5	21,0	21,7	26,9	21,2	15,4	14,0
Уреамикоплазмоз	187,7	263,2	258,8	195,3	322,6		

По заболеваемости хламидиозом и трихомониазом, в течение пяти лет отмечается стабильный тренд к снижению, хламидиозом на 79,2%, а трихомониазом - на 39,2%.

Хламидиоз. Наиболее высокие показатели заболеваемости хламидиозом, превышающие среднереспубликанский уровень, наблюдались в 2015 г. среди населения Сыктывкара (на 71,3%), Сыктывдинского (в 2,2 раза), Прилузского (в 2,3 раза), Троицко-Печорского (в 2,5 раза) и Корткеросского (43,5%) районов. Однако статистические данные по хламидиозу в целом по республике не являются полностью корректными из-за отсутствия качественных лабораторных методов исследований в территориях, кроме гг. Сыктывкара, Воркуты, Печоры и Ухты. Только единичные случаи зарегистрированы в Ижемском, Удорском, Койгородском и Усть-Цилемском районах, а в г. Вуктыл случаев заболевания не выявлено.

Трихомоноз. Наиболее «неблагополучные» территории по трихомонозу: (в сравнении с республиканским показателем) - г. Воркута (превышение на 69%) г. Инта (на 68%), Удорский, Корткеросский, Койгородский, Троицко-Печорский и Прилузский районы (превышение в два и более раза от республиканского уровня).

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

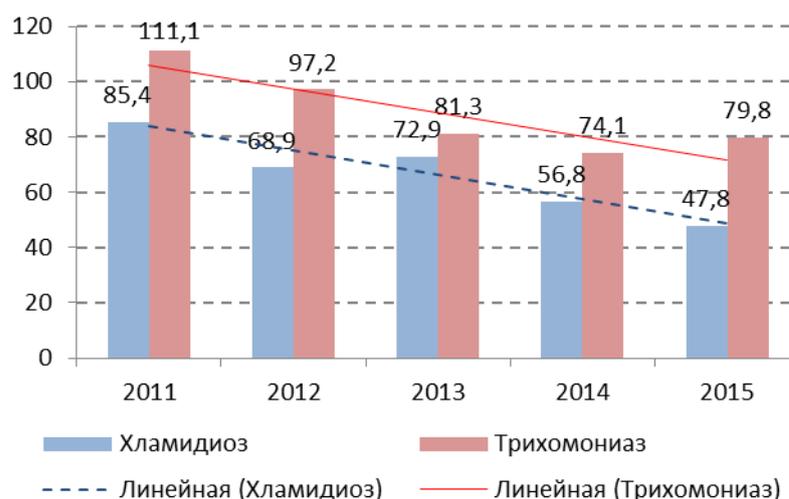


Рис. 24. Динамика заболеваемости хламидиозом и трихомониазом по РК

Заболеваемость заразными кожными заболеваниями.

Чесотка. Заболеваемость чесоткой на территории РК практически не изменилась в сравнении с 2014 г. (29,5) и составила 28,3 на 100 тысяч жителей республики. Однако уровень заболеваемости в г. Сыктывкар равен 51,8 на 100 тысяч населения, в Корткеросском

районе - 42,2, в Сыктывдинском - 41,8, Сысольском - 112,6, Койгородском - 77,7, в Ижемском - 62,4, Прилузском - 80,3, что значительно выше республиканского уровня.

Отмечается стабильное снижение пораженности населения чесоткой с 104,9 в 2011 г. до 29,5 в истекшем году, снижение более чем в 3,55 раза.

Таблица 49

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

Территории	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
г. Сыктывкар (с Эжвой)	133,5	87,8	63,3	45,4	51,8
г. Ухта	63,1	39,3	11,5	5,8	2,5
г. Инта	68,8	48,7	21,6	3,2	16,4
г. Воркута	89,3	28,4	38,6	11,8	12,1
г. Печора	70,0	73,5	43,5	9,2	5,6
г. Усинск	93,5	36,1	19,5	4,4	2,2
г. Вуктыл	33,9	6,8	0	0	0
Сыктывдинский р-н	88,1	79,3	42,7	38,1	41,8
Корткеросский р-н	133,0	87,0	26,0	47,0	42,2
Сысольский р-н	331,5	180,1	103,1	52,2	112,6
Койгородский р-н	119,1	35,7	36,9	25,1	77,3
Усть-Куломский р-н	97,4	112,4	61,9	94,0	31,7
Усть-Цилемский р-н	54,1	108,2	64,8	24,7	33,6
Троицко-Печорский р-н	101,3	79,6	61,8	56,3	8,3
Усть-Вымский р-н	78,6	34,2	17,9	18,2	3,7
Княжпогостский р-н	43,0	25,8	13,7	9,4	4,9
Прилузский р-н	306,0	116,6	174,8	115,6	80,3
Ижемский р-н	182,4	166,3	223,1	67,7	62,4
Удорский р-н	177,3	152,7	77,0	36,7	32,3
Сосногорский р-н	32,2	30,1	17,7	13,3	6,7
По РК	104,6	67,5	47,6	29,5	28,3
Российская Федерация	49,5	38,2	36,1	19,5	н/д
Северо-Западный ФО	56,4	43,9	40,2	22,9	н/д

Таблица 50

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

2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
45,3%	46,0%	51,6%	49,1%	67,3%

Таблица 51

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

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
В КВУ по поводу интеркуррентных заболеваний	69,9	70,8	75,0	76,1	78,8
В стационарах различных профилей	6,6	2,9	3,8	7,1	7,9
При периодических проф. осмотрах	4,9	7,7	3,3	2,4	1,2
При прочих проф. осмотрах	11,1	8,8	9,9	10,2	8,5

В амбулаторно-поликлинических учреждениях (прочими специалистами)	7,5	8,8	8,0	4,2	3,6
--	-----	-----	-----	-----	-----

Таблица 52

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

2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
11,2	13,2	11,5	13,9	19,3

Микроспория. Заболеваемость микроспорией за пять лет практически остается на одном уровне (рисунок 25). Пик выявляемости, как и в прошлые годы, был зарегистрирован в осенний период, что объясняется большим количеством завозных случаев микроспории.

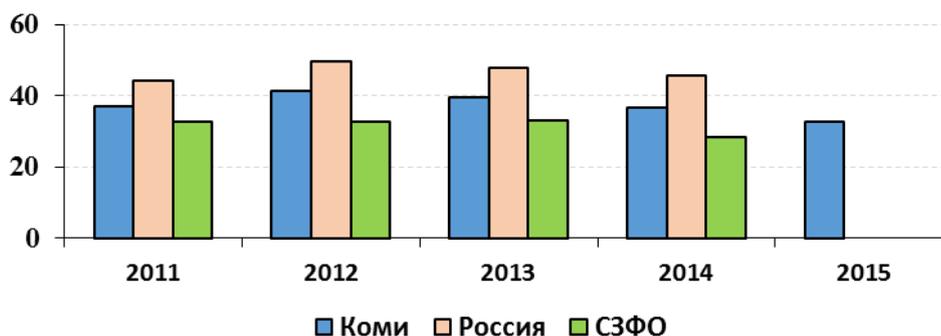


Рис. 25. Динамика заболеваемости микроспорией в РК за 2011-2015 гг. в сравнении с РФ и СЗФО

Заболеваемость микроспорией, в сравнении с 2014 г., существенно не изменилась, показатель на 100 тыс. населения составил 32,7 (показатель 2014 г. – 36,6). Выше среднереспубликанского уровня заболеваемость в гг. Сыктывкар (60,7), Воркута (49,4), Сыктывдинском (50,1), Койгородском (38,6), Корткеросском (47,5) районах. Высокий уровень заболеваемости микроспорией в 2014 г., отмеченный в Койгородском районе, вследствие проведенных противоэпидемических и профилактических мероприятий, снижен в истекшем году до среднереспубликанского (по сельским районам) уровня.

Таблица 53

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

Территории	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
г. Сыктывкар (с Эжвой)	53,7	63,7	51,5	60,9	60,7
г. Ухта	17,2	5,8	4,1	6,6	11,6
г. Инта	34,4	17,9	3,1	3,2	9,8
г. Воркута	63,0	98,5	79,5	64,9	49,4
г. Печора	3,5	1,8	23,6	27,6	11,2
г. Усинск	34,0	53,6	88,9	21,9	26,5
г. Вуктыл	-	-	-	-	15,7
Сыктывдинский р-н	39,6	51,8	29,9	63,5	50,1
Корткеросский р-н	-	72,9	67,7	31,3	47,5
Сысольский р-н	57,6	14,6	51,6	29,9	22,5
Койгородский р-н	59,6	72,8	73,9	138,0	38,6
Усть-Цилемский р-н	-	-	-	-	0
Усть-Куломский р-н	26,2	15,2	30,9	43,1	31,7
Усть-Вымский р-н	82,0	21,0	14,3	3,6	14,8
Троицко-Печорский р-н	108,6	37,5	46,3	56,3	8,3
Прилузский р-н	43,7	100,0	138,8	52,5	32,1

Ижемский р-н	-	-	-	-	0
Княжпогостский р-н	-	-	-	-	0
Удорский р-н	9,9	10,1	10,3	5,2	5,4
Сосногорский р-н	17,2	15,2	15,3	15,5	2,2
РК	37,0	41,5	39,6	36,6	32,7
Российская Федерация	44,2	49,8	47,8	45,7	н/д
Северо-Западный ФО	32,9	32,8	33,0	28,5	н/д

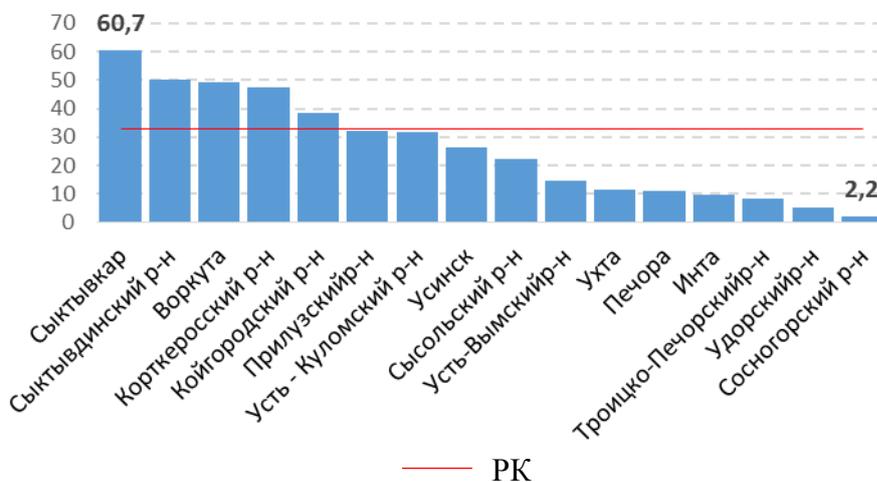


Рис. 26. Ранжирование территорий РК по заболеваемости микроспорией в 2015 г.

Таблица 54

Удельный вес активно выявленных больных

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Трихофития	-	-	-	-	-
Микроспория	47,8	31,4	47,0	42,1	38,5

2.9. Анализ заболеваемости сахарным диабетом. В РК ежегодно увеличивается количество пациентов с сахарным диабетом (рисунок 27).

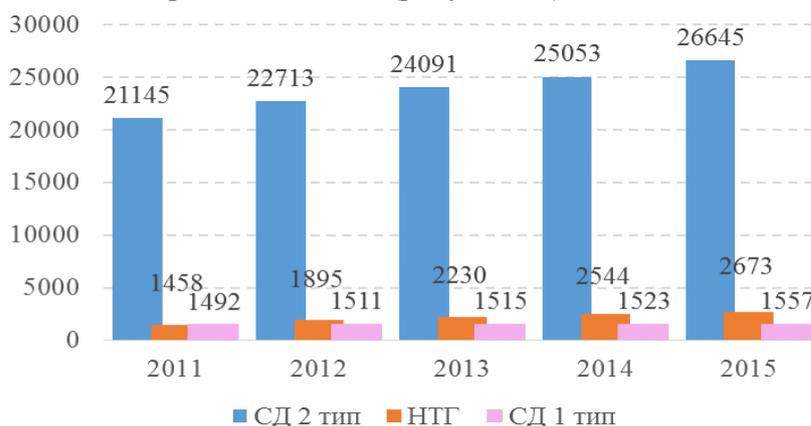


Рис. 27. Динамика количества больных сахарным диабетом

В 2015 год в РК зарегистрировано 31 458 пациентов с различными нарушениями углеводного обмена в Государственном регистре «Сахарный диабет», что составляет более 3,7% населения республики, практически каждый 27-й болен сахарным диабетом, или страдает нарушенной толерантностью к глюкозе, гестационным диабетом, нарушенной гликемией натощак.

Общая распространенность СД в РК по данным государственного регистра на 31 декабря 2015 г. составляет 3 417,21 на 100 тыс. населения (с учетом ГСД и других типов СД).

В разрезе типов сахарного диабета распространенность на 100 тыс. населения представлена на рисунке 28. Распространенность СД с учетом возраста на 100 тыс. населения представлена на рисунке 29.

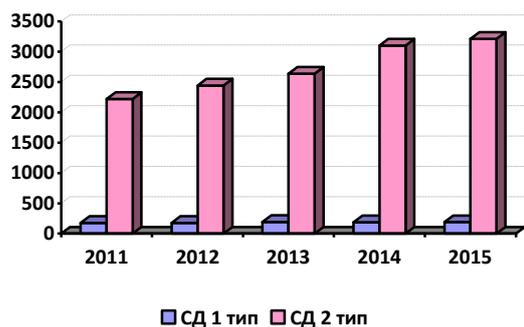


Рис. 28. Распространенность СД на 100 тыс. населения РК

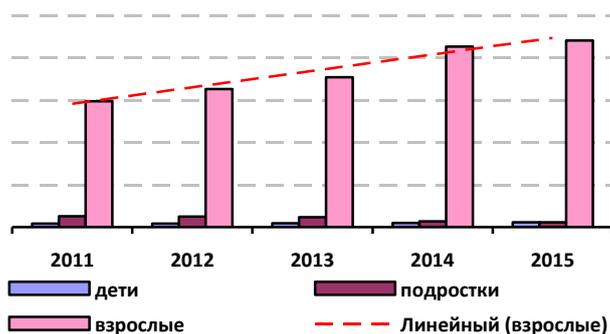


Рис. 29. Распространенность СД на 100 тыс. населения в РК с учетом возраста

Распространенность сахарного диабета в РК увеличивается у взрослого населения. Первичная заболеваемость в РК в 2015 г. составила 2345 человек. Увеличение количества больных, страдающих сахарным диабетом и другими нарушениями углеводного обмена растет, в основном за счет прогрессирования ожирения в популяции, генетической предрасположенности, увеличения продолжительности жизни и старения населения, смены питания, урбанизации. Проводимые эпидемиологические исследования показывают, что наибольшее количество больных СД приходится на возрастную группу 40-49 лет, а также на наиболее трудоспособную часть населения, т.е. возрастную группу 30-50 лет, при этом реальная распространенность СД 2 типа, как правило, в 3-4 раза превышает официально зарегистрированную.

Кроме того, отмечается рост выявленных пациентов с гестационным сахарным диабетом. Если в 2014 г. в регистре было зарегистрировано 302 пациентки, то уже в 2015 г. их стало 484.

Первичная заболеваемость в разрезе типов сахарного диабета на 100 тысяч населения представлена на рисунке 30.

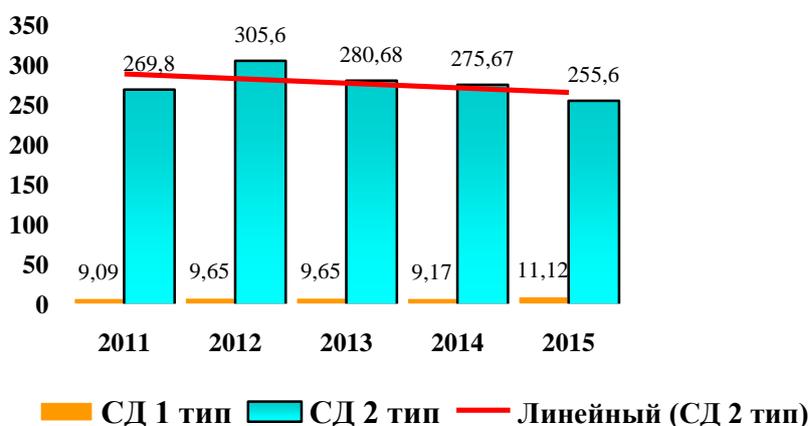


Рис. 30. Заболеваемость СД на 100 тыс. населения

Сахарный диабет является одной из главных причин инвалидности. По данным государственной статистической отчетности, отражающим динамику инвалидизации по группам с учетом возрастного состава инвалидов, ежегодно в РФ признаются инвалидами вследствие заболевания сахарным диабетом порядка 110 – 120 тыс. человек, в том числе около 25 тыс. человек впервые. По данным Министерства здравоохранения и социального развития России, инвалидизация наступает в 2,1 случаев на 100 тыс. населения. Поэтому инвалидность вследствие сахарного диабета является одной из наиболее актуальных проблем.

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

Ранняя смертность, вызванная СД 2 типа и связанная более чем в 75% случаев с сердечно-сосудистыми причинами, приводит к потере 12-14 лет жизни. Такие поздние осложнения диабета, как ретинопатия, нефропатия, синдром диабетической стопы, полинейропатия являются главными причинами инвалидизации больных сахарным диабетом. Высокий ущерб здоровью населения и значительные экономические затраты на дорогостоящее лечение осложнений, реабилитацию больных и инвалидов, определяют сахарный диабет во многих странах, в том числе и в России, в качестве национальных приоритетов среди наиболее важных проблем здравоохранения и социальной защиты.

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

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

Типичные для сахарного диабета осложнения отличаются не только высокой частотой встречаемости, но и появлением в дебюте заболевания, а также неуклонным быстро прогрессирующим течением и высокой затратностью. К таким состояниям относятся: макрососудистые поражения (ИБС, инсульт, заболевания периферических артерий), микрососудистые (нефро-, нейро-, ретинопатия), хроническая сердечная недостаточность, которые в целом «ответственны» за снижение ожидаемой продолжительности жизни. Распространенность осложнений сахарного диабета по данным государственного регистра «Сахарный диабет» в РК в отчетных годах приведена в таблице 55.

Таблица 55

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

Осложнения	Стадия осложнения	2011	2012	2013	2014	2015
Кома		0,01	0	0	0	0,01
Диабетическая		0,62	0,21	0,49	0,03	0,03

катаракта						
Диабетическая ретинопатия	НПДР	0,34	0,25	0,35	0,34	0,41
	ППДР	0,16	0,06	0,10	0,10	0,10
	ПДР	0,05	0,07	0,05	0,11	0,10
Диабетическая нефропатия	С1	0,43	0,32	0,30	0,05	0,16
	С2	н/д	н/д	н/д	0,07	0,26
	С3а	н/д	н/д	н/д	0,02	0,12
	С3б	н/д	н/д	н/д	0,02	0,03
	С4	0,04	0,02	0,03	0,01	0,01
	С5	0,01	0,01	0	0,03	0,04
Диабетическая нейропатия	Дистальная	1,07	1,3	1,11	1,34	0,04
	Автономная	0,06	0,02	0,06	0,03	1,78
Диабетическая стопа	Нейропатическая	0,04	0,02	0,05	0,03	0,03
	Нейропатическая (трофическая язва)	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03
	Нейропатическая (остеоартропатия)	н/д	н/д	н/д	н/д	0,02
	Ишемическая	0,02	0	0,02	0,03	0,07
	Нейроишемическая	0,01	0,01	0,01	0,03	0,07
Ампутация	В пределах стопы	0	0	0	0,02	0,03
	На уровне голени и выше	0,03	0,01	0,03	0,01	0,05
Стенокардия	Напряжения	0,17	0,05	0,12	0,24	0,21
	Покоя	0,01	0	0,01	0,01	0
Инфаркт миокарда	Единожды	0,06	0,05	0,05	0,09	0,13
	Повторный	0,02	0	0,04	0,03	0,02
ОНМК	Транзиторное	0,14	0,08	0,11	0,11	0,09
	С нарушением двигательных функций	0,08	0,04	0,02	0,05	0

2.10. Анализ медицинской помощи ВИЧ-инфицированным. В 2015 г. в РК был выявлен 501 новый случай ВИЧ-инфекции. Это составляет 133,8% к показателю 2014 г., и в 2,4 раза больше сначала анализируемого периода (2011 г.).

Из числа новых случаев ВИЧ-инфекции 440 у жителей республики, что на 33% больше, чем в 2014 г., и в 2,4 раза больше показателя 2011 г.

В 13 МО зарегистрировано увеличение абсолютного числа новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2014 г. (2014 г. – в 15).

По абсолютному числу новых случаев ВИЧ-инфекции в 2015 г. РК занимает 4 рейтинговое место среди субъектов СЗФО.

За 2015 г. в РК сохранился высокий уровень пораженности ВИЧ-инфекцией, показатель пораженности составляет 223,4 ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения без учета ВИЧ-инфицированных с других субъектов РФ (на 2014 г. – 181,9, 2013 г. – 142,9, 2012 г. – 133,3).

Основные факторы риска передачи и заражения ВИЧ. В 2015 г. новые случаи ВИЧ-инфекции с установленными факторами риска обусловлены:

1) парентеральным путем в результате потребления инъекционных наркотиков (ПИН) с использованием общих (нестерильных) инъекционных принадлежностей, так называемых наркоинъекционных контактов,

2) половым путем в результате рискованных половых контактов,

3) заражением ВИЧ детей от ВИЧ-инфицированных матерей путем "контакт мать-ребенок".

В 2015 г. были установлены данные о факторах риска и пути заражения в 434 новых выявленных случаях ВИЧ-инфекции.

В 186 новых случаях ВИЧ-инфекции в 2015 г. заражение произошло половым путем, что на 32 случая больше по сравнению с 2014 г.

Доля полового пути в структуре новых случаев заболевания в 2015 г. составляет 42,8%, что меньше чем в 2012 – 2014 гг.

В том числе заражение ВИЧ половым путем у жителей РК в 2015 г. выявлено в 164 новых случаях (на 34 случая больше показателя 2014 г.)

Показатель доли в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции у жителей республики с известными путями заражения составляет 43,0%, что меньше чем в 2012 – 2014 гг.

В подавляющем числе случаев половой путь заражения связан рискованными гетеросексуальными контактами.

В абсолютном числе и в структуре за весь период наблюдения* рискованные половые контакты, как основной фактор риска заражения, связаны с 1220 совокупными случаями ВИЧ-инфекции в РК, что составляет 40,1%, в том числе у жителей республики – 1050 случаев или 40,9%.

В 246 новых случаях ВИЧ-инфекции в 2015 г. заражение произошло парентеральным путем в результате наркоинъекционных контактов ПИН (+60 случаев к показателю 2014 г.), 56,7% в структуре новых случаев с установленными путем и факторами риска. В том числе среди жителей РК – 215 случаев (+45 к 2014 г.) 56,5% в структуре.

Доли полового и парентерального путей передачи и заражения ВИЧ в структуре новых случаев по сравнению с 2014 г. практически не изменились. Статистически в 2015 г. абсолютное число новых случаев, связанных с парентеральным путем заражения, на 32,2% больше числа случаев полового заражения.

За весь период наблюдения парентеральный наркоинъекционный путь заражения был указан в 1638 случаях ВИЧ-инфекции (53,9% в структуре), из них - 1361 (53,0%) случаев - у жителей республики.

В течении года беременность завершилась родами у 51 ВИЧ-инфицированной женщины. 41 пара «мать-ребенок» получила полную трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ-инфекции. 10 ВИЧ-инфицированных беременных женщин уклонялись от медицинского наблюдения в период беременности и не получали химиопрофилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду. В послеродовом периоде все 50 новорожденных от ВИЧ-инфицированных матерей получили химиопрофилактику. В 2015 г. установлено 2 случая ВИЧ-инфекции у детей в связи с заражением вертикальным путем "контакт мать-ребенок" (0,5% в структуре новых случаев с известными путями и факторами риска), в 2014 г. - 3, в 2013 г. - 3 случая.

Таким образом, в структуре новых случаев ВИЧ-инфекции в 2015 г. по путям и факторам заражения превалирование парентерального пути передачи ВИЧ с наркоинъекционными контактами ПИН увеличилось, чем обусловлен продолжающийся пиковый подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Структура случаев ВИЧ-инфекции по полу. В структуре выявленных новых случаях ВИЧ-инфекции по полу превалируют мужчины.

В структуре новых случаев ВИЧ-инфекции в РК сохранилось превалирование заболеваемости молодого населения. В 82,2% новых случаев выявлено среди лиц в возрасте от 21 до 40 лет (2014 г. - 85,7%). В 1,5 раза увеличилась доля возрастной группы 15-20 лет, несмотря на снижение доли, увеличилось число новых случаев возрастной группы 21-30 лет (+42 к 2014 г.).

Увеличилось число новых случаев в возрастных группах 31-41-45 лет (+74 к 2014 г.), и возрастной группе 46 и более лет (+5 случаев к 2014 г.).

Продолжающееся увеличение доли новых случаев ВИЧ-инфекции среди лиц в возрасте от 31 и более лет подтверждает эскалацию рискованного поведения среди основного населения репродуктивного возраста и необходимость активизации информирующих и обучающих мероприятий среди всех групп населения в республике.

Эпидемиологическое слежение. Обследование населения на ВИЧ. Частота выявления новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2015 г. в РК было протестировано на ВИЧ-

* с 1990 г., на 31.12.2015

инфекцию 179 726 сывороток, что составляет 100,7% от показателя в 2014 г. Из них: 172 468 - жители республики, 1 925 - жители других субъектов РФ, 5 333 - иностранные граждане.

В целом объем эпидемиологического слежения и охват населения обследованиями населения на ВИЧ в РК в 2015 г. соответствует уровню целевого индикатора.

В 13 МО охват соответствует индикаторному (не менее 15%) и среднереспубликанскому уровню.

В 7 МО (6 - в 2014 г.) не обеспечен необходимый охват населения тестированием на ВИЧ.

Число тестированных сывороток беременных женщин продолжило снижение и в 2015 г. Тестированием охвачены беременные женщины во всех 20 МО республики, а также беременные с других субъектов РФ. Выявлены 27 новых случаев ВИЧ-инфекции у жительниц республики в 9 МО (+7 случаев к 2014 г.) и 2 новых случая ВИЧ-инфекции у беременных женщин из других субъектов РФ.

Частота выявления ВИЧ в когорте беременных в расчете на 100 тыс. обследованных сывороток увеличилась в 1,41 раза к показателю 2014 г. и превышает показатель по СЗФО (110,5*).

Рекомендации в целях улучшения профилактики, диагностики ВИЧ-инфекции, наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией на 2016 г.

Реализация приказа Министерства здравоохранения РК № 425-р от 06.03.2015 г. "Об утверждении Плана мероприятий по снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РК на 2015-2017 гг."

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%,

устранение заражения детей путем "контакт-мать ребенок",

охват химиопрофилактикой туберкулеза у впервые выявленных больных ВИЧ-инфекцией - не менее 50%.

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

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

Улучшение качества диспансеризации ВИЧ-инфицированных, обеспечение ежегодного планового минимума обследований.

Рациональное расходование АРВП с приоритетом для больных, продолжающих лечение в расчете на год. Контроль сроков годности АРВП.

Продолжение постоянных обучающих мероприятий в медицинских организациях по вопросам ВИЧ-инфекции:

- подготовка, издание, распространение печатных форм по профилактике ВИЧ-инфекции - 14,5 тыс. экземпляров (в 2014 г. - 14,8 тыс. экземпляров);

- изготовление и прокат телепередач и видеороликов на телеканале (723,0 тыс. рублей);

- изготовление и прокат радио роликов на радиостанциях с республиканским охватом (330,0 тыс. рублей);

- размещение пропагандирующих материалов на общественном транспорте (324,0 тыс. рублей);

- размещение видеороликов в крупных торговых и культурно-развлекательных центрах, медицинских организация (900,0 тыс. рублей);

- реконструкция, наполнение и обслуживание тематического информации Интернет-сайта Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными

заболеваниями, организация ответов на вопросы населения в режиме on-line (20,0 тыс. рублей).

Таблица 56

Информация о проведенной Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями информационной и санитарно-просветительской работе в средствах массовой информации

	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Интервью, теле- и радиопередачи	1	3	5
Статьи и пресс-релиз в газеты	3	3	3

2.11. Анализ инфекционной заболеваемости. В 2015 г. в РК эпидемиологическую ситуацию можно охарактеризовать как напряженную. По данным государственного статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» зарегистрирован 346471 случай инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 0,4% меньше, чем в 2014 г. (347 943 случая). Из 42 учитываемых нозологических форм заболеваний снижение уровня заболеваемости за 2015 год отмечается по 27 нозологиям, рост отмечен по 6 нозологическим формам (ОКИ вирусной этиологии - на 10,8%, дизентерии - на 70,4%, коклюшем - на 9,1%, ВИЧ-инфекцией - на 31,8%, инфекционным мононуклеозом - на 9,6%, укусами животных - на 11,5%).

Как и в предыдущие годы, в общей структуре инфекционных болезней (рисунки 31, 32) доминирующее значение имеют грипп и острые инфекции верхних дыхательных путей, на долю которых приходится 92,8% (321 471 случай), 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 35,1% (9 957 случаев) (ранг 2), паразитарных - 20,6% (5 142 случая) (ранг 3), острых кишечных инфекций - 18,8% (4 695 случаев) (ранг 4), прочие учитываемые не инфекционные состояния (укусы клещами и животными) - 16,7% (4 162 случая) (ранг 5), социально-обусловленных - 5,3% (1 308 случаев) (ранг 6), парентеральных вирусных гепатитов - 2,3% (574 случая) (ранг 7), зоонозных и природно-очаговых - 1,2% (ранг 8).

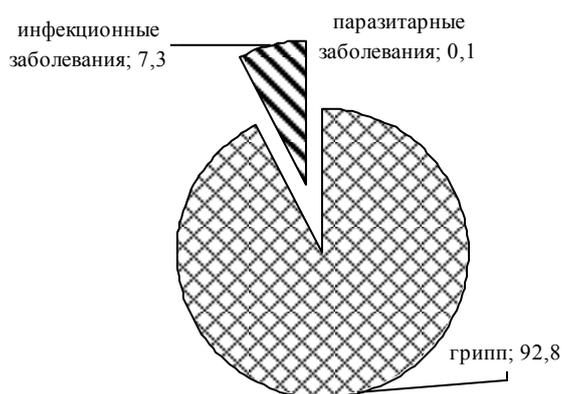


Рис. 31. Структура инфекционной заболеваемости по РК за 2015 год

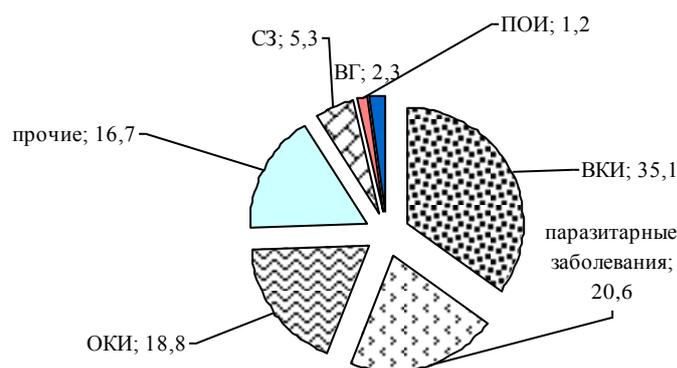


Рис. 32. Структура инфекционной заболеваемости по РК за 2015 год (без учета гриппа и ОРВИ)

Количество летальных исходов от инфекционных заболеваний по сравнению с 2014 г. увеличилось в 2,4 раза и составило 166 случаев (2014 - 70 случаев), в том числе: от внебольничных пневмоний –123, от туберкулеза –29, ВИЧ-инфекции – 13, менингококковой инфекции – 1.

Таблица 57

Групповые эпидемические очаги инфекционных и паразитарных болезней по данным отчетной формы № 23-09 в 2013-2015 гг. в РК

	Вспышки, связанные с:	2013 Кол-во/ пострадало	2014 Кол-во/ пострадало	2015 Кол-во/ пострадало
1	Производством и оборотом пищевых продуктов	1/179	-	-
2	Образовательными учреждениями	8/46	2/14	8/66
3	Объектами коммунального хозяйства	-	-	-
4	Лечебно-профилактическими организациями	1/7	5/43	0/0
5	Учреждениями круглосуточного пребывания детей	1/5	1/5	1/7
6	Среди населения	3/23	2/138	4/47
7	Итого:	14/260	10/200	13/120

Кишечные инфекции. В 2015 г. в республике зарегистрировано 4 695 случая заболеваний острыми кишечными инфекциями, что на 10,2% меньше, чем в 2014 г. (5 778 случаев) и на 8,6% меньше, чем в 2011 г (5 100 случаев).

Среди острых кишечных инфекций на долю дизентерии приходится 1,0%, сальмонеллёза - 6,1%, ОКИ установленной этиологии - 35,7%, ОКИ неустановленной этиологии - 55,8%, вирусных гепатитов «А» - 1,4% (рисунок 33).

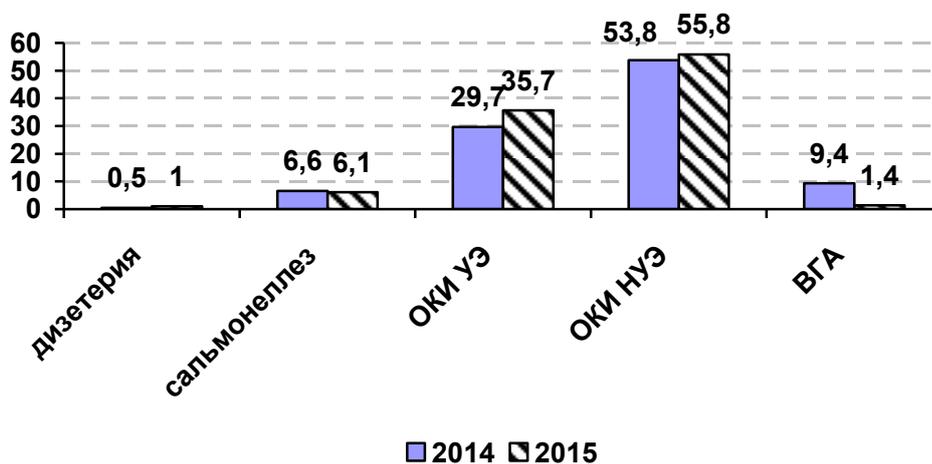


Рис. 33. Динамика структуры заболеваемости кишечными инфекциями по РК за 2014-2015 гг.

В 2015 г. зарегистрировано снижение заболеваемости вирусным гепатитом А (в 8,4 раза), ОКИ установленной этиологии (на 1,0%) и неустановленной этиологии (на 14,7%) по сравнению с 2014 г.

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 - 66,4% (из них вызванных ротавирусом - 95,4%, вирусом Норволк - 4,6%), бактериальной - 33,6%.

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями, вызванными неустановленными возбудителями, в 2015 г. снизилась на 14,7% в сравнении с 2014 г.

Уровни заболеваемости бактериальной дизентерией в последние годы достигли наиболее низких цифр за весь период наблюдения: с 201,5 на 100 тыс. населения в 1995г. до 5,3 - в 2015 г. Показатель по РФ в 2015 г. составил 5,5 на 100 тыс. населения.

В структуре кишечных инфекций **сальмонеллёз** составляет 6,1% (2014 г. - 6,6%, 2013 г. - 11,6%, 2012 г. - 8,7%, 2011 г. - 9,7%).

На долю детей в возрасте до 14 лет приходится 62,2% от всех заболевших сальмонеллезом (2011 г. - 58,2%).

В 2015 г. зарегистрировано 65 случаев острого вирусного гепатита А, показатель заболеваемости составил 7,52 на 100 тыс. населения, что в 8,3 раза меньше, чем в 2014 г. (2014 г. - 62, 2013 г. - 4,1; 2012 - 1,7; 2011 - 1,58). Случаи, в основном, регистрировались среди взрослого населения (76,9% случаев). В 2015 г. наибольшее количество больных вирусным гепатитом А зарегистрировано в г. Сыктывкаре (47 случаев, из них 11 детей). В 2014 г. наиболее крупные вспышки были зарегистрированы среди населения гг. Ухта и Сыктывкар, где вирусным гепатитом А заболело 44 и 94 человека, соответственно. На территории обоих муниципальных образований заболевание начинало регистрироваться среди безработных, как правило, имеющих в анамнезе употребление психотропных веществ парентеральным способом, с дальнейшим распространением на другие слои населения.

Продолжает иметь место неудовлетворительная расшифровка кишечных инфекций. Удельный вес ОКИ, вызванных неустановленным возбудителем в сумме ОКИ составил 64,4 (в 2014 г. - 64,1%, 2013 г. - 64,4%, 2012 г. - 60,3%, 2011 г. - 62,3%).

В 2015 г. заболеваемость вирусным гепатитом В увеличилась по сравнению с 2014 годом на 1 случай, показатель заболеваемости составил 1,38 на 100 тыс. населения (2014 г. - 1,25). Всего зарегистрировано 12 случаев заболевания среди взрослого населения. В 2011 г. показатель заболеваемости вирусным гепатитом В составлял 1,26 на 100 тыс. населения. В РФ показатель заболеваемости вирусным гепатитом В в 2015 г. составил 1,13 на 100 тыс.

населения. С 2000 г. показатель заболеваемости вирусным гепатитом В уменьшился с 34,8 до 1,38 в 2015 г., а показатель «носительства» с 84,3 в 2000 г. до 28,4 в 2015 г. Вместе с тем, сохраняется высоким уровень «носительства» возбудителя вирусного гепатита В. На протяжении последних лет уровень «носительства» коррелирует с уровнем заболеваемости острым вирусным гепатитом В.

В 2015 г. показатель заболеваемости вирусным гепатитом С (3,3 на 100 тыс.), РФ - 1,4) снизился на 9,4% по сравнению с 2014 г. (3,6 на 100 тыс.) и увеличился 16% по сравнению с 2011 г. (2,84 на 100 тыс.).

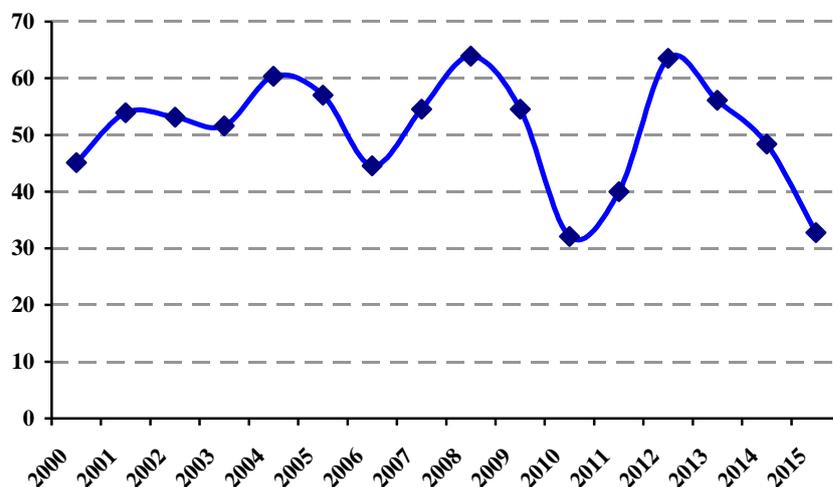


Рис. 34. Динамика заболеваемости хроническими вирусными гепатитами по РК

Отмечается волнообразная регистрация заболеваемости вирусных гепатитов, когда годы подъема сменяют годы снижения уровня. В общей структуре хронических гепатитов основной удельный вес занимает хронический гепатит С - 86,4%, хронический гепатит В - 13,6%. В структуре заболевших ХГ основной удельный вес составляют взрослые - более 97,2%, на долю детей до 17 лет приходится 2,6%.

Таблица 58

Территории РК, наиболее неблагоприятные по хроническим вирусным гепатитам В и С в 2014-2015 гг.

Территории	Хронический ВГВ					Хронический ВГС				
	2015		2014		рост	2015		2014		рост
	заболеваемость	показатель	заболеваемость	показатель		заболеваемость	показатель	заболеваемость	показатель	
РК	39	4,5	71	8,1	-45,1	246	28,3	353	40,5	-30,3
Воркута	15	18,1	14	16,5	(+1 сл.)	78	94,0	93	109,8	-14,4
Усинск	13	28,8	23	50,3	(-10 сл.)	74	163,6	107	233,9	-30,1

Инфекции, управляемые средствами иммунопрофилактики. В течение всего анализируемого периода (с 2011 г.) в РК не регистрировались случаи заболевания полиомиелитом, дифтерией и эпидемическим паротитом. С 2012 г. не регистрируются случаи заболевания краснухой.

За анализируемый период отмечается рост заболеваемости коклюшем. В 2015 г. зарегистрировано 48 случаев, показатель составил 5,53 на 100 тыс. населения, что на 9,1% больше, чем в 2014 г. (в 2014 г. - 5,0 на 100 тыс. населения), и 3 раза больше, чем в 2011 г. (1,83 на 100 тыс. населения). В РФ показатель заболеваемости коклюшем в 2015 г. составил 4,42 на 100 тыс. населения.

Случаи коклюша зарегистрированы на территориях следующих муниципальных образований (таблица 59):

Таблица 59

Территории РК, на которых зарегистрирован коклюш в 2014-2015 гг.

Территории	коклюш				Рост / снижение
	2015		2014		
	Кол-во	Показатель	Кол-во	Показатель	
РК	48	5,5	44	5,1	+7,8%
Сыктывкар	18	7,0	28	10,9	-10 случаев
Воркута	1	1,2			+1 случай
Ухта	8	6,6	6	5,0	+2 случая
Сыктывдинский район	1	4,2	2	8,5	-1 случай
Усть-Куломский район	2	7,9			+2 случая
Прилузский район	6	32,1	2	10,5	+4 случая
Княжпогостский район	1	4,9			+1 случай
Усть-Цилемский район	1	8,4			+1 случай
Усть-Вымский район	2	7,4	4	14,5	-2 случая

47 из 48 случаев коклюша зарегистрированы у детей до 14 лет, 36 из которых имели полный комплекс прививок по возрасту. 50% случаев заболевания протекали в легкой и средне-тяжелой форме (таблица 60).

Таблица 60

Структура клинических форм коклюша

Клинические формы	Возраст							
	0-1	2-3	4-5	6-7	8-10	11-15	16-17	Взрослые
Атипичная	1	0	0	0	0	0	0	0
Легкая	3	3	1	1	2	10	2	0
Среднетяжелая	8	3	1	2	6	3	0	1
Тяжелая	1	0	0	0	0	0	0	0
Всего	13	6	2	3	8	13	2	1

Таблица 61

Бактериологические обследования с диагностической целью на коклюш

Годы	Количество обследований с диагностической целью	Сроки обследования со дня заболевания					
		От 1 до 14 дней		15-21 день		Свыше 21 дня	
		Обследовано	Выделено культур	Обследовано	Выделено культур	Обследовано	Выделено культур
2015	83	37	5	38	3	8	0
2014	207	64	1	116	2	27	1

В 2015 г. корь не регистрировалась. Однако, за пятилетний период в РК зарегистрировано 6 случаев **кори**.

В 2015 г. на наличие антител к вирусу кори исследованы сыворотки крови от 469 человек. Процент серонегативных лиц составил: в возрастной группе 3-4 года 1,9%, в 9-10 лет - 1%, 16-17 лет - 9%, медицинские работники и студенты медицинского колледжа и ВУЗа - 11,7%.

Заболеваемость **краснухой**, по отношению к 2005 г., сократилась с 358,3 на 100 тыс. до единичных. Случаи краснухи не регистрируются с 2012 г. (в 2011 г был зарегистрирован 1

случай). В 2015 г. корью в региональный центр по надзору за корью и краснухой направлен материал от 2 больных с подозрением на краснуху. Антитела IgM краснухи не обнаружены.

За 2015 год на наличие антител к вирусу краснухи исследованы сыворотки крови от 306 лиц. Процент серонегативных лиц составил: в возрастной группе 3-4 года - 0%, в 9-10 лет - 2,9%, 16-17 лет - 4%.

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

В силу климатических условий и географического местоположения уровень заболеваемости населения РК **острыми респираторными вирусными инфекциями** (36995,6 на 100 тыс. населения) традиционно выше показателей по РФ (2015 г. - 20 657,8 на 100 тыс. населения). Благодаря проведению иммунизации населения против гриппа за последние годы отмечался невысокий уровень заболеваемости населения республики гриппом и ОРВИ. В 2015 гг. эпидемический подъем ОРВИ и гриппа в республике был зарегистрирован с 26 января по 22 февраля (4 недели) с общим количеством заболевших 58309 человек, регистрировался на 10 административных территориях. Эпидемическая заболеваемость характеризовалась средней степенью интенсивности, преимущественным поражением детского населения. В этиологии подъема заболеваемости участвовали вирусы гриппа А (H1N1)2009, А (H3N2) и вирусы парагриппа 3 типа.

Эпидемический подъем заболеваемости гриппом осенью 2015 г. не регистрировался.

Внебольничные пневмонии в республике начали регистрировать с 2011 г. Уровень заболеваемости населения внебольничными пневмониями 2015 г. находилась на уровне заболеваемости 2014 г. и составила 216,3 на 100 тыс. населения, что ниже федерального показателя (337,8). Следует отметить, что данная нозологическая форма на протяжении последних двух лет является наиболее частой причиной летальных исходов среди всех инфекционных заболеваний. В 2015 г. отмечается рост числа летальных случаев до 123 по сравнению с аналогичным периодом прошлого года (42 случая).

В 2015 г. было зарегистрирован 1 случай бактерионосительства токсигенных коринебактерий **дифтерии mitis**, выявленный у обследованного с профилактической целью при поступлении в ГБУЗ РК «Коми республиканская психиатрическая больница». В учреждении противоэпидемические мероприятия были проведены.

Полиомиелит, острые вялые параличи и энтеровирусные инфекции. Случаи **полиомиелита** на территории республики не регистрируются длительное время. По результатам серологического мониторинга на иммуноструктуру к полиовирусам установлено, что 19% подростков 16-17 лет не имеют защиты к III типу полиовируса.

В 2015 г. зарегистрировано 3 случая **острого вялого паралича**. Показатель заболеваемости составил 0,35 на 100 тыс. населения (РФ - 0,21). На территории РК, согласно расчетов, должно регистрироваться 2 случая ОВП в год. Своевременно проведены регистрация случаев, эпидобследование, вирусологическое обследование и доставка материала в региональный центр для исследования, противоэпидемические мероприятия в очаге, заседание комиссии по диагностике случая.

В 2015 г. на территории РК зарегистрировано 18 случаев **энтеровирусной инфекции**, показатель заболеваемости составил 2,1 на 100 тысяч населения, что в 1,2 раза больше, чем в 2014 г и 6,5 раз больше, чем 2011 г. (показатель по РФ-5,4). Из общего количества энтеровирусной инфекции энтеровирусные менингиты составили: в 2015 г. - 6 случаев, 2014 г. - 2 случая, 2013 г. - 26 случаев, и 2012 г. - 2 случая, 2011 г. - 1 случай. В 2015 г. показатель заболеваемости серозными менингитами составил 0,7 на 100 тысяч населения (РФ - 2,1). Групповых случаев энтеровирусной инфекции за анализируемый период не зарегистрировано.

В 2015 г. при вирусологическом обследовании 22 заболевших на энтеровирусы положительных находок не обнаружено. Методом ПЦР на энтеровирусы обследовано 85 больных, проведено 129 исследований. РНК энтеровирусов выделена в 30 материалах у 20 человек.

Природно-очаговые инфекции. В 2015 г. на территории РК регистрировались клещевой энцефалит - 9 случаев (в 2014 - 15, в 2013 - 12, 2012 - 22, 2011 - 17), болезнь Лайма - 6 случаев (в 2014 - 10, в 2013 - 10, 2012 - 10, 2011 - 20), случаи ГЛПС (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом) не регистрировались (в 2014-2013 гг. по 3 случая, 2012 - 10, 2011 - 1).

Активность природных и антропоургических очагов КВЭ и прилегающей к ним территориям оценивается как высокая.

В эпидемический сезон 2015 г. в медицинские организации республики обратилось 1497 человек пострадавших от укусов клещами, что на 37,5% меньше, чем в 2014 г. (2395 человек).

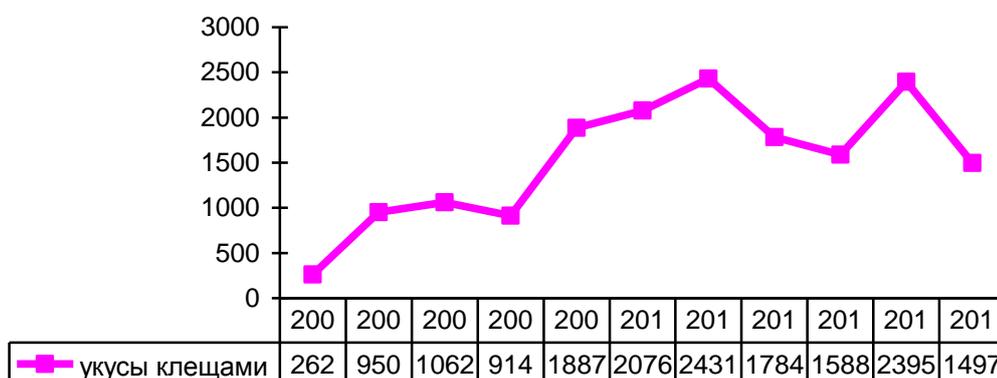


Рис. 35. Динамика обратившихся за медицинской помощью по поводу укусов клещами по РК за 2005-2015 гг.

Подлежали постэкспозиционной профилактике противоклещевым иммуноглобулином 1113 человек, из них получили 678 человек или 60% от подлежащих. В том числе подлежали постэкспозиционной профилактике противоклещевым иммуноглобулином 201 ребенок, из них получили 145 человека (73% от подлежащих). В 184 случае клещи были невирусоформными, 174 человека получили йодантипирин. Не охвачены средствами экстренной профилактики 78 человек, основная причина - это отказы и позднее обращение за медицинской помощью в медицинское учреждение (таблица 62).

Таблица 62

Охват постэкспозиционной серопротекцией за 2011-2015 гг.

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Число подлежащих, чел.	2178	1509	1311	1638	1113
% от числа обратившихся	80,9	84,6	82,6	68	74
Получили серопротекцию, %	55,8	53,2	65,8	64	60
Отказались, %	2,1	3,3	2,8	3,9	3,7
Позднее обращение, %	2,1	3,2	2,3	2,3	3,1
Отрицательная вирусоформность клеща, %	-	-	5,5	16,9	16,5
Профилактика йодантипирином, %	-	-	25,9	28,5	15,6
Отсутствие иммуноглобулина, %	36,7	40,2	0,4	0,24	0

В 2015 г. на территории РК заболело **клещевым вирусным энцефалитом** 9 человек (в 2014 - 15, 2013 - 12, 2012 - 22, 2011 - 17). Наибольшее количество заболевших клещевым вирусным энцефалитом зарегистрировано в г. Сыктывкаре – 3 человека, в Прилузском районе – 4 человека. На территориях Сыктывдинского и Сысольского районов зарегистрировано по 1 случаю заболевания КВЭ

Показатель заболеваемости по КВЭ 1,0 на 100 тыс. населения ниже федерального (РФ 2015 - 1,6).

Во исполнение постановлений Главного государственного санитарного врача по РК от 25.03.2011 №4 «О дополнительных мерах, направленных на предупреждение заболеваний клещевым вирусным энцефалитом населения в РК» и от 21.03.2013 г. №2 «О включении в перечень эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту территорий Усть-Вымского района РК» в 2012-2015 годах из средств республиканского бюджета медицинским организациям для проведения вакцинация против клещевого энцефалита населения эндемичных территорий (г. Сыктывкара, Сыктывдинского, Койгородского, Сысольского, Прилузского и Усть-Куломского, Усть-Вымского районов) было выделено 37 029,87 тыс. рублей, в том числе в 2012 г. - 2 367,6 тыс. рублей, в 2013 г. - 14 868,0 тыс. рублей, в 2014 г. - 19 794,3 тыс. рублей, в 2015 г. - 9 267,1 тыс. рублей, в 2016 г. - 11 310,0 тыс. рублей.

За 2012-2015 гг. в целом по республике охвачены вакцинацией против клещевого энцефалита 65 842 человека, в том числе 15 162 ребенка, ревакцинацией 48 854 человек, в том числе 9 622 детей (таблица 63).

В целом иммунная прослойка в эндемичных территориях составляет 96 178 человек, или около 35,7% от подлежащего населения.

Таблица 63

Муниципальное образование	Охват вакцинацией и ревакцинацией против клещевого энцефалита за 2013-2015 г (человек)	Иммунная прослойка от подлежащего населения (%)
г. Сыктывкар	48 797	27
Сыктывдинский р-н	7 585	42
Сысольский р-н	8 282	78
Койгородский р-н	3 001	57
Прилузкий р-н	13 713	90
Усть-Вымский р-н	8 352	37
Усть-Куломский р-н	6 448	31

Вирусофорность клещей в эпидемическом сезоне 2015 года, исследованных от людей, подвергшихся укусам клеща, составила 10,0%, в 2014 г. - 11,4%, в 2013 г. - 10,0%, в 2012 г. - 10,7%, 2011 г. - 10%.

Болезнью Лайма в 2015 г. заболело 6 человек (в 2014 - 10, 2013 - 10, 2012 - 10, 2011 - 20). Количество заболевших по г. Сыктывкару составило 2 человека, по 1 случаю зарегистрировано в Прилузком, Усинском, Усть-Куломском, Койгородском районах. При проведении исследований на клещевой боррелиоз в 16,3% обнаружен возбудитель болезни Лайма.

В 2015 г. в республике не регистрировались случаи **бешенства** среди людей.

Число лиц, получивших различные повреждения от животных и обратившихся в ЛПУ, в 2015 г. составило 2665 человек (в 2014 г. – 2390). Из них наибольшее количество зарегистрировано в г. Сыктывкаре – 756 человек, Воркуте - 318 человек, Ухте - 80 человека, Печоре - 216 человек, Усинске - 153 человека, в Прилузском районе - 111 человек.

Оказание антирабической помощи населению по республике проводится неудовлетворительно на всех административных территориях. В 2015 г. из числа обратившихся, курс антирабических прививок получили 737 человек из числа 2 202 подлежащих, которым был назначен курс антирабических прививок, что составило 33,5%.

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

Количество лиц, пострадавших от укусов животными	Количество лиц, которым был назначен курс антирабических прививок	Количество лиц, отказавшихся от проведения курса	Количество лиц, прошедших назначенный курс
2589	2202	466	737

Данные о количестве лиц с незаконченным курсом антирабических прививок

Количество лиц с незаконченным курсом прививок	Из них прекратили курс антирабических прививок по следующим причинам:				
	Самовольно прекратили	Животное здорово после 10-дневного наблюдения	Отсутствие вакцины в ЛПУ	Перемена места жительства	Другие причины (указать)
999	653	269	12	35	30

В 2015 г. случаев туляремии не зарегистрировано (в 2014 - 1, 2013 - 1 случай, 2012 и 2011 - 0).

2.12. Инвалидизация населения. По данным ФКУ «ГБ МСЭ по РК» Минтруда России (далее - Учреждение) за 2015 год проведено 21 208 освидетельствований (2014 г. - 21 813), в т.ч.:

- среди детей в возрасте до 18 лет - 2 237 (2014 г. - 2 166);
- среди взрослого населения - 18 971 (2014 г. - 19 647).



Рис. 36. Динамика обращений на освидетельствование с целью определения инвалидности за 2011 – 2015 гг.

Сохраняется тенденция к уменьшению общего количества освидетельствований: по сравнению с 2011 г. снижение абсолютного показателя составило 26%, с 2014 г. - 2,8%.

Доля освидетельствованных с целью определения инвалидности составляет 76,8% (16 287 человек), в 2014 г. - 77,2%.

Отмечается устойчивая тенденция к снижению обращаемости в Бюро с указанной целью (взрослые + дети) в абсолютных числах. По сравнению с 2014 г. количество освидетельствованных граждан уменьшилась на 548 человек или на 3,2%, (см. диаграмму № 2).

Результаты освидетельствований с целью определения инвалидности за 2014-2015 гг.

Население	Первично				Повторно			
	Освидетельствовано		Признано инвалидами		Освидетельствовано		Признано инвалидами	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Взрослое	5049	5345	3946 (78,2%)	3929 (73,5%)	9810	8992	9275 (94,5%)	8421 (93,6%)
Детское (0-17 л.)	522	585	392 (75,1%)	436 (74,5%)	1454	1365	1357 (93,3%)	1251 (91,6%)
Всего	5571	5930	4338 (77,9%)	4365 (73,6%)	11264	10357	10632 (94,4%)	9672 (93,4%)

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%) и продолжилось до 2014 г. В 2015 г. данный показатель увеличился на 6,4%. Причем это увеличение коснулось как взрослого (к 2014 г. - на 5,9%), так и детского населения - на 12,1%.

Снижение показателя обращаемости с целью определения инвалидности при повторных освидетельствованиях отмечается на фоне высокой доли инвалидности без срока переосвидетельствования («бессрочно») с 2009 по 2013 гг.

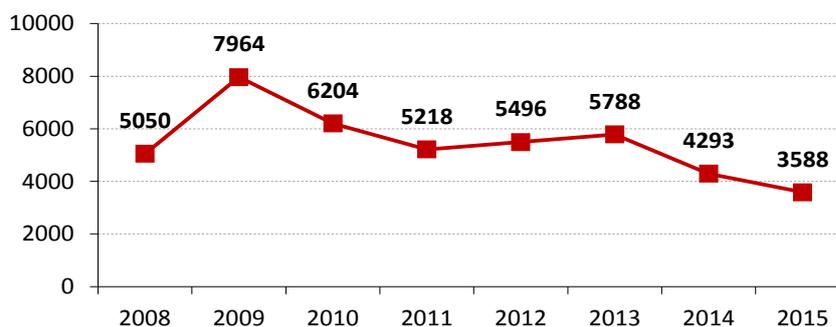


Рис. 37. Динамика установления инвалидности «бессрочно» за 2008 – 2015 гг.

Пик «бессрочной» инвалидности приходится на 2009 и 2010 гг., что связано с выходом нормативного акта и усилением контроля за деятельностью Бюро по данному вопросу. В 2011 г. отмечается снижение количества освидетельствований с установлением инвалидности «бессрочно», однако показатель остается выше показателей за 2007 и 2008 гг., в 2012–2013 годах увеличение данного показателя продолжилось. В 2014 г. произошло значительное его снижение (по отношению к 2013 г. - на 25,8%), в 2015 г. это снижение продолжилось и к 2014 г. составило (-)16,4%.

Количество лиц, впервые признанных инвалидами (ВПИ) первый раз за несколько последних лет незначительно увеличилось с 4338 в 2014 г. до 4365 человек в 2015 г. (на 0,6%). Причем это увеличение произошло за счет лиц моложе 18 лет (+ 11,2%). Количество ВПИ среди лиц старше 18 лет вновь уменьшилось и составило (-)0,4%.

По сравнению с 2011 годом количество ВПИ уменьшилось на 16%.

Анализ показателей инвалидности взрослого населения. По данным Отделения Пенсионного фонда РФ по РК на 31.12.2015 г. количество инвалидов старше 18 лет составило 66230 человек (2010 г.—71093, 2011 г.—71120, 2012 г.—70830, 2013 г.—69731, 2014 г.—67395). Показатель распространенности инвалидности среди лиц данной возрастной

категории равен 975,2 на 10 тысяч взрослого населения (2011 г. - 988,6, 2012 г. - 998,4, 2013 г. - 997,5, 2014 г. - 978,8).

Наиболее высокие показатели распространенности инвалидности среди взрослого населения зафиксированы в следующих районах: Прилузском - 1 524,0; Сысольском - 1 381,2; Корткеросском - 1 280,5; в Троицко-Печорском - 1 249,5; Сосногорском - 1 226,8. Низкие показатели отмечаются в следующих районах: в Усинском - 373,3; Ухтинском - 640,2; Интинском - 836,7.

Показатели первичной инвалидности. Впервые с целью определения инвалидности в 2015 г. в Бюро и филиалы Учреждения было направлено 5 345 (2014 г. - 5 049) человек, инвалидами не признано - 1 416 (2014 г. - 1 103), показатель необоснованности направления на экспертизу составил 26,5% (2013 г. - 18,5%, 2014 г. - 21,8%).

Наиболее объективным статистическим показателем, отражающим динамику состояния инвалидности на отдельно взятой территории, является интенсивный показатель первичной инвалидности, то есть отношение количества лиц впервые признанных инвалидами к численности соответствующего населения, проживающего на данной территории.

В 2015 г. количество лиц старше 18 лет, впервые признанных инвалидами вновь снизилось и составило 3 929 человек.

Интенсивный показатель составил 57,9 на 10 тысяч взрослого населения, в том числе: в трудоспособном возрасте - 37,2; в пенсионном возрасте - 116,7.

Таблица 67

Показатели первичной инвалидности по РК за 2011-2015 гг.

Показатели	Годы						
	2011	2012	2013	2014	2015	2014 РФ	2014 Сев-Зап.
Число ВПИ	5768	5379	4594	3946	3929	728653	69035
ИП на 10 тыс. взрослого населения	80,2	75,8	65,7	57,3	57,9	62,7	60,2
в т.ч.: в трудоспособном возрасте	2845	2525	2219	1877	1867	345741	-
ИП на 10 тыс. трудоспособного населения	50,8	46,2	41,8	36,3	37,2	41,9	-
ИП в пенсионном возрасте	2923	2854	2375	2069	2062	382912	-
ИП на 10 тыс. лиц пенсионного возраста	183,7	174,8	141,6	120,3	116,7	113,3	-

В целом по РК уровень первичной инвалидности среди взрослого населения возрос по сравнению с 2014 г. на 1%. В сравнении с 2005 г., когда наблюдался пик уровня ПИ (158,2), общее снижение показателя составило более 60%.

Если сравнивать показатели первичной инвалидности по РК с показателями по Российской Федерации, то видно, что уровень первичной инвалидности в республике был в течение ряда лет выше за счет лиц пенсионного возраста, в 2014 г. данный показатель стал меньше среднероссийского, но в пенсионном возрасте он остается выше, что, по-видимому, связано с тенденцией постарения населения республики.

Таблица 68

Удельный вес женского населения из общего числа ВПИ за 2011-2015 гг. (в %)

Годы	Всего	В трудоспособном возрасте	В пенсионном возрасте
2011	46,5	29,5	63,1
2012	46,8	31,2	60,5
2013	47,6	33,0	61,3
2014	44,6	29,8	58,0
2015	47,6	32,6	61,3

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

Соотношение городского и сельского населения в республике сохранилось на прежнем уровне (3,5:1). Доля сельских жителей из числа впервые признанных инвалидами несколько возросла и составила 26,7%. В то же время показатели первичной инвалидности среди сельского населения шестой год подряд стабильно превышают показатели инвалидности городского населения.

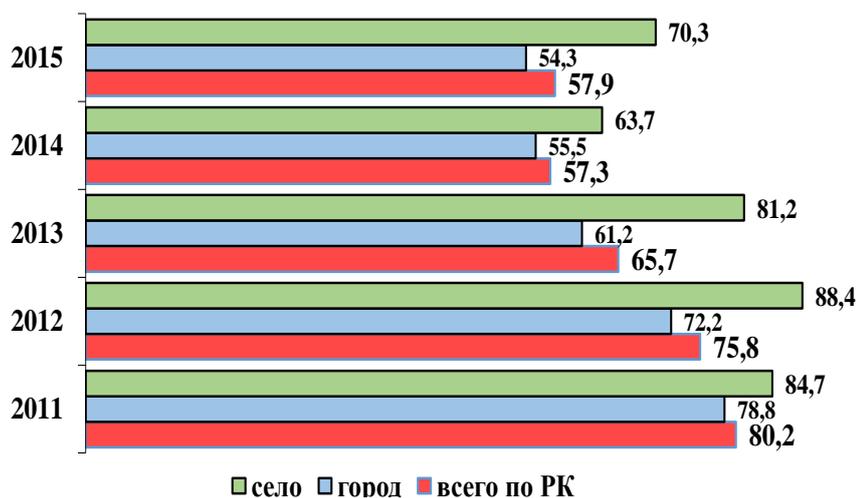
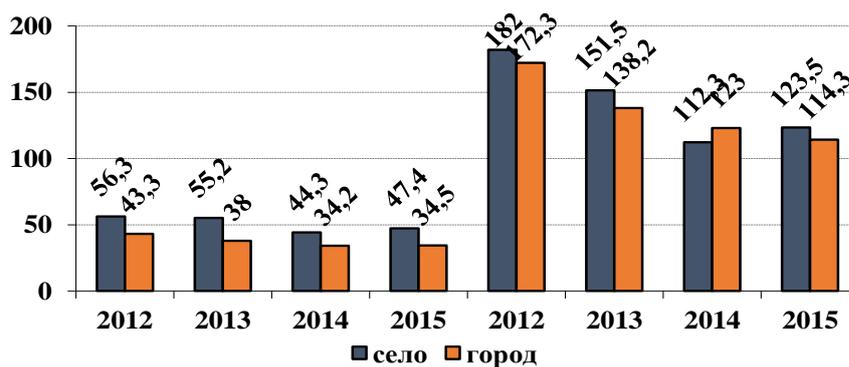


Рис. 38. Показатели первичной инвалидности по РК, городу и селу за 2011-2015 гг. на 10 тысяч соответствующего населения

Причем, показатели первичной инвалидности в сельской местности в 2015 г. превышают показатели первичной инвалидности городского населения за счет инвалидизации как лиц трудоспособного, так и пенсионного возраста населения.



Трудоспособный возраст пенсионный возраст

Рис. 39. Показатели первичной инвалидности по городскому и сельскому населению по возрастным категориям за 2012-2015 гг.

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

Инвалиды по причине:

- общего заболевания составляют основную долю среди лиц, впервые признанных инвалидами - 97,8% (2014 г. - 97,0%);
- вследствие трудового увечья и профессионального заболевания - 0,8% (в 2014 г. - 1,7%);
- инвалиды из числа бывших военнослужащих - 0,7% (2014 г. - 0,7%);
- инвалиды с детства - 0,7% (2014 г. - 0,7%).

Возрастная структура первичной инвалидности в 2015 г. представляет следующее:

- I возрастная категория (18-44 г.) - 19,2% (2013 г. - 17,2, 2014 г. - 18,9%);
- II возрастная категория (45-54 года женщины, 45-59 лет мужчины) - 28,4% (2013 г. - 31,1%, 2014 г. - 28,7%);
- III возрастная категория (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) - 52,4% (2013 г. - 51,7%, 2014 г. - 52,4%).

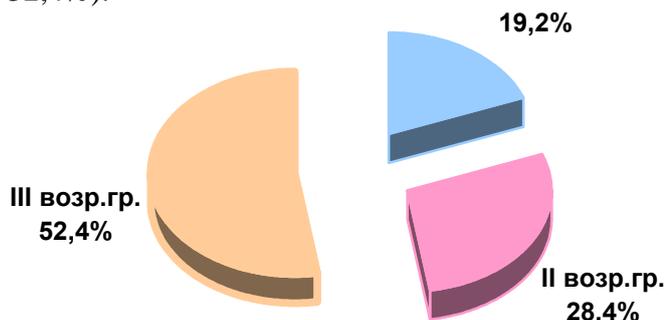


Рис. 40. Структура первичной инвалидности по возрастным группам за 2015 год

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

А в 2012-2015 гг. доля ВПИ среди лиц старше трудоспособного возраста превысила данный показатель среди лиц моложе пенсионного возраста.

Одним из важных показателей, характеризующих контингент инвалидов, является **распределение их по тяжести инвалидности**. Показатели первичной инвалидности по группам в 2015 г.: наибольший удельный вес представлен инвалидами III группы, наименьший – I группы, как и в предыдущих годах.

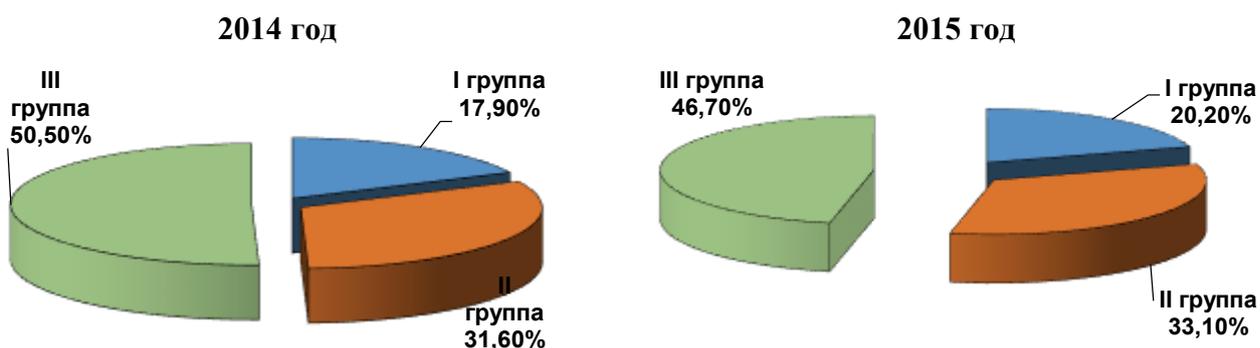


Рис. 41. Структура первичной инвалидности по группам за 2014 и 2015 гг.

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

- болезни уха и сосцевидного отростка - 100,0%;
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ - 81,2%;
- болезни органов дыхания - 80,0%;

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 76,7%;
- последствия производственных травм - 75,0%;
- болезни нервной системы - 74,4%;
- последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин - 62,7%;
- психические расстройства и расстройства поведения - 62,7%.
- болезни системы кровообращения - 58,7%;

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

- болезни уха и сосцевидного отростка - 100%;
- профессиональные заболевания - 100%;
- последствия производственных травм - 100%;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 90,9%;
- болезни органов дыхания - 80,0%.

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

- болезни уха - 100,0%;
- болезни органов дыхания - 79,5%;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 82,2%;
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ - 63,2%.

Инвалиды второй группы в структуре первичной инвалидности по тяжести заболевания во всех возрастных группах занимают 32-34,8%. В первой возрастной группе наибольшая доля инвалидов II группы (к общему числу инвалидов с данной нозологической формой) приходится на туберкулез - 88,7%. Во второй возрастной группе: туберкулез - 82,5%, злокачественные заболевания - 43,1%. В пенсионном возрасте: туберкулез - 100%, болезни мочеполовой системы - 63,6%.

Самый большой процент инвалидов с первой группой инвалидности - в пенсионном возрасте (26,5%), наименьший - в первой возрастной группе (8,9%). В возрасте 18-44 года наибольшая доля инвалидов с первой группой инвалидности в структуре по тяжести (к общему числу инвалидов с данной нозологической формой) приходится на злокачественные заболевания - 17,2%. В возрастной группе - женщины от 45 до 54 лет и мужчины от 45 до 59 лет - болезни глаза и его придаточного аппарата - 35%, злокачественные новообразования - 26,7%. В пенсионном возрасте: 64,3% - психические расстройства и расстройства поведения, 45,7% - болезни глаза и его придаточного аппарата.

Структура первичной инвалидности по нозологическим формам.

I место (как и в предыдущие годы) занимают болезни системы кровообращения, их доля составила 28,5% от общего числа впервые признанных инвалидами (2011 г. - 36,8%, 2012 г. - 36%, 2013 г. - 34,4%, 2014 г. - 33,1%). Удельный вес данной нозологической формы в структуре ПИ продолжает снижаться. В структуре данной нозологии, как и прежде, наибольшая доля приходится на цереброваскулярные болезни - 52,3%, ишемическую болезнь сердца - 30,4%.

II место в течение последних лет стабильно занимают злокачественные новообразования - 27,0% (2011 г. - 17,5%, 2012 г. - 17,8%, 2013 г. - 20,4%, 2014 г. - 21,7%). Как видно, их доля в структуре ПИ по нозологическим формам постепенно возрастает.

III место, начиная с 2005 г., занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. В 2015 г. в структуре первичной инвалидности на эти заболевания приходится 8,8% (2011 г. - 11,0%, 2012 г. - 11,5%, 2013 г. - 11,2%, 2014 г. - 11,2%).

IV место заняли психические расстройства и расстройства поведения - 6,8% (2011 г. - 4,2%, 2012 г. - 4,1%, 2013 г. - 4,7%, 2014 г. - 5,4%), переместившись с пятого места. Их доля постепенно растет.

На V место поднялись болезни нервной системы - 5,0% (2011 г. - 4,9%, 2012 г. - 4,7%, 2013 г. - 5,0%, 2014 г. - 4,6%).

На VI месте - прочие болезни с 4,6% (с 2011 г. по 2013 г. - от 0,6% до 1,0%, 2014 г. - 2,7%).

На VII место спустились с четвертого места последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин - 4,1% (2011 г. - 6,6%, 2012 г. - 7,1%, 2013 г. - 6,4%, 2014 г. - 5,6%).

VIII место - болезни глаза и его придаточного аппарата с 3,3% (2011 г. - 3,4%, 2012 г. - 2,3%, 2013 г. - 2,7%, 2014 г. - 2,6%).

На IX месте - туберкулез, его доля составила 2,9% (2011 г. - 3,4%, 2012 г. - 2,8%, 2013 г. - 4,2%, 2014 г. - 3,0%). Первичная инвалидность по причине туберкулеза легких в данной нозологии занимает 62,3% (2014 г. - 99,5%).

На X месте - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - 2,0% (2011 г. - 4,0%, 2012 г. - 3,2%, 2013 г. - 2,5%, 2014 г. - 2,3%). Доля сахарного диабета в структуре данной нозологии составила 89,9% (2014 г. - 89,9%).

Среди инвалидов трудоспособного возраста ПИ по причине злокачественных новообразований впервые превысила болезни системы кровообращения:

- злокачественные новообразования - 23,9% (2014 г. - 19,0%);
- болезни системы кровообращения - 22,2% (2014 г. - 25,6%);
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 9,8% (2014 г. - 10,9%);
- болезни нервной системы - 7,1% (2014 г. - 6,6%);
- психические расстройства и расстройства поведения - 6,9% (2014 г. - 6,8%);
- прочие болезни - 6,8% (2014 г. - 6,8%);
- последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин - 6,4% (2014 г. - 8,4%);
- туберкулез - 5,9% (2014 г. - 6,0%);

В пенсионном возрасте удельный вес болезней системы кровообращения в структуре первичной инвалидности снижается восьмой год подряд и составил в 2015 г. 34,2% (2011 г. - 47,3%, 2012 г. - 45,2%, 2013 г. - 42,8%, 2014 г. - 40%), однако остается на первом ранговом месте. Цереброваскулярные болезни в данной возрастной категории занимают 54,5%, ишемическая болезнь сердца - 29,0%.

Далее следуют злокачественные заболевания - 29,9% (2011 г. - 18,0%, 2012 г. - 18,5%, 2013 г. - 22,0%, 2014 г. - 24,1%) и болезни костно-мышечной системы - 7,9% (2011 г. - 10,8%, 2012 г. - 12,3%, 2013 г. - 11,5%, 2014 г. - 11,5%).

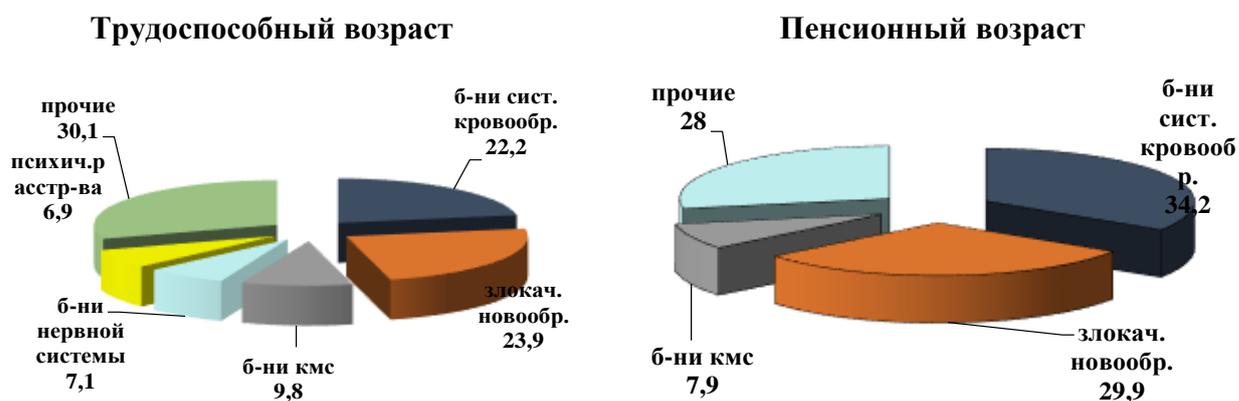


Рис. 42. Структура первичной инвалидности по нозологическим формам за 2015 год

ПИ по причине болезней системы кровообращения имеют самый высокий показатель первичной инвалидности среди всех нозологических форм, как по республике (16,5 на 10 тысяч взрослого населения, 2012 г. - 27,3%, 2013 г. - 22,6, 2014 г. - 19,0), так и в целом по РФ - 20,9. Показатель по РК ниже показателя по Российской Федерации в среднем на 20%.

Интенсивный показатель первичной инвалидности по причине злокачественных новообразований по республике составляет 15,6 (2012 г. - 13,5, 2013 г. - 13,4, 2014 г. - 12,4), по РФ - 16,6.

На болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в республике приходится 5,1 случая первичной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения (2012 г. - 8,7, 2013 г. - 7,3, 2014 г. - 6,4), по РФ - 6,2.

Из числа лиц, впервые признанных инвалидами, группа инвалидности установлена «бессрочно» в 298 случаях или в 7,6% (2011 г. - 12,2%, 2012 г. - 12,6%, 2013 г. - 13,0%, 2014 г. - 8,4%).

Результаты переосвидетельствований взрослого населения. В течение 2015 г. в Бюро-филиалах ФКУ «ГБ МСЭ по РК» Минтруда России переосвидетельствовано 13 219 человек (2011 г. - 19 143, 2012 г. - 18 267, 2013 г. - 16 300, 2014 г. - 14 158) в возрасте 18 лет и старше, в том числе городских жителей - 10 564 или 80,0% (2014 г. - 11 359, или 80,2%), сельских - 2 655 или 20,0% (2014 г. - 2 799 или 19,8%). Доля повторно освидетельствованных граждан несколько уменьшилась среди населения городов и увеличилась среди сельского населения.

Из общего числа повторно освидетельствованных граждан с целью определения группы инвалидности освидетельствовано 8 992 или 68,0% (2012 г. - 66,8%, 2013 г. - 69,5%, 2014 г. - 69,3%).

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

На первом месте в структуре повторной инвалидности также стоит инвалидность по причине болезней системы кровообращения - 29,4% (2013 г. - 31,0%, 2014 г. - 30,8%);

II место - злокачественные новообразования – 15,5% (2013 г. - 13,1%, 2014 г. - 13,5%);

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

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

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

В 2015 г. доля инвалидности по причине злокачественных новообразований возросла и потеснила на третье место болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Таблица 69

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

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

Уровень повторной инвалидности снижается, что, вероятно, связано с увеличением количества лиц, признанных инвалидами «бессрочно» (таблица 69).

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

По возрастным группам:

- практически не изменилась доля первой возрастной группы (18-44 года);
- произошло уменьшение доли второй возрастной группы (женщины 45-54 лет и мужчины 45-59 лет);

- доля третьей возрастной группы (женщины 55 лет и старше и мужчины 60 лет и старше) постепенно возрастает.

Не признано инвалидами при переосвидетельствовании 571 человек (2014 г. - 535).

Показатель полной реабилитации составил 6,4% (рисунок 43). Процент реабилитации по сравнению с предыдущим годом возрос среди инвалидов из числа городских жителей, среди жителей сел несколько снизился и составил соответственно 6,4% и 6,1% (2013 г. - 3,7% и 4,1%, 2014 г. - 5,2% и 6,3%).

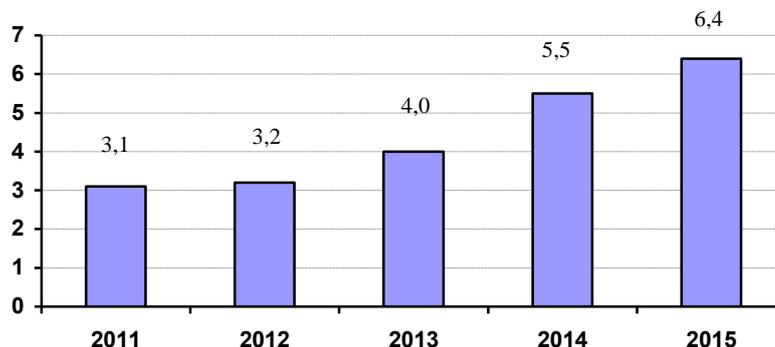


Рис. 43. Динамика показателя полной реабилитации инвалидов по республике за 2011-2015 гг. (в %)

Как видно из представленной диаграммы, показатель полной реабилитации постепенно возрастает.

Группа инвалидности не изменилась у 74,7% лиц, повторно признанных инвалидами (2013 г. - 78,9%, 2014 г. - 76,8%). Более «легкая» группа установлена у 16,1%, более «тяжелая» - у 14,9% (в 2013 г. соответственно 14,9% и 11,8%, 2014 г. - 16,0% и 12,4%). Показатель суммарной реабилитации составил 12,1% (2011 г. - 8,7%, 2012 г. - 9,0%, 2013 г. - 10,0%, 2014 г. - 11,5%).

При переосвидетельствовании у 36,6% лиц, повторно признанных инвалидами, группа инвалидности установлена «бессрочно» (2011 г. - 35,2%, 2012 г. - 38,3%, 2013 г. - 43,8%, 2014 г. - 39,2%).

Результаты деятельности учреждений МСЭ по разработке ИПР и ПРП. За 2015 год разработано 16 522 (2011 г. - 24 655, 2012 г. - 23 350, 2013 г. - 20 623, 2014 г. - 17 632) программы реабилитации (в т.ч. ИПР - 13 938 и ПРП - 2 584), что на 6,3% меньше, чем в 2014 г. Индивидуальные программы реабилитации гражданам, признанным инвалидами, разрабатываются в 100% случаев.

Выдано программ реабилитации всего 16 522, т.е. в 100% (2014 г. - 17 630 или в 99,99%) от общего числа разработанных.

Мероприятия по медицинской реабилитации рекомендованы в 100% случаев, санаторно-курортное лечение - в 26,3% в ИПР и в 88,9% в ПРП.

Меры профессиональной ориентации рекомендованы в 26,3% ИПР, в 1,1% ПРП, трудоустройство в 70,3% ИПР и в 95,5% ПРП.

Технические средства реабилитации (ТСР) рекомендованы 6 670 (2014 г. - 7 283) инвалидам в ИПР или 47,9% (2014 г. - 55,0%) от числа лиц, признанных инвалидами. В ПРП рекомендации в ТСР получили 678 (26,2%), 2014 г. - 655 человек.

Результаты реабилитационной работы по выданным заключениям о выполнении ИПР. Выдано заключений о выполнении индивидуальных программ реабилитации инвалида при переосвидетельствовании 9 258 (2013 г. - 11 520, 2014 г. - 9 226), из них с положительными результатами реабилитации - 5 908 или 63,8% (2012 г. - 50,4%, 2014 г. - 58,8%).

В том числе:

- достигнута полная компенсация утраченных функций - 377 (6,4%), в 2014 г. - 3,7%;
- достигнута частичная компенсация утраченных функций - 3 716 (62,9%), в 2014 г. - 57,3%;
- восстановлены нарушенные функции полностью - 185 (3,1%), в 2014 г. - 2,8%;
- восстановлены нарушенные функции частично - 1 674 (28,3%), в 2014 г. - 11,3%;

- получена новая профессия - 57 (1,0%), в 2014 г. - 1,3%;
- повышена квалификация - 3 (0,05%), в 2014 г. - 0,4%;
- повышен уровень профессионального образования - 109 (1,8%), в 2014 г. - 1,9%;
- подобрано подходящее рабочее место - 356 (6,0%), в 2014 г. - 8,0%;
- подобрано специальное рабочее место - 29 (0,5%), в 2014 г. - 1,0%;
- достигнута полная способность к самообслуживанию - 928 (15,7%), в 2014 г. - 12,9%;
- достигнута частичная способность к самообслуживанию - 4 501 (76,2%), в 2014 г. - 64,2%;
- достигнута возможность самостоятельного проживания - 4 927 (83,4%), в 2014 г. - 57,8%;
- обеспечена интеграция в семью и общество - 4 219 (71,4%), в 2014 г. - 50,3%.

Результаты реабилитационной работы по выданным заключениям о выполнении ПРП. Выдано заключений о выполнении программ реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания при переосвидетельствовании 2 197 (2014 г. - 1 913), из них с положительными результатами реабилитации - 1 183, или 53,8% (2014 г. - 1 001, или 52,3%).

В том числе:

- достигнута полная компенсация утраченных функций - 169 (14,3%), в 2014 г. - 46,6%;
- достигнута частичная компенсация утраченных функций - 843 (71,3%), в 2014 г. - 38,0%;
- восстановлены нарушенные функции полностью - 28 (2,4%), в 2014 г. - 0,9%;
- восстановлены нарушенные функции частично - 250 (21,1%), в 2014 г. - 7,8%;
- повышена квалификация - 115 (9,7%), в 2014 г. - 0,1%;
- повышен уровень профессионального образования - 1 (0,08%), в 2014 г. - нет
- подобрано подходящее рабочее место - 123 (10,4%), в 2014 г. - 16,6%;
- подобрано специальное рабочее место - 2 (0,2%), в 2014 г. - 0,3%;
- достигнута полная способность к самообслуживанию - 571 (48,3%), в 2014 г. - 51,5%;
- достигнута частичная способность к самообслуживанию - 431 (36,4%), в 2014 г. - 24,3%;

Результаты освидетельствования и переосвидетельствования для определения степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ). Освидетельствовано первично 389 человек (2011 г. - 377, 2012 г. - 342, 2013 г. - 469, 2014 г. - 416), из них установлен процент утраты профессиональной трудоспособности в 330 случаях или 84,8% (2011 г. - 96,8%, 2012 г. - 90,1%, 2013 г. - 92,8%, 2014 г. - 87%) от числа обратившихся граждан.

Переосвидетельствовано всего 2 260 человек (2011 г. - 2 255, 2012 г. - 2 253, 2013 г. - 2 257, 2014 г. - 2 264), из них для установления утраты профессиональной трудоспособности - 891 человек или 39,4% (2011 г. - 59%, 2012 г. - 49,0%, 2013 г. - 42,2%, 2014 г. - 42,4). Процент УПТ установлен в 99,9% случая (2013 г. - 99,7%, 2014 г. - 99,7%).

С целью переосвидетельствования для определения нуждаемости в мерах реабилитации (для разработки ПРП) обратилось 1 369 человек или 60,6% от числа повторно освидетельствованных (2012 г. - 1 150 человек или 51%, 2013 г. - 1 304 или 57,8%, 2014 г. - 1 305, или 57,6%). Нуждаемость в мерах реабилитации определена в 100% случаев (2013 г. - 99,9%, 2014 г. - 99,5%).

Бессрочно установлена степень УПТ 334 гражданам (2011 г. - 401, 2012 г. - 384, 2013 г. - 482, 2014 г. - 332), что составило 27,4% от числа лиц, которым определена степень утраты профессиональной трудоспособности (в 2011 г. - 23,7%, 2012 г. - 27,5%, 2013 г. - 34,8%, 2014 г. - 25,2%).

Анализ показателей инвалидности детского населения. По данным Отделения Пенсионного фонда РФ по РК на 31.12.2015 г. в республике насчитывается 3 198 детей с категорией «ребенок-инвалид» в возрасте 0-17 лет (2011 г. - 3 150, 2012 г. - 3 146, 2013 г. - 3 157, 2014 г. - 3 065).

Показатель распространённости детской инвалидности в целом по РК составил 172,6 (2013 г. - 173,9, 2014 г. - 167,0) на 10 тысяч детского населения (рисунок 44). Если рассмотреть данный показатель в динамике, то с 2006 г. по 2010 г. значительных колебаний его не наблюдалось. В 2011-2012 г. данный показатель резко возрос, что связано с уменьшением общего количества детского населения в республике (снижение населения с 0 до 18 лет в 2012 г. по сравнению с 2010 г. составило 8 500 человек), тогда как абсолютные цифры количества детей-инвалидов практически не изменились (2010 г. - 3 125, 2012 г. - 3 146). В 2012 г. по сравнению с 2006 г. рост показателя распространённости детской инвалидности составил 7,5%. В 2013-2014 гг. данный показатель стал снижаться в связи с увеличением численности детского населения, но в 2015 г. увеличилось количество детей, впервые признанных инвалидами, и показатель распространённости возрос.



Рис. 44. Распространенность детской инвалидности

Первичная инвалидность детского населения (рисунок 45). За 2015 г. первично с целью определения категории «ребёнок-инвалид» в бюро медико-социальной экспертизы было направлено 585 человек (2011 г. - 489, 2012 г. - 481, 2013 г. - 489). Первичная обращаемость детей из городов занимает 80,9% (2011 г. - 78,5%, 2012 г. - 81,9%, 2013 г. - 79,8%) от общего числа обратившихся в учреждения медико-социальной экспертизы.

Впервые признано инвалидами 436 человек (2011 г. - 389, 2012 г. - 380, 2013 г. - 366, 2014 г. - 392). Удельный вес детей, впервые признанных инвалидами, составил 74,5% (2014 г. - 75,1%) от общего числа направленных на МСЭ. Процент необоснованно направленных на экспертизу составил 25,5% (2013 г. - 25,2%, 2014 г. - 24,9%).

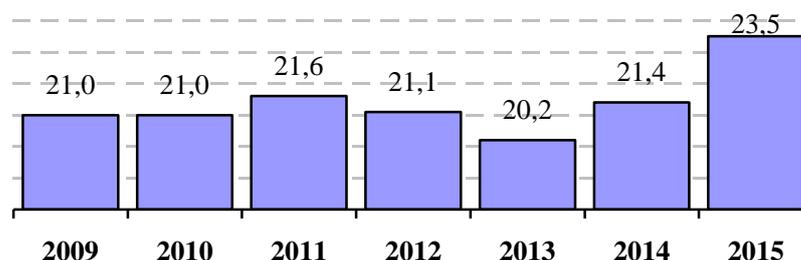


Рис. 45. Состояние первичной инвалидности детского населения в РК за 2009-2015 гг. (на 10 тысяч детского населения)

Данный показатель среди городских детей составляет 24,5 (2011 г. - 21,9, 2012 г. - 22,0, 2013 г. - 20,2, 2014 г. - 21,1), среди детей сельских поселений - 20,3 (2011 г. - 20,7, 2012 г. - 18,1, 2013 г. - 19,9, 2014 г. - 22,3).

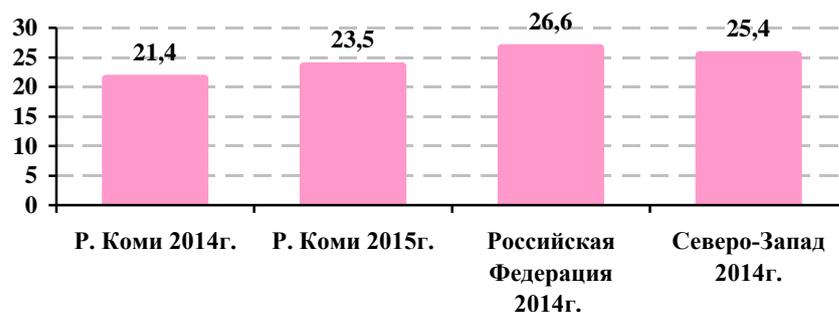


Рис. 46. Показатели первичной инвалидности по РК, РФ и Северо-Западному Федеральному округу (на 10 тысяч детского населения)

Показатель первичной инвалидности детского населения в республике остается ниже, чем в целом по РФ (в 2014 г. - на 19%) и Северо-Западному Федеральному округу (2014 г. - на 15%) (рисунок 46).

Таблица 70

Уровень первичной инвалидности у детей с учетом пола и возраста на 10 тысяч соответствующего населения в 2015 г.

Пол	0 – 3 года		4 – 7 лет		8 - 14		15 лет и старше		Всего	
	абс. число	Уровень	абс. число	Уровень	абс. число	Уровень	абс. число	Уровень	абс. число	Уровень
Муж.	116	47,1	67	30,1	47	13,7	8	6,0	238	25,2
Жен.	89	37,9	32	15,0	56	16,9	21	16,4	198	21,8
Оба пола	205	42,6	99	22,7	103	15,3	29	11,1	436	23,5

В общем числе детей, впервые признанных инвалидами, по половому признаку, как и в предыдущих годах, доминируют мальчики (таблица 70).

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

Доля лиц мужского пола в общем числе ВПИ составила 54,6% (2013 г. - 61,5%, 2014 г. - 58,9%), но наметилось ее снижение. При анализе отчетной формы «7-д собес» выявлено, что это преобладание наблюдается по двум младшим возрастным группам:

- в возрасте «0-3 года» - 56,6%;
- в возрасте «4-7 лет» - 67,7%;

По старшим возрастам впервые за последние годы по половому признаку в первичной инвалидности преобладают девочки:

- в возрасте «8-14 лет» - 54,4%;
- в возрасте 15 лет и старше - на 13 человек.

Мальчиков больше зарегистрировано по следующим нозологическим формам: психические расстройства и расстройства поведения - 63 из 94, болезни нервной системы - 40 из 77, болезни глаза и его придаточного аппарата - 14 из 22, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 13 из 22, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения - 51 из 98, болезни системы кровообращения - 15 из 28, прочие - 8 случаев из 11.

Травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин и болезни мочеполовой системы распределились поровну.

Девочек больше зарегистрировано по следующим нозологиям: новообразования, болезни эндокринной системы, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения.

В структуре первичной инвалидности детского населения (рисунок 47) по возрастным категориям преобладание возраста от 0 до 4 лет сохраняется и составляет 47,0% (2014 г. - 46,2%), 4-7 лет - 22,7% (2014 г. - 24,0%), 8-14 лет - 23,6% (2014 г. - 23,2%), старше 15 лет - 6,7% (2014 г. - 6,6%).

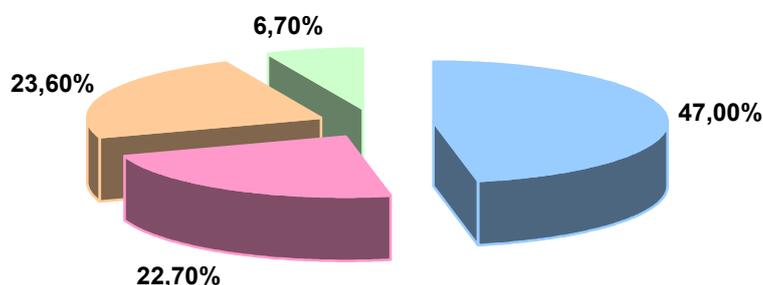


Рис. 47. Структура первичной инвалидности детского населения по возрастным группам за 2015 г.

В первой возрастной группе (0-3 года) преобладает первичная инвалидность по причине врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений – 22,4% (2014 г. - 38,1%). Из них аномалии системы кровообращения составили 34,2 (2014 г. - 39,1%). На втором месте - болезни нервной системы (28%). На третьем месте - психические расстройства и расстройства поведения (7,8%).

В возрастной категории 4-7 лет самыми распространенными причинами первичной инвалидности являются психические расстройства и расстройства поведения - 42,4% (2014 г. - 35,1%), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения - 12,1% (2014 г. - 10,6%), болезни нервной системы - 10,1% (2014 г. - 10,6%).

В возрасте 8-14 лет на первом месте - психические расстройства и расстройства поведения - 28 случаев из 103 или 27,2% (2014 г. - 37,4%), на втором месте - болезни эндокринной системы и расстройства питания - 27 случаев из 103 (2014 г. - 14 из 91), а также болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 14 случаев из 103.

У детей старше 15 лет преобладают психические расстройства и расстройства поведения - 8 случаев из 29 (2014 г. - 6 случаев из 26).

Структура первичной инвалидности по нозологическим формам (рисунок 48).

На I ранговом месте в течение нескольких лет - патология по причине врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений, удельный вес которой составил 22,5% (2011 г. - 25,0%, 2012 г. - 23,2%, 2013 г. - 20,8%, 2014 г. - 22,4%).

По РФ данный показатель в структуре первичной инвалидности составил в 2013 г. - 21,1% и находился также на первом ранговом месте, в 2014 г. - 20,6% (второе место).

Интенсивный показатель первичной инвалидности по причине врождённых аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений по республике в 2015 г. составил 5,3 на 10 тысяч детского населения (2012 г. - 4,9, 2013 г. - 4,2, 2014 г. - 4,8).

По причине первичной инвалидности с данной нозологией, по-прежнему, первенствует возрастная группа «0-3 года», ее доля составила 78,6%.

В структуре врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений процент аномалий системы кровообращения составил 28,6% (2014 г. - 35,2%). На аномалии центральной нервной системы и органов чувств приходится 13,3% (2014 г. - 12,5%), на хромосомные аномалии - 17,3% (2014 г. - 9,1%).

На II место третий год подряд с удельным весом 21,6% выходят психические расстройства и расстройства поведения (в 2011 г. - второе место с 20,6%, 2012 г. - третье место с 12,6%, 2013 г. - 17,8%, 2014 г. - 21,2%).

По РФ в 2013 г. удельный вес данной патологии составлял 21,0% и эта нозология занимала также второе ранговое место, 2014 г. - 22,8% и первое место в структуре ПИ по нозологиям.

Уровень первичной инвалидности в республике составил 5,1 на 10 тысяч детского населения (2011 г. - 4,2, 2012 г. - 2,7, 2013 г. - 3,6, 2014 г. - 4,5).

Из общего числа впервые признанных инвалидами по причине психических расстройств и расстройств поведения 59,6% занимает умственная отсталость (2011 г. - 57,5%, 2012 г. - 52,1%, 2013 г. - 60,0%, 2014 г. - 67,5%).

По данной нозологической форме основную долю занимают возраста «4-7 лет» и «8-14 лет» - 44,7% и 29,8% соответственно.

На III месте вновь с 17,7% - болезни нервной системы (в 2008 г. они находились на первом, в 2009-2013 гг. - то на втором, то на третьем, 2014 г. - третье место). Удельный вес их в структуре первичной инвалидности несколько снизился по сравнению с предыдущим годом (2011 г. - 15,7%, 2012 г. - 18,7%, 2013 г. - 16,7%, 2014 г. - 19,6% от общего числа ВПИ).

По РФ данная патология в 2014 г. в структуре ПИ по нозологиям вновь несколько возросла и составила 20,0% (2013 г. - 19,5%, 2014 г. - 19,8%) и занимала третье ранговое место.

В этой нозологической группе 61 случай из 77 приходится на возраст «0-3 года». В возрасте «4-7 лет» - 10 случаев, в возрасте «8-14 лет» - 5 случаев, в возрасте «старше 15 лет» - 1 случай.

Показатель первичной инвалидности в данной нозологической группе составил 4,2 на 10 тысяч детского населения (2011 г. - 3,2, 2012 г. - 3,9, 2013 г. - 3,4, 2014 г. - 4,2).

IV место - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - 10,8% (2012 г. - 10,8, 2013 г. - 9,3%, 2014 г. - 9,4%).

Наибольшая доля приходится на возрастную группу «8-14 лет» - 27 случаев из 47.

Показатель первичной инвалидности - 2,5 на 10 тысяч детского населения (2014 г. - 2,0).

На V месте - болезни глаза, его придаточного аппарата и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - по 5%.

Далее ранговые места располагаются следующим образом:

- болезни уха и сосцевидного отростка - 4,8%;
- новообразования - 3,7%;
- прочие болезни - 2,5%;
- болезни системы кровообращения и травмы, отравления и другие воздействия внешних причин - по 1,8%;
- болезни органов пищеварения - 1,1%.

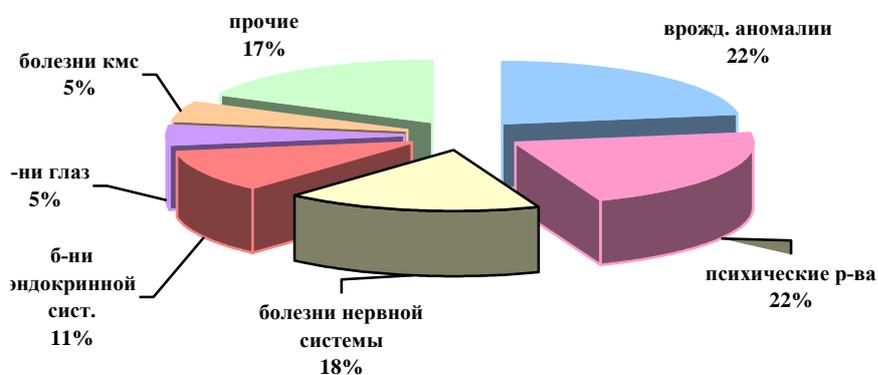


Рис. 48. Структура первичной инвалидности детского населения по нозологическим формам в 2015 г.

Результаты переосвидетельствований детского населения. За отчетный период всего переосвидетельствовано с целью определения инвалидности 1 365 (2011 г. - 1 823, 2012 г. - 1 713, 2013 г. - 1 656, 2014 г. - 1 454) человек.

Повторно признано инвалидами 1 251 или 91,6% (2012 г. - 95,8%, 2013 г. - 94,1%, 2014 г. - 93,3%), в том числе городских жителей - 944 или 91,8% (2014 г. - 1 024 или 92,3%), сельских - 307 или 91,1% (2014 г. - 333 или 96,5%) от числа обратившихся.

Показатели повторной инвалидности на 10 тысяч детского населения 2012 г. - 90,9; РФ - 96,3; 2013 г. - 85,9; РФ - 94,1; 2014 г. - 74,0; РФ - 91,6; 2015 г. - 67,5.

Показатели повторной инвалидности по республике снижаются за счет большего количества детей, ранее признанных инвалидами до достижения возраста 18 лет («бессрочно») и ниже, чем в целом по Российской Федерации (таблица 71).

За 2015 г. «бессрочно» признано инвалидами по категории «ребенок-инвалид» - 211 человек или 12,5% от общего числа признанных инвалидами, в 2013 г. - 431 или 22,4%, в 2012 г. - 286 или 14,2%, 2014 г. - 322 или 18,4%. Для справки: в 2005 г. - 11,3%.

Таблица 71

Показатели повторной инвалидности детского населения в разрезе возрастных категорий за 2012-2015 гг.

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

Не признано инвалидами 114 человек (2011 г. - 92, 2012 г. - 72, 2013 г. - 97, 2014 г. - 97). Показатель полной реабилитации составил 8,4% (2011 г. - 5,0%, 2012 г. - 4,2%, 2013 г. - 5,9%, 2014 г. - 6,7%).

Распределение детей, повторно признанных инвалидами, по нозологическим формам:

- 1 место - болезни нервной системы - 21,6% (2014 г. - 18,8%);
- 2 место - врожденные аномалии (пороки развития) и психические расстройства и расстройства поведения - по 21,4% (2014 г. - 22,8% и 21,9% соответственно);
- 3 место - болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ - 9,8% (2014 г. - 11,0%);
- 4 место - болезни уха и сосцевидного отростка - 5,7% (2014 г. - 5,7%);
- 5 место - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 4,5% (2014 г. - 5,6%);
- 6 место - новообразования - 3,4% (2014 г. - 2,9%);
- 7 место - прочие болезни - 3,0% (2014 г. - 2,2%);
- 8 место - болезни глаза и его придаточного аппарата - 2,8% (2014 г. - 2,7%);
- 9 место - травмы, отравления и другие воздействия внешних причин - 1,7%;
- 10 место - болезни мочеполовой системы и болезни системы кровообращения - по 1,4%.

Результаты реабилитационной работы по возвращенным ИПР при переосвидетельствовании детей-инвалидов. Выдано заключений о выполнении индивидуальных программ реабилитации инвалида при переосвидетельствовании 1 463 (2011 г. - 1 483, 2012 г. - 1 748, 2013 г. - 1 326, 2014 г. - 1 258), из них с положительными результатами реабилитации - 1 196 или 81,7% (2011 г. - 66,7%, 2012 г. - 83,8%, 2013 г. - 48,8%, 2014 г. - 74,3%).

В том числе:

- достигнута полная компенсация утраченных функций - 62 или 5,2% (2014 г. - 6,7%);

- достигнута частичная компенсация утраченных функций - 613 или 51,3% (2014 г. - 62,5%);
- восстановлены нарушенные функции полностью - 54 или 4,5% (2014 г. - 4,5%);
- восстановлены нарушенные функции частично - 473 или 39,5% (2014 г. - 13,5%);
- достигнута полная способность к самообслуживанию - 254 или 21,2% (2014 г. - 26,2%);
- достигнута частичная способность к самообслуживанию - 780, или 65,2% (2014 г. - 61,6%);
- восстановлены навыки бытовой деятельности - 942 или 78,8% (2014 г. - 72,2%);
- реализована возможность получения общего образования - 262 или 21,9% (2014 г. - 22,8%).
- осуществлена профориентация - 568 или 47,5%.

Выводы:

1. Отмечается общее снижение обращений граждан в бюро медико-социальной экспертизы Учреждения за счет повторных освидетельствований, тогда как первичные обращения с данной целью возросли.

2. В целом по республике, начиная с 2010 г., наблюдалось снижение показателя первичной инвалидности среди лиц старше 18 лет, причем это снижение происходило среди населения как трудоспособного, так и пенсионного возраста. В 2015 г. произошел рост показателя за счет лиц трудоспособного возраста.

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

4. Доля первичной инвалидности по причине болезней системы кровообращения среди лиц старше 18 лет продолжает снижаться: с 51% в 2006 г. до 28,5% в 2015 г. Наблюдается постоянный рост доли злокачественных новообразований: с 10,2% в 2006 г. до 27,0% в 2015 г.

5. В 2015 г. вновь произошло повышение показателя первичной инвалидности среди детей (0-17 лет). Данный показатель самый высокий за последние годы.

6. В структуре первичной инвалидности детского населения по нозологиям, как и в предыдущие годы, на первое ранговое место вышли врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, их доля незначительно возросла. Психические расстройства и расстройства поведения и болезни нервной системы заняли, как и в 2013 и 2014 гг., второе и третье место соответственно.

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

8. Число лиц мужского пола, впервые признанных инвалидами, по-прежнему превышает число лиц женского пола, как среди детского, так и среди взрослого населения.

9. Самое большее число лиц впервые признанных инвалидами среди детского населения (0-17 лет) - в возрастной категории «0-3 года», его доля составляет 47,0% от общего числа впервые признанных инвалидами детей.

ГЛАВА 3. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Сеть учреждений здравоохранения, структурные преобразования. В отчетном 2015 г. функционировало 91 учреждение здравоохранения, имеющее статус юридического лица (таблица 72). 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 72

Сеть государственных и муниципальных учреждений здравоохранения РК в 2011-2015 гг.

Типы учреждений	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
I. Больничные учреждения:	44	44	42	42	41
Республиканская больница	1	1	1	1	1
Детская республиканская больница	1	1	1	1	1
Городские больницы	6	6	6	6	6
Детские городские больницы	2	2	2	2	2
Больницы скорой медицинской помощи	1	1	1	1	1
Госпитали для ветеранов войн и участников боевых действий	1	1	1	1	1
Самостоятельные родильные дома	2	2	2	2	2
Центральные районные больницы	16	16	16	16	16
Районные больницы	5	5	3	3	3
Участковые больницы	1	1	1	1	-
Участковые больницы, входящие в состав ЦРБ	19	16	16	16	16
Специализированные больницы:	3	3	3	3	3
инфекционные больницы для взрослых	2	2	2	2	2
офтальмологические больницы	1	1	1	1	1
Психиатрические больницы	3	3	3	3	3
Перинатальный центр	1	1	1	1	1
Центры восстановительной терапии	1	1	1	1	1
II. Диспансеры, всего	10	9	9	9	8
Диспансеры, имеющие стационар круглосуточного пребывания:	9	8	8	8	7
противотуберкулезные	3	3	3	3	3
онкологические	2	1	1	1	1
кожно-венерологические	1	1	1	1	1
психоневрологические	1	1	1	1	-
наркологические	1	1	1	1	1
кардиологические	1	1	1	1	1
Диспансеры, оказывающие только амбулаторно-поликлиническую помощь:	1	1	1	1	1
врачебно-физкультурные	1	1	1	1	1
III. Фельдшерско-акушерские пункты	324	314	311	305	303
IV. Амбулаторно-поликлинические учреждения самостоятельные:	17	17	17	17	17
поликлиники	9	9	9	9	9
амбулатории	-	-	-	-	-
детские поликлиники	4	4	4	4	4
центр СПИД	1	1	1	1	1
медицинские диагностические центры	1	1	1	1	1
прочие учреждения (физиополиталика, центр профессиональной патологии)	2	2	2	2	2
V. Здравпункты (врачебные и фельдшерские)	17	16	13	9	11
врачебные	3	3	3	1	1
фельдшерские	14	13	10	8	10
VI. Стоматологические поликлиники самостоятельные	6	6	6	6	4

ЛПУ, имеющие стоматологические отделения, кабинеты	35	35	33	38	31
VII. Станции скорой медицинской помощи:					
самостоятельные	2	2	2	2	2
входящие в состав других учреждений	32	32	31	30	30
VIII. Санаторно-курортные учреждения	6	6	6	6	6
IX. Дома ребенка	3	3	3	3	3
X. Прочие медицинские учреждения:	16	12	12	13	10
Центры медицинской профилактики	1	1	1	1	1
Бюро судебно-медицинской экспертизы	1	1	1	1	1
Патолого-анатомическое бюро	1	1	1	1	1
Станции переливания крови	1	1	1	1	1
МИАЦ	1	1	1	-	-
Бюро медицинской статистики	1	-	-	1	1
Медколледжи (училища)	3	-	-	-	-
ГУЗ РК "Резерв"	1	1	1	1	1
"Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств"	1	1	1	1	1
ГБУ РК "Автотранспортное управление здравоохранения РК"	1	1	1	1	1
ГБУ РК "Главное управление материально-технического обеспечения здравоохранения РК"	1	1	1	1	1
ГБУЗ РК "Медтехника"	2	2	2	2	-
ГБУ РК "Территориальный центр медицины катастроф РК"	-	-	-	1	1
ГБУЗ РК "Медавтотранспорт"	1	1	1	1	-
Всего число медицинских организаций (юридических лиц)	104	99	97	98	91

В результате реструктуризации сети за последние 5 лет число диспансеров сократилось на 2 единицы. Кроме того, в 2015 г. реорганизовано 11 учреждений здравоохранения путем преобразования в структурные подразделения более крупных медицинских организаций:

- ГБУЗ РК «Усть-Куломская центральная районная больница» и ГБУЗ РК «Помоздинская участковая больница»,
- ГАУЗ РК «Республиканская стоматологическая поликлиника» и ГБУЗ РК «Эжвинская стоматологическая поликлиника»,
- ГБУЗ РК «Печорская центральная районная больница», ГБУЗ РК «Печорский психоневрологический диспансер», ГАУЗ РК «Печорская стоматологическая поликлиника»,
- ГБУ РК «Главное управление материально-технического обеспечения здравоохранения РК», ГБУ РК «Медтехника» (г. Ухта), ГБУ РК «Медтехника г. Воркута»,
- ГУ РК «Автотранспортное управление здравоохранения РК», ГБУ РК «Медавтотранспорт г. Ухты»,
- ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника», ГБУЗ РК «Городская поликлиника № 3 п. Водный»,
- ГБУЗ РК «Жешартская районная больница» и ГБУЗ РК «Усть-Вымская центральная районная больница»,
- ГБУЗ РК «Воркутинский центр медицинской профилактики» и ГБУЗ РК «Воркутинская поликлиника»,
- ГБУЗ РК «Центр контроля качества и сертификации лекарственных средств РК» и ГКУ РК «Центр обеспечения деятельности Министерства здравоохранения РК».

Число фельдшерско-акушерских пунктов по сравнению с 2014 г. уменьшилось на 2. Во всех городах и районах РК функционируют больничные учреждения. 9 из 41 стационарного учреждения располагаются в столице РК. Кроме того, в отдаленных сельских населенных пунктах функционируют 15 участковых больниц, входящих в состав центральных районных больниц: пять - в Усть-Куломском районе; три - в Усинском районе; по две - в Ижемском и Удорском районах; по одной - в Усть-Цилемском, Печорском и Княжпогостском районах.

**Число больничных учреждений здравоохранения (юридические лица)
по типу и месту расположения в 2015 г.**

Города и районы	Республиканские больницы (вкл. детские)	Городские больницы	Детские городские больницы	Больницы скорой медпомощи	Госпитали	Роддома	Центральные районные больницы	Районные больницы	Участковые больницы	Инфекционные больницы	Офтальмологические больницы	Психиатрические больницы	Перинатальные центры	Центры восстановительного лечения
Вуктыльский							1							
Ижемский							1							
Княжпогостский							1							
Койгородский							1							
Корткеросский							1							
Печорский							1							1
Прилузский							1							
Сосногорский							1	2						
Сыктывдинский							1							
Сысольский							1							
Троицко-Печорский							1							
Удорский							1							
Усинский							1							
Усть-Вымский							1	1						
Усть-Куломский							1							
Усть-Цилемский							1							
Воркута		1	1	1		1				1		1		
Инта		1												
Ухта		1	1			1					1	1		
Сыктывкар	2	3			1					1		1	1	
РК	2	6	2	1	1	2	16	3	0	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 74

Число диспансеров (юридические лица) по типу и месту расположения в 2015 г.

Города и районы	Кардиологические	Психоневрологические	Наркологические	Онкологические	Кожно-венерологические	Противотуберкулезные	Врачебно-физкультурные
Печорский						1	
Воркута						1	
Ухта							

Сыктывкар	1		1	1	1	1	1
РК	1	0	1	1	1	3	1

Мощность стационарных учреждений в 2015 г. составила 8 563 коек круглосуточного и дневного пребывания (таблица 75). В динамике отмечается четкая тенденция снижения числа коек, что связано со снижением численности населения РК и приведением числа коек в соответствие с рекомендуемыми нормативами программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.

Таблица 75

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

Города и районы / Год	Количество коек (круглосуточного и дневного пребывания)					Отклонение от 2011 (ед.)
	2011	2012	2013	2014	2015	
Вуктыльский	112	110	108	114	106	-6
Ижемский	104	104	103	102	102	-2
Княжпогостский	166	159	139	139	140	-26
Койгородский	74	72	72	72	72	-2
Корткеросский	101	94	89	80	80	-21
Печорский	606	563	562	572	572	-34
Прилузский	120	115	115	109	112	-8
Сосногорский	204	201	200	192	192	-12
Сыктывдинский	45	45	28	28	37	-8
Сысольский	90	90	83	83	83	-7
Троицко-Печорский	113	113	108	100	103	-10
Удорский	111	111	111	111	108	-3
Усинский	330	317	294	303	290	-40
Усть-Вымский	128	128	126	109	99	-29
Усть-Куломский	174	167	147	125	129	-45
Усть-Цилемский	91	90	85	87	83	-8
Воркута	1215	1142	1115	1114	1087	-128
Инта	264	260	245	251	251	-13
Ухта	987	957	907	916	931	-56
Сыктывкар	3969	3970	3943	3940	3986	+17
РК	9004	8808	8580	8547	8563	-441

Амбулаторно-поликлиническая сеть. Основным направлением современной стратегии организации медицинской помощи населению является преимущественное развитие амбулаторно-поликлинической помощи. Сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих медицинскую помощь населению в республике, состоит из двух типов: самостоятельные учреждения (юридические лица) и амбулаторно-поликлинические подразделения, входящие в состав больничных комплексов.

В 2015 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 76

**Число амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения
(юридические лица) по типу и месту расположения в 2015 г.**

	Поликлиники	Детские поликлиники	Медицинские диагностические центры	Центры по профилактике и борьбе со СПИДом	Физиополклинники	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 с 29 569,2 посещения в смену в 2011 г. до 29 564 - в 2015 г.

В связи территориальными особенностями РК (значительной удалённостью ряда населённых пунктов друг от друга) в РК создана сеть домовых хозяйств, на которые возложены функции по оказанию первой помощи. В 2015 г. функционировало 49 таких домовых хозяйств (в 2014 г. - 61). Сокращение численности домовых хозяйств в основной связано с закрытием населенных пунктов.

Фельдшерско-акушерские пункты. По сравнению с 2011 г., с учетом упраздненных и вновь введенных в эксплуатацию, количество ФАП в РК сократилось на 21 единицу (таблица 77).

Таблица 77

Количество фельдшерско-акушерских пунктов в городах и районах РК в 2011-2015 гг.

Города и районы / Год	2011	2012	2013	2014	2015	Отклонение от 2011 (ед.)
Вуктыльский	5	5	5	5	5	
Ижемский	20	20	20	20	20	
Княжпогостский	18	18	18	18	18	
Койгородский	12	12	12	12	12	
Корткеросский	25	25	24	24	25	
Печорский	24	24	24	24	24	
Прилузский	33	33	33	33	31	-2
Сосногорский	13	11	11	11	11	-2
Сыктывдинский	13	13	13	12	12	-1
Сысольский	15	15	15	15	15	
Троицко-Печорский	19	19	17	16	16	-3
Удорский	25	18	18	18	17	-8
Усинский	11	11	11	8	8	-3
Усть-Вымский	13	12	12	12	12	-1
Усть-Куломский	33	33	33	32	32	-1
Усть-Цилемский	24	24	24	24	24	
Воркута	2	2	2	2	2	
Инта	8	8	8	8	8	
Ухта	8	8	8	8	8	
Сыктывкар	3	3	3	3	3	
РК	324	314	311	305	303	-21

За последние 5 лет более чем в два раза уменьшилось количество здравпунктов (врачебных и фельдшерских) - с 24 до 9 единиц.

В РК в 2015 г. продолжили работу 6 санаторно-курортных учреждений, из них четыре для лечения детей: «Санаторий «Лозым», «Детский санаторий «Кедр», «Корткеросский детский противотуберкулёзный санаторий», «Детский противотуберкулёзный санаторий «Кажим».

3.2. Вопросы территориального планирования и развития отрасли. На 31 декабря 2015 г. в РК функционировали:

48 государственных больничных учреждений (включая диспансеры) на 8 071 круглосуточных коек и 448 коек дневного пребывания;

17 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений для взрослого и детского населения и 1 диспансер, оказывающий только амбулаторную помощь;

8 диспансеров с поликлиниками;

303 фельдшерско-акушерских пунктов;

4 стоматологических поликлиник;

стационары дневного пребывания при больнице с числом мест 492;

дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях на 1677 места; стационары на дому на 79 мест;

2 станции скорой медицинской помощи и 30 отделений скорой медицинской помощи.

Программа территориального планирования в сфере здравоохранения в РК в 2015 г. реализовывалась на основании Распоряжения Правительства Российской Федерации от 19 октября 1999 г. № 1683-р «О методике определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры», а также в рамках Подпрограммы 11 «Совершенствование системы территориального планирования здравоохранения РК» (далее Подпрограмма 11) Государственной Программы РК «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства РК от 28 сентября 2012 г. № 420 «Об утверждении государственной программы РК «Развитие здравоохранения».

Цели и задачи территориального планирования здравоохранения региона ориентированы на повышение качества жизни и уровня предоставляемых медицинских услуг населению республики.

Качество и доступность медицинской помощи напрямую зависит от условий предоставления медицинской помощи, от состояния используемых для оказания медицинской помощи материальных ресурсов. К таким материальным ресурсам необходимо отнести используемые в процессе оказания медицинской помощи площади учреждений здравоохранения.

Необходимо отметить, что, несмотря на реализацию мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения, проблема устаревания основных фондов учреждений здравоохранения вследствие их физического износа, несоответствия условий предоставления медицинской помощи санитарно-гигиеническим нормам остается актуальной. В части случаев для разрешения этой проблемы невозможно было проведение ремонтных работ в связи с высоким износом эксплуатируемого недвижимого имущества.

До настоящего времени значительное количество учреждений здравоохранения и их структурных подразделений располагаются в деревянных постройках и приспособленных помещениях. Наиболее остро эта проблема обозначена в учреждениях здравоохранения, расположенных в сельских населенных пунктах.

Все центральные районные (городские) больницы, за исключением поликлиники государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК (далее ГБУЗ РК) «Сысольская центральная районная больница», введенной в строй в 2007 г., расположены в зданиях, построенных по типовым проектам 60 – 80-х годов, либо в приспособленных зданиях, не соответствующих современным санитарным нормам и требованиям.

Ряд объектов здравоохранения, расположенных в отдаленных территориях и сельской местности, не имеют централизованного водоснабжения, канализации, проводной телефонной связи.

Сложившаяся ситуация негативно сказывается на дальнейшем развитии территориального планирования здравоохранения республики, так как не позволяет эффективно использовать имеющиеся ресурсы.

Подпрограммой 11 предусмотрена реализация ряда проектов, направленных на существенное обновление имеющихся материальных ресурсов и связанных с капитальным строительством объектов здравоохранения. За счет средств республиканского бюджета запланировано строительство (реконструкция) следующих объектов:

- реконструкция республиканской инфекционной больницы в г. Сыктывкаре;
- реконструкция радиологического отделения Коми республиканского онкологического диспансера по ул. Гаражной в г. Сыктывкаре;
- строительство лечебного корпуса на 50 коек в с. Усть-Цильма;
- строительство многопрофильной больницы с отделением для оказания медицинской помощи больным, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях мощностью 80 коек в с. Визинга Сысольского района;
- завершение строительства «санаторного комплекса в с. Серегово Княжпогостского района».

Реализация каждого из запланированных проектов позволит повысить доступность и качество медицинской помощи для населения, выстроить схему маршрутизации пациентов, ориентируясь на новые условия оказания медицинской помощи в учреждении.

Для повышения доступности специализированной медицинской помощи, завершения процесса регионализации медицинской помощи в рамках реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» запланирована организация межтерриториального консультативно-диагностического центра на ГБУЗ РК «Печорская центральная районная больница», выполняющего в настоящее время функцию межтерриториального центра в части оказания стационарной медицинской помощи в первичном сосудистом отделении.

После организации межтерриториального центра в указанном учреждении амбулаторная специализированная медицинская помощь регионализируется на базе 4 учреждений здравоохранения:

ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3» - для жителей г. Сыктывкара;

ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр» - для жителей городов и районов РК;

ГБУЗ РК «Ухтинская поликлиника» - для жителей г. Ухта, Сосногорского, Вуктыльского, Троицко-Печорского, Княжпогостского районов;

ГБУЗ РК «Печорская центральная районная больница» - для жителей г. Печора и Печорского района, Ижемского, Усть-Цилемского, Усинского районов.

Межтерриториальные центры стационарной медицинской помощи организованы на базе 5 учреждений здравоохранения:

ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница № 1» - для жителей г. Ухты с подчиненной ему территорией, г. Сосногорска с подчиненной ему территорией, Княжпогостского, Вуктыльского, Троицко-Печорского районов;

ГБУЗ РК «Печорская центральная районная больница» - для жителей г. Печоры с подчиненной ему территорией;

ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи» - для жителей г. Воркута с подчиненной ему территорией;

ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» - для жителей городов и районов республики;

ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» - для жителей г. Сыктывкара с подчиненной ему территорией, Сыктывдинского, Усть-Вымского, Корткеросского районов.

Указанные учреждения специализируются на оказании специализированной медицинской помощи по различным профилям.

Продолжена системная работа по реорганизации маломощных учреждений здравоохранения по следующим направлениям:

1) реорганизация маломощных учреждений здравоохранения путем присоединения к более крупным (функционально близким) учреждениям здравоохранения;

2) преобразование участковых больниц, расположенных в населенных пунктах со стабильно снижающейся численностью населения, во врачебные амбулатории (с организацией коек сестринского ухода) или фельдшерско-акушерские пункты;

3) упразднение фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в населенных пунктах с предельно низкой численностью приписного населения (менее 30 человек), с прикреплением населения для осуществления медицинского обслуживания к ближайшему учреждению здравоохранения;

4) преобразование фельдшерско-акушерских пунктов с численностью населения менее 300 человек в фельдшерские здравпункты.

Для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи, обеспечения выработки решений по оптимальной маршрутизации пациентов, работе выездных служб, включая алгоритмы действий при оказании медицинской помощи в населенных пунктах, в которых отсутствуют медицинские организации и подготовки рациональных инфраструктурных решений приказом Министерства здравоохранения РК от 19 ноября 2015

г. № 2503-р «О создании рабочей группы по вопросам территориального планирования в области здравоохранения в РК» сформирована рабочая группа по разработке интерактивной карты размещения медицинских организаций на территории РК.

Министерством здравоохранения РК совместно с Министерством массовых коммуникаций, информатизации и связи РК в 2015 г. продолжена работа по созданию региональной информационно-аналитической медицинской системы здравоохранения РК.

Завершить работы по созданию региональной информационно-аналитической медицинской системы здравоохранения и геоинформационного портала планируется в 2016 г.

3.3. Кадровое обеспечение системы здравоохранения. Кадровое состояние здравоохранения республики характеризуется незначительным, но стабильным оттоком медицинского персонала из государственного сектора здравоохранения региона. Основными причинами оттока кадров являются миграционные процессы, старение кадров, отток кадров в частную систему здравоохранения.

Таблица 78

Основные кадровые показатели

	2013	2014	2015
Абсолютное количество врачей	3 450	3 479	3 449
Обеспеченность врачами по РК (РФ 2014 г. - 44,0)	39,2	39,5	39,9
Город	44,7	44,6	45,0
Село	20,4	21,9	22,0
Укомплектованность врачами, процент	52,4	54,8	51,0
Абсолютное количество среднего медперсонала	10 733	10 648	10 577
Обеспеченность средним медперсоналом	121,9	122,1	122,7
Укомплектованность средним медперсоналом, процент	67,0	74,6	71,8

Таблица 79

Обеспеченность медицинскими кадрами (в сравнении с Российской Федерацией и Северо-Западным федеральным округом)

Годы	Врачи		Врачи клинических специальностей		Средний медицинский персонал	
	Всего (человек)	На 10 тыс. населения	Всего (человек)	На 10 тыс. населения	Всего (человек)	На 10 тыс. населения
2013	3 450	39,2	2 107	23,9	10 733	121,9
2014	3 479	39,5	2 074	23,8	10 648	122,1
2015	3 449	39,9	2 108	24,4	10 577	122,7
РФ 2014	н/д	42,6	н/д	24,1	н/д	88,0
СЗФО 2014	н/д	49,6	н/д	н/д	н/д	87,2

В 2015 г. общая численность врачей в РК снизилась на 0,9% и составила 3 449 человек. Однако, учитывая тенденцию к снижению численности населения республики, обеспеченность врачами (на 10 тыс. населения) увеличилась с 39,5 до 39,9. Этот показатель ниже уровня РФ на 7,3% и Северо-Западного федерального округа на 20,4 %.

Обеспеченность врачами сельских районов по сравнению с 2014 г. увеличилась на 0,45%, с 2011 г. - на 23,8%. Такая динамика связана с успешной реализацией программы «Земский доктор» (в РК в рамках постановления Правительства РК от 14.02.2012 г. № 45 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников с высшим профессиональным образованием и средним профессиональным образованием, работающих в сельских населенных пунктах»), принятого

во исполнение статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»). В рамках реализации указанной программы в течение 2012-2015 гг. к работе в сельских учреждениях здравоохранения, расположенных на территории РК, приступил 141 врач.

Показатель обеспеченности врачами клинических специальностей увеличился по сравнению с 2014 г. на 2,5% и составил 24,4 на 10 тыс. населения. В абсолютных значениях число врачей клинических специальностей увеличилось на 34 человека. Анализируемый показатель выше уровня РФ на 0,3 %.

Несмотря на рост обеспеченности врачами, показатель укомплектованности остается низким (в 2015 г. - 51,0%). Низкий уровень показателя в настоящее время обусловлен изменениями штатных расписаний учреждений здравоохранения, связанных с их приведением к рекомендуемым требованиям Порядков оказания медицинской помощи, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Не удалось существенно переломить ситуацию, связанную с низкой укомплектованностью врачебных должностей urgentных специальностей (врачей скорой медицинской помощи, анестезиологов-реаниматологов) и таких специальностей как «врач-диетолог», «врач клиничко-лабораторной диагностики», «врач-патологоанатом», «врач судебно-медицинской экспертизы», «врач-психиатр», «врач-нейрохирург», «врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине», «врач-профпатолог», «врач-функциональной диагностики», «врач-эндоскопист», «врач-радиолог».

В настоящее время низкая укомплектованность врачей диетологов компенсируется медицинскими сестра диетическими, врачей клиничко-лабораторной диагностики - биологами.

Общая численность среднего медицинского персонала продолжает уменьшаться. Так, в течение 2015 г. численность среднего медицинского персонала сократилась на 0,7% и составила 10 577 человек. Обеспеченность на 10 тыс. населения увеличилась со 122,1 работника на 10 тыс. населения в 2014 г. до 122,7 - в 2015 г.

Соотношение врач/средний медицинский работник на протяжении ряда лет остается на уровне 1:3,1, причем в городах это соотношение составляет 1:2,9, в сельской местности - 1:4,4. Более высокое число средних медицинских работников в сельской местности обосновано более высокой потребностью в специалистах со средним медицинским образованием для работы на фельдшерско-акушерских пунктах и в системе общей лечебной сети.

С целью системного решения вопроса повышения эффективности кадрового обеспечения здравоохранения Республики Коми на протяжении ряда лет решениями Правительства РК устанавливались дополнительные меры социальной поддержки медицинских работников.

С целью привлечения медицинских работников с высшим и средним образованием для работы в сельской местности постановлением Правительства РК от 14.02.2012 г. № 45 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников с высшим профессиональным образованием и средним профессиональным образованием, работающих в сельских населенных пунктах» предусмотрены единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. руб. для врачей и 350 тыс. руб. для средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов.

Для минимизации проблем кадрового обеспечения принято постановление Правительства РК от 08.05.2014 г. №181, которым утверждены единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, трудоустроившимся по наиболее дефицитным специальностям, в размере 100 тыс. рублей, а также медицинским работникам, прибывшим на работу в поселки городского типа, в размере 500 тыс. руб.

В качестве меры социальной поддержки студентам-контрактникам, обучающимся по договорам с учреждениями здравоохранения РК за счет средств республиканского бюджета,

постановлением Правительства РК от 18.11.2013 № 437 установлены именные стипендии в размере 2 548,30 рублей.

Обучение специалистов с высшим медицинским образованием за счет средств республиканского бюджета РК осуществляется на базе Коми филиала ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, а также ФГБОУ ВПО "Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина".

На сегодняшний день продолжают обучение по специальности «Лечебное дело» за счет средств республиканского бюджета на базе указанных образовательных учреждений 225 студентов.

Кроме того, именные стипендии в размере 2 тыс. рублей также установлены для врачей-интернов, заключивших договоры о трудоустройстве с учреждениями здравоохранения республики (в рамках постановления Правительства РК от 24.07.2014 N 299 "Об учреждении именных стипендий интернам, обучающимся в интернатуре государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Северный государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения РФ и государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Кировская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации, принявшим обязательства по трудоустройству в медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения РК").

В целях подготовки врачебных кадров Министерство здравоохранения РК взаимодействует с рядом образовательных учреждений высшего образования, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации: Кировская, Ярославская, Ивановская, Ижевская, Пермская, Санкт-Петербургская государственные медицинские академии, Северный, Северо-Западный государственные медицинские университеты, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет.

В 2015 г. Министерством заключены договоры о целевом приеме с 5-тью медицинскими вузами, в которые в рамках целевого приема за счет средств федерального бюджета по направлениям Министерства здравоохранения РК на первый курс было зачислено 60 человек (в 2014 г. - 65 чел., в 2013 г. - 65 человек).

В 2015 г. была продолжена работа по направлению граждан на контрактную подготовку за счет средств республиканского бюджета РК по специальности «Лечебное дело» в ФГБОУ ВПО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина» в рамках реализации постановления Правительства РК от 16.12.2013 №490 «О порядке организации контрактной подготовки специалистов с высшим образованием и их трудоустройстве». В 2015 г. на контрактную подготовку в ФГБОУ ВПО «Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина» было зачислено 60 студентов. Квоты для заключения договоров на контрактную подготовку в 2015 г. для учреждений здравоохранения утверждены приказом Минздрава РК от 22.04.2015 г. №822-р.

В 2015 г. по программам интернатуры подготовлено 97 специалистов, в ординатуре - 1 человек. Трудоустроились после окончания обучения в государственные учреждения здравоохранения 88 человек. Эффективность трудоустройства после окончания интернатуры и ординатуры составила в 2015 г. - 90%, в 2014 г. - 85%.

Министерством здравоохранения РК проводится работа по организации подготовки кадров в клинической интернатуре и клинической ординатуре (таблицы 80, 81).

Таблица 80

Количество специалистов, подготовленных в интернатуре в 2015 г.

Специальность	Количество специалистов
Акушерство и гинекология	7
Анестезиология-реаниматология	5

Инфекционные болезни	1
Клиническая лабораторная диагностика	4
Неврология	5
Неонатология	
Оториноларингология	1
Офтальмология	3
Патологическая анатомия	2
Педиатрия	7
Психиатрия	3
Рентгенология	3
Скорая медицинская помощь	1
Судебно-медицинская экспертиза	5
Стоматология	10
Терапия	31
Травматология и ортопедия	2
Хирургия	6
Эндокринология	1
ВСЕГО:	97 чел.

Таблица 81

Количество специалистов, подготовленных в целевой ординатуре в 2015 г.

Специальность	Количество специалистов
Урология	1 чел.

Министерством здравоохранения РК разработан комплекс мер, направленный на поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, подготовку медицинских кадров, повышение престижа медицинской профессии, предоставление дифференцированных мер социальной поддержки медицинским работникам, в первую очередь - наиболее дефицитных специальностей.

Эти мероприятия включены в подпрограмму «Развитие кадрового потенциала отрасли здравоохранение» государственной программы РК «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 420.

В рамках реализации мероприятий региональной кадровой подпрограммы в 2015 г. единовременные компенсационные выплаты в качестве меры социальной поддержки получили 62 медицинских работника:

- в размере 1 млн. руб. - 23 врача, прибывшие для трудоустройства в сельские населенные пункты (за период 2012-2015 гг. - 141 врач);
- в размере 500 тыс. руб. - 18 врачей, прибывших на работу в поселки городского типа;
- в размере 100 тыс. руб. - 14 врачей наиболее дефицитных и востребованных специальностей;
- в размере 350 тыс. руб. - 7 средних медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов (за период 2012-2015 гг. - 34 средних медработников).

В рамках реализации мероприятий государственной программы РК «Развитие здравоохранения» Министерством здравоохранения РК и учреждениями здравоохранения республики проводятся мероприятия по привлечению медицинских кадров из других субъектов Российской Федерации. В 2014 г. в учреждения здравоохранения РК устроились на работу 123 медицинских работника, прибывших из других субъектов Российской Федерации: 68 врачей и 55 средних медицинских работников (таблица 82).

Таблица 82

**Трудоустройство медработников, прибывших из других регионов и других стран,
в разрезе муниципальных образований**

Муниципальное образование	Врачи, чел.	Средние медработники, чел.
Воркута	14	8
Вуктыльский	2	10
Усть-Вымский	1	-
Корткеросский	1	-
Инта	3	2
Ижемский	-	1
Сосногорск	8	-
Троицко-Печорский	2	-
Сыктывкар	11	7
Усинск	6	16
Ухта	16	7
Печора	1	2
Прилузский	-	1
Удорский	3	1
ИТОГО:	68 чел.	55 чел.

Медицинские работники прибыли из более, чем 30 регионов России. Основная масса врачей прибыла из Приволжского федерального округа (46% от всех прибывших врачей).

Среди прибывших врачей были врачи следующих специальностей: акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, бактериолог, врач клинической лабораторной диагностики, стажер, врач общей практики, врач по рентгенэндоваскулярным методам диагностики и лечения, врач ультразвуковой диагностики, дерматовенеролог, детский хирург, инфекционист, невролог, онколог, офтальмолог, педиатр, психиатр, рентгенолог, стоматолог, терапевт, травматолог-ортопед, фтизиатр, хирург.

Таблица 83

Удельный вес аттестованных врачей, имеющих сертификат

Годы	Всего	С высшей категорией	С I категорией	С II категорией	Сертификат
2014	36,8	15,4	15,4	6,2	98,0
2015	37,6	16,0	15,5	6,0	99,3
РФ 2014	46,8				92,3
СЗФО 2014	46,4				90,8

В 2015 г. отмечается рост числа врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, до 16,0% от общей численности аттестованных врачей (2014 г. - 15,4%) (таблица 83). Также имеет место незначительный рост удельного веса аттестованных врачей - с 36,8% в 2014 г., до 37,6% - в 2015 г. Однако, этот показатель значительно ниже среднероссийского уровня (46,8%) и уровня, характерного для СЗФО (46,4%).

Причиной такой ситуации является отток наиболее квалифицированных специалистов за пределы РК, пассивностью части врачей по вопросам профессионального роста.

Вместе с тем, доля врачей, имеющих сертификат специалиста, в 2015 г. увеличилась по сравнению с 2014 г. на 1,3% и составила 99,3%. Это выше среднероссийского уровня (92,3%) и уровня, характерного для СЗФО (90,8%).

Подготовка среднего медицинского персонала в РК осуществляется в 3 медицинских колледжах. Ежегодный выпуск средних медицинских работников составляет около 300 человек. Кроме того, на базе указанных учреждений проходят специализацию и повышение квалификации около 4 тыс. средних медицинских работников в год.

Удельный вес аттестованного среднего медицинского персонала имеющего сертификат

Годы	Всего	С высшей категорией	С I категорией	Со II категорией	Сертификат
2014	51,9	25,5	20,6	5,9	94,0
2015	50,8	27,1	18,0	5,7	96,4
РФ 2014	58,4				94,7
СЗФО 2014	59,9				96,7

В 2015 г. удельный вес аттестованных средних медицинских работников (таблица 84) снизился на 1,1% по сравнению с уровнем 2014 г. и составил 50,8% (РФ - 58,4%, СЗФО - 59,9%). Доля среднего медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста, в 2015 г. увеличилась по сравнению с 2014 г. на 2,4% и составила 96,4% (РФ - 94,7%, СЗФО - 96,7%). В 2016 г. планируется активизировать деятельность, направленную на получение сертификата специалиста и квалификационной категории медицинскими работниками.

В целях организации работы по реализации Указа Президента РФ от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» принято распоряжение Правительства РК от 24.01.2013 г. № 12-р, которым определены меры по поэтапному повышению заработной платы работников государственных и муниципальных учреждений социальной сферы РК.

По всем категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения РК достигнуты целевые значения заработной платы, определенные «дорожной картой» на 2015 г.

Таблица 85

Наименование показателя	Индикативные значения показателей соотношения средней заработной платы медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения РК и средней заработной платы в РК, определенные Указом 597			
	План		Факт	
	Процент	Рублей	Процент	Рублей
Врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) образование или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги (обеспечивающие предоставление медицинских услуг)	144,0	56 745,3	149,5	58 926,00
Средний медицинский персонал	81,1	31 966,4	84,5	33 296,03
Младший медицинский персонал	54,1	21 336,5	58,0	22 845,03

3.4. Оценка состояния основных фондов. Техническое оснащение учреждений здравоохранения РК. Одной из главных проблем отрасли здравоохранения РК остается моральное и физическое устаревание основных фондов учреждений здравоохранения вследствие их физического износа, изменения санитарно-гигиенических и строительных норм, требований к проектированию, связанных с появлением новых методов диагностики, лечения больных и нацеленных на создание все более комфортных условий пребывания больных и работы медперсонала в учреждениях здравоохранения.

Состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений РК характеризуется высоким износом недвижимого имущества учреждений здравоохранения, значительным количеством учреждений здравоохранения и их структурных подразделений, расположенных в деревянных постройках.

В наихудшем состоянии находятся объекты здравоохранения сельских районов РК.

Кроме того, все центральные районные больницы, расположены в зданиях, построенных по типовым проектам 1960-1980-х гг., либо в приспособленных зданиях, не соответствующих современным санитарным нормам и требованиям.

В течение 2015 г. в РК вопросу укрепления и развития материально-технической базы учреждений здравоохранения уделялось должное внимание.

В 2015 г. наиболее значимыми мероприятиями, направленными на решение проблемы износа основных фондов недвижимого имущества лечебно-профилактических учреждений РК, за счет средств республиканского бюджета были выполнены нижеследующие мероприятия:

1. капитальный ремонт травматологического отделения ГБУЗ РК «Коми республиканская больница»;

2. капитальный ремонт инженерных сетей (система отопления, горячее и холодное водоснабжение, канализация) подвальных помещений корпусов «АБ», «В», «ГД» ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи»;

3. капитальный ремонт помещений 4 этажа главного корпуса ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер»;

4. по программе энергосбережения и повышения энергетической эффективности ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» произведена замена деревянных оконных блоков на окна ПВХ в хирургическом корпусе;

5. капитальный ремонт кровли, замена плоской рулонной кровли на шатровую из профнастила в ГУ «Республиканская станция переливания крови»;

6. капитальный ремонт кровли ГУ РК «Воркутинский дом ребенка специализированный»;

7. капитальный ремонт фасада здания хирургического корпуса ГБУЗ РК «Воргашорская больница».

По отрасли здравоохранения для улучшения условий доступности маломобильных групп населения в лечебно-профилактических учреждениях выполнен ряд мероприятий:

- устройство пандусов в отделении № 8, 11 ГУ «Коми республиканская психиатрическая больница» по адресу: г. Сыктывкар, Сысольское шоссе, 60, в отделениях №3, 4, 5, 9, 7, ЛДО по адресу: г. Сыктывкар, ул. Эжвинская, 1;

- устройство подъемной платформы и пандуса для перемещения инвалидов ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3» по адресу: г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, 41;

- устройство пандуса в здании ГБУЗ РК «Воркутинский родильный дом»;

- устройство пандусов в Вухтымской и Ношульской амбулаториях;

- устройство пандуса в поликлинике ГБУЗ РК «Прилузская центральная районная больница»;

- монтаж крыльца с пандусом ГБУЗ РК «Княжпогостская центральная районная больница».

В 2015 г. в рамках завершения мероприятий по реализации федеральных целевых программ было закуплено медицинское оборудование и автотранспорт в ряд лечебно-профилактических учреждений здравоохранения РК.

В рамках Программы оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях приобретено дорогостоящее медицинское оборудование и автотранспорт на общую сумму более 30 600, млн. рублей, в том числе:

- 4 аппарата рентгенотелевизионных передвижных хирургических с С-дугой для ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара», ГБУЗ РК «Усинская центральная районная больница», ГБУЗ РК «Прилузская центральная районная больница», ГБУЗ РК «Усть-Вымская центральная районная больница»;

- 2 автомобиля скорой медицинской помощи класса «С» (реанимобиль) для оснащения ГБУ РК «Территориальный центр медицины катастроф РК» и ГБУЗ РК «Сысольская центральная районная больница»;

- стол операционный хирургический для нужд ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара».

В рамках Программы оказания медицинской помощи наркологическим больным для формирования здорового образа жизни приобретено медицинское оборудование на общую сумму около 14 000 000 рублей для оснащения следующих учреждений здравоохранения:

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

В том числе закуплены анализаторы паров этанола, алкоголя, электрокардиографы, анализатор биохимический автоматический, аппараты рентгеновские, система оцифровки для рентгеновского аппарата, автоматический поршневой дозатор.

Таким образом, в 2015 г. проводились мероприятия по развитию и укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения в рамках реализации приоритетных направлений развития здравоохранения.

В рамках исполнения распоряжения Правительства РК от 09.06.2015 г. № 233-р «О плане мероприятий по проведению инвентаризации государственного имущества РК в 2015 г.» (далее - План мероприятий), приказа Агентства РК по управлению имуществом от 18.06.2015 г. № 152-Д «Об утверждении Методических рекомендаций о порядке проведения инвентаризации государственного имущества РК» и приказа Министерства здравоохранения РК от 10 июля 2015 г. № 7/291 проведена инвентаризация государственного имущества РК (далее - инвентаризация имущества), закрепленного на праве оперативного управления за Министерством здравоохранения РК (далее - Министерство) и государственными учреждениями РК, функции и полномочия учредителя которых осуществляет Министерство.

Основными задачами при проведении инвентаризации государственного имущества являлись:

- выявление фактического наличия объектов инвентаризации, их характеристик и сопоставление последних с бухгалтерскими данными реестра государственного имущества РК;

- выявление неучтенных объектов государственного имущества РК;

- определение технического состояния объектов инвентаризации и возможности дальнейшей эксплуатации;

- проверка полноты отражения учетных данных;

- приведение учетных данных в соответствие с бухгалтерским учетом и с реестром государственного имущества РК;

- выявление неэффективно используемых, неиспользуемых или используемых не по назначению объектов инвентаризации, а также нарушений в их использовании.

Результаты проведенной инвентаризации имущества, подтвержденных актами инвентаризации имущества и инвентаризационными описями по установленным формам, направлены в установленные сроки в Министерство РК имущественных и земельных отношений.

Сведения о движимом имуществе представлены государственными учреждениями здравоохранения посредством автоматизированной системы «Учет и управление объектов государственной собственности РК и муниципальной собственности» (АСУС).

Установлено, что на дату проведения инвентаризации у учреждений здравоохранения на праве оперативного управления закреплено 72 619,9 тыс. ед. объектов имущества балансовой стоимостью 20 155,2 млн. руб., в том числе:

- по основным средствам:

72 618,5 тыс. объектов движимого имущества балансовой стоимостью 8 800, 7 млн. руб., остаточной - 2 965,9 млн. руб.,

1093 объекта недвижимого имущества балансовой стоимостью 9 432,9 млн. руб., остаточной - 4 726,4 млн. руб.;

- нефинансовым активам:

302 земельных участка на праве постоянного (бессрочного) пользования балансовой стоимостью 1 921,6 млн. руб.

Процент износа инвентаризируемых объектов имущества, входящих в состав основных средств составляет:

- недвижимого имущества - 49,9 %;
- объектов движимого имущества - 66,3%.

ГЛАВА 4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА

Удельный вес проб атмосферного воздуха с содержанием загрязняющих веществ выше гигиенических нормативов на протяжении ряда лет остается стабильно низким и имеет тенденцию к снижению.

Вместе с тем другой показатель, характеризующий качество атмосферного воздуха - удельный вес объектов, для которых разработан проект санитарно-защитной зоны и по нему получено санитарно-эпидемиологическое заключение о его соответствии государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам, на протяжении ряда лет имеет устойчивую тенденцию к увеличению.

Управлением Роспотребнадзора по РК выполнена корректировка реестра по перечню объектов, для которых требуется установление, разработка документации, получение санитарно-эпидемиологического заключения об установлении размера санитарно-защитной зоны. Фактически на 31.12.2015 г. в реестр включены 539 объектов, являющихся источниками загрязнения атмосферного воздуха. Для 442 из них проекты санитарно-защитных зон разработаны и согласованы в установленном порядке, что составило 82,01 %, (аналогичный показатель за: 2014 г. - 73,15 %; 2013 г. - 69,4 %, 2012 г. - 60,8 %, 2011 г. - 47,9 %, 2010 г. - 30,3 %).

За отчетный период проектов расчетных санитарно-защитных зон, проектов обоснования размеров санитарно-защитных зон, материалов натуральных исследований и измерений химического и физического воздействия на атмосферный воздух, выполненных для установления окончательного размера санитарно-защитной зоны рассмотрено на уровне Управления Роспотребнадзора по РК 55. Все признаны соответствующими государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам.

Проектов нормативов предельно допустимых выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух, в рамках которых также рассмотрены вопросы о необходимости и возможности установления санитарно-защитной зоны, за отчетный период рассмотрено 217, все признаны соответствующими государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам.

В отчетном периоде Управлением Роспотребнадзора по РК были проведены плановые выездные проверки в отношении крупных хозяйствующих субъектов (ООО «Газпром трансгаз Ухта», ООО «ЛУКОЙЛ-Коми») с подразделениями и территориально-обособленными объектами, расположенными на нескольких административных территориях РК.

По результатам проверок юридические и должностные лица привлечены к административной ответственности, выданы предписания об устранении выявленных нарушений и установлен контроль за его исполнением.

В 2015 г. решением Арбитражного суда РК предписание, выданное по результатам плановой выездной проверки, проведенной в 2014 г. в отношении ОАО «Коми тепловая компания», признано законным и оставлено в силе. Юридическое лицо обязано получить санитарно-эпидемиологическое заключение об установлении санитарно-защитной зоны для следующих производственных объектов предприятия: канализационные очистные сооружения в с. Корткерос, п. Аджером (Корткеросский район), п. Зимстан (Усть-Куломский район); котельные п. Озьяг, п. Зимстан, п. Нижний Воч, п. Югыдьяг, п. Лопьювад, п. Белоборск, с. Пожег, п. Ягкедж, с. Помоздино, п. Ярашью, п. Диасерья (Усть-Куломский район).

Водные объекты в местах водопользования населения, используемых в качестве питьевого водоснабжения (I категория) и для рекреации (II категория), питьевое водоснабжение. Управлением Роспотребнадзора по РК осуществляется контроль за исполнением на территории РК Федерального закона от 07.12.2011г. №416-ФЗ «О водоснабжении и водоотведении» в установленной части полномочий. В рамках работы по этому направлению Управлением рассмотрено и согласовано 104 программы производственного контроля качества питьевой воды; рассмотрено 13 (в том числе в 2015 г.

– 11, в 2014 г. - 2) инвестиционных программ, направленных на улучшение качества питьевой воды; по инициативе Управления Роспотребнадзора по РК подготовлена информация с конкретными предложениями, направленными на улучшение питьевого водоснабжения, которая рассмотрена на заседании Правительства РК. Управлением подготовлено и направлено 50 уведомлений в органы местного самоуправления поселений, городских округов о несоответствии среднего уровня показателей проб воды за календарный год нормативам качества питьевой воды, из них по 17 организациям, осуществляющим холодное водоснабжение, уже разработаны планы мероприятий по приведению качества воды в соответствие с установленными требованиями, которые согласованы с Управлением Роспотребнадзора,

В рамках надзора за качеством питьевого водоснабжения ежегодно исследуются в пределах 1800 проб воды из распределительной сети по санитарно-химическим показателям и 3000-3860 проб по микробиологическим показателям. Качество воды, поставляемой населению РК, остается на постоянном контроле Управления Роспотребнадзора по РК.

За период 2013-2015 гг. увеличилось количество наложенных штрафов за нарушения, допущенные при организации и обеспечении водоснабжения населения, по ст. 6.5: 64 в 2013 г., 54 в 2014 г., 81 в 2015 г., в том числе на юридических лиц 29, 20 и 45 соответственно; по ч. 2 ст. 8.42: 5 в 2013 г., 13 в 2014 г., 33 в 2015 г., в том числе на юридических лиц 3, 2 и 10 соответственно. Суммы наложенных штрафов составили (в тыс. руб.): по ст. 6.5: 618,2, в 2013 г., 493,1, в 2014 г., 763,5, в 2015 г., в том числе на юридических лиц: 554,0, 425,0 и 695,0 соответственно; по ч. 2 ст. 8.42: 920,0 в 2013 г., 696,0 в 2014 г., 2905,0 в 2015 г., в том числе на юридических лиц: 900,0, 600,0 и 2700,0 соответственно.

Число организаций, осуществляющих организацию централизованного холодного водоснабжения в РК, составляет – 60, горячее – 16, холодное и горячее – 20.

Доброкачественной питьевой водой в 2015 г. было обеспечено 60,7% населения РК или 525055 человек, что выше уровня 2014 г. на 6,0%. Большая часть населения, обеспеченного доброкачественной питьевой водой (85,4%), проживает в городских поселениях.

В 2015 г. на территории РК эксплуатировалось 316 источников централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, в том числе из поверхностных водоисточников - 19, из подземных водоисточников - 297.

За последние годы в РК отмечается улучшение состояния подземных водоисточников. Доля подземных источников централизованного водоснабжения, не отвечающих санитарным нормам и правилам, снизилась с 30,8 % в 2012 г. (РФ 15 %), до 27,8 % в 2013 г., до 23,6 % (68/288) в 2014 г., до 19,8 % (59/298) в 2015 г. Доля поверхностных источников централизованного водоснабжения, не отвечающих санитарным нормам и правилам, увеличилась с 17,2 % в 2012 г. (РФ 35,7 %), до 29,4% в 2013 г., до 47,4 % (9/19) в 2014 г., и снизилось до 15,8 % (3/19) в 2015 г.

Улучшилось качество воды водоемов первой категории, доля проб не соответствующих санитарным требованиям по микробиологическим показателям составила в 2015 г. – 8,3% (17/203), в 2014 г. - 9,9% (17/172), в 2013 г. - 15,6% и по санитарно-химическим показателям и составили в 2015 г. 32,3%, в 2014 г. 43,7%, в 2013г. 56,2%. Улучшились показатели качества воды по санитарно-химическим показателям и микробиологическим в водоемах второй категории.

Проводимая в республике гигиеническая оценка водоемов по комплексным показателям еще свидетельствует о сохраняющейся высокой степени загрязнения воды в местах водопользования. Наблюдения проводятся на 60 контрольных створах, в том числе по 20 на водоемах первой категории и 60 - на водоемах второй категории. За последние три года заметно снизилось количество источников питьевого водоснабжения не имеющих разработанных и согласованных в установленном порядке зон санитарной охраны. При этом 17,7% источников (из 316) централизованного водоснабжения не отвечают санитарным нормам и правилам из-за отсутствия зон санитарной охраны (в 2014- 23,4%, в 2013-27,8%). Основными загрязнителями источников централизованного водоснабжения продолжают оставаться промышленные предприятия, животноводческие, жилищно-коммунальные

объекты, сбрасывающие в водоемы неочищенные или недостаточно очищенные сточные воды.

Санитарное состояние действующих в регионе водопроводов улучшается, главным образом, за счет организации зон санитарной охраны. Обеспеченность водопроводов необходимым комплексом очистных сооружений остается низкой, с крайне низкой тенденцией улучшения. Не имеют очистных сооружений 2015 г. 31,5%, в 2014 г. 29,6%, в 2013г. 37,8% водопроводов, что приводит к низкой динамике улучшения качества воды, подаваемой в разводящую сеть.

Вода водопроводов (после водоподготовки до разводящей сети) не соответствовала гигиеническим требованиям по санитарно-химическим показателям в 2015 г. в 39,4% случаев, в 2014 г. в - 37,9%, по микробиологическим показателям в 3,8%, 3,6% случаев соответственно. Стабильны показатели качества воды по микробиологическим показателям в распределительной сети, доля проб, не соответствующих требованиям по микробиологическим показателям, составила в 2015 г. - 3,7% (142/3863), в 2014 г. - 4,3% (945/1043), в 2013 г. - 2,4%. Наметилась тенденция улучшения показателей качества воды по санитарно-химическим показателям в распределительной сети, доля проб, не соответствующих требованиям, составила - в 2015 г. - 32,8% (596/1813), в 2014 г. - 33,6% (620/1842), в 2013 г. - 38%.

Качество подаваемой населению питьевой воды обусловлено как санитарным благополучием источников водоснабжения, так и состоянием водопроводной сети. В основном, несоответствие было обусловлено показателями, нормируемыми по органолептическому признаку вредности (цветности, мутности, содержанию железа). Из числа загрязнителей в республике, нормируемых по токсикологическому признаку вредности, актуальными остаются марганец, аммиак.

Нецентрализованное водоснабжение. В РК эксплуатируется 609 нецентрализованных источников водоснабжения, из них в сельской местности 586. Для питьевых целей воду из нецентрализованных источников хозяйственно-питьевого водоснабжении использует 65851 человек.

Удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим требованиям по санитарно-химическим показателям, составил в 2015 г. 56,9%, в 2014 г.- 45,4%, в 2013 г.- 59,8 %; по микробиологическим показателям в 2015 г. - 17,5%, в 2014 г. - 26,8%, в 2013 г.- 31,1%.

Основными причинами неудовлетворительного состояния питьевой воды централизованных и нецентрализованных систем продолжают оставаться:

- факторы природного характера (повышенное содержание в воде водоносных горизонтов соединений железа и марганца, аммиака);
- увеличивающееся антропогенное загрязнение поверхностных и подземных вод;
- отсутствие или ненадлежащее состояние зон санитарной охраны водоисточников;
- использование устаревших технологических решений водоподготовки в условиях ухудшения качества воды или использование систем водоподготовки неэффективных в части обработки высокоцветных исходных вод;
- низкое санитарно-техническое состояние существующих водопроводных сетей и сооружений.

По данным анализа РИФ СГМ за 2013-2015 гг. для оценки влияния качества питьевой воды на здоровье населения в 2015 г. проводились исследования в 339 мониторинговых точках в 20 административных территориях РК.

Территориями «риска» по содержанию микроорганизмов в питьевой воде являются: город Вуктыл, а так же Прилузский, Сыктывдинский, Троицко-Печорский, Удорский и Усть-Вымский районы. Под воздействием биологических факторов находится 91 796 человек.

Основную органолептическую, санитарно-химическую и токсикологическую нагрузку питьевой воды определяют вещества природного происхождения: бор (превышение ПДК на

1 территории), железо (превышение ПДК на 18 территориях), марганец (превышение ПДК на 17 территориях), аммиак (превышение ПДК на 6 территориях).

Ежегодно употребляет питьевую воду централизованных систем хозяйственно-питьевого водоснабжения, не отвечающую гигиеническим нормативам по содержанию химических веществ, более 500 тысяч человек.

Анализ влияния водного фактора на здоровье населения региона позволяет предположить, что основное негативное влияние на показатель общей заболеваемости населения оказывают железо, хром и мышьяк, содержащиеся в питьевой воде системы централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Содержание хрома и мышьяка в природной питьевой воде не выходит за пределы предельно-допустимых концентраций, но их наличие в воде суммарно дает высокие значения коэффициента не канцерогенной опасности. Наибольший риск токсического не канцерогенного воздействия данных загрязнителей при постоянном употреблении данной питьевой воды может отмечаться у жителей городов Воркута, Сыктывкар, Ухта, Княжпогостского, Прилузского и Сясьского районов.

Оценка неканцерогенного риска производилась путем сложения рисков, воздействующих на однотипные органы и системы, т.к. в соответствии с научными данными при воздействии компонентов смеси на одни и те же органы и системы наиболее вероятным типом их комбинированного действия является суммация: $NI = \sum NQi$, где: NI – индекс опасности, NQi – индексы опасности отдельных веществ. При NQ равном или меньшем 1,0 риск вредных эффектов рассматривается как пренебрежимо малый.

Действие хрома распространяется на печень, почки, желудочно-кишечный тракт и слизистые оболочки. Употребление с питьевой водой мышьяка токсически повлияет на иммунитет, центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, кожу, желудочно-кишечный тракт. Наличие повышенного содержания железа неблагоприятно отразится на иммунной системе, слизистых оболочках, крови и коже.

Повышенная концентрация железа в питьевой воде регистрируется на территории РК повсеместно. На территориях, где превышение ПДК железа в питьевой воде регистрируется наиболее часто под влиянием этого негативного фактора находится значительная часть населения, и уровень заболеваемости кожи и подкожной клетчатки является наиболее высоким.

При оценке канцерогенного риска выявлено десять веществ с действующей концентрацией, обладающих канцерогенным эффектом - бензапирен; бериллий; гамма-ГХЦГ(линдан); гексахлорбензол; ДДТ (сумма изомеров); кадмий; мышьяк; свинец; хлороформ; хром (IV). Основными веществами, загрязняющими питьевую воду, имеющими канцерогенную направленность на протяжении многих лет являются бериллий, мышьяк, хром.

Потенциальное количество онкологической патологии от употребления воды низкого качества в регионе с каждым годом растет. Если в 2013 г. данный показатель составлял 523 дополнительных случаев онкологических заболеваний к фоновому уровню, то по итогам 2015 г. количество потенциальных случаев составило уже 576 дополнительных случаев. Основными органами- мишенями для онкопатологии от воздействия данного фактора окружающей среды являются желудочно-кишечный тракт, центральная нервная система, иммунитет, кожа, нервная и сердечно-сосудистая системы.

Радиационная обстановка в РК. 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 2015 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).

Оценка радиационной обстановки в РК в 2015 г. осуществлялась в пунктах стационарной государственной наблюдательной сети Коми ЦГМС и в ходе государственного санитарно-эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора по РК, его территориальных отделов. Лабораторное обеспечение выполнялось ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РК» с применением комплекса дозиметрических, радиометрических, радиохимических и спектрометрических измерений и исследований.

Среднегодовая концентрация суммарной бета-активности аэрозолей приземной атмосферы республики составила в 2015 г. $4,1 \times 10^{-5}$ Бк/м³.

Среднемесячные концентрации суммарной бета-активности радиоактивных аэрозолей изменялись в пределах $3,1 - 19,4 \times 10^{-5}$ Бк/м³.

Среднегодовая объемная активность цезия – 137 в 2015 г. в атмосферном воздухе составила $2,1 \times 10^{-7}$ Бк/м³.

Объемная активность стронция -90 - составила $0,31 \times 10^{-7}$ Бк/м³.

Превышений допустимых среднегодовых объемных активностей радионуклидов в аэрозолях приземной атмосферы, водных объектах, источниках централизованного водоснабжения не обнаружено.

Помещений эксплуатируемых и строящихся жилых и общественных зданий с превышением гигиенических нормативов по мощности дозы и по эквивалентной равновесной объемной активности радона не обнаружено.

Все строительные материалы относятся к 1 классу согласно требованиям НРБ-99/2009, суммарная эффективная активность естественных радионуклидов менее 370 Бк/кг.

Радиационный фон на территории РК составил в 2015 г. 0,12 мкЗв/ час.

Данные об индивидуальных дозах облучения персонала и организаций, поднадзорных Управлению Роспотребнадзора по РК, формируются на основе ежегодных сведений форм государственного статистического наблюдения № 1-ДОЗ «Сведения о дозах облучения лиц из персонала в условиях нормальной эксплуатации техногенных источников ионизирующего излучения» и № 2-ДОЗ «Сведения о дозах облучения лиц из персонала в условиях радиационной аварии или планируемого повышения облучения, а также лиц из населения, подвергшегося аварийному облучению».

Годовые дозы облучения персонала не превышают 20 мЗв/год, что соответствует установленным пределам доз.

Информация, полученная в ходе радиационно-гигиенической паспортизации территорий, дает достоверное представление о состоянии радиационной безопасности на территории РК, позволяет проанализировать вклад различных предприятий в радиационную ситуацию, представить структуру облучения и оценить дозы облучения населения, провести сравнительную оценку радиационной безопасности по районам, выявить наиболее острые проблемы обеспечения радиационной безопасности, наметить пути их решения, оценить радиационные риски для здоровья населения отдельных районов и республики в целом.

Ежегодно в радиационно-гигиеническом паспорте региона отмечается наличие площадных загрязнений территории в районе поселка Водный, близи города Ухты (155 площадных аномальных участков с уровнем мощности дозы от 20 до 52500 мкР/час, общей площадью более 30км², обусловленное ранее существовавшим промыслом по добыче радия из подземных вод).

Положительным моментом в плане повышения уровня радиационной безопасности населения РК, помимо снижения уровня доз облучения от медицинских источников, является принятие принципиального решения о реабилитации радиационно-загрязненной территории поселка Водный и поэтапной ликвидации хвостохранилища бывшего завода «Прогресс».

Общее число организаций, использующих техногенные источники ионизирующего излучения (ИИИ) на территории РК – 231.

Число персонала, в том числе группы А и Б в организациях РК, использующих техногенные ИИИ в 2014 г.: группы А – 1220 человек, группы Б – 71 человек.

Охват радиационно-гигиенической паспортизацией организаций, работающих с ИИИ, в 2014 г. составил - 96,10 %.

На территории РК зон техногенного радиоактивного загрязнения, вследствие крупных радиационных аварий нет. Имеются участки локального загрязнения территории Ухтинского района п. Водный, приповерхностное хранилище радиоактивных отходов. Источник загрязнения – радионуклиды ураново-радиевого ряда, основной – Радий -226. Загрязненные территории с проживающим на них населением отсутствуют.

Гигиена почвы. В охране здоровья населения значительную роль играет и регулярная, обоснованная очистка селитебных территорий от различного рода отходов, образующихся в результате жизнедеятельности населения. Отсутствие регулярной очистки населённых мест может привести к загрязнению почвы и воды, длительному выживанию вирусов и микроорганизмов, яиц геогельминтов и, как следствие, распространению инфекций и инвазий среди населения.

В РК ежегодно образуется около 6,6 млн. тонн отходов производства и потребления. Среди одиннадцати регионов Северо-Западного федерального округа РК занимает 5 место по количеству образующихся отходов.

В общем объеме образовавшихся отходов, в основном, преобладают отходы IV класса опасности (89%). В каждом муниципальном образовании республики действуют программы по обращению с отходами производства и потребления. В целях уменьшения негативного воздействия отходов производства и потребления на окружающую среду, создания благоприятной среды проживания населения РК реализована долгосрочная республиканская целевая программа «Обращение с отходами производства и потребления в РК (2012-2016гг.)». Данная программа разработана в целях реализации поручения Президента Российской Федерации Д.А. Медведева от 29.03.2011 № Пр-781 «О подготовке долгосрочных инвестиционных целевых программ обращения с твердыми бытовыми и промышленными отходами в субъектах РФ». Программа утверждена постановлением Правительства РК от 30 сентября 2011 г. N 425, в последующем, утверждена и долгосрочная республиканская целевая программа «Обращение с отходами производства и потребления в РК (2017-2020гг.)». По итогам осуществления программных мероприятий ожидается решение первоочередных задач в области обращения с отходами производства и потребления.

Задачи, утверждённые программными мероприятиями, это: содействие в приведении в нормативное состояние существующих объектов размещения отходов; содействие строительству новых объектов размещения объектов отходов; содействие ликвидации и рекультивации объектов размещения отходов; содействие внедрению новых технологий сбора, переработка и обезвреживание отходов; содействие созданию систем по раздельному сбору отходов.

Помимо бытовых отходов, немаловажную и значимую проблему представляют медицинские и биологические отходы. Ежегодно в лечебно-профилактических организациях РК, включающих в себя 42 государственных и 60 муниципальных, 245 частных организаций образуется 345 тыс. тонн медицинских и биологических отходов, в том числе отходов класса А (неопасных) – 9,0 тыс. тонн, отходов класса Б (опасных) - 0,2 тыс. тонн, отходов класса В (чрезвычайно опасных) - 0,7 тыс. тонн, отходов класса Г (по составу близких к промышленным) - 0,82 тыс. тонн. В связи с ежегодным увеличением объема и высокой

степенью опасности медицинских отходов, возникла острая необходимость создания системы их сбора и утилизации в соответствии с требованиями санитарных правил и норм, утвержденными федеральными нормативными правовыми актами.

В настоящее время действует долгосрочная целевая программа, утвержденная приказом Минздрава РК от 30 декабря 2011 г. № 12/616 «О реализации в 2012 г. долгосрочной республиканской программы «Обращение с отходами производства и потребления в РК (2012-2016гг.)».

Цель программы - приведение ситуации в области обращения с медицинскими отходами в Республике в соответствие с требованиями санитарно-эпидемиологического законодательства.

Задачи программы: содействие внедрению новых технологий сбора, переработки, обезвреживания медицинских отходов. В настоящее время в лечебно-профилактических учреждениях десяти районов региона, в рамках долгосрочной целевой программы, приобретены и установлены высокоавтоматизированные устройства NEWSTER 5, в количестве тридцати восьми установок, обеспечивающее полную переработку отходов на месте образования, устраняя необходимость их ежедневного вывоза из ЛПУ.

Значимой проблемой, представляющей опасность для здоровья человека и окружающей среды, представляют пестициды. Пестициды обладают, помимо специфического действия на сельскохозяйственных и лесных вредителей, неблагоприятными и отдаленными воздействиями различного рода на человека. В РК, в настоящее время, отсутствуют запрещенные к применению и (или) пришедшие в негодность пестициды.

В рамках Баренц-сотрудничества, осуществляется взаимодействие по привлечению финансовых средств и специалистов, в том числе и гербологов Норвегии и Швеции, для решения ряда задач по реализации Программы «Отходы производства и потребления в РК». Финансовым инструментом Баренц - сотрудничества является организация НЕФКО, выделившая грант на разработку концепции по обращению с отходами в РК. НЕФКО финансирует подготовку технико-экономического обоснования строительства перерабатывающих, сортировочных станций при полигонах ТБО, что является дополнительной поддержкой в осуществлении Программы. В будущем стратегия обращения с отходами в Республике ориентирована на раздельный сбор и мусоросортировку, вторичную переработку отходов.

Система очистки населённых мест не доработана, что не позволяет обеспечить эффективную санитарную очистку территории населённых мест. Управляющие компании в большинстве случаев не выполняют требования санитарных правил по санитарному содержанию территорий населённых мест и обращению с отходами, правил оказания коммунальных услуг.

Безответственность жителей Республики, недоступность к местам утилизации отходов, отсутствие системы раздельного сбора и вторичного использования отходов приводит в большинстве случаев к прогрессирующему росту количества стихийных несанкционированных свалок на территориях населённых мест, что, в свою очередь, ведёт к значительному росту обоснованных жалоб от населения по данной проблеме в различные инстанции. Так, в Управление Роспотребнадзора по РК поступает большое количество жалоб от населения по поводу несоблюдения санитарно-эпидемиологических требований при обращении с отходами производства и потребления, число которых с годами не уменьшается.

Основными источниками загрязнения почвы селитебной территории населенных пунктов в регионе по прежнему являются продукты жизнедеятельности и хозяйственной деятельности населения (отходы), домашние и бродячие животные (собаки, кошки), автомобильный транспорт.

В 2015 г. удельный вес проб почвы, не соответствующих установленным гигиеническим нормативам, на территории детских организаций и детских площадок по санитарно-химическим показателям, уменьшился и составил 0% (0 проб из 190), против 0, 47% (1 проба из 210) в 2014 г. В 2015 г. удельный вес проб почвы, не соответствующих

установленным гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, на территории детских организаций и детских площадок уменьшился и составил 7,4% (36 проб из 485), против 11,39% (53 пробы из 465) в 2014 г. В 2013 г. составил 29,78% (14 пробы из 74).

По паразитологическим показателям удельный вес проб почвы, не соответствующих установленным гигиеническим нормативам на территории детских организаций и детских площадок в 2015 г., увеличился и составил 2,9% (17 проб из 567), против 0,9% (4 пробы из 441) в 2014 г. В 2013 г. составил против 1,4% (1 пробы из 71).

Основными источниками загрязнения почвы на территориях детских организаций и детских площадок по-прежнему, являются бродячие животные и автомобильный транспорт.

Управлением Роспотребнадзора по РК ведется мониторинг за качеством почвы на содержание солей тяжелых металлов, возбудителей паразитарных заболеваний, возбудителей кишечных инфекций, содержание радиоактивных веществ. Исследования проводит ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РК». Санитарно-эпидемиологический контроль за качеством почвы проводится в 136 точках на микробиологические и паразитологические показатели, в 113 точках на санитарно-химические показатели, в 69 точках на радиологические.

В 2015 г. проведено 848 паразитологических исследования проб почвы, 797 микробиологических и 460 санитарно-химических исследований проб почвы. Исследования почвы на территориях жилой застройки, детских учреждений, в зоне санитарной охраны источников водоснабжения обусловлены содержанием тяжёлых металлов. Положительные находки отмечались в селитебной зоне и в зонах влияния автомагистралей.

Гигиеническая оценка физических факторов. За период 2013—2015 гг. отмечено снижение доли промышленных предприятий, не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям по всем контролируемым физическим факторам, особенно выраженное по уровням электромагнитных полей, менее выраженное по уровням вибрации и освещенности и параметрам микроклимата, минимальное – по шуму.

Наибольшая доля объектов, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, отмечается по оценке таких факторов, как шум, микроклимат и освещенность.

Продолжается рост количества источников физических факторов неионизирующей природы, неблагоприятно влияющих на условия проживания и здоровье населения на территории жилой застройки и в жилых помещениях.

Шумовая нагрузка на население складывается из промышленных источников повышенного шума (промышленные и энергетические предприятия, участки проведения строительных работ), транспорта и внутридомовых источников.

Актуальна проблема шума, проникающего в помещения жилых домов, от работы внутридомовых источников (оборудование лифтов, систем вентиляции и кондиционирования жилых и общественных зданий, иные системы, предназначенные для обеспечения жизнедеятельности этих домов), что подтверждается жалобами населения, поступающими в Управление Роспотребнадзора по РК.

Большие сложности вызывает выявление источников шума в жилых домах. Многочисленные жалобы от населения по данному поводу, поступающие в Управление Роспотребнадзора и его территориальные отделы, свидетельствуют о недостаточном внимании к данному вопросу, в первую очередь, со стороны самих жильцов дома и организованных ими ТСЖ, а также обслуживающих Управляющих компаний. Чаще всего причинами жалоб со стороны населения на шум в жилых помещениях становятся работа насосов, повышающих давление, оборудование лифтов, работа систем отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха, как самих домов, так встроенных в жилые дома помещений общественного и административного назначения.

Ситуация обостряется в летний период в связи с открытием площадок для летних кафе, включением систем кондиционирования торговых центров и иных часто посещаемых общественных учреждений (расчетно-кассовые узлы банков, почты, магазины и т.д.).

Остро стоит проблема ночного шумового воздействия на население от работы звуковоспроизводящей и звукоусилительной аппаратуры предприятий общественного питания, культурно-зрелищных заведений, встроенных или пристроенных к жилым домам, а также расположенных поблизости.

К объектам, оказывающим выраженное неблагоприятное акустическое воздействие на население РК, следует отнести аэропорты, расположенные в черте населенных пунктов: г. Сыктывкар, г. Печора, г. Ухта, г. Воркута, с. Усть-Цильма. Наиболее неблагоприятная ситуация складывается в г. Сыктывкаре, связи с тем, что аэропорт находится практически в центре города и под воздействие авиационного шума попадает практически всё население города.

За последние три года произошло снижение неблагоприятного воздействия на население авиационного шума. По данным производственного контроля, уровни авиационного шума на территории жилой застройки снизились, что объясняется несколькими причинами: заменой парка самолетов, изменением маршрутов взлета и посадки, изменением регламентов полетов. С целью минимизации неблагоприятного воздействия авиационного шума на население г. Сыктывкара, снижения воздействия выбросов вредных веществ в атмосферный воздух на территории жилой застройки хозяйствующим субъектом предусмотрен приём (выпуск) авиарейсов по векторам взлета-посадки, исключаяющим пролет над территорией жилой застройки.

Одним из значимых источников шума в населенных пунктах по-прежнему является автотранспорт. Актуальность проблемы негативного шумового воздействия автотранспорта обусловлена ежегодным ростом количества автомобилей, в особенности легковых.

Уровни шума в жилых квартирах зависят от расположения дома по отношению к городским источникам шума, внутренней планировки помещений, звукоизоляции ограждающих конструкций здания, оснащения дома инженерно-технологическим и санитарно-техническим оборудованием, наличия встроенных учреждений.

Электромагнитная ситуация в республике остается достаточно спокойной, не смотря на продолжающийся рост количества источников электромагнитных излучений.

Контроль за электромагнитной обстановкой на территории РК обеспечивается путем проведения инструментальных измерений электромагнитного поля радиочастотного диапазона при вводе в эксплуатацию вновь построенных и реконструируемых передающих радиотехнических объектов в рамках производственного контроля.

Количество ПРТО на территории населенных пунктов в 2015 г. продолжало расти, главным образом, за счет базовых станций сотовой связи, что обусловлено развитием систем мобильной связи, в том числе реконструкцией имеющихся объектов, увеличением числа радиопередатчиков в связи с продолжением работ по внедрению систем коммуникаций третьего и четвертого поколений (3G, 4G).

В 2015 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.

Отмечается стабильная ситуация по результатам проведенных измерений электромагнитных излучений в эксплуатируемых жилых и общественных зданиях, заключающаяся в отсутствии результатов измерений, не соответствующих санитарным нормам, при сохранении общего количества измерений за трехлетний период и увеличении количества источников ЭМИ.

2.2. Основные меры по профилактике массовых неинфекционных (отравлений) и приоритетных заболеваний в связи с вредным воздействием факторов среды обитания населения в РК. Обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности питания населения. В 2015 г. приоритетными направлениями государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области гигиены питания являлись:

- участие в реализации государственной политики в области здорового питания, разработка и внедрение мероприятий по ликвидации дефицита витаминов и микроэлементов в питании населения;
- усиление государственного надзора за оборотом продукции из водных биологических ресурсов;
- организация надзора за соблюдением требований Технических регламентов Таможенного союза; выявлением и пресечением оборота некачественной и фальсифицированной продукции;
- профилактика пищевых отравлений различной этиологии и массовых инфекционных заболеваний с пищевым фактором передачи.

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 по всем видам продуктов, витаминов и микроэлементов. 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.

Большой удельный вес в структуре питания населения жиров и легко усваиваемых углеводов приводит к увеличению числа лиц, страдающих избыточным 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.

Ситуация природного дефицита осложняется ростом относительного йодного дефицита, связанного с недостаточным потреблением йодсодержащих продуктов (рыба, морепродукты, мясные продукты), особенно у населения с низким уровнем дохода. В связи с тем, что РК находится на севере Европейской части России, негативные тенденции в питании также усугубляются неблагоприятным воздействием факторов окружающей среды.

На территории РК в настоящее время, в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача по РК от 10.10.2003 № 14 «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа в структуре питания населения РК», 16 предприятий пищевой промышленности выпускают массовые продукты питания с повышенной биологической ценностью, обогащенные витаминами и микроэлементами: хлеб и хлебобулочные изделия, молочные продукты, яйцо.

Большинство предприятий хлебопечения используют для изготовления своей продукции йодированную соль или йодированные дрожжи. Предприятиями хлебопекарной

промышленности освоен и осуществляется выпуск хлеба и хлебобулочных изделий, обогащенных витаминно-минеральной добавкой «Фортамин» (г. Сыктывкар, г. Воркута, г. Ухта, г. Инта, Сысольский, Прилузский, Койгородский, Усть-Вымкий районы). В ряде хлебопекарных предприятий республики освоен выпуск хлеба «8 знаков», в состав которого входит калий, фосфор, железо, витамины РР, группы В (г. Сыктывкар, г. Воркута, г. Инта, Прилузский район), хлеба, содержащего в своём составе морскую капусту (г. Сыктывкар, г. Ухта, г. Инта). ОАО «Сыктывкархлеб», г. Сыктывкар, МУП «Воркутинский хлебокомбинат», г. Воркута, осуществляется выпуск хлеба «Совитал фруктовый», содержащего в своём составе семена подсолнечника, льна, кунжута, изюм, курагу, чернослив, фундук, мёд натуральный, витамины (С, А, Е, В1, В2, Д, РР, бета-каротин), микро- и макроэлементы – железо, калий, кальций, фосфор, магний, натрий. Предприятием ОАО «Сыктывкархлеб», продукция которого продаётся во многих районах РК, активно реализуется программа по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа и других микронутриентов. В среднем в месяц предприятие выпускает до 420 тонн изделий, обогащённых микронутриентами: хлеб «Дарницкий», «Аппетитный», «Традиционный», батон «Осенний» с добавлением витаминно-минерального комплекса «Фортамин», хлеб «Соловецкий» с добавкой ламинарии, хлеб «8 знаков», хлеб «Совитал фруктовый», различные наименования хлеба и хлебобулочных изделий, в рецептуру которых включена йодированная соль, продукция с повышенным содержанием пищевых волокон (хлеб «Барвихинский», хлеб зерновой, батон с пшеничными отрубями).

ООО «Птицефабрика «Сыктывкарская» (Сыктывдинский район) вырабатываются яйца куриные пищевые «Бодрое» с повышенным содержанием селена, «Стимул» с повышенным содержанием йода и селена, «Северное» с повышенным содержанием йода, «Золотое» с повышенным содержанием витаминов А и Е, «Энергия плюс» с повышенным содержанием полиненасыщенных жирных кислот.

Молочную продукцию, обогащённую микронутриентами, вырабатывает ОАО «Молочный завод «Сыктывкарский» (молоко «Умница», обогащённое йодказеином).

На сегодняшний день процесс освоения и выпуска продукции, обогащённой микронутриентами, в ряде административных территорий сдерживается отсутствием мер экономической поддержки, низкой покупательской способностью большей части населения. Обогащение продукции витаминами и микроэлементами проводится в основном за счёт средств предприятий.

На постоянном контроле находится организация рационального, качественного питания детей и школьников. В 2015 - 2016 учебном году организованно получали горячее питание 89,2 % учащихся образовательных учреждений республики. Проводится постоянная работа с руководителями образовательных и оздоровительных учреждений РК по замене обычных хлебобулочных изделий в рационах организованных коллективов детей и взрослых на хлебобулочные изделия, обогащенные витаминами, железом, другими микроэлементами.

В дошкольные образовательные учреждения г. Воркуты бесперебойно и в необходимых объёмах поступает булочная продукция рожок «Зёрнышко» производства МУП «Воркутинский хлебокомбинат», обогащённая «Фортамином». Данная продукция поступает и в лечебные учреждения города. На всех пищеблоках лечебно-профилактических учреждений в рационах используется йодированная соль. Во всех образовательных учреждениях г. Воркуты и на пищеблоках ЛПУ регулярно проводится С-витаминизация третьих блюд.

С целью профилактики заболеваний, связанных с дефицитом микроэлементов, в рацион питания детей в образовательных учреждениях г. Ухты ежедневно включается хлеб с йодсодержащей добавкой «Соловецкий», вырабатываемый МУП «Ухтинский хлебокомбинат». При приготовлении блюд во всех учреждениях используется йодированная соль, проводится витаминизация третьих блюд. В детских дошкольных образовательных учреждениях в осенне-зимний период дети дополнительно получают витаминно-минеральный комплекс, содержащий железо. В лечебно-профилактических учреждениях

города для питания детей до 1 года используются обогащённые железом, йодом, кальцием, витаминами молочные смеси.

В г. Сыктывкаре при согласовании примерных меню для общеобразовательных, летних оздоровительных учреждений в обязательном порядке включаются хлеб и хлебобулочные изделия, молочные продукты, обогащённые витаминами и микроэлементами. В питании детей постоянно используются хлеб и хлебобулочные изделия, обогащённые «Фортамином», йодированной солью, а также обогащённые молочные продукты. Во всех общеобразовательных учреждениях города регулярно проводится С-витаминизация третьих блюд. Вопросы организации питания в учреждениях образования ежегодно рассматриваются на коллегии Управления дошкольного образования, на совещаниях при заместителе Главы АМО ГО «Сыктывкар», на заседаниях постоянной комиссии по социальным вопросам Совета МО ГО «Сыктывкар».

В образовательных учреждениях Сысольского, Усть-Вымского, Княжпогостского районов в питании детей и подростков в учреждениях образования круглогодично используются хлеб и хлебобулочные изделия, обогащённые «Фортамином», проводится С-витаминизация третьих блюд.

Лечебно-профилактическими учреждениями республики проводятся мероприятия по раннему выявлению и профилактике железодефицитных состояний беременных, кормящих матерей, детей раннего возраста. Активное выявление железодефицитных состояний у детей раннего возраста проводится при патронаже новорожденных и диспансерном наблюдении. Медицинскими работниками проводятся беседы с родителями по организации питания детей.

В предприятиях розничной торговли продовольственными товарами на территории РК реализуются в ассортименте пищевые продукты, обогащённые микронутриентами. В аптечной сети широко представлены витаминные препараты, биологически активные добавки к пище, лекарственные препараты для профилактики и лечения анемий. В специализированных отделах организаций розничной торговли имеются в продаже продукты детского питания, обогащённые витаминами, железом, другими микроэлементами.

Контроль безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов. Одним из основных разделов работы Управления Роспотребнадзора по РК является надзор за качеством и безопасностью 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 2015 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 837 проб (в 2014 г. - 933 проб). Лабораторный контроль осуществлялся по всему спектру значимых антропогенных загрязнителей химической природы, характеризующихся негативным влиянием на здоровье человека.

В 2015 г. удельный вес неудовлетворительных проб по санитарно-химическим показателям по РК сохранил стабильно низкие показатели и составил 0 % (в 2014 г. – 0,4%, в 2013 г. – 0%, по РФ за 2014 г. – 0,64%).

По физико-химическим показателям, характеризующим качество продукции, отмечается тенденция к увеличению удельного веса продукции, не соответствовавшей требованиям технических документов, по которым они изготавливались (в 2015 г. – 7,3%, в 2014 г. – 8,6%; в 2013 г. – 7,5%; по РФ за 2014 г. – 4,55%).

Микробиологическая безопасность пищи обеспечивается, прежде всего, соблюдением санитарно-гигиенических требований, как при производстве, так и на всех этапах оборота продовольственного сырья и пищевых продуктов. Биологическая безопасность пищи зависит от качества и безопасности сырья, технологии его переработки, условий производства, хранения, транспортирования, реализации пищевых продуктов. Контаминация микроорганизмами пищевой продукции возможна в процессе производства, особенно в малых предприятиях, в розничной торговле, в учреждениях общественного питания.

Удельный вес нестандартных проб по микробиологическим показателям в 2015 г. увеличился и составил в целом по республике 7,3% (в 2014 г. – 5,9%, в 2013 г. – 7,1%, по РФ за 2014 г. – 4,36%). Удельный вес неудовлетворительных проб по микробиологическим показателям импортируемой продукции составил 6,2% (в 2014 г. – 4,1%, в 2013 г. – 12,1%, по РФ за 2014 г. – 3,75%).

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 2015 г. в ходе государственного санитарно-эпидемиологического надзора на патогенную микрофлору было исследовано 4989 проб пищевых продуктов (в 2014 г. - 5817 проб). Наличие патогенной микрофлоры, в том числе возбудителей сальмонеллеза, установлено в 0,24% (в 2014 г. - 0,19%, в 2013 г. - 0,5%, в 2012 г. - 0,23%,) исследованных проб. Наибольший удельный вес проб, содержащих патогенную микрофлору, приходился на «птицу и птицеводческие продукты» - 2,9 % (в 2014 г. - 4,9%, в 2013 г. - 9,0%, в 2012 г. - 3,8%,) на «мясо и мясные продукты» - 0,7% (в 2014 г. - 1,1%), «рыба, нерыбные объекты промысла и продукты, вырабатываемые из них» - 1,1%.

По заданию Управления было проведено 79 (в 2014 г. - 72) исследований на выявление остаточных количеств антибиотиков в мясе, птице, молоке и молочных продуктах и 123 (в 2014 г. - 127) исследований по паразитологическим показателям в рыбе и плодоовощной продукции. Превышение нормированных уровней остаточных количеств антибиотиков обнаружено в 3 пробах или 3,8% молочной продукции (в 2014 г. - 0%). 4 пробы или 3,2% рыбы не соответствовали санитарно-эпидемиологическим требованиям по паразитологическим показателям (в 2014 г. - 0%).

Организация контроля за биологически активными добавками к пище (БАД) и продукцией, содержащей компоненты генетически модифицированных организмов (ГМО). В 2015 г. Управление Роспотребнадзора по РК продолжило контроль за оборотом биологически активных добавок к пище по следующим направлениям: оценка качества и подлинности БАД, условия хранения и реализации БАД, соответствие информации на этикетке на продукцию установленным требованиям.

В 2015 г. на контроле Управления Роспотребнадзора по РК находилось 1 предприятие по производству БАД, 419 организации аптечной сети и 4 склада хранения, осуществляющие оборот БАДов.

В 2015 г. Управлением Роспотребнадзора по РК было проверено 148 аптечных учреждений, один склад хранения; нарушения были выявлены в 73 организациях.

По показателям безопасности в 2015 г. было отобрано и исследовано 146 проб биологически активных добавок к пище (в 2014 г. – 53 пробы), в том числе 2 пробы БАД импортного производства, проведено 1026 исследования, в том числе 455 исследований по санитарно-химическим показателям, 571 исследование по микробиологическим показателям безопасности. Не соответствовали требованиям Технического регламента Таможенного союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» по микробиологическим показателям 9 образцов БАД к пище отечественного производства.

Для РК, как и в целом для Российской Федерации, актуальна проблема оценки качества пищевой продукции, полученной из генно-инженерномодифицированных организмов. Надзор за правильным использованием компонентов ГМО при производстве пищевых продуктов, за маркировкой упаковок с данными о присутствии и количестве их,

информирование населения о применении технологий изготовления пищевой продукции с включением ГМО – это вопросы, находящиеся под контролем специалистов Управления Роспотребнадзора по РК.

Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации утверждено постановление №13 от 31.12.2004 г. «Об усилении надзора за пищевыми продуктами, полученными из ГМО». Во исполнение постановления в РК была освоена методика идентификации трансгенной ДНК в пищевых продуктах с использованием полимеразной цепной реакции (качественное определение). В 2010 г. внедрён метод количественного определения компонентов ГМО в пищевых продуктах на приборе Rotor Gin в режиме реального времени.

Управлением Роспотребнадзора по РК проводится пострегистрационный 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.

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.

Основные приоритетные профилактические направления в интересах детей и подростков определены Указами Президента Российской Федерации от 01.06.2012 г. №761 «Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017гг.» от 07.05.2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» от 07.05.2012 г. №599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки».

По инициативе Управления Роспотребнадзор по РК в 2015 г. состоялось 2 заседания Координационного совета при Правительстве РК, отвечающего за организацию и общий контроль за проведением летней оздоровительной компании на территории РК; 3 совещания по проблемам летнего отдыха и 2 совещания по вопросу подготовки образовательных учреждений к новому 2015-2016 учебному году при заместителе Главы РК; 8 совещаний в Министерстве образования РК, 38 совещаний в администрациях муниципальных образований по наиболее проблемным вопросам, проведено 18 семинаров с руководителями образовательных учреждений. Вопросы санитарно-эпидемиологического благополучия детей и подростков в ЛОУ 2015 г. регулярно освещались Управлением в средствах массовой информации;

Под надзором специалистов Управления в 2015 г. находилось 1472 детских и подростковых учреждений (в 2014 г. -1506). В сравнении с 2014 г. отмечается уменьшение общего количества на 34 учреждений. Отмечается уменьшение количества детских дошкольных учреждений - в 2015 г. их количество составило 391 (в 2014 г. - 406) за счет реорганизации в т.ч. присоединения к общеобразовательным учреждениям и закрытия учреждений в сельских районах в связи с низкой наполняемостью, а так же снижением количества общеобразовательных школ их число составило 264 (в 2014 г. - 315) за счет закрытия малокомплектных школ, а так же объединения и перевода школ в статус общеобразовательные учреждения, имеющих дошкольные группы.

Проблемой на территории РК по-прежнему остается обеспечение всех детей дошкольного возраста местами в дошкольных организациях. В 2015 г., в целом по региону (по данным Министерства образования РК) количество детей дошкольного возраста составляет 89490. В 2015 г. функционирует 391 дошкольных учреждения, которые посещает 58775 детей, очередь на устройство ребенка в детский сад составляет - 1940 детей (в 2014 г. очередь составляла - 9852 детей), в т.ч. детей от 0 до 3 лет 1932 детей.

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 54 школы, работающие в двухсменном режиме (все действуют в городах), с числом учащихся – 6150 человек. По причине двухсменной организации учебного процесса в таких школах вынужденно сокращаются перемены между уроками, между сменами, а учащиеся занимаются на ученической мебели, не соответствующей по росту (как правило, дети вторых и третьих классов со второй смены занимаются на партах 1-х и 4-х классов), страдает качество уборки классных помещений между сменами. Указанные обстоятельства приводят к заметному ухудшению гигиенических условий обучения школьников в регионе, способствуют развитию различных заболеваний у детей школьного возраста.

При оценке итогов контрольно-надзорных мероприятий, проведенных за период 2014-2015 гг., необходимо отметить определенное улучшение материально-технической базы существующих детских и подростковых учреждений, заметное улучшение качества подготовки дошкольных учреждений и школ к новому учебному году, подготовки летних оздоровительных учреждений к оздоровительному сезону.

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 2015 г., остаются не канализованными 39 дошкольное образовательное учреждение и 64 школ; не обеспечены централизованным водоснабжением 41 дошкольных учреждений и 44 школы, эксплуатируются с печным отоплением 22 дошкольных учреждений и 7 школ. Кроме того, по-прежнему 20 образовательных учреждений работают на привозной воде из них 6 дошкольных организаций и 13 школ

Одним из основных средовых факторов, оказывающих влияние на работоспособность и состояние здоровья детей, являются показатели микроклимата среды пребывания. Итоги государственного санитарно-эпидемиологического надзора за 2015 год свидетельствуют, что в 17,2 % обследованных детских и подростковых учреждений выявлялось несоответствия установленным гигиеническим нормативам по параметрам микроклимата показатели 2013 г. – 17,8%,

Основными причинами несоблюдения гигиенических нормативов по установленным параметрам микроклимата явились: длительное отсутствие капитального ремонта системы отопления, несоответствие температуры теплоносителя на выходе из котельных, неудовлетворительное состояние части городских и районных систем теплоснабжения, не эффективная работа систем вентиляции. Персоналом учреждений зачастую не уделялось должного внимания вопросам соблюдения рекомендуемых и установленных требований к режиму проветривания.

Удельный вес образовательных учреждений РК, не отвечающих гигиеническим требованиям по параметрам освещенности в 2015 г. составил 10,3% в 2014 г. - 11,2%. Наиболее высокий удельный вес объектов не соответствующих гигиеническим нормативам - общеобразовательные учреждения.

Постоянное поддержание необходимого уровня освещенности в помещениях для детей имеет принципиальное значение в профилактике зрительного утомления и наиболее распространенных расстройств зрения. Основными причинами не соответствия уровня искусственной освещенности гигиеническим нормативам в 2015 г. были эксплуатация устаревших систем освещения, отсутствие подсветки классных досок, нерациональное размещение светильников, недостаточное количество источников света, применение ламп накаливания недостаточной мощности, несвоевременная замена перегоревших ламп и отсутствие плановой влажной уборки осветительной арматуры.

Условия труда. В 2015 г. проверено 174 промышленных предприятия, в том числе проведено 146 плановых мероприятий по контролю. На 140 промышленных предприятиях выявлено 771 нарушение санитарно-эпидемиологических требований.

Оценка распределения промышленных предприятий государственного санитарного надзора по санитарно-эпидемиологическому благополучию свидетельствует о том, что только четвертая часть их в 2015 г. соответствовала требованиям санитарного

законодательства и около 80% предприятий в 2015 г. относилось к опасным и неблагоприятным для здоровья работающих.

Доля рабочих мест, не отвечающих гигиеническим нормативам в 2015 г. на промышленных объектах по отдельным физическим факторам в последние годы существенно не изменилось и составила: по шуму 22,7 % (2014 г.-30,0%); по вибрации 5,0% (2014 г.-3,2%); по микроклимату 5,5% (2014 г.-15,2%); по искусственной освещенности 30,2% (2014 г.-22,4%).

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 2015 г. в РК насчитывается 76 организаций, которыми оформлены и согласованы санитарно-гигиенические паспорта. Канцерогеноопасными в них признаны отдельные подразделения (цеха, рабочие места). В контакте с канцерогенами работает 3456 человек. В ведущих отраслях промышленности РК, угольной, нефтяной, лесной сконцентрировано наибольшее количество производств и рабочих мест, потенциально опасных в плане воздействия канцерогенных производственных факторов.

РАЗДЕЛ 5. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Проводимые комплексные мероприятия позволили по итогам 2015 г. стабилизировать показатель общей заболеваемости детского населения, снизить на 7,2% показатель заболеваемости детей первого года жизни по сравнению с 2014 г.

Общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет включительно в 2015 г. по сравнению с 2014 г. выросла на 5,2 % (таблица 86). Указанный показатель превышает среднероссийский и составляет 3 252,3 случая на 1 тыс. соответствующего населения. Структура заболеваемости на протяжении ряда лет не меняется:

первое место - болезни органов дыхания (56,5% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет);

второе место - болезни глаза и его придаточного аппарата (5,8% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет);

третье место - болезни кожи и подкожной клетчатки (5,1% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет);

четвертое место - болезни органов пищеварения (4,7% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет);

пятое место - болезни костно-мышечной системы (4,2% от общего числа заболеваний детей в возрасте от 0 до 14 лет).

Таблица 86

Общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет (на 1 тыс. населения соответствующего возраста)

Класс	2011 г	2012 г	2013 г.	2014 г.	2015 г.	РФ 2014 г.
Общая заболеваемость, в том числе:	3237,0	3281,3	3359,8	3428,9	3252,3	2229,3
Инфекционные и паразитарные болезни	119,6	135,0	130,9	132,0	126,3	87,2
Новообразования	15,8	16,1	19,7	19,5	20,1	9,0
Болезни крови и кроветворных органов, в том числе анемии	38,2	36,8	37,5	37,0	38,7	27,8
Болезни эндокринной системы, в т.ч. -сахарный диабет	34,5	33,9	34,6	34,6	35,8	24,8
Болезни эндокринной системы, в т.ч. -ожирение	44,7	42,5	43,5	47,8	46,0	37,5
Психические расстройства	0,8	0,9	0,93	1,0	1,3	н/д
Болезни нервной системы, в т.ч. -ДЦП	12,2	12,3	12,7	13,9	12,7	11,1
Болезни нервной системы, в т.ч. -эпилепсия	31,7	28,6	27,9	31,3	29,3	29,4
Болезни органов зрения, в том числе - миопия	96,9	95,4	97,6	91,5	93,4	89,6
Болезни органов слуха	2,9	3,0	2,8	3,0	3,8	3,9
Болезни органов слуха	5,5	5,1	5,5	5,6	6,0	4,0
Болезни органов зрения, в том числе - миопия	148,6	157,6	171,6	187,8	190,0	116,4
Болезни органов слуха	41,1	39,1	51,3	45,0	44,1	32,8
Болезни органов слуха	8,6	78,5	73,1	84,1	76,4	58,4
Болезни системы кровообращения	16,2	16,7	19,1	17,7	18,0	19,6
Болезни органов дыхания, в т.ч. - бронхиальная астма	1815,1	1829,2	1872,0	1901,2	1836,1	1207,6
Болезни органов пищеварения	14,8	14,1	13,4	13,4	13,1	10,4
Болезни органов пищеварения	154,1	156,5	154,6	160,0	152,3	135,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки, в т.ч.	165,8	171,9	173,4	170,0	167,3	100,5

- атопический дерматит	29,0	30,2	30,6	33,0	33,1	17,1
Болезни костно-мышечной системы	109,0	123,7	148,1	149,5	137,4	75,6
Болезни мочеполовой системы	83,3	83,7	82,2	97,4	95,7	54,1
Болезни перинатального периода	36,8	37,5	35,4	32,1	29,0	24,4
Врожденные аномалии	45,3	42,1	46,9	49,8	52,4	33,6
Неточно обозначенные состояния	80,0	83,3	86,6	82,0	12,2	20,1
Травмы и отравления	145,6	146,3	139,4	134,2	131,6	103,0

Сохраняются негативные тенденции в состоянии здоровья подростков. Показатель общей заболеваемости детей подросткового возраста по сравнению с 2011 г. вырос на 3,8% и превышает среднероссийский показатель на 30,8% (2014 г.)

В структуре заболеваемости подростков (таблица 87) первое место занимают болезни органов дыхания (33,3% от общего числа заболеваний), второе - болезни глаза и его придаточного аппарата (12,3%), третье - болезни костно-мышечной системы (9,4%), четвертое - болезни кожи и подкожной клетчатки и травмы и отравления (6,6%), пятое - болезни нервной системы (6,1%).

Таблица 87

Общая заболеваемость детей от 15 до 17 лет (на 1 тыс. населения соответствующего возраста)

Показатель	2011 г	2012 г	2013 г.	2014 г.	2015 г.	РФ, 2014 г
Общая заболеваемость, в т.ч.:	2878,8	2879,4	2922,6	3002,6	2987,2	2294,7
Инфекционные и паразитарные болезни	66,1	69,0	67,8	64,7	70,0	48,6
Новообразования	16,6	17,4	18,9	21,2	20,6	9,8
Болезни крови и кроветворных органов, в том числе	14,1	15,0	15,6	15,4	16,2	19,6
- анемии	9,8	12,1	13,3	12,4	13,4	17,0
Болезни эндокринной системы, в т.ч.	76,5	76,3	78,8	79,7	99,0	97,0
- сахарный диабет	2,3	2,5	2,3	2,1	2,4	н/д
- ожирение	19,9	24,7	24,5	28,4	27,3	27,2
Психические расстройства	83,5	77,4	81,5	70,9	79,0	65,4
Болезни нервной системы, в том числе	157,3	156,1	177,9	166,3	181,5	128,2
- ДЦП	3,4	3,2	3,4	3,6	5,3	3,7
- эпилепсия	7,3	8,5	10,2	11,0	10,6	6,4
Болезни глаза, в том числе	274,7	285,4	322,1	362,2	367,4	212,8
- миопия	145,8	172,0	202,5	200,3	198,9	113,5
Болезни уха	42,0	42,0	43,8	47,9	50,6	48,0
Болезни системы кровообращения	50,6	52,2	56,17	51,2	59,9	55,4
Болезни органов дыхания, в том числе	1023,5	1017,6	963,0	973,3	995,1	762,1
- бронхиальная астма	22,8	25,5	27,9	26,8	28,2	20,1
Болезни органов пищеварения	169,9	164,4	165,85	164,7	160,2	201,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки, в том числе	174,5	178,8	189,9	192,9	196,0	119,6
- атопический дерматит	14,6	16,8	15,4	17,5	21,7	11,5
Болезни костно-мышечной системы	233,7	236,9	250,6	286,6	281,1	179,7
Болезни мочеполовой системы	174,8	170,7	157,15	178,9	170,0	120,2
Врожденные аномалии	27,3	25,2	27,14	29,4	30,0	23,5

Неточно обозначенные состояния	85,0	85,9	106,4	100,4	1,9	19,7
Травмы и отравления	196,6	197,0	189,4	186,9	196,5	177,1

В рамках реализации приказа Министерства здравоохранения РК от 30.12.2011 г. № 12/644 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи детям РК» продолжена работа межтерриториального детского консультативно-диагностического центра, расположенного на базе Сыктывкарской детской поликлиники № 3. В течение 2015 г. обследование на базе центра прошло 7 181 ребенок, при выездах осмотрено 2 955 детей (в течение 2014 г. обследование на базе центра прошло 3 662 ребенка, в том числе при выездах в сельские территории - 2 600 детей).

Анализ младенческой смертности (таблица 88). В течение 2015 г. в РК умерло 52 ребенка в возрасте до 1 года (2014 г. - 63 ребенка). Из числа детей с массой тела при рождении менее 1000 граммов в 2015 г. умерло 16 человек (29% от количества всех умерших в возрасте до 1 года), в 2014 г. - 16 человек (25% от количества всех умерших в возрасте до 1 года).

Показатель младенческой смертности в 2015 г. составляет 4,32 случая на 1 тыс. родившихся живыми (2014 г. - 5,1 случая на 1 тыс. родившихся живыми).

Таблица 88

Анализ младенческой смертности

	Число умерших детей в возрасте до 1 г. на 1000 родившихся живыми			
	2013	2014	2015 план	2015 факт
Российская Федерация	8,2	7,4	8,0	6,5
Северо-Западный федеральный округ	6,2	5,8	н/д	н/д
РК	6,0	5,1	5,8	4,6

В структуре младенческой смертности в 2015 г.:

- первое место занимают отдельные состояния перинатального периода (2015 г. - 31 ребенок, 56,4% от общего количества умерших в возрасте до 1 года, в 2014 г. - 37 случаев, 58,7% от общего количества умерших в возрасте до 1 года);

- второе место - врожденные пороки развития (2015 г. - 10 детей, 18,2% от общего количества умерших в возрасте до 1 года; 2014 г. - 12 детей, 19,0% от общего количества умерших в возрасте до 1 года);

- третье место - внешние причины (2015 г. - 6 детей, 10,9% от общего количества умерших в возрасте до 1 года; 2014 г. - 3 ребенка, 4,8% от общего количества умерших в возрасте до 1 года).

Снижение младенческой смертности от отдельных состояний перинатального периода достигнуто благодаря соблюдению маршрутизации и централизации оказания медицинской помощи женщинам и детям, осуществляемого в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РК от 08.05.2013 г. № 5/208 «Об организации медицинской помощи в период беременности и родов на территории РК» (с централизацией беременных, имеющих высокую степень перинатального риска, угрожаемых по преждевременным родам, по материнской и перинатальной смертности, в родовспомогательных учреждениях 3-го уровня), и от 18.04.2008 г. № 4/61 «О совершенствовании организации медицинской помощи детскому населению РК».

Рост числа случаев младенческой смертности от внешних причин в подавляющем количестве случаев (80%) связан с дефектами ухода и жестоким обращением с детьми. В 2016 г. работа с семьями группы социального риска будет являться приоритетной.

В 2016 г. будет продолжена работа по совершенствованию пренатальной диагностики, в том числе по повышению уровня квалификации специалистов ультразвуковой диагностики в акушерстве.

В 2015 г. случаев материнской смертности не было (таблица 89).

Таблица 89

Материнская смертность

	Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми			
	2013	2014	2015 план	2015 факт
Российская Федерация	15,0	10,9	н/д	н/д
Северо-Западный федеральный округ	15,3	14,1	н/д	н/д
РК	8,0	8,1	8,1	0

Основными задачами демографической политики РК на период до 2025г., направленными на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков, являются повышение рождаемости, сокращение уровня материнской и младенческой смертности, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья матерей, детей и подростков.

В РК реализация мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка, осуществляется в рамках:

- государственной программы РК «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 420;
- государственной программы РК «Развитие образования», утвержденной постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 411.

Повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным за счет развития перинатальных технологий, укрепления материально-технического и кадрового обеспечения службы материнства и детства способствует росту рождаемости, стабильному снижению младенческой и материнской смертности.

В республике создана трехуровневая система организации акушерско-гинекологической помощи с централизацией беременных, имеющих высокую степень перинатального риска, угрожаемых по преждевременным родам, по материнской и перинатальной смертности, в родовспомогательные учреждения 3-го уровня.

За 2015 г. в учреждениях третьего уровня принято 77,5% от всех родов, в том числе - 80,2% от всех преждевременных родов.

Доля детей, родившихся в родовспомогательных учреждениях 3 уровня с низкой и экстремально низкой массой тела, составила 90%.

Для снижения младенческой смертности от отдельных состояний перинатального периода в 2015 г. приоритетным направлением определено повышение квалификации специалистов учреждений 3-го уровня с целью совершенствования технологий в неонатологии с развитием ранней реабилитации и детской хирургии.

Деятельность родовспомогательных учреждений организована в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.11.2012 г. № 572н (за исключением использования репродуктивных технологий). Внедрение указанного Порядка, организация непрерывного повышения квалификации специалистов, оказывающих медицинскую помощь женщинам и внедрение современных технологий позволило добиться снижения общей заболеваемости женщин до уровня 144 случая на 1 тыс. женского населения.

Доля женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации до 12 недель беременности, на протяжении последних лет ежегодно превышает 76% от числа всех состоявших на учете. Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности, имеет стабильный показатель и превышает 98% от всех беременных, вставших на учет в сроке до 12 недель.

Большое внимание органами здравоохранения РК уделяется вопросам сохранения и восстановления репродуктивного здоровья населения, в том числе за счет уменьшения числа аборт. Координирующая роль в работе, направленной на поддержание репродуктивного потенциала региона, принадлежит отделению репродуктивного здоровья, организованному на базе Коми республиканского перинатального центра.

В период действия программы модернизации здравоохранения в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети организован 21 кабинет и центр медико-социальной поддержки беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации. В течение 2015 г. специалистами этих кабинетов проконсультирована 4 841 женщина, в том числе по вопросу прерывания беременности - 2 707 чел. После консультации специалистами кабинетов приняли решение в пользу сохранения беременности 533 женщины (19,7 %).

В рамках реализации Государственной программы РК «Развитие здравоохранения» для женщин из группы социального риска и имеющих тяжелую экстрагенитальную патологию приобретены средства контрацепции на общую сумму 105,6 тыс. рублей.

Благодаря активной работе, направленной на профилактику искусственного прерывания беременности, в РК ранее наметилась тенденция к снижению показателя абортов. В 2015 г. показатель составил 30,1 на 1 тыс. женщин фертильного возраста (2013 г. - 33,8), однако этот показатель остается выше среднероссийского (2014 г. - 22,8 на 1 тыс. женщин фертильного возраста).

В рамках исполнения Порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 г. № 107н организовано ведение республиканского регистра бесплодных супружеских пар. По состоянию на 01.01.2016 г. на учете по бесплодию состояло 1328 супружеских пар (на 01.01.2015 г. - 969 супружеских пар).

С 2009 г. в практику работы Коми республиканского перинатального центра внедрена процедура экстракорпорального оплодотворения, осуществляемая как за счет федерального бюджета, так и за счет средств республиканского бюджета РК. В течение 2015 г. было проведено 657 циклов экстракорпорального оплодотворения, в том числе на базе Коми республиканского перинатального центра - 516 процедур (2014 г. - 516, 2013 г. - 352, 2012 г. - 239, 2011 г. - 200, 2010 г. - 167, 2009 г. - 156). Кроме того, для лечения мужского бесплодия с 2011 г. используется метод ИКСИ. В 2015 г. 65,8% циклов проведено методом ИКСИ, 47 циклов - с использованием донорских программ. Эффективность криопереносов эмбрионов в 2015 г. составила 37,8% (в 2014 г. - 16,2%). На 2016 год за счёт средств ОМС запланировано 300 циклов ЭКО.

На протяжении всего периода использования вспомогательных репродуктивных технологий повышается количество детей, рожденных с их использованием: 2009 г. - 38 новорожденных, 2010 г. - 35, 2011 г. - 60, 2012 г. - 66, 2013 г. - 95, 2014 г. - 168 новорожденных, 2015 г. - 200 новорожденных.

Одной из наиболее важных задач здравоохранения региона является укрепление здоровья детей. На протяжении последнего десятилетия в республике поддерживается и пропагандируется политика охраны и поддержки грудного вскармливания. В практику женских консультаций, акушерских стационаров и детских амбулаторно-поликлинических учреждений внедряются современные ресурсосберегающие перинатальные технологии, положенные в основу инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку».

В республике широко применяются:

- семейно-ориентированные роды (24,1% от общего количества родов в 2014 г., 24,6% - в 2015 г.);
- совместное пребывание в палатах «Мать и Дитя» (100%);
- грудное вскармливание с первых минут жизни (перед выпиской из родильного дома составляет 98,2 %, до 1 года продолжают получать грудное молоко 86% детей).

Показатель своевременности охвата детей профилактическими прививками против таких инфекций, как дифтерия, эпидемический паротит, коклюш и корь, в последние годы в РК не опускается ниже 95%, что позволило снизить заболеваемость привитых детей.

С 2007 г. в рамках реализации приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.04.2007 г. № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» в РК проводится диспансеризация детей первого года жизни. Ежегодно охват диспансеризацией указанного контингента составляет от 91 до 97%.

Во всех детских поликлиниках с 2002 г. функционируют кабинеты здорового ребенка, на базе которых проводится обучение родителей по вопросам воспитания здорового ребенка в «Школе будущих родителей» и «Школе молодых родителей». Ежегодно обучение на базе этих кабинетов проходят более 17 тыс. человек.

Кроме того, профилактические мероприятия проводятся на базах Центров здоровья для детей, организованных в гг. Сыктывкар и Ухта. Деятельностью указанных центров в 2015 г. охвачено 7 559 детей в возрасте от 0 до 17 лет (2014 г. - 8 603). Специалистами центров осуществляются выезды в города и районы республики (в 2015 г. - 58 выездов, в 2014 г. - 143 выезда, в 2013 - 124 выезда), в ходе которых осмотрено 4 882 ребенка (2014 г. - 5 326 детей). Все дети, проконсультированные специалистами центров, получили индивидуальные рекомендации по ведению здорового образа жизни, 0,9% детей направлены в амбулаторно-поликлинические учреждения (в 2014 г. - 1,3 %). Во всех центрах здоровья открыты и функционируют кабинеты гигиенистов стоматологических.

В рамках реализации приказа Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» и приказа Министерства здравоохранения РК от 05.04.2013 г. № 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 медицинские лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по профилю «медицинские осмотры профилактические». В рамках исполнения приказа было осмотрено 151 548 несовершеннолетних (91,8% от годового плана), по результатам осмотров разработаны индивидуальные программы по оздоровлению.

В течение 2015 г. в рамках реализации приказа 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» осмотрено 1 598 детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (100% от годового плана).

Кроме этого, в рамках совместного приказа Министерства здравоохранения 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» проведена диспансеризация 1 034 детей (95,6% от годового плана). Недостаточный охват диспансеризацией этих детей связан с отказами законных представителей в связи с тем, что может быть раскрыта тайна усыновления/удочерения.

С целью снижения младенческой и детской смертности, инвалидности у детей в республике продолжается реализация скрининговых программ.

Разработана региональная маршрутизация проведения пренатальной диагностики нарушений развития ребенка (в рамках приказа Министерства здравоохранения РК от 02.02.2011 г. № 2/24 «О проведении пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в РК»). Организовано 7 центров пренатальной диагностики: 3 - в г. Сыктывкар, по 1 - в городах Ухта, Печора, Усинск и Воркута.

Охват пренатальной диагностикой нарушений развития ребенка в 2015 г. составил 83,7% от всех вставших на учет в сроке беременности до 14 недель (2014 г. - 94,7 %). Охват комбинированным пренатальным скринингом в 1 триместре за последние пять лет вырос с 8% в 2010 г. до 92,6% - в 2015 г., что соответствует международному стандарту (показатель по РФ - 76,7 %).

Число беременных, попавших в группу высокого риска по нарушению развития ребенка, составило 90 женщин (1,1% от общего числа беременных женщин, прошедших обследование).

Выявлено 224 плода с врожденными аномалиями (2014 г. - 126 плодов), в том числе с хромосомной патологией плода - 25 плодов (2014 г. - 11 плодов), с врожденными пороками развития - 199 плодов (2014 г. - 115 плодов). Прервано 103 беременности (в 2014 г. - 70 беременностей).

Обучено 42 специалиста по вопросам пренатальной диагностики (генетики, врачи ультразвуковой диагностики, цитогенетики), из них 19 врачей имеют FM-сертификат.

В 2015 г. неонатальным скринингом охвачено 11 708 новорожденных (98,8% от общего числа новорожденных детей). Выявлено 8 детей с заболеваниями, в том числе 4 - с врожденным гипотиреозом, 1 - с фенилкетонурией, 1 - с адреногенитальным синдромом, 1 - с муковисцидозом, 1 - с галактоземией. Все дети находятся под наблюдением врача-педиатра и других специалистов, получают адекватную терапию и реабилитацию.

Аудиологический скрининг в 2015 г. проведен в отношении 11 301 ребенка первого года жизни (99,5% от общего числа родившихся). Выявлено 10 детей с нарушением слуха. С учетом общего числа нуждающихся, в 2015 г. проведено 6 операций кохlearной имплантации, в том числе 3-м детям в возрасте до 3 лет (2014 г. - 6 операций).

Важным направлением деятельности органов и учреждений здравоохранения родовспоможения и детства является дальнейшее совершенствование службы охраны здоровья матери и ребенка по обеспечению пациентов доступной высокотехнологичной медицинской помощью. Ежегодно увеличивается финансирование этого вида помощи за счет бюджетов всех уровней. Это позволяет наращивать объемы указанного вида медицинской помощи, в том числе проводимой на базе республиканских медицинских организаций (Республиканской детской больницы, Коми республиканского перинатального центра, Ухтинский межтерриториальный родильный дом).

Одним из наиболее важных направлений деятельности учреждений здравоохранения родовспоможения и детства является работа по профилактике, диагностике и лечению социально обусловленных заболеваний у детей.

По степени опасности для подрастающего поколения важнейшее место занимают наркологические заболевания. В 2015 г. в рамках государственной поддержки СМИ опубликовано более 1500 материалов по теме «Пропаганда здорового образа жизни, профилактика наркомании, алкоголизма, курения, бытовой распущенности». Выходили материалы о здоровом образе жизни, спортивных акциях и мероприятиях, спортивных успехах и достижениях, профилактические материалы по предупреждению алкоголизма, наркомании, табакокурения, в том числе материалы, касающиеся законодательных инициатив о запрете продажи и распития алкоголя и предложений молодежи по борьбе с пьянством.

В отношении несовершеннолетних, употребляющих наркотики, были приняты меры, направленные на предупреждение дальнейшего потребления и недопущение развития у них зависимости от психоактивных веществ, на организацию индивидуальной работы с подростками.

В рамках подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» Государственной программы «Развитие здравоохранения» лечебными учреждениями РК ежегодно закупаются экспресс тест-системы для определения психоактивных веществ (ПАВ) в моче. Данные тест-полоски используются при обращении в медицинские организации родителей (в случае подозрения употребления несовершеннолетним психоактивного вещества), при госпитализации несовершеннолетних, при выявлении ребенка или подростка с проявлениями воздействия психоактивных веществ и пр.

Результатами данной деятельности явилось выявление несовершеннолетних, допускающих потребление ПАВ. В 2014 г. установлены такие лица в 6 случаях, в 2015 г. - в 10 случаях.

По оперативным данным ГБУЗ РК «Коми республиканский наркологический диспансер» количество случаев госпитализаций несовершеннолетних ввиду употребления наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов с диагнозами «отравление психоактивными веществами, наркотическим веществом», «интоксикация ПАВ» в 2015 г. составило 191 человек.

В отношении несовершеннолетних, выявленных в результате данной деятельности, были приняты меры со стороны наркологической службы РК, направленные на предупреждение дальнейшего потребления психоактивных веществ, организацию индивидуальной работы по наблюдению за данными гражданами, а также по недопущению развития у них зависимости от психоактивных веществ, то есть формирования диагноза наркологического расстройства в виде наркомании или токсикомании.

В республике заболеваемость детей и подростков инфекциями, передающимися половым путем, на протяжении ряда лет остается ниже, чем в среднем по Российской Федерации.

В 2015 г. с целью раннего выявления эмоционального психологического неблагополучия протестировано 19 887 детей. У 2,2% обследованных выявлены психологические нарушения различной степени тяжести. Все дети с нарушениями психоэмоционального статуса консультированы психологами. В 2015 г. зафиксировано 7 суицидов у несовершеннолетних (2014 г. - 9 законченных суицидов среди несовершеннолетних, в 2013 г. - 2 случая).

Во всех ЛПУ назначен ответственный специалист по вопросам межведомственного взаимодействия с субъектами профилактики по направлению раннего предупреждения и выявления фактов жестокого обращения с детьми.

В детских поликлиниках составлен и постоянно обновляется регистр о семьях, находящихся в социально-опасном положении, в том числе проводится сверка с органами опеки и попечительства.

При выявлении фактов ненадлежащего исполнения родительских обязанностей, фактах жестокого обращения с несовершеннолетними, медицинскими работниками незамедлительно (в первые сутки с момента выявления) направляется информация во все субъекты профилактики, а так же принимаются меры по госпитализации несовершеннолетнего в ЛПУ (в возрасте до 4 лет), либо помещению несовершеннолетнего в детский центр временного пребывания.

Так, в течение 2015 г. было направлено 470 информационных писем и телефонограмм с информацией о выявленных случаях жестокого обращения с несовершеннолетними. Такая информация была направлена во все субъекты профилактики: в органы внутренних дел, прокуратуру, органы опеки, социальную службу, учреждения образования.

Регулярно участковыми врачами-педиатрами, медицинскими сестрами, социальными работниками детских поликлиник проводятся патронажи в семьи, где допущены факты жестокого обращения.

Во время посещений с родителями проводятся разъяснительные беседы: о надлежащем уходе за детьми, о необходимости регулярного обследования ребенка, постоянного посещения детской поликлиники, проведения необходимых профилактических прививок, о соблюдении санитарно-гигиенических норм жилья. На руки родителям выдаются различные памятки и буклеты о профилактике детского травматизма, о риске возникновения СВС у детей первого года жизни, о здоровом образе жизни, об ответственности за жестокое обращение с детьми и т.д. Родителям оказывается бесплатная психологическая и юридическая помощь. Так в течение 2015 г. осуществлено 11 759 выходов.

Помимо того проводятся совместные рейды с участием территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в городах и районах, представителями органов внутренних дел, органов опеки и попечительства. В течение 2015 г. проведено 977 совместных рейдов, осмотрено при рейдах 7 936 детей, изъят и помещен в социальные центры и медицинские учреждения 801 ребенок. Направлено 5 заявлений в суд по факту препятствия со стороны законных представителей в оказании медицинской помощи ребёнку.

Консультативная помощь субъектам профилактики по вопросам профилактики жестокого обращения с несовершеннолетними оказывается в рабочем порядке при обращаемости субъектов.

В целях реализации пилотного проекта по созданию модели раннего выявления семейного неблагополучия на территории МО ГО «Сыктывкар» и МО МР «Сыктывдинский» главные врачи учреждений службы детства указанных районов прошли информационно-методические семинары по обучению навыкам раннего выявления случаев нарушения прав и законных интересов детей на базе ГБУ РК «Региональный центр развития социальных технологий». Всего обучено 11 специалистов.

В 2015 г. санаторно-курортным лечением охвачено 6 000 детей, из них в санаториях на территории РК - 5 190 (86,5 %), в санаториях Черноморского побережья - 581 (9,7 %), в федеральных санаториях - 229 (3,8 %). Эффективность оздоровления составила 97,4 %.

РАЗДЕЛ 6. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

Государственная программа РК «Развитие здравоохранения» утверждена постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 420, охватывает все направления деятельности отрасли здравоохранения региона. Реализация программы осуществляется по 11 подпрограммам с целью обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг. По итогам 2015 г. обеспечено достижение 82,6% показателей.

6.1. Реализация программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи гражданам РК осуществляется в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемой Правительством РК. Территориальные нормативы объемов медицинской помощи приводятся в соответствие с аналогичными показателями, установленными на федеральном уровне (таблица 90).

Таблица 90

Информация о соотношении установленных на 2015 г. территориальных нормативов объемов медицинской помощи и федеральных нормативов на 1 жителя

Наименование показателя	Нормативы объемов медицинской помощи на 1 жителя		
	Утвержденный норматив РК на 2015 г.	Федеральный норматив	Отношение, процент
Амбулаторно-поликлиническая помощь, посещение	2,769	2,9	95
Стационарная помощь, койко-дни	2,25	2,15	105
Дневные стационары, пациенто-день	0,510	0,5	102
Вызовы скорой помощи	0,207	0,193	107,3

Исполнение подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи в 2014 г. составило 94 %, выполнено 8 201,1 тыс. посещений, что составляет 97% от показателя 2013 г. Снижение количества посещений связано со снижением численности населения РК.

Объем посещений с профилактической целью составил 34,9% от общего количества посещений, что на 8% выше показателя 2013 г.

Отмечается рост объемов оказания неотложной помощи, доля которых в общем количестве амбулаторно-поликлинических посещений увеличилась на 1%, что связано с организацией службы неотложной помощи в поликлиниках и переводом части объемов неотложной медицинской помощи со скорой медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап.

Исполнение норматива объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (число пациенто-дней на 1 жителя), в 2014 г. составило 95%. Количество пациенто-дней в 2014 г. в связи с перепрофилированием круглосуточных коек в койки дневного пребывания увеличилось в сравнении с 2013 г. на 8% и составило 688,99 тысяч пациенто-дней.

Норматив оказания помощи в стационарных условиях исполнен по сравнению с утвержденным на 97%. Количество койко-дней сократилось на 5% по сравнению с показателем 2013 г. и составило 2 439,4 тысяч койко-дней.

Норматив количества вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя исполнен в размере 94% по сравнению с утвержденным и снизился по сравнению с 2013 г. на 4%.

В целом, исполнение установленных объемных показателей программы государственных гарантий выполнено на достаточном уровне.

Важным направлением реализации территориальной программы госгарантий является наращивание объемов профилактической помощи, в том числе оказываемой в амбулаторных условиях. В республике отмечается положительная динамика роста объемов амбулаторно-поликлинических посещений и объемов помощи в дневных стационарах, снижение неэффективных расходов по дорогостоящей стационарной медицинской помощи. Впервые за многие годы не отмечалось перевыполнения норматива помощи в стационарных условиях и количества вызовов скорой медицинской помощи.

Кроме того, на снижение уровня оказания стационарной помощи оказало влияние внедрение новых медицинских технологий, оснащение учреждений здравоохранения современным медицинским оборудованием в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Планируется продолжить оптимизацию объемов стационарной медицинской помощи, что предполагает дальнейшую реструктуризацию коечного фонда для обеспечения доступности населения в стационарной медицинской помощи при заболеваниях, вносящих наибольший вклад в структуру смертности и заболеваемости населения.

Работа по реструктуризации коечного фонда и развитию внебольничного сектора проводилась на протяжении последних лет. Это привело к существенному сокращению объемов стационарной медицинской помощи: с 2005 г. на 19,4% (2005 г. - 3,105 на 1 жителя, 2014 г. - 2,504). Планируется дальнейшее перераспределение коечного фонда в пользу заболеваний с наиболее высоким приростом уровня распространенности, ассоциированных с пожилым и старческим возрастом (онкологическая патология, болезни системы кровообращения и др.).

В 2015 г. отмечается снижение своевременного доезда бригад скорой медицинской помощи до больного (при установленном нормативе 20 минут), который составляет 92,8 (2014 г. - 91,4). Это связано со значительным износом санитарного автотранспорта. В течение 2013-2014 гг. для улучшения ситуации и переоснащения этой службы приобретено 132 единицы санитарного автотранспорта. Однако на начало 2016 г. 89 автомобилей скорой медицинской помощи нуждается в замене в связи с полным износом. Это требует принятия дополнительных решений по обновлению автопарка учреждений здравоохранения, что позволит увеличить процент своевременного доезда до больного.

Важнейшим ресурсом, обеспечивающим рост объемов амбулаторной медицинской помощи, оказываемой населению, в том числе с профилактической целью и направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни, являются кадровые ресурсы первичного звена здравоохранения.

Отмечается рост обеспеченности врачами общей практики, связанный с организацией дополнительных офисов врача общей практики в период реализации программы модернизации здравоохранения.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 06.12.2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» и Министерства здравоохранения РК от 20.09.2013 г. № 9/452 «О проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения на территории РК», в 2015 г. было запланировано осмотреть 24 662 человека, осмотрено 22 905 человек (92,9% от плана на год).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 03.02.2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» и приказом Министерства здравоохранения РК от 27.12.2014 г. № 2521-р установлены объемы осматриваемого населения с ежемесячной разбивкой в разрезе медицинских организаций. Плановая численность подлежащих диспансеризации в 2015 г. составляла 135 893 человек или 21% взрослого населения.

В проведении диспансеризации в 2015 г. участвовали 36 лечебно-профилактических учреждений РК, в том числе 5 негосударственных. На 31.12.2015 г. диспансеризация завершена в отношении 126 313 человек, из них работающих граждан - 60,7% от общего числа обследованных, неработающих граждан - 39,3 %, обучающихся в образовательных

организациях по очной форме - 1,6 %, 7 человек из числа коренных малочисленных народов Севера.

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

Для реализации мероприятий по профилактическим осмотрам и диспансеризации взрослого населения в 2016 г. в декабре 2015 г. сформирован план подлежащих диспансеризации, размещен на сайте Министерства здравоохранения РК. В настоящее время диспансеризация началась и проводится достаточными темпами.

Показатель смертности на дому по итогам 2015 г. уменьшился по сравнению с предыдущим отчетным периодом на 5,4% (в 2015 г. - 556,8 на 100 тыс. населения, в 2014 г. - 588,3 на 100 тыс. населения). Из всех умерших на дому в 2015 г., доля лиц старше трудоспособного населения составила 73,0% (2014 г. - 72,9 %), трудоспособного - 26,4% (2014 г. - 26,4 %), младше трудоспособного - 0,5% (2014 г. - 0,7 %). Основной причиной смертности на дому является смертность лиц старших возрастных групп, страдающих тяжелой хронической патологией или умерших по старости.

В республике продолжается реорганизация реабилитационной помощи населению. Для каждого контингента (инвалиды/люди с ограниченными возможностями, люди пожилого возраста, инвалиды-участники боевых действий, инвалиды вследствие трудового увечья, дети и подростки и др.) организовано предоставление реабилитационных услуг либо по линии органов социального обеспечения и социального страхования, либо в рамках деятельности медицинских организаций и учреждений санаторно-курортного типа, расположенных на территории РК.

6.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь. В 2015 г. в РК, как и в прочих субъектах РФ продолжались мероприятия по формированию трехуровневой системы организации медицинской помощи, в соответствии с которой медицинские организации первого уровня представлены максимально приближенными к месту жительства организациями, оказывающими медицинскую помощь при наиболее распространенных заболеваниях; медицинские организации второго уровня - специализированными межмуниципальными (межрайонными) центрами, в первую очередь для оказания экстренной и плановой специализированной медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности населения; медицинские организации третьего уровня - областными, краевыми, республиканскими больницами, специализированными диспансерами и центрами, оказывающими не только специализированную, но и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Учитывая важность своевременного оказания медицинской помощи больным с острыми и неотложными заболеваниями и состояниями, являющимися основной причиной смертности, повышенное внимание уделялось развитию сети межмуниципальных (межрайонных) центров.

Таблица 91

Число посещений к врачам амбулаторно-поликлинического звена, включая платные и посещения к стоматологам (зубным врачам) на 1 жителя в РК в 2011-2015 гг.

Города и районы/Год	2011	2012	2013	2014	2015	Прирост к 2011 г., %
Вуктыльский	8,6	9,1	6,7	7,1	9,0	4,7
Ижемский	6,0	7,9	8,6	7,4	7,5	25,4
Княжпогостский	6,8	7,3	7,6	7,3	7,6	11,6
Койгородский	9,6	9,4	9,6	11,4	11,5	19,9
Корткеросский	7,1	7,4	8,2	9,3	9,1	28,1

Печорский	8,3	8,4	8,4	8,0	7,6	-9,0
Прилузский	9,1	10,4	10,7	11,0	10,4	14,5
Сосногорский	8,0	7,8	7,1	7,2	7,0	-12,9
Сыктывдинский	6,6	5,7	6,7	7,0	6,6	0,2
Сысольский	8,6	9,2	10,2	10,8	10,4	20,9
Троицко-Печорский	9,4	9,1	8,7	8,5	8,4	-10,7
Удорский	5,8	6,0	5,7	5,7	5,2	-11,0
Усинский	8,8	9,4	9,6	9,7	8,6	-2,8
Усть-Вымский	5,4	5,5	5,6	6,2	6,2	15,7
Усть-Куломский	7,3	8,6	8,7	8,9	8,8	20,0
Усть-Цилемский	6,1	7,0	6,4	6,8	7,3	19,4
Воркута	10,1	10,3	10,0	9,7	9,8	-2,6
Инта	9,2	9,4	10,0	9,7	10,9	18,1
Ухта	10,0	10,1	9,7	10,0	9,2	-8,5
Сыктывкар	12,7	12,9	12,5	13,0	12,8	0,5
РК	9,7	10,0	9,8	10,0	9,8	1,2
РФ	9,4	9,5	9,5	9,1	н/д	
СЗФО	8,4	8,6	8,5	8,5	н/д	

Число посещений к врачам амбулаторно-поликлинического звена (таблица 91) на одного жителя в год в целом по РК в 2015 г. составило 9,8. В сравнении с 2011 г. увеличение числа посещений составило 1,2%. Сохраняющаяся тенденция роста объясняется процессами оптимизации здравоохранения в части переноса акцента на оказание амбулаторной помощи. В отдельных территориях - Удорском, Усть-Вымском, Усть-Куломском, Ижемском, Печорском, Сыктывдинском, Сосногорском, Княжпогостском, Усть-Цилемском, Усинском, Троицко-Печорском районах указанный показатель ниже среднереспубликанского уровня. Отрицательная динамика отмечается в Сосногорском, Удорском, Троицко-Печорском, Печорском, Усинском районах, г. Ухта, г. Воркута, что объясняется, прежде всего, низкой кадровой укомплектованностью. Значительный прирост показателя по сравнению с 2011 г. отмечается в Корткеросском (+28,1%), Ижемском (+25,4%), Сысольском (+20,9%), Усть-Куломском (+20,0%), Койгородском (+19,9%) и Усть-Цилемском (+19,4%) районах.

Таблица 92

**Число посещений на амбулаторно-поликлиническом приёме в РК
в 2011-2015 гг. (на одну занятую врачебную должность)**

Города и районы/Год	2011	2012	2013	2014	2015	Отклонение к 2014 г.
Вуктыльский	3346,1	4276,8	3454,9	3078,7	3758,5	22,1
Ижемский	3764,1	5152,8	5630,4	4960,7	4616,4	-6,9
Княжпогостский	3002,8	3291,9	3977,6	3952,6	4368,0	10,5
Койгородский	2344,3	2765,0	2446,8	2512,6	3540,1	40,9
Корткеросский	3472,0	3197,0	3475,8	3816,8	3669,2	-3,9
Печорский	2837,7	2953,1	3041,2	2812,6	2487,0	-11,6
Прилузский	3863,4	4188,3	4085,0	3721,0	3231,3	-13,2
Сосногорский	4897,6	4682,8	4250,4	4076,8	3956,4	-3,0
Сыктывдинский	2721,3	2297,6	2724,2	2768,1	2554,3	-7,7
Сысольский	4566,2	4367,6	4659,1	3924,8	3398,2	-13,4
Троицко-Печорский	4777,2	4343,2	4076,4	3448,8	3745,4	8,6
Удорский	2891,3	3116,4	2841,0	3807,1	3138,1	-17,6
Усинский	4131,9	4187,9	3931,1	4037,8	3622,4	-10,3
Усть-Вымский	4501,5	4879,9	4408,5	3790,8	3650,7	-3,7
Усть-Куломский	4404,9	4658,1	5225,3	4000,7	3759,6	-6,0
Усть-Цилемский	4078,9	5127,3	3867,1	4362,1	3895,4	-10,7
Воркута	2472,6	2799,9	2710,2	2396,8	2419,4	0,9
Инта	3098,8	3060,2	2999,2	2827,2	3143,4	11,2
Ухта	2956,3	2942,5	2946,4	3171,1	3197,6	0,8
Сыктывкар	2278,1	2410,2	2319,1	2350,1	2340,4	-0,4

РК	2772,9	2918,2	2840,0	2810,8	2771,5	-1,4
----	--------	--------	--------	--------	--------	------

Число посещений на амбулаторно-поликлиническом приеме на одну занятую врачебную должность (таблица 92) снизилось по сравнению с 2011 г. на 1,4%.

Таблица 93

**Удельный вес посещений в поликлинике по поводу заболеваний в РК
в 2011-2015 гг. (в%)**

Города и районы/Год	2011	2012	2013	2014	2015
Вуктыльский	73,9	73,0	70,0	67,0	54,7
Ижемский	64,7	60,1	62,1	57,4	46,6
Княжпогостский	61,7	67,5	71,3	56,8	52,2
Койгородский	69,1	68,6	64,5	61,5	59,8
Корткеросский	70,8	71,9	68,3	60,0	58,8
Печорский	67,7	69,6	68,7	64,9	63,9
Прилузский	71,0	68,8	70,3	62,0	54,3
Сосногорский	79,9	72,7	80,1	70,9	63,0
Сыктывдинский	78,9	84,4	79,7	68,1	61,8
Сысольский	60,4	57,1	54,2	49,9	38,5
Троицко-Печорский	85,8	81,9	78,3	78,4	74,5
Удорский	60,4	55,5	68,6	52,1	49,8
Усинский	66,5	70,7	67,7	45,6	46,9
Усть-Вымский	69,0	64,8	70,9	50,2	53,8
Усть-Куломский	64,6	61,3	64,0	57,7	53,6
Усть-Цилемский	67,8	66,3	74,2	61,1	53,5
Воркута	65,2	61,0	62,8	54,7	53,0
Инта	72,2	79,3	75,2	66,2	56,6
Ухта	75,9	79,6	80,8	76,0	68,4
Сыктывкар	76,5	74,8	75,7	68,3	64,2
РК	72,8	72,2	73,1	65,0	60,4

Удельный вес посещений по поводу заболеваний (таблица 93) составил в целом по республике в 2015 г. 60,4% от общего числа посещений. В динамике показатель с 2011 г. снизился на 17,1%, что свидетельствует об увеличении доли посещений с профилактической целью. В части территорий (Усинском, Сысольском, Ижемском, Вуктыльском районах) в динамике отмечается наибольшее снижение удельного веса посещений по поводу заболеваний, что свидетельствует о более высокой эффективности организации работы участковой службы.

Таблица 94

**Удельный вес профилактических посещений в поликлинике в РК
за 2011-2015 гг., в%**

Города и районы/Год	2011	2012	2013	2014	2015
Вуктыльский	26,1	27,0	30,0	33,0	45,3
Ижемский	35,3	39,9	37,9	42,6	53,4
Княжпогостский	38,3	32,5	28,7	43,2	47,8
Койгородский	30,9	31,4	35,5	38,5	40,2
Корткеросский	29,2	28,1	31,7	40,0	41,2
Печорский	32,3	30,4	31,3	35,1	36,1
Прилузский	29,0	31,2	29,7	38,0	45,7
Сосногорский	20,1	27,3	19,9	29,1	37,0
Сыктывдинский	21,1	15,6	20,3	31,9	38,2
Сысольский	39,6	42,9	45,8	50,1	61,5
Троицко-Печорский	14,2	18,1	21,7	21,6	25,5
Удорский	39,6	44,5	31,4	47,9	50,2

Усинский	33,5	29,3	32,3	54,4	53,1
Усть-Вымский	31,0	35,2	29,1	49,8	46,2
Усть-Куломский	35,4	38,7	36,0	42,3	46,4
Усть-Цилемский	32,2	33,7	25,8	38,9	46,5
Воркута	34,8	39,0	37,2	45,3	47,0
Инта	27,8	20,7	24,8	33,8	43,4
Ухта	24,1	20,4	19,2	24,0	31,6
Сыктывкар	23,5	25,2	24,3	31,5	35,8
РК	27,2	27,8	26,9	35,0	39,6

Удельный вес профилактических посещений в поликлинике (таблица 94) с 2011 г. вырос на 45,6% и составил в целом по РК в 2015 г. 39,6% от общего числа посещений. В Сысольском, Вуктыльском, Койгородском, Корткеросском районах отмечается стабильное увеличение данного показателя. В ряде территорий РК указанный показатель значительно превышает среднереспубликанский уровень: в Сысольском районе - 61,5%, Усинском - 53,1%, Ижемском - 53,4%, Удорском - 50,2%.

Таблица 95

Охват профилактическими осмотрами контингентов населения, подлежащих периодическим осмотрам в РК, за 2011-2015 гг., %

Города и районы/Год	2011	2012	2013	2014	2015
Вуктыльский	100,0	100,0	100,0	102,1	100,0
Ижемский	87,8	84,6	88,5	104,0	73,4
Княжпогостский	98,4	97,9	98,8	123,2	100,3
Койгородский	94,8	90,5	100,0	107,3	100,6
Корткеросский	97,2	100,0	100,0	100,0	110,6
Печорский	98,5	97,0	83,2	108,7	82,7
Прилузский	98,6	97,8	98,1	87,0	94,9
Сосногорский	99,2	99,6	99,6	86,2	100,0
Сыктывдинский	84,9	73,8	82,7	101,8	102,7
Сысольский	99,0	96,8	97,0	101,6	102,4
Троицко-Печорский	100,0	100,0	100,0	106,7	100,0
Удорский	96,7	98,6	89,2	85,0	100,6
Усинский	93,8	90,0	91,1	47,4	68,5
Усть-Вымский	99,8	99,8	97,3	100,2	108,6
Усть-Куломский	99,6	100,0	100,0	93,5	100,0
Усть-Цилемский	89,9	92,0	89,6	46,6	110,2
Воркута	57,1	89,4	95,9	100,4	86,5
Инта	99,8	99,8	97,3	111,7	104,3
Ухта	99,3	98,9	99,9	94,5	64,3
Сыктывкар	94,7	96,5	92,9	102,6	105,3
РК	85,2	94,7	94,5	95,0	92,9

Охват профилактическими осмотрами контингентов населения, подлежащего периодическим осмотрам (таблица 96), составил в 2015 г. 92,9%, что отражает возможность своевременного выявления заболеваний, соблюдения преемственности и этапности диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Служба врача общей практики. Одним из важных направлений развития здравоохранения является повышение эффективности и совершенствование первичной медико-санитарной помощи и профилактической направленности здравоохранения, дальнейшее укрепление и развитие сети общеврачебных практик.

Таблица 96

Количество врачей общей практики в РК в 2011-2015 гг. по городам и районам

Города и районы/Год	2011	2012	2013	2014	2015
Вуктыльский	2	2		1	1
Ижемский	1	1	1	1	1
Корткеросский	1	1	1	1	1
Печорский	1	1	1	1	1
Прилузский	10	9	12	12	12
Сыктывдинский	1	1	1	1	
Сысольский	3	2	2	2	2
Усинский	1	1	4	1	1
Усть-Вымский	3	3	3	3	2
Усть-Куломский	-	4	3	3	3
Усть-Цилемский	2	1	2	2	2
Воркута					1
Ухта	1	1	2	2	1
Сыктывкар	15	16	15	15	15
РК	40	43	47	45	43

Врачи общей практики в РК работают в амбулаториях врачей общей практики и на терапевтических участках поликлиник (таблица 96). В г. Сыктывкаре - 15 врачей общей практики, функционирует 10 врачебных амбулаторий, из них 5 работают по принципу общеврачебных практик, одно отделение ВОП. В 2014 г. получили первичную переподготовку по специальности ВОП 5 участковых врачей. На конец 2015 г. в муниципальных образованиях функционирует 28 участков врачей общей практики, осуществляют деятельность в сельских районах 14 амбулаторий врачей общей практики. Численность обслуживаемого населения врачами ОП составляет 76 526 человек, в том числе 4 638 детей.

Таблица 97

Сведения о врачах общей практики (ВОП) в РК в 2010-2015 гг.

Показатели/Год	2011	2012	2013	2014	2015
Штатные должности	48,5	54,5	60,25	62,75	66,0
Укомплектованность штатов физ. лицами,%	82,5	71,5	73,0	71,7	65,2
Физические лица (ф.№30)	40	39	44	45	43
Физические лица (ф.№17)	41	43	47	45	-
Имеют сертификаты, человек	40	43	47	45	43
Имеют сертификаты,%	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0
Имеют категорию, человек	12	11	12	8	9
Имеют категорию,%	29,3	25,6	25,5	17,8	20,9

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 2016 г. увеличение числа ВОП с дальнейшим открытием офисов врачей общей практики в ряде территорий республики в поселениях с большой численностью населения.

Стоматологическая служба

Таблица 98

Анализ лечебной деятельности стоматологической службы

	2011	2012	2013	2014	2015
Выполнено всего УЕТ	2325937	2383769	2968078	2901795	2739074
Процент выполнения плана государственных гарантий	98,1%	92,1%	95,3%	98,1%	101,0%
Принято всего больных	731021	718611	815539	819111	780977

В том числе первичных	360959	354732	412422	424642	428363
Процент первичных посещений	49,3%	49,3%	50,5%	52%	54,8%
Запломбировано зубов всего в том числе по поводу:	464904	492118	515649	505045	495811
а) кариеса постоянных зубов	316413	317926	341220	331505	35091
временных зубов	22167	20875	21967	23443	21644
б) осложненного кариеса постоянных зубов	80249	77942	71970	77337	87818
временных зубов	17014	13289	16130	15506	16563
Удалено зубов:					
постоянных	123481	127865	129938	121791	123828
временных	28784	28427	29817	29889	32795
Проведен курс лечения:					
-заболеваний слизистой оболочки полости рта	1307	871	1018	1091	982
- заболеваний пародонта	3745	4416	5207	5132	5247
Всего санировано	92185	82529	81143	83888	74630
Процент санированных от первичных	25,5%	23,3%	20%	20%	17,4%

Программа государственных гарантий по оказанию стоматологической помощи населению РК в 2015 году выполнена государственными учреждениями здравоохранения на 101% (таблица 98). Положительная динамика отмечается, начиная с 2013 года: рост выполнения плановых показателей ежегодно на 3%.

Выполнение плановых показателей в разрезе территорий:

- менее 100%: г. Воркута - 88,6%, Печорский район – 85,1%, Вуктыльский район - 99%, Койгородский район - 80%, Прилузский район - 97%, Сыктывдинский район - 91%, Сысольский район - 96%, Троицко-Печорский район - 87%, Удорский район - 80%, Усть-Цилемский район - 89%;

- более 100%: г.Сыктывкар - 114%, Инта - 100,2%, Усинск - 102,5%, Ухта - 105%, Ижемский район - 115%, Корткеросский район - 102%, Княжпогостский район - 114%, Сосногорский район - 104%, Усть-Вымский район - 102%, Усть-Куломский район - 106%.

Таблица 99

Анализ уровня стоматологической помощи населению

	2011	2012	2013	2014	2015
Посещений на 1 жителя в год:					
в т. ч. - дети до 18 лет	0,8	0,8	0,9	0,94	0,9
- взрослые	1,5	1,48	1,55	1,66	1,53
	0,6	0,63	0,62	0,75	0,74
Всего УЕТ на 1 жителя	2,6	2,7	3,4	3,3	3,2
в т.ч – дети до 18 лет	4,4	4,2	4,4	4,75	4,54
- взрослые	2,1	2,3	2,3	2,95	2,8
Уровень оздоровления	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Количество посещений и объем выполненной работы на одного жителя в год стабилен на протяжении последних пяти лет (таблица 99).

Дополнительная стоматологическая помощь населению Республики Коми оказывается частными клиниками и кабинетами, в том числе и в системе обязательного медицинского страхования.

В 2015 году отмечается незначительное снижение качественных показателей по ряду позиций. В среднем один специалист выполнил на 5% меньше УЕТ и на 4% меньше посещений. Основная причина - это приток молодых специалистов, у которых по причине небольшого клинического опыта интенсивность работы ниже, чем у врачей со стажем.

Снижение доли санированных пациентов на 11% связано с отсутствием мотивации по увеличению данного показателя, как у врачей, так и у пациентов. Качественные показатели работы из расчета на одну санацию, на протяжении последних трех лет стабильны.

Таблица 100

Планово-профилактическая работа стоматологической службы

	2011	2012	2013	2014	2015
Осмотрено в порядке плановой санации: в том числе дети (до 18 лет)	132099 108982	129230 98001	150320 106387	151562 114993	143208 100562
Из числа осмотренных - нуждалось в санации в том: числе дети (до 18 лет)	70739 55562	67752 50203	71788 54883	68422 53801	72813 52551
Процент нуждающихся в санации в том числе: дети (до 18 лет)	53,2 50,9	52,4 51,2	47,8 51,6	45,1 46,8	50,9 52,3
Санировано из числа нуждающихся в том числе: дети (до 18 лет)	42332 32741	41334 32135	41527 32950	41824 32864	35857 27283
Процент санированных в том числе: дети (до 18 лет)	60,3 58,9	61 64	57,8 60	61,1 61	49,3 61,9

Таблица 101

Процент охвата планово-профилактической работой

	2011		2012		2013		2014		2015	
	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ	РК	РФ
Процент охвата осмотренных в порядке профосмотров:	14,7	12,4	14,5	13,9	17,1	н/д	17,4	н/д	16,6	н/д
- взрослые	3,3	5,7	4,4	6,8	6,2	н/д	5,3	н/д	6,3	н/д
- дети и подростки	60,6	41,1	54,3	41,5	58,6	н/д	54,6	н/д	54,3	н/д
Процент нуждающихся в санации:										
- взрослые	65	60	56,2	57,0	47,1	н/д	40	н/д	47,5	н/д
- дети и подростки	51	50,5	51,2	49,6	51,6	н/д	46,8	н/д	52,3	н/д
Процент санированных из числа нуждающихся:										
- взрослые	63,8	68,1	52,4	64,9	60,9	н/д	61,3	н/д	42,3	н/д
- дети и подростки	58,9	66,9	64,0	66,2	60,0	н/д	61,0	н/д	61,7	н/д

Планово-профилактическая работа при оказании стоматологической помощи детскому населению республики (таблица 101) остается приоритетным направлением, о чем свидетельствует стабильность показателей на протяжении пяти лет. По Российской Федерации данные за последние три года отсутствуют.

Таблица 102

Объемы оказания стоматологической помощи детям

	2011	2012	2013	2014	2015
Принято всего детей до 18 лет	280919	268036	290058	305161	282508
Из них первичных	145802	144122	158030	179071	174594
Санировано всего	39594	39255	38642	38004	36019
Выполнено УЕТ	792172,71	762454	850982	870878	840192

Объем помощи на одного ребенка в 2015 году составляет 4,5 УЕТ в год (таблица 102).

Таблица 103

Планово-санационная работа среди школьников РК в 2011-2015 гг.

	2011	2012	2013	2014	2015
Всего школьников	90870	92375	91657	90632	92555
Осмотрено в порядке плановой санации	84,4%	82,3%	82,5%	82,3%	80,4%
Нуждалось в санации	47,8%	47,8%	48,6%	50,1%	48,0%
Санировано из числа осмотренных	76,4%	74,7%	72,2%	67,8%	65,7%
Охват санацией	74,9%	72,3%	71,3%	69,0%	67,0%

Сохраняется приоритетность планово-профилактической работы в детской стоматологической службе РК (таблица 103). Охват санацией школьников по РК составляет 67%.

В 2015 году недостаточно уделялось внимания планово-профилактической работе в ряде районов РК, где показатель ниже среднего значения: Сысольском - 54,3%, Вуктыльском - 45%, Уст-Вымском - 36,6%, Сыктывдинском - 33,8%.

Хорошо организована работа среди школьников на следующих территориях: Инта - 90,7%, Прилузский район - 90,1%, Сыктывкар - 85%, Койгородский район - 84,2%, Воркута - 82,6%, Корткеросский район - 80%, Усть-Куломский район - 76,4%, Удорский район - 76,1%.

Таблица 104

Планово-санационная работа среди дошкольников

	2011	2012	2013	2014	2015
Всего осмотрено дошкольников:	23456	22104	23230	31053	21006
В процентах:	58,2%	47,2%	63,3%	76,3%	74,0%
Нуждалось в санации:	11158	10314	11445	12983	8675
В процентах:	47,6%	47,0%	49,3%	41,8%	41,3%
Санировано:	5399	5379	6329	5709	3440
В процентах:	48,4%	52,0%	55,3%	44,0%	40,0%

Процент дошкольников, охваченных профилактическими осмотрами, в течение трех лет остается стабильно высоким; доля нуждающихся в санации за последние два года неизменна (таблица 104).

Начиная с 2014 года, происходит снижение санированных детей дошкольного возраста: в 2014 году - на 11,3%, в 2015 - на 4,3%. Это связано с организационными проблемами оказания стоматологической помощи детям младшего возраста: трудности при получении письменного согласия родителей, а так же отсутствием у них мотивации на лечение временных зубов ребенка.

Таблица 105

Заболеваемость кариесом среди детского населения

	2011	2012	2013	2014	2015
КПУ 12ти-летних	3,6	3,7	3,7	3,7	3,4
Распространенность кариеса	80%	81,6%	82%	82%	80%
% детей, получивших спец. профилактику	36,6	48,7%	53,1%	43%	52,7%

Заболеваемость кариесом детского населения РК (таблица 105) имеет стабильную динамику: 80-82%. КПУ 12-летних школьников колеблется от 3,7 до 3,4. Процент детей до 18 лет, получивших специфическую профилактику, вырос на 9,7%.

Санация декретированных групп (таблица 106). Значительное внимание в 2015 году, как и на протяжении прошлых лет, уделялось санации декретированных групп населения:

Таблица 106

	2011	2012	2013	2014	2015
Уч. ВОВ	682	282	166	182	128
- осмотрено	463-68%	200-70,9%	110-66,3%	149-81,9%	81-63%
- нуждалось	246-53,1%	104-52%	37-33,6%	60-33%	24-29,6%
- санировано					
ЧАЭС	405	583	213	188	304
- осмотрено	254-62,7%	422-72,4%	189-88,7%	145-77,1%	170-55,9%
- нуждалось	140-55%	206-48,9%	92-48,7%	74-39,4%	87-51,2%
- санировано					
Допр.призыв. молодежь	11751	11499	10244	9448	10169
- осмотрено	8720-72%	8796-76,5%	8129-79,4%	6738-71,3	7628-75%
- нуждалось	7380-84,3%	6926-78,7%	6783-83,4%	5806-86,2	6558-86%
- санировано					
ПТУ и Вузы	4710	3921	3004	2449	2563
- осмотрено	3042-64,6%	2752-70,2	2110-70,2%	1863-76,1%	1614-63%
- нуждалось	1758-57,8%	1660-60,3	1337-63,4%	1012-41,3%	930-57,8%
- санировано					
Беременные	5967	4893	7111	3890	4481
-осмотрено	4081-68,4%	3558-72,7%	3171-44,6%	2752-70,8%	2595-57,8%
-нуждалось	3164-77,5%	2799-78,7%	2221-70%	1958-50,3%	1881-72,5%
-санировано					

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

Таблица 107

Выездная работа ЛПУ РК

	2011	2012	2013	2014	2015
Кол-во командировок с лечебной целью	112	109	111	225	150
Принято всего больных:	6898	7014	6308	6206	4859
в том числе дети	3412	3156	2789	2970	3065
Санировано:	771	1699	1629	1690	1275
в том числе дети	864	1016	896	900	954

В связи с географическими особенностями республики, связанными с расположением ряда населенных пунктов на значительном удалении от районных центров, в учреждениях проводится активная работа по повышению доступности стоматологической помощи для жителей этих населенных пунктов: в 2015 году были организованы 150 выездов, принято 4859 пациентов, из них санировано 1275 человек (таблица 107).

Таблица 108

Показатели удовлетворенности населения медицинской помощью стоматологической службы в разрезе самостоятельных поликлиник за 2015 год

№	ЛПУ	Коэффициент удовлетворенности
1	ГАУЗ РК «Республиканская стоматологическая поликлиника»	0,92

2	ГАУЗ РК «Воркутинская стоматологическая поликлиника»	0,96
3	ГБУЗ РК «Ухтинская стоматологическая поликлиника»	0,88
5	ГБУЗ РК «Интинская стоматологическая поликлиника»	0,97

Средний коэффициент удовлетворенности стоматологической помощью по итогам 2015 года по результатам анкетирования пациентов профильных поликлиник составляет 0,94. Самый низкий показатель среди поликлиник - 0,88 в ГБУЗ РК «Ухтинская стоматологическая поликлиника»; самый высокий - 0,97 в ГБУЗ РК «Интинская стоматологическая поликлиника» (таблица 108).

Совершенствование организации оказания первичной медико-санитарной помощи. Оказание первичной медико-санитарной помощи основано на исполнении принципов статьи 33. Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказов Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медицинской помощи взрослому населению», от 16.04.2012 г. № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи», ведомственных нормативных правовых актов Минздрава РК.

С целью повышения доступности медицинской помощи в 2015 г. была проведена работа по разукрупнению терапевтических участков. Если по состоянию на 31 декабря 2014 г. в республике было зарегистрировано 369 терапевтических участков, то по состоянию на 31 декабря 2015 г. их количество составило 383. В 2015 г. было проведено разукрупнение участков в 6 медицинских организациях: ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ», ГБУЗ РК «Центральная поликлиника г. Сыктывкара», ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3», ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ», ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ», ГБУЗ РК «Воркутинская поликлиника».

В рамках реализации Программы модернизации здравоохранения в феврале 2012 г. на базе поликлинического отделения № 1 Ухтинской городской поликлиники открылся межмуниципальный диагностический центр специализированной медицинской помощи. Прием ведут врачи: кардиолог, гастроэнтеролог, эндокринолог, уролог, ЛОР, невролог. На прием могут обратиться жители Сосногорского, Вуктыльского, Троицко-Печорского, Княжпогостского районов. В течение 2015 г. к специалистам межмуниципального диагностического центра обратились 4 618 пациентов (2014 год - 5 144 пациента).

В 2014 г. на базе ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ» организован межмуниципальный центр консультативно-диагностической помощи по профилям «хирургия», «урология», «травматология». Амбулаторная и стационарная помощь оказываются жителям Ижемского, Усть-Цилемского районов и жителям из прилегающих к Печорскому району территорий Вуктыльского и Усинского района; работает артроскопическая установка. Проучены на центральных базах 2 специалиста по профилю «Хирургия» и 2 специалиста по профилю «Травматология и ортопедия».

Таблица 109

Показатели деятельности межмуниципального центра консультативно-диагностической помощи, организованного на базе ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ»

п/п	Профиль	Стационарная помощь		Амбулаторная помощь	
		2014 год (кол-во чел./ койко-дней)	2015 год (кол-во чел./ койко-дней)	2014 год (кол-во чел./ посещения)	2015 год (кол-во чел./ посещения)
1.	Урология	12 / 99	310 / 3 886	19 / 30	3 165 / 5 322
2.	Хирургия	22 / 244	1 118 / 12 033	61 / 109	11 297 / 20 655
3.	Травматология	29 / 310	696 / 8 271	64 / 147	9 974 / 24 111
	ВСЕГО:	63 / 653	2 124 / 24 190	144 / 286	24 436 / 50 088

Для эффективного функционирования межрайонных медицинских центров проведен ремонт помещений, дополнительное оснащение медицинским оборудованием и подготовка

кадров для обеспечения организации медицинской помощи в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 30.12.2011 г. № 12/644 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи детям РК» обеспечена деятельность межтерриториального детского консультативно-диагностического центра на базе ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3»: за 2015 год консультативную помощь получили 3096 детей, при выездах в сельские территории осмотрено 482 ребенка.

В целях достижения максимальной доступности первой помощи сельскому населению в малонаселенных пунктах, где отсутствуют ФАПы, в рамках реализации региональной Программы модернизации здравоохранения, начиная с 2011 г., была организована деятельность домовых хозяйств с выделением ответственных лиц, прошедших обучение по программе первой помощи (само- и взаимопомощи).

В 2015 г. в соответствии с изменениями, внесенными в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медицинской помощи взрослому населению», Минздравом РК было утверждено Положение о деятельности домовых хозяйств для оказания первой помощи населению малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации или ее подразделений населенных пунктов РК (приказ Министерства здравоохранения РК от 03.08.2015 г. № 8/332).

Домовые хозяйства закреплены за подразделениями медицинской организации первичной доврачебной помощи (фельдшерско-акушерский пункт) или первичной врачебной помощи (амбулатория, участковая больница) по территориальному принципу с целью контроля за организацией деятельности, правильностью оказания первой помощи, пополнения укладок первой помощи. Обучение представителей домовых хозяйств навыкам оказания первой помощи при внезапных, опасных для жизни острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях проводится медицинским персоналом (врачом, фельдшером) медицинской организации, на территории обслуживания которой создаются домовые хозяйства.

В 2015 г. на территории республики функционировали 49 домовых хозяйств, представители которых оказали первую помощь 448 жителям отдаленных сельских поселений (в 2014 г. первая помощь была оказана 463 жителям малочисленных населенных пунктов, находящихся на значительном удалении от медицинских организаций и их подразделений).

В течение 2015 г. в подведомственных Министерству здравоохранения РК медицинских организациях был реализован ряд пилотных проектов, направленных на повышение качества медицинской помощи в части внедрения пациенто-ориентированных технологий, новых алгоритмов диспансеризации определенных групп взрослого населения, организации конкурса «Лучшая регистратура».

Наиболее значимый проект по внедрению пациенто-ориентированных технологий был начат в рамках реализации приказа Минздрава РК от 2 марта 2015 г. № 381-р §1 (в ред. приказа от 27.03.2015 г. № 625-р) об утверждении Плана внедрения пациенто-ориентированных технологий в деятельность пилотных государственных медицинских организаций.

В 5-ти пилотных медицинских организациях (ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3», ГБУЗ РК «Корткеросская ЦРБ», ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ», ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр», ГБУЗ РК «Интинская центральная городская больница») в рамках внедрения пациенто-ориентированных технологий были осуществлены следующие мероприятия:

- в штат указанных медицинских организаций в пределах установленного фонда оплаты труда (по ведомости замены) введены должности администраторов (всего 7 ставок);
- внедрен фирменный стиль одежды для работников регистратуры и администраторов медицинских организаций, изготовлены бейджи;

- в ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3» и ГАУЗ РК «Консультативно-диагностический центр» в холлах установлены и оформлены соответствующим образом стойки администраторов;

- в ГБУЗ РК «Корткеросская центральная районная больница» в помещении регистратуры установлена система видеонаблюдения;

- в указанных медицинских организациях утверждены алгоритмы поведения работника регистратуры, действий работников регистратуры при обращении граждан в регистратуру; регламент организации работы регистратуры; должностные обязанности медицинского регистратора; должностная инструкция администратора; памятка медицинскому регистратору.

Пилотной медицинской организацией по проведению в 2015 г. эксперимента, заключавшегося в апробировании в новом формате диспансеризации определенных групп взрослого населения, было определено Государственное бюджетное учреждение здравоохранения РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3» как поликлиническое учреждение, функционирующее на территории крупного муниципального образования ГО «Сыктывкар».

В течение 2015 г. в рамках нового алгоритма проведения диспансеризации населения внедрено следующее:

- пациентам, подлежащим ДВН, при первичном обращении в регистратуре поликлиники распечатывается маршрутный лист в соответствии с полом и возрастом.

- кабинет диспансеризации находится в шаговой доступности от регистратуры: пациенты могут самостоятельно, минуя регистратуру, обращаться в кабинет диспансеризации, где для них распечатывается маршрут ДВН, проводится анкетирование, необходимое минимальное обследование (антропометрия, измерение ВГД, АД, выдаются направления на лабораторные исследования).

- усовершенствован электронный ресурс записи на ДВН: пациент заходит на сайт ГБУЗ РК СГП № 3, оставляет свои данные и пожелания по времени и дате прохождения этапов ДВН; далее специалисты кабинета профосмотров разрабатывают маршрут с учетом пожеланий пациента и высылают на его электронный адрес.

- организована работа кабинета по забору крови для пациентов, проходящих ДВН, в специально отведенное время и без талонов 6 дней в неделю.

- повышена доступность функциональных методов исследования 1 и 2 этапа ДВН (УЗДГ БЦС (ультразвуковая диагностика брахиоцефальных сосудов), ФВД (функция внешнего дыхания), УЗИ ОМТ (ультразвуковое исследование органов малого таза) и др.) за счет специально выделенных талонов.

- организовано 3 варианта проведения углубленного профилактического консультирования: в Школах здоровья (групповое консультирование); в кабинете диспансеризации отделения медицинской профилактики (индивидуальное профилактическое консультирование); лечащие врачи проводят углубленное профилактическое консультирование.

Анализ проведенной в 2015 г. работы показал, что внедрение современных технологий организации медицинской помощи, в том числе электронных сервисов, перевод работы регистратуры на принцип доброжелательности к пациенту, усиление внимания к маломобильным группам населения и группам социального риска позволяют говорить о создании пациенто-ориентированной системы оказания медико-профилактической помощи населению по принципу «пациент в центре внимания» с акцентом на первичное звено здравоохранения.

С целью активизации работы на 2016 и последующие годы Министерством здравоохранения РК направлено письмо в ЛПУ с рекомендациями о внедрении наиболее приемлемых технологий и алгоритмов, направленных на улучшение качества и доступности оказания первичной медико-санитарной помощи населению (письмо от 01.03.2016 г. № 3615/01-18 с приложениями).

6.3. Стационарная помощь.

В рамках Государственной программы РК "Развитие здравоохранения» проводится работа по оптимизации объемов медицинской помощи, их максимальному приближению к нормативам, утверждаемым Правительством Российской Федерации. Более 60 процентов средств, выделяемых на здравоохранение, расходуется на стационарную медицинскую помощь при том, что до 70 процентов всех обращений населения за медицинской помощью приходится на амбулаторное звено. Это приводит к расширению показаний к стационарному лечению, а следовательно, к удорожанию медицинской помощи. Одним из направлений реализации Территориальной программы РК бесплатного оказания гражданам медицинской помощи является наращивание объемов профилактической помощи, в том числе оказываемой в амбулаторных условиях, с одновременным снижением сверхнормативных объемов дорогостоящей круглосуточной стационарной помощи. Проводимая планомерная работа по реструктуризации коечного фонда здравоохранения республики и развитию внебольничного сектора на протяжении последних лет привела к существенному сокращению объемов стационарной медицинской помощи. В дальнейшем планируется продолжение перераспределения коечного фонда в пользу заболеваний с наиболее высоким приростом уровня распространенности.

В системе здравоохранения РК по состоянию на 31 декабря 2015 г. оказывали стационарную медицинскую помощь населению 50 медицинских учреждения, из них 41 больничных учреждения, в том числе 19 участковых больниц, входящих в их состав, и 7 диспансеров. В связи с уменьшением численности населения в регионе происходит реорганизация коечного фонда стационаров и, соответственно, сокращение числа коек круглосуточного пребывания. Коечный фонд стационаров уменьшился за последние 5 лет на 534, а за последний год на 28 единиц и составил в 2015 г. 8071 коек (в 2011 г. - 8605) круглосуточного пребывания.

Обеспеченность больничными койками круглосуточного пребывания в РК составляет 93,4 на 10 тыс. всего населения. В целом по стационарам РК в 2015 г. среднегодовая занятость койки составила 321,7 дня (2011 г. - 334,1), оборот койки составил 25,9 (2011 г. - 26,5). Средняя длительность пребывания больного в стационаре в сравнении с 2011 г. уменьшилась и составляет 12,4 дней (2011 г. - 12,8). Максимальная средняя длительность лечения отмечается, как и прежде при лечении туберкулеза, нервных и психических заболеваний, при инфарктах, мозговых инсультах, заболеваниях соединительной ткани. Уровень госпитализации в 2015 г. составил 23,4 на 100 человек, выбывших из стационара (2011 г. - 24,4).

В учреждениях здравоохранения РК развернуто 256 коек сестринского ухода (КСУ). Показатель оборота данной койки, в сравнении с 2011 г., вырос с 5,7 до 6,7. Среднегодовая занятость КСУ составила в 2014 г. 350,3 дня (2013 г. - 332,1). Востребованность данного вида помощи в республике очень высока.

Таблица 110

Уровень госпитализации в РК в 2011-2015 гг. (на 1000 населения)

Города и районы/Год	2011	2012	2013	2014	2015
Вуктыльский	223,5	227,5	226,5	218,9	215,2
Ижемский	189,8	199,4	208,0	194,6	200,0
Княжпогостский	151,7	152,0	155,3	159,5	167,7
Койгородский	229,8	237,4	237,1	234,2	252,3
Корткеросский	187,8	173,1	159,8	157,5	148,5
Печорский	234,7	220,0	218,1	218,3	222,9
Прилузский	213,4	209,9	210,9	194,1	208,5
Сосногорский	148,8	140,7	133,8	129,1	138,7
Сыктывдинский	47,1	49,4	21,5	33,9	33,8
Сысольский	219,9	214,8	206,8	203,6	204,8
Троицко-Печорский	243,6	201,1	224,2	217,2	238,2
Удорский	173,7	179,9	182,8	180,2	178,4
Усинский	200,4	191,2	191,3	178,3	165,7

Усть-Вымский	157,4	159,2	156,4	129,6	133,1
Усть-Куломский	187,0	190,4	167,3	161,8	162,4
Усть-Цилемский	211,5	194,8	186,7	192,9	203,1
Воркута	266,4	254,9	251,0	250,6	236,7
Инта	201,9	194,8	188,5	185,1	183,5
Ухта	223,0	219,4	211,3	219,0	212,5
Сыктывкар	342,1	339,9	327,0	324,7	338,5
РК	243,7	239,2	232,4	230,6	234,0

В динамике за пять лет уровень госпитализации (таблица 110) остается ниже среднереспубликанского в Сосногорском, Сыктывдинском, Усть-Вымском, Усть-Куломском, Удорском, Корткеросском, Княжпогостском, Усть-Цилемском районах, Прилузском, Ижемском, г. Инта. Вместе с тем, рост данного показателя отмечается в Койгородском, Вуктыльском, Удорском, Княжпогостском районах, что объясняется низкой доступностью амбулаторной помощи населению, а также недостаточной укомплектованностью врачебными кадрами первичного звена.

Кардиологическая помощь. Коечный фонд: кардиологических коек круглосуточного пребывания 329 (2014 г. - 338); обеспеченность составила 4,8 на 10 тыс. населения (норматив - 5,3). Функция койки составляет 328,1; максимальные показатели функции койки отмечены в городах Воркуте - 338,4 и в Сыктывкаре - 332,5.

Таблица 111

Работа кардиологических коек в РК в 2013-2015 гг.

Показатель / Год	Количество коек			Функция койки			Средний койко-день		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Сыктывкар (Республиканский кардиодиспансер)	199	199	190	345,6	307,1	332,5	16,2	15,7	15,2
Воркута	49	40	40	359,0	368,1	338,4	14,8	15,7	13,2
Инта	19	19	19	365,9	335,9	320,4	14,1	14,3	13,5
Ухта	50	50	50	295,6	328,4	327,4	12,6	12,9	11,6
Печорский район	30	30	30	276,1	298,2	292,4	10,6	13,3	13,9
РК	347	338	329	335,4	318,3	328,1	14,8	14,9	14,1

Средняя длительность лечения на кардиологической койке в 2015 г. составила 14,1 (2014 г. - 14,9) дней (РФ 2014 г. - 11,4). Оборот кардиологической койки для взрослых составил 23,3 (2014 г. - 21,4). Средние сроки лечения при заболеваниях кардиологического профиля составляют: АГ - 11,9 дня (стандарт - 12 дней), стенокардия - 11,9 дня (стандарт - 12 дней); ОИМ - 17,9 дня (стандарт неосложненный ИМ - 21 день); ХИБС - 15,5 дня; ЦВЗ - 17,9 дня. Летальность на кардиологической койке в 2015 г. составила - 1,1% (2014 г. - 1,2%).

Больных с БСК пролечено 26 252 чел. (2014 г. - 28 401 чел.) или 14% от зарегистрированной заболеваемости.

По республиканскому кардиологическому дистанционному консультативному центру (РКДКЦ) проконсультировано 2 263 человека в территориях РК (2014 г. - 2 126 чел.).

Исполнение федеральных квот по профилю сердечно-сосудистая хирургия на высокотехнологичные методы лечения выполнено на 100%.

В 2015 г. в ГУ РК «Кардиологический диспансер» внедрены следующие новые технологии:

- использование аспирационных катетеров при острых тромботических окклюзиях коронарных артерий при остром коронарном синдроме;
- освоение методики закрытия ушка левого предсердия окклюдером;
- освоение гибридного вмешательства: стентирование магистральных БЦА при реконструктивных операциях аорто-бедренного сегмента;
- использование артериального доступа анатомической табакерки для проведения интервенционных процедур;

- освоение методики имплантации биоабсорбируемых коронарных стентов;
- освоение С-дуги Филипс.

Организация медицинской помощи в сосудистых центрах РК. В 2015 г. был разработан и согласован план мероприятий по сокращению смертности о цереброваскулярных заболеваниях в РК с главным внештатным специалистом МЗ РФ. Организована их реализация.

Аналогичные планы с учетом территориальных особенностей демографической ситуации разработаны на уровне каждого муниципалитета. Мероприятия этих планов согласованы с главными внештатными специалистами МЗ РК. В каждом муниципалитете организована деятельность медико-социальных групп для патронажа лиц, страдающих хроническими заболеваниями, а также лиц социального риска, с целью контроля за соблюдением лечебных мероприятий и пропаганды здорового образа жизни.

В 2015 г. обновлен приказ «О мерах по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в РК» от 20.10.15 №10/451, закрепивший новую маршрутизацию пациентов с ОНМК в РК, с расширением зон обслуживания ПСО и РСЦ.

Направлены информационные письма по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения: «Алгоритм действий в первичном сосудистом отделении медицинской организации, при оказании помощи пациентам с геморрагическом инсульте и злокачественном инфаркте мозга в бассейне средней мозговой артерии» от 10.08.2015 № 15762/01-13; «Порядок постановки на учет в Региональном сосудистом центре ГБУЗ РК «КРБ» и медицинской эвакуации пациентов в РСЦ и ПСО пациентов находящихся вне зоны обслуживания РСЦ и ПСО» от 10.08.15 №15759/01-18; «Порядок работы КЦ РСЦ по консультированию пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения» 30.12.15 № 01-05/5060

21.08.2015 г. проведено видеоселекторное совещание с руководителями государственных учреждений здравоохранения по разбору смертности от острого инфаркта миокарда, инсультов, заболеваний органов пищеварения и дыхания.

22.10.2015 г. проведено видеоселекторное совещание по вопросам улучшения работы учреждений здравоохранения общей лечебной сети в части раннего выявления заболеваний и полноценного диспансерного наблюдения.

Проведены 3 конференции: 8 съезд неврологов Северо-Запада (3-4 апреля 2015 г.), межрегиональная конференция неврологов «Актуальные вопросы неврологии» (17 ноября 2015 г.), межтерриториальный семинар «Профилактика и лечение БСК» (16.12.15 г.).

В течение года осуществлялись мероприятия по снижению смертности от цереброваскулярных заболеваний согласно регионального плана:

- врачи общей практики, участковые терапевты, неврологи обучены методике диспансерного наблюдения больных с АГ, ИБС, перенесших ОНМК (обучено 198 врачей и фельдшеров);

- организованы школы для больных АГ, ИБС, перенесших инфаркт миокарда и ОНМК во всех поликлиниках и ФАПах, в том числе с использованием телемедицинских технологий (открыты 3 школы при ПСО г. Ухта, Воркута, Печора).

- проведен вебинар по вопросам раннего выявления факторов риска ССЗ, и порядку диспансерного наблюдения пациентов с ССЗ на базе ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» 22.10.2015 г.

- диспансеризации определенных групп взрослого населения с охватом не менее 90% от запланированного на 2015 г. (по состоянию на текущую дату выполнение годового плана диспансеризации определенных групп взрослого населения составляет 71,8 %).

- обучение по программам первой помощи медицинских работников на базе Школы медицины катастроф ГБУ РК "Территориальный центр медицины катастроф" (обучено - 497 человек);

- обучены «на рабочем месте» медицинские работники учреждений здравоохранения (врачей-терапевты, неврологов, реаниматологи, ВОП) в ГБУЗ РК «Коми республиканская

больница» 48 человек (прошли обучение 1 невролог ЦРБ, 24 врача и 23 фельдшера ССМП г. Сыктывкара);

- увеличение объемов обследования пациентов с ЦВЗ (проведение УЗДГ сонных артерий) в рамках работы республиканских ЛПУ, мобильных медицинских бригад в сельской местности (ГБУЗ РК «КРБ» - 3 591).

- развернуты дополнительно две сосудистые койки в г. Ухте;

- организовано первичное сосудистое отделение в Усинском районе;

- организована работа кабинетов рентгенхирургических методов диагностики и лечения в РСЦ № 1 (ГБУЗ РК «Коми республиканская больница») в круглосуточном режиме и в ПСО № 2 (ГБУЗ РК «УГБ № 1») в режиме «дежурства на дому» во внерабочее время (РСЦ № 1 (ГБУЗ РК «Коми республиканская больница»), в ПСО № 2 (ГБУЗ РК «УГБ № 1»);

- врачи-нейрохирурги и рентген-ангиохирурги обучены хирургическим, в том числе эндоваскулярным, методам вторичной профилактики ОНМК в раннем периоде;

- обеспечен отбор пациентов на каротидную эндартерэктомия и на нейрохирургические вмешательства в сосудистых центрах и при выездах ГАУЗ РК "Консультативно-диагностический центр" (проведено реконструктивных вмешательств на прецеребральных артериях при стенозирующих процессах 89; микрохирургических вмешательств при аневризмах артерий головного мозга - 20);

- организовано отделение второго этапа медицинской реабилитации на базе ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района г. Сыктывкара» (организовано 20 коек, пролечено за 2015 г. 90 человек); ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и УБД» (пролечено за 2015 г. 172 человека);

- организованы школы родственников больных инсультами (обучены в Ухте - 126 человек, в Воркуте - 85 человек, в Сыктывкаре - 188 человек);

- организованы реабилитационные группы для пациентов после ОНМК на базе физиотерапевтических отделений, кабинетов лечебной физкультуры, отделений медицинской реабилитации поликлиник городов и районов, врачебно-физкультурного диспансера РК;

- направлены информационные письма в территории с запросами анализа причин роста ЦВЗ, разборов случаев смерти на дому от хронических форм ЦВБ, на основании которых ежемесячно проводился разбор умерших от ОНМК в территориях с разработкой предложений по устранению дефектов.

За 2015 г. увеличилось число зарегистрированных ОНМК дои 2 925, ТИА - до 708 (за 2014 г. - 2 739 и 652 соответственно). Процент госпитализированных с ОНМК остается на высоком уровне и составляет в среднем 95%, с ТИА - 97,5% (за 2014 г. - 95,7 и 86,1% соответственно).

Процент больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в первые 4,5 часа за 2015 год составил 14,4% (за 2014 г. - 15 %); процент больных ишемическим инсультом, получивших тромболитис при госпитализации в профильные отделения РСЦ и ПСО, составил 2,5 % (за 2014 г. - 2,9 %).

После лечения пациенты с ОНМК независимы в повседневной жизни 54,1% (за 2014 г. - 52,0%).

Процент больных умерших от ОНМК за 2015 г. - 22,3% (за 2014 г. - 20%).

Оказание медицинской помощи больным с ОКС в разрезе сосудистых отделений.

В течение 2015 г. зарегистрировано 2 987 больных с ОКС, что на 15,5% больше, чем в 2014 г. (2 586), в том числе 1 477 больных в зоне обслуживания РСЦ, 116 из зоны ПСО1 (Воркута), 668 из ПСО2 (Ухта) и 126 из ПСО3 (Печора).

Госпитализировано пациентов с ОКС всего 2 741, в т.ч. в зонах обслуживания сосудистых центров 2 168 человек или 90,8% от числа зарегистрированных с ОКС (2014 г. - 94,4%), в зоне РСЦ - 98,4%, ПСО1 - 100%, ПСО2 - 71,1%, ПСО3 - 97,6%.

Доля госпитализированных в первые 24 часа в профильный сосудистый центр в целом по РК составила 60% (2014 г. - 61,6%), при этом в зоне РСЦ - 57,5% (2014 г. - 63,6%), ПСО1 - 79,3% (2014 г. - 73,1%), ПСО2 - 67,2% (2014 г. - 54,1%), ПСО3 - 68,3% (2014 г. - 59%).

Доля госпитализированных в первые 12 часов в зоне сосудистых центров уменьшилась с 49,5% до 47,5%.

Число проведенных ангиопластик составило 627 операций (в 2014 г. - 439), КАГ проведено 2 499 операций (2014 г. - 1 217), в том числе 1 185 - по экстренным показаниям.

Увеличилось число переводов пациентов из ПСО в РСЦ для проведения экстренной ангиопластики - 382 человека (в 2014 г. - 202 чел.).

Зарегистрировано пациентов с ОИМ всего 1 473, что на 2,3% меньше, чем в 2014 г. (1 508 чел.). ОИМ с подъемом сегмента ST составили 60,9% (897 чел.).

Госпитализировано пациентов с ОИМ 1 439 человек (в 2014 г. - 1 379) или 97,7% от числа зарегистрированных ИМ. Госпитализировано пациентов с ОИМ в профильный сосудистый центр 1 060 человек или 73,7% от числа всех госпитализированных с ОИМ.

Число проведенных тромболитисов в зоне сосудистых центров составило 419 человек (в 2014 г. - 428 чел.), в том числе на догоспитальном этапе 172 пациентам (в 2014 г. - 142).

Процент проведения ТЛТ составил 44,8% (в 2014 г. - 46,3%) от госпитализированных больных ОИМ с подъемом сегмента ST в зоне обслуживания сосудистых центров.

Задачами по работе сосудистых центров на 2016 г. являются следующие:

- принять меры для обеспечения госпитализации пациентов с ОКС в профильные сосудистые центры;

- обеспечить выполнение Порядков и стандартов оказания медицинской помощи пациентам с БСК кардиологического профиля;

- усилить санпросвет работу с населением по своевременному обращению за медицинской помощью с острой болью в груди.

Тромболитическая терапия 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» функционирует кардиологический дистанционно-консультационный пункт, за 2015 г. проведено 5 919 ЭКГ-консультаций бригад скорой медицинской помощи по телефону со всеми территориями РК (2014 г. - 6 647).

Основные проблемы кардиологической службы:

- недостаточная обеспеченность медицинскими кадрами в РК (врачи СМП, врачи анестезиологи-реаниматологи, функциональной диагностики, реабилитологи и др.)

- недостаточный уровень квалификации врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

- несвоевременная диагностика и выявление заболеваний сердечно-сосудистой системы (ИБС, АГ);

- низкий процент диспансерного наблюдения пациентов с БСК - 48,1% в т.ч. с хронической ИБС (53,6%); пациентов из групп высокого риска, неэффективная диспансеризация в территориях;

- отсутствие адекватного мониторинга и анализа смертности от БСК в территориях;

- невыполнение Порядков и стандартов помощи пациентам с ОКС: 31% территории РК удалено от сосудистых центров, не организована работа ПСО в части ОКС (не функционируют рентгенэндоваскулярные лаборатории);

- увеличение числа пациентов старших возрастных групп, имеющих тяжелую сочетанную патологию;

- рост цен на лекарственные препараты при сокращении доходов населения;

- смертность от хр. заболеваний, сопряженная с гриппом и ОРЗ в декабре-апреле 2015 г.;

- отсутствие здоровьесберегающего поведения у населения;

- отсутствие мотивации и приверженности к лечению у населения.

Основные задачи кардиологической службы по совершенствованию помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

1. Медико-санитарное просвещение населения и пропаганда 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 больным с БСК на всех этапах в соответствии с федеральными порядками и стандартами медицинской помощи.

6. Подготовка медицинских кадров первичного звена здравоохранения и специалистов (кардиологи, врачи функциональной диагностики, реаниматологи, реабилитологи и др.) в соответствии с потребностью медицинских организаций.

7. Выполнение планов обучения врачей на «рабочем месте» в республиканских учреждениях здравоохранения.

8. Непрерывное медицинское образование специалистов здравоохранения по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации болезней системы кровообращения.

9. Совершенствование применяемых и внедрение новых методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

10. Дальнейшее развитие высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в республиканских учреждениях здравоохранения и федеральных медицинских центрах.

11. Организация трехэтапной системы медицинской реабилитации пациентов с БСК согласно утвержденного Порядка.

Офтальмологическая помощь. Уровень оказания офтальмологической помощи населению РК остаётся на должном уровне. Наибольший процент оказания хирургической помощи приходится на микрохирургическое отделение КРБ. Такая ситуация сохраняется на протяжении последних лет. Внедрение в практику работы указанного подразделения КРБ новых методик оперативного лечения позволило расширить показания для оперативного лечения и ограничить выезд пациентов за пределы РК для получения высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Офтальмология».

Стационарная помощь оказывается населению преимущественно по территориальному принципу с центрами в Воркуте, Ухте и Сыктывкаре. Хирургическая помощь оказывается в стационарах КРБ, центра микрохирургии глаза и отделении Воркутинской больницы скорой медицинской помощи.

В 2015 г. офтальмологические койки по РК имелись в следующих ЛПУ:

- ГБУЗ РК «КРБ» г. Сыктывкар - 43 коек;

- ГАУЗ РК «Республиканский центра микрохирургии глаза» г. Ухта - 64 койки;

ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи» г. Воркута - 25 коек.

Всего 132 койки круглосуточного пребывания, из них 6 детских (г. Воркута - 1, г. Ухта - 5).

Средняя занятость койки по РК составила 289 дней при рекомендации по РФ 327 дней (КРБ - 350 дней, Ухта - 268 дней, Воркута - 263 дня). Низкая работа койки по РК связана с низкой работой Ухтинского центра микрохирургии глаза и офтальмологического отделения Воркутинской городской больницы скорой медицинской помощи.

Основной объем офтальмологической работы проводится в ГБУЗ РК «КРБ» и Ухтинском центре микрохирургии глаза.

Обеспеченность койками по РК: всего коек 1,6 на 10 тыс. постоянного населения, взрослые - 1,9.

Средняя длительность пребывания на койке по РК составила 7,2 дня, что меньше данного показателя по рекомендации РФ на 3,6 дня. По ЛПУ РК данный показатель составляет: ГБУЗ РК «КРБ» - 6,3 дня, ГАУЗ РК «Республиканский центра микрохирургии глаза» - 7,3 дня, ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи» - 13,0 дней. Прооперировано в 2015 - 4 400 больных (КРБ - 2 307; Ухта - 1 964; Воркута - 129).

Проведено операций всего - 4 904 (КРБ - 2 450; Ухта - 2 273; Воркута - 181). Хирургическая активность составила: КРБ - 95,6%, Ухта - 79,9%, Воркута - 23,2%.

Сроки ожидания на плановую госпитализацию зависят от заболевания, стадии процесса и составляет от 1 до 7 месяцев. Сохранение больших сроков ожидания в КРБ в первую очередь связано с нарушением приказа Министерства здравоохранения РК от 08.04.2013 г. №5/20 «Об утверждении листа маршрутизации взрослого населения при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты». В 2015 г. в Ухтинском центре микрохирургии глаза из общего количества пролеченных больных 2 273 - пролечено больных из неприкрепленных территорий 12 человек (0,5%). В микрохирургическом отделении КРБ из общего количества пролеченных пациентов 2 424 - из неприкрепленных территорий пролечено 225 человек (9,3%).

Около 13% больных в Ухтинском ЦМГ находились на курсах консервативного лечения миопии высокой степени, дегенерации макулы, атрофии зрительного нерва и т.д. Данные курсы лечения, возможно провести амбулаторно по месту жительства, в т.ч. на дневном стационаре.

Проблемы офтальмологической службы:

1. Низкая техническая оснащенность офтальмологических кабинетов в поликлиниках и стационарах. Нехватка, а местами полное отсутствие современного оборудования. Моральный и технический износ имеющейся аппаратуры.

2. Недостаточно полное повышение квалификации врачами, поскольку выездные сертификационные циклы не в полной мере способствуют усовершенствованию врачей.

Задачи офтальмологической службы:

1. Повышение технического обеспечения офтальмологических кабинетов по РК.

2. Расширение объемов и видов оказания высокотехнологичной медицинской помощи

3. Сокращение офтальмологических коек Воркутинской БСМП.

Организация оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях включает в себя догоспитальный и госпитальный этапы.

Для обеспечения догоспитального этапа в круглосуточном дежурстве находятся 99 бригад скорой медицинской помощи, 2 станции скорой медицинской помощи, 18 отделений скорой медицинской помощи. Осуществляется мониторинг своевременности реагирования при оказании скорой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Своевременность доезда бригад скорой медицинской помощи на дорожно-транспортные происшествия: до 20 минут составляет 89,9 %, свыше 20 минут - 10,1 %.

Для обеспечения госпитального этапа оказания медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях учреждения здравоохранения разделены на травмоцентры I, II, III уровней. Имеется 10 травмоцентров III уровня, 11 травмоцентров II уровня, 2 травмоцентра I уровня.

Для организации экстренной транспортировки пострадавших в травмоцентры I и II уровней, доставки специалистов из травмоцентров I уровня в травмоцентры II и III уровней с целью оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим привлекается Республиканский центр медицины катастроф. Для организации работы центр укомплектован врачами-специалистами: травматологами, нейрохирургами, хирургами, реаниматологами-анестезиологами, средним медицинским персоналом. На оснащении центра имеется 9 специализированных санитарных автомобилей, в том числе - 3 реанимобиля, в дежурстве находятся вертолет МИ-8, вертолет МИ-2. Для осуществления вылетов с целью оказания скорой специализированной медицинской помощи используется самолет L-410.

Развитие выездных форм работы медицинских организаций, в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов. Повышение доступности медицинской помощи для жителей сельских и удаленных труднодоступных территорий обеспечивается путем развития выездных форм оказания медицинской помощи, а также на основе внедрения электронного документооборота при обмене медицинской информацией, осуществления системы телемедицинских консультаций.

Начиная с 2011 г. в РК организована деятельность передвижных мобильных диагностических комплексов, обслуживающих население труднодоступных и отдаленных районов. Мобильные медицинские комплексы закреплены за районными больницами и имеют статус межрайонных мобильных центров.

В 2015 г. количество выездов мобильных диагностических комплексов составило 180 при общем количестве осмотренных 9 926 человек. Для сравнения: в 2013 г. бригадами мобильных диагностических комплексов ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ», «Усть-Куломская ЦРБ», «Ижемская ЦРБ» и «Усть-Вымская ЦРБ» в ходе 64 выездов осмотрено 6 949 человек.

В 2014 г. приступил к работе мобильный диагностический комплекс на базе ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ»; к выездам в отдаленные населенные пункты привлекалась также бригада межмуниципального центра при ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника». Всего в 2014 г. бригадами мобильных диагностических комплексов и межмуниципального центра было осуществлено 191 выезд, осмотрено 8 155 человек.

Помимо мобильных комплексов для выявления факторов риска заболеваний в РК с 2013 г. организована деятельность передвижных диагностических установок для проведения маммографического, флюорографического обследований.

В 2015 г. в ходе 524 выездов передвижных флюорографических установок осмотрено 50 451 человек; маммографическое обследование на передвижных маммографах в ходе 224 выездов проведено в отношении 17 963 человек. Для сравнения: на мобильных маммографических установках в 2013 г. осуществлено 128 выездов, на которых осмотрено 10 925 человек; 6-ю передвижными флюорографическими установками выполнено 342 выезда в территории РК, было осмотрено 70 085 человек.

В 2014 г. выездными установками осмотрены 66 390 чел.:

- мобильными флюорографами осуществлено 425 выездов, осмотрены 43 027 чел.;
- маммографические установки выезжали 201 раз, осмотрено 15 208 чел.;
- стоматологические установки, функционирующие при учреждениях здравоохранения, осуществили 91 выезд, оказали стоматологическую помощь 4 887 пациентам, санация проведена в отношении 2 361 человека.

При каждой районной больнице сформированы врачебные бригады, которые выезжают для проведения осмотров населения в труднодоступные отдаленные поселения, формируя график выездов с учетом транспортной доступности, сезонности проживания граждан, наличия речных переправ в зависимости от времени года. График выездов размещается на сайтах медицинских организаций, дублируется на досках объявлений возле регистратур амбулаторий, участковых больниц, ФАПов. Население оповещается также через администрации сельских поселений, общественные приемные Главы РК в районах, используются ресурсы местных СМИ.

В течение 2015 г. врачебные бригады, функционирующие при центральных районных больницах, осуществили 1 072 выезда/выхода в отдаленные поселения, осмотрено 55 607 человек.

В 2015 специалистами медицинских учреждений республиканского уровня, оказывающих специализированную медицинскую помощь, было совершено более 2 500 выездов специалистов различного профиля, в том числе в центральные районные больницы - 574, во врачебные амбулатории - 48, на ФАПы - 249 выездов.

В процессе выездной работы проконсультировано 61 579 амбулаторных и 3 113 стационарных больных, проведено 39 490 профосмотров, на месте проведено 173 хирургические операции. Осуществлена экспертная оценка 2742 историй болезней, в том числе по 220 умершим пациентам, 5 153 амбулаторных карт, в том числе по 194 умершим пациентам. Кроме того, организовано 37 выездных мобильных бригад, которыми обслужено 9 788 человек.

В РК с 2010 г. в рамках совершенствования скорой медицинской помощи все бригады были оснащены аппаратурой для проведения телекардиодиагностики, позволяющей осуществлять дистанционное консультирование электрокардиограммы пациента врачами-кардиологами для определения тактики транспортировки и дальнейшего лечения. Для

проведения диагностики больным сердечно-сосудистого профиля организованы консультационно-дистанционные пункты, позволяющие расшифровывать сигналы ЭКГ, переданные по каналам сотовой связи (система «Валента»). Фельдшеры ФАПов и станций скорой медицинской помощи с помощью специального оборудования снимают сигнал ЭКГ у пациента, направляют его по каналам сотовой связи в реанимационный кардиологический консультативный центр, функционирующий на базе Кардиологического диспансера в круглосуточном режиме. Далее специалисты указанного центра осуществляют расшифровку сигнала и консультируют медработников по вопросам неотложной кардиологии по конкретному случаю. В течение 2015 г. было проведено 5 919 консультаций по каналам сотовой связи с ФАПами и бригадами скорой медицинской помощи (за 2014 год – 5 212 консультаций).

6.4. Скорую медицинскую помощь населению РК оказывают 23 учреждения, из них: самостоятельные городские станции - 2 (г. Сыктывкар, г. Ухта), больница скорой помощи - 1 (г. Воркута), отделения СМП при городских и сельских ЛПУ - 20.

Таблица 112

Укомплектованность врачскими кадрами службы СМП по РК за 2011-2015 гг.

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Штаты	273,0	268,5	269	273,5	302
Занятые	220,0	214,5	212	212,25	188
Физические лица	106	108	107	105	104
Укомплектованность кадров с учетом совместительства	80,6 %	79,9 %	78,8 %	77,6 %	62,1 %
Укомплектованность штатов физическими лицами без учета совместительства	38,8 %	40,2 %	39,8 %	38,4 %	34,4 %

Укомплектованность врачами службы скорой помощи без учета совместительства в РК составляла в 2015 г. 34,6% (в 2014 г. - 38,4%), с учетом совместительства - 62,1% (в 2014 г. - 77,6 %) (таблица 112).

Таблица 113

Укомплектованность средним медперсоналом кадрами службы СМП по РК за 2011-2015 гг.

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Штаты	968,25	986,75	987,25	1 026,5	1110,5
Занятые	956,25	977,5	977	1 005,75	1065,75
Физические лица	769	779	778	790	814
Укомплектованность кадров с учетом совместительства	98,8 %	99,1 %	99,0 %	97,9 %	95,9 %
Укомплектованность кадров без учета совместительства	79,4 %	78,9 %	78,8 %	76,9 %	73,3 %

Укомплектованность средним медицинским персоналом службы скорой помощи без учета совместительства в РК составляла в 2015 г. 73,3% (в 2014 г. - 76,9%), с учетом совместительства - 95,3% (2014 г. - 97,9 %) (таблица 113).

Таблица 114

Структура бригад службы СМП по РК за 2011-2015 гг.

Структура бригад	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Врачебные общепрофильные	17	16,5	15,5	24	23,75
в т.ч. для оказания помощи детскому населению	3,5	3,5	1	0,75	1

Интенсивной терапии (БИТ)*	9	9	8	-	-
Фельдшерские общепрофильные	69,25	68,5	67,5	66	68,75
Специализированные бригады	2,5	2,5	4,5	4,5	4,5
в т.ч. реанимационные	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
педиатрические	0	0	2	2	2
психиатрические	1	1	1	1	1
Всего:	97,75	96,5	95,5	94,5	97

В 2015 г. на территории РК медицинскую помощь населению оказывали 97 бригад СМП (таблица 114). По всем территориям РК организованы и работают фельдшерские и врачебные общепрофильные бригады.

Специализированные бригады СМП, такие как психиатрическая и педиатрическая, есть только в г. Сыктывкаре; реанимационные бригады работают в г. Сыктывкаре и г. Ухте (бригады организована в 2011 г.).

С 1 января 2014 г. в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом МЗ РФ от 20.06.2013 г. №388н бригады интенсивной терапии (БИТ) перепрофилированы в общепрофильные врачебные бригады СМП.

Служба скорой медицинской помощи РК обслуживает население на догоспитальном этапе численностью 834 068 человек или 96,5% от всей численности населения республики (в 2014 г. - 96,1%), в том числе:

- городского - 673 792 человека или 100% от всего городского населения РК (2014 г. - 99,9%);

- сельского - 160 276 человек или 83,1% от всего сельского населения РК (2014 г. - 78,9%);

- детского населения (до 18 лет) - 175 619 человек или 94,8% от всего детского населения РК (2014 г. - 93,7%);

- взрослых - 658 449 человек или 96,9% от всего взрослого населения РК (2014 г. - 96,7%).

Таблица 115

Удельный вес населения, охваченного скорой медицинской помощью по территориям РК в 2011-2015 гг. (в %)

Территория	2011 г.	2012 г..	2013 г.	2014 г..	2015 г.
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	95,9
Ухта	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Вуктыльский район	100,0	100,0	100,0	100,0	84,8
Ижемский район	42,1	43,1	43,1	42,8	43,1
Княжпогостский р-он	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Койгородский район	50,2	55,8	42,3	71,7	96,6
Корткеросский район	73,7	86,3	100,0	100,0	100,0
Печорский район	100,0	98,9	90,1	100,0	100,0
Прилузский район	100,0	84,5	87,2	86,8	100,0
Сосногорский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Сыктывдинский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Сысольский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Троицко-Печорский район	100,0	100,0	71,9	100,0	85,1
Удорский район	57,4	55,5	63,5	82,6	81,7
Усинский район	100,0	100,0	100,0	100,0	89,8
Усть-Вымский район	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Усть-Куломский район	48,1	56,5	59,7	60,5	59,9
Усть-Цилемский р-он	46,7	48,2	50,5	51,9	52,4
РК	94,5	94,7	94,3	96,1	96,5

Показатель удельного веса населения, охваченного скорой медицинской помощью, в целом по РК в 2015 г. увеличился на 0,4 % и составил 96,5% (2014 г. - 96,1%.) (Таблица 115).

Доступность скорой медицинской помощи сельскому населению РК остается низкой, в 2015 г. увеличилась на 4,2% и составила 83,1% (2014 г. - 78,9%), что объясняется разбросанностью населенных пунктов и отсутствием автомобильных дорог. Скорую медицинскую помощь (экстренную и неотложную) в данных населенных пунктах оказывает медперсонал ФАПов, врачебных амбулаторий и АВОПов.

Таблица 116

Показатели объема деятельности (по отчетной форме № 30) по РК в 2011-2015 гг.

		2011 г.	2012 г..	2013 г.	2014 г..	2015 г.
1.	Общая обращаемость (2 + 3 + 5)	438 201	419 654	374 425	356 526	337 418
2.	Всего выездов (по форме 30), из них:	363 285	350 622	322 824	316 422	308 460
2.1.	Число лиц, обслуженных на выездах	323 658	315 815	291 758	284 766	280 398
2.1.1	из них к детям	67 261	64 351	63 528	62 395	58 252
2.2.	Число лиц, обслуженных амбулаторно	28 327	22 334	18 876	18 086	15 171
2.3.	Безрезультатных выездов	11 300	12 473	12 190	13 570	12 891
3.	Отказано из-за необоснованности	15 781	14 852	14 022	11 256	11 957
4.	Обслужено лиц на выездах:					
4.1.	Пострадавших (несчастные случаи)	43 326	42 846	40 745	41 916	40 338
4.2.	Больных (внезапные заболевания + роды и патология беременности)	253 204	246 539	229 633	225 215	223 441
4.3.	Сантранспорт (перевозки больных, рожениц и родильниц)	27 128	26 430	21 380	17 635	16 619
5.	Выезды, не включенные в форму 30 из них:	59 135	54 180	37 579	28 848	17 001
5.1.	Хозперевозки	47 953	45 810	32 600	25 965	16 837
5.2.	Медпроцедуры	11 182	8 370	4 979	2 883	164

Общая обращаемость на скорую медицинскую помощь (таблица 116) по РК в 2015 г. снизилась на 5,4% (19 108 обращений) и составила 337 418 обращений (2014 г. - 356 526) за счет:

- уменьшения количества выездов к детям на 6,6% (4 143 вызова);
- уменьшения числа лиц, обслуженных амбулаторно на 16,1% (2 915 вызовов);
- уменьшения безрезультатных вызовов на 5,1% (679 вызовов);
- уменьшения числа вызовов, не входящих в отчетную форму 30 на 41,1% (11 847 вызовов).

За последние пять лет количество выездов бригад СМП на выполнение несвойственных функций (хозяйственные перевозки и медицинские процедуры) снизилось на 71,2 % (на 42 134 выезда) (таблица 117).

Таблица 117

Показатели объема деятельности (по отчетной форме № 30) по РК в 2011-2015 гг. (на 1000 населения)

		2011 г.	2012 г..	2013 г.	2014 г..	2015 г.
	Население в территории	899 2015	889 837	880 639	872 057	864 424
1.	Общая обращаемость (2 + 3 + 5)	487,3	471,6	425,2	408,8	390,3
2.	Всего выездов (по форме 30), из них:	404,0	394,0	366,6	362,8	356,8
2.1.	Число лиц, обслуженных на выездах	359,9	354,9	331,3	326,5	324,4
2.1.1	из них к детям	74,8	72,3	72,1	71,5	67,4
2.2.	Число лиц, обслуженных амбулаторно	31,5	25,1	21,4	20,7	17,6
2.3.	Безрезультатных выездов	12,6	14,0	13,8	15,6	14,9
3.	Отказано из-за необоснованности	17,5	16,7	15,9	12,9	13,8

4.	Обслужено лиц на выездах:					
4.1.	Пострадавших (несчастные случаи)	48,2	48,2	46,3	48,1	46,7
4.2.	Больных (внезапные заболевания + роды и патология беременности)	281,6	277,1	260,8	258,3	258,5
4.3.	Сантранспорт (перевозки больных, рожениц и родильниц)	30,2	29,7	24,3	20,2	19,2
5.	Выезды, не включенные в форму 30 из них:					
5.1.	Хозперевозки	65,8	60,9	42,7	33,1	19,7
5.2.	Медпроцедуры	53,3	51,5	37,0	29,8	19,5
		12,4	9,4	5,7	3,3	0,2

Перераспределение объемов обращаемости между службой скорой помощи и амбулаторно-поликлиническими учреждениями по РК отслеживается по строке 3 «Отказано из-за необоснованности» (таблицы 116, 117).

Количество отказов из-за необоснованности в 2015 г. (11 957 обращений) находится примерно на одном уровне по сравнению с предыдущими годами, таким образом, неотложные вызова (т.е. вызова к пациентам, состояние здоровья которых непосредственно не угрожает жизни и не требует экстренной медицинской помощи) переориентируются со скорой помощи в поликлинику (таблица 118).

Таблица 118

**Количество лиц, которым отказано за необоснованностью вызова по РК
и в разрезе территорий за 2011-2015 гг. (в абсол. ед.)**

Территория	2011 г.	2012 г..	2013 г.	2014 г..	2015 г.
Сыктывкар	12 384	10 649	9 999	9 312	9 933
Воркута	53	87	362	382	80
Инта	-	-	-	-	-
Ухта	3 122	3 794	3 365	1 098	1 285
Вуктыльский район	12	7	7	35	27
Ижемский район	-	-	-	-	-
Княжпогостский район	-	-	-	-	-
Койгородский район	-	-	-	-	-
Корткеросский район	-	-	-	-	-
Печорский район	-	-	-	-	-
Прилузский район	51	62	18	23	286
Сосногорский район	12	4	5	2	-
Сыктывдинский район	-	-	-	-	7
Сысольский район	16	18	-	-	-
Троицко-Печорский район	27	23	42	30	38
Удорский район	-	-	-	-	-
Усинский район	-	-	-	-	-
Усть-Вымский район	104	208	224	374	301
Усть-Куломский район	-	-	-	-	-
Усть-Цилемский район	-	-	-	-	-
РК	15 781	14 852	14 022	11 256	11 957

Сокращение числа необоснованных вызовов и перевод неотложных вызовов на уровень поликлиники проводится в основном в городах РК:

- по г. Сыктывкару: 9 933 вызова, что на 6,7 % больше, чем в 2014 г. (9 312 обращений);
- по г. Ухте: 1 285 вызова, что на 17,0 % больше, чем в 2014 г. (1 098 обращений).

По остальным территориям перераспределение вызовов на уровень поликлиники проводится менее активно, либо не проводится совсем, из-за отсутствия организации Службы неотложной медицинской помощи, в т.ч. нормативной базы, позволяющей дифференцировать вызова на «экстренные» и «неотложные» (таблица 119).

Перераспределение объемов скорой медицинской помощи между врачебными и фельдшерскими бригадами СМП в РК за 2011-2015 гг. (в %)

	Врачебные бригады	Фельдшерские бригады
2011 г.	25,71	74,29
2012 г..	29,02	70,98
2013 г.	26,27	73,73
2014 г..	25,11	74,89
2015 г.	24,22	75,78

Скорая медицинская помощь в РК преимущественно оказывается фельдшерскими бригадами, которыми обслужено 75,78 % от общего количества вызовов. В 13 из 20 территорий РК в службе СМП организованы врачебные бригады, которыми обслужено 24,2% вызовов.

Обращаемость населения на скорую медицинскую помощь по форме № 30 (выезды + амбулаторные + безрезультатные) по территориям РК в 2011-2015 гг. (на 1000 населения)

Территория	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г..	2015 г.
Сыктывкар	392,1	382,7	370,0	383,4	388,1
Воркута	460,3	475,7	389,5	418,9	380,0
Инта	421,7	419,5	390,5	376,3	373,2
Ухта	351,3	352,3	340,8	363,1	363,0
Вуктыльский район	302,4	265,1	263,5	259,0	272,8
Ижемский район	348,3	359,0	317,1	189,0	144,0
Княжпогостский район	385,8	362,0	316,7	313,3	272,0
Койгородский район	432,3	425,3	383,8	401,4	397,9
Корткеросский район	790,6	416,5	358,9	334,2	321,3
Печорский район	528,9	567,7	483,0	438,5	419,7
Прилузский район	354,7	362,7	338,6	340,3	322,2
Сосногорский район	414,3	406,8	402,2	367,8	389,5
Сыктывдинский район	418,5	405,6	394,6	372,0	397,7
Сысольский район	408,1	449,0	457,7	448,1	367,6
Троицко-Печорский район	364,8	347,2	320,9	289,3	426,9
Удорский район	383,9	418,9	428,9	315,3	279,4
Усинский район	318,1	322,5	300,8	279,0	325,1
Усть-Вымский район	394,9	382,2	348,2	354,1	359,6
Усть-Куломский район	319,7	243,4	228,8	218,8	195,9
Усть-Цилемский район	337,7	328,2	360,9	327,1	308,7
РК	404,0	394,0	366,6	362,8	356,8

Обращаемость населения на скорую помощь (таблица 120) по РК в 2015 г. составила 356,8 - на 1 000 жителей и снизилась на 1,6 % по сравнению с 2014 г. (362,8 вызовов на 1 000 жителей). Наибольшая обращаемость на скорую помощь (на 1 000 населения) отмечена в Троицко-Печорском районе (426,9 вызов) и в Печорском районе (419,7 вызова).

Обращаемость (на 1 000 населения) выросла в Троицко-Печорском (с 289,3 вызова в 2014 г. до 426,9 вызова в 2015 г.), Усинском (с 279,0 вызова в 2014 г. до 325,1 вызовов в 2015 г.) и в Сосногорском (с 367,8 вызовов в 2014 г. до 389,5 вызова в 2015 г.) районах.

Обращаемость (на 1 000 населения) снизилась в Ижемском (с 189,0 вызовов в 2014 г. до 144,0 вызовов в 2015 г.), в Княжпогостском (с 313,3 вызовов в 2014 г. до 272,0 вызова в 2015 г.) и в Удорском (с 315,3 вызова в 2014 г. до 279,4 вызова в 2015 г.) районах.

**Обращаемость населения по поводу несчастных случаев
по территориям РК в 2011-2015 гг. (на 1000 населения)**

Территория	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г..	2015 г.
Сыктывкар	62,9	61,7	56,9	62,0	63,5
Воркута	42,7	44,7	40,0	43,7	41,8
Инта	45,6	48,2	47,6	46,3	47,0
Ухта	41,4	43,2	43,3	44,7	43,1
Вуктыльский район	30,0	28,4	28,0	28,6	23,6
Ижемский район	32,7	31,7	25,8	16,8	13,7
Княжпогостский район	34,1	31,7	29,2	29,6	31,8
Койгородский район	31,9	35,7	36,1	30,7	28,5
Корткеросский район	58,8	48,4	47,3	45,5	41,4
Печорский район	57,5	61,0	55,8	50,1	47,5
Прилузский район	42,6	43,9	49,9	49,9	41,0
Сосногорский район	43,8	40,7	50,5	52,2	42,9
Сыктывдинский район	71,9	70,2	63,7	60,8	56,4
Сысольский район	37,1	40,7	37,8	34,4	32,9
Троицко-Печорский район	30,1	27,5	27,7	25,3	25,2
Удорский район	36,2	37,7	38,1	43,1	41,9
Усинский район	36,1	33,4	30,9	32,6	31,3
Усть-Вымский район	44,7	42,5	45,6	50,4	45,2
Усть-Куломский район	22,6	23,0	22,3	23,6	20,1
Усть-Цилемский район	33,3	32,9	34,8	35,0	31,0
РК	48,2	48,2	46,3	48,1	46,7

Уровень обращаемости по поводу несчастных случаев (таблица 121) за последние 5 лет не изменился.

Наибольшая обращаемость по поводу несчастных случаев отмечена в г. Сыктывкаре (63,5 на 1 000 жителей); Сыктывдинском (56,4 на 1 000 жителей) и Печорском (47,5 на 1 000 жителей) районах.

Наиболее низкий показатель обращаемости отмечается в Ижемском (13,7 на 1 000 жителей), Усть-Куломском (20,1 на 1 000 жителей) и Троицко-Печорском (25,2 на 1 000 жителей) районах.

Обращаемость по поводу несчастных случаев выросла в г. Сыктывкаре (на 2,4% - с 62,0 в 2014 г. до 63,5 в 2015 г.) и в Княжпогостском районе (на 7,4% - с 29,6 в 2014 г. до 31,8 в 2015 г.).

Обращаемость по поводу несчастных случаев снизилась в Сосногорском (на 17,8% - с 52,2 в 2014 г. до 42,9 в 2015 г.), Прилузском (на 17,8% - с 49,9 в 2014 г. до 41,0 в 2015 г.) и Вуктыльском (на 17,5% - с 28,6 в 2014 г. до 23,6 в 2015 г.) районах.

Выезды на ДТП по РК в 2011-2015 гг. (в абсол. ед.)

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Всего выездов на ДТП	2 073	2 131	2 050	1 632	1 257
Число пострадавших	2 462	2 634	2 493	2 190	1 723
Со смертельным исходом:					
- до приезда бригады СМП	82	92	87	105	71
- в машине СМП	4	5	3	4	1

Количество выездов на ДТП по РК (таблица 122) в 2015 г. снизилось по сравнению с

2014 г. на 23% (на 375 выездов) и составило 1 257 выезда (2014 г. - 1 632 выезда).

Число погибших до приезда бригады СМП в 2015 г. снизилось по сравнению с 2014 г. на 34 человека.

Таблица 123

Время доезда до ДТП (до 20 мин) по территориям РК за 2011-2015 гг. (в %)

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Сыктывкар	98,3	97,0	97,6	98,3	98,1
Воркута	91,7	89,7	97,2	96,4	98,4
Инта	90,0	87,5	87,7	85,4	94,1
Ухта	97,8	96,6	95,5	95,3	91,3
Вуктыльский район	84,6	93,3	66,7	88,9	100,0
Ижемский район	100,0	87,0	90,5	89,5	82,4
Княжпогостский район	19,4	34,8	29,7	38,5	32,3
Койгородский район	100,0	81,8	80,0	90,0	60,0
Корткеросский район	90,5	85,5	88,7	76,7	89,7
Печорский район	82,4	98,1	93,0	91,5	78,9
Прилузский район	69,8	58,6	100,0	53,8	20,5
Сосногорский район	88,4	95,6	84,7	94,4	86,8
Сыктывдинский район	77,6	78,6	75,0	69,6	82,4
Сысольский район	85,9	83,3	82,1	71,4	61,5
Троицко-Печорский район	92,3	100,0	100,0	100,0	87,5
Удорский район	100,0	92,3	92,9	93,3	64,3
Усинский район	86,0	71,7	67,3	81,8	73,6
Усть-Вымский район	74,6	89,1	78,7	90,3	83,3
Усть-Куломский район	70,6	100,0	75,6	71,9	85,2
Усть-Цилемский район	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0
РК	91,6	90,8	91,0	88,9	86,7

Время доезда до 20 минут до места ДТП по РК (таблица 123) составляет в 2015 г. 86,7%. Этот показатель уменьшился на 2,2% по сравнению с 2014 г. (88,9%).

Низкий процент 20-минутной доступности в Княжпогостском и Прилузском районах (32,3 и 20,5 соответственно) говорит, в первую очередь, о неверном расчете количества бригад СМП без учета «плеча пробега» автомобилем СМП при ДТП.

Однако, учитывая тот факт, что в большинстве территорий РК в учреждениях, оказывающих СМП, где работает одна бригада СМП, прием вызовов ведется не в программу «АСУ-скорая помощь», а «от руки», величина данного показателя вызывает сомнение.

Таблица 124

Обращаемость населения на скорую медицинскую помощь по поводу внезапных заболеваний и патологии беременных по РК в 2011-2015 гг. (на 1 000 населения)

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Сыктывкар	267,5	260,7	256,4	266,7	268,9
Воркута	297,6	300,6	263,0	282,6	276,5
Инта	358,2	332,9	308,4	301,0	294,4
Ухта	253,7	253,6	249,1	265,2	268,6
Вуктыльский район	236,3	211,2	205,9	205,0	212,3
Ижемский район	217,8	227,5	209,3	135,6	100,3
Княжпогостский район	320,9	298,8	272,9	273,2	232,5
Койгородский район	298,8	276,3	260,3	269,8	277,7
Корткеросский район	444,0	333,4	273,9	246,7	237,4
Печорский район	418,0	453,4	374,8	335,4	333,4
Прилузский район	246,8	257,2	177,9	237,0	236,4

Сосногорский район	278,7	274,1	274,3	232,7	268,6
Сыктывдинский район	277,2	260,7	264,3	247,2	244,7
Сысольский район	251,4	259,9	267,6	236,9	234,0
Троицко-Печорский район	284,1	275,7	263,0	236,3	225,5
Удорский район	293,8	319,1	326,6	260,9	262,1
Усинский район	209,4	205,3	197,5	187,4	189,4
Усть-Вымский район	303,0	299,4	279,3	278,3	289,9
Усть-Куломский район	154,7	149,4	156,9	150,2	142,5
Усть-Цилемский район	268,9	258,5	280,2	246,7	241,9
РК	281,6	277,1	260,8	258,3	258,5

Уровень обращаемости по поводу **внезапных заболеваний** (таблица 124) в 2015 г. остался на неизменном по сравнению с 2014 г. По территориям наибольшая обращаемость отмечена в Печорском (333,4 на 1 000 жителей) и Усть-Вымском (289,9 на 1 000 жителей) районах и в г. Инта (294,4 на 1 000 жителей).

Наиболее низкая обращаемость по поводу внезапных заболеваний отмечена в Ижемском (100,3 на 1 000 жителей) и Усть-Куломском (142,5 на 1 000 жителей) районах.

Рост обращаемость по поводу внезапных заболеваний отмечен в Сосногорском (на 15,4% - с 232,7 в 2014 г. до 268,6 в 2015 г.), Усть-Вымском (на 4,2% - с 278,3 в 2014 г. до 289,9 в 2015 г.) и Вуктыльском (на 3,6% - с 205,0 в 2014 г. до 212,3 в 2015 г.) районах.

Снижение обращаемости по поводу внезапных заболеваний отмечено в Княжпогостском (на 14,9% - с 273,2 в 2014 г. до 232,5 в 2015 г.), Ижемском (на 26% - с 135,6 в 2014 г. до 100,3 в 2015 г.) и Троицко-Печорском (на 4,6% - с 236,3 в 2014 г. до 225,5 в 2015 г.) районах.

Таблица 125

**Время доезда до вызова (до 20 мин) по территориям
РК за 2011-2015 гг. (в %)**

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Сыктывкар	97,0	96,2	96,7	83,3	89,1
Воркута	87,0	93,7	96,0	96,2	96,9
Инта	95,6	96,5	96,1	96,3	96,1
Ухта	99,6	98,8	99,7	98,2	98,3
Вуктыльский район	98,2	98,9	98,9	98,5	98,6
Ижемский район	100,0	99,0	99,0	100,0	99,2
Княжпогостский район	51,8	40,5	96,9	96,5	95,3
Койгородский район	98,4	98,1	98,2	93,6	90,8
Корткеросский район	92,4	90,4	90,3	84,9	94,3
Печорский район	89,7	98,4	94,6	93,9	88,3
Прилузский район	85,1	93,6	95,0	95,6	92,0
Сосногорский район	94,5	94,0	46,4	99,0	97,6
Сыктывдинский район	90,3	85,8	85,5	91,4	84,2
Сысольский район	99,1	97,2	98,3	89,6	85,4
Троицко-Печорский район	81,7	96,1	96,2	92,5	92,4
Удорский район	98,5	97,9	98,1	97,9	97,4
Усинский район	96,5	96,2	96,6	85,0	90,3
Усть-Вымский район	97,9	97,4	96,6	96,2	95,3
Усть-Куломский район	96,3	94,1	93,8	92,6	91,9
Усть-Цилемский район	99,5	98,7	99,4	99,5	99,6
РК	93,6	94,7	93,7	91,4	92,8

Время доезда до вызова по РК (таблица 125) составляет в 2015 г. 92,8%. 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.

**Проведение тромболитической терапии по территориям
РК за 2011-2015 гг. (в абсол. ед.)**

	2011 г.	2012 г..	2013 г.	2014 г..	2015 г.
Сыктывкар	70	73	81	53	66
Воркута	25	26	26	18	34
Инта	2	7	3	8	6
Ухта	17	17	36	20	22
Вуктыльский район	-	-	-	-	-
Ижемский район	-	-	-	-	-
Княжпогостский район	-	-	-	-	1
Койгородский район	-	-	1	3	1
Корткеросский район	-	-	-	-	4
Печорский район	1	-	-	2	6
Прилузский район	-	-	-	4	1
Сосногорский район	-	3	-	-	-
Сыктывдинский район	1	1	1	4	4
Сысольский район	-	1	1	1	1
Троицко-Печорский район	1	-	-	1	-
Удорский район	-	-	-	-	-
Усинский район	9	24	15	20	22
Усть-Вымский район	-	-	-	-	1
Усть-Куломский район	-	-	-	-	-
Усть-Цилемский район	-	-	-	-	-
РК	126	152	164	134	169

Количество проведенных ТЛТ на протяжении последних пяти лет постепенно увеличивается, однако в ряде территорий не проводится, что связано как дефицитом медицинских кадров, так и с высокой стоимостью такого тромболитического препарата, как теноктеплаза (метализе) (таблица 126).

**Выполнение объемных показателей программы государственных гарантий по
территориям РК за 2011-2015 гг. (в %)**

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Сыктывкар	118,8	116,0	112,1	117,0	118,0
Воркута	139,5	144,1	118,0	126,9	115,2
Инта	127,8	127,1	118,3	114,0	113,1
Ухта	106,5	106,8	103,3	110,0	110,0
Вуктыльский район	91,6	80,3	79,9	78,5	82,7
Ижемский район	105,5	108,8	96,1	57,3	43,6
Княжпогостский район	116,9	109,7	96,0	95,0	82,4
Койгородский район	131,0	128,9	116,3	121,6	120,6
Корткеросский район	239,6	126,2	108,8	101,3	97,4
Печорский район	160,3	172,0	146,4	132,9	127,2
Прилузский район	107,5	109,9	102,6	103,1	97,6
Сосногорский район	125,5	123,3	121,9	111,5	118,0
Сыктывдинский район	126,8	122,9	119,6	112,7	111,4
Сысольский район	123,7	136,1	138,7	135,8	129,4
Троицко-Печорский район	110,5	105,2	97,2	87,7	84,7
Удорский район	116,3	126,9	130,0	95,5	98,5
Усинский район	96,4	97,7	91,2	84,5	84,0
Усть-Вымский район	119,7	115,8	105,5	107,3	108,9
Усть-Куломский район	96,9	73,8	69,3	66,3	59,4
Усть-Цилемский район	102,3	99,5	109,4	99,1	93,5
РК	122,4	119,4	111,1	110,0	108,1

Обращаемость по РК значительно превышает плановый показатель объёма деятельности службы скорой медицинской помощи по Программе государственных гарантий обеспечения граждан РК бесплатной медицинской помощью (330 выездов на 1 000 жителей в год) и составила в 2015 г. 356,8 вызова на 1 000 жителей в год. Процент выполнения плана государственных гарантий в 2015 г. по скорой медицинской помощи РК составил 108,1% (2014 г. - 110%) (таблица 127).

В десяти территориях плановые показатели программы госгарантий не выполнены: Удорский (98,5%), Прилузский (97,6%), Корткеросский (97,4%), Усть-Цилемский (93,5 %), Троицко-Печорский (84,7 %), Усинский (84,0%), Вуктыльский (82,7%), Княжпогостский (82,4%), Усть-Куломский (59,4%) и Ижемский (43,6%) районы.

Значительно превышен план выполнения госгарантий в Сысольском (129,4 %) и Печорском (127,2 %) районах.

Таблица 128

Оснащение скорой медицинской помощи автотранспортом по территориям РК в 2013-2015 гг. (в абс. ед. и %)

Территория	Фактическое число			в том числе:								
				До 3 лет			От 3 до 5 лет			Свыше 5 лет		
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Сыктывкар	32	32	32	2	22	22	5	-	-	25	10	10
Воркута	19	19	19	-	11	-	-	-	11	19	8	8
Инта	7	7	7	-	5	4	-	-	1	7	2	2
Ухта	26	26	26	-	7	7	14	1	1	12	18	18
Вуктыльский район	4	4	4	-	2	2	1	1	-	3	1	2
Ижемский район	6	8	8	-	3	4	1	3	-	5	2	4
Княжпогостский район	5	6	4	2	2	2	-	-	-	3	4	2
Койгородский район	3	5	5	1	2	2	-	1	-	2	2	3
Корткеросский район	10	9	10	7	7	7	3	-	-	-	2	3
Печорский район	8	7	8	3	7	8	-	-	-	5	-	-
Прилузский район	3	4	3	2	1	2	1	2	-	-	1	1
Сосногорский район	17	14	14	3	5	4	4	3	5	10	6	5
Сыктывдинский район	5	8	5	1	3	3	1	1	-	3	4	2
Сысольский район	5	3	4	2	2	3	1	-	-	2	1	1
Троицко-Печорский район	4	4	4	-	3	3	-	-	-	4	1	1
Удорский район	6	7	7	-	6	6	-	-	-	6	1	1
Усинский район	6	6	6	2	3	3	1	2	2	3	1	1
Усть-Вымский район	9	8	7	6	6	5	1	-	-	2	2	2
Усть-Куломский район	12	10	10	1	7	7	5	1	1	6	2	2
Усть-Цилемский район	5	5	5	1	3	3	1	-	-	3	2	2
РК	192	192	188	32	107	97	40	15	21	120	70	70
%				16,7	55,7	51,6	20,8	7,8	11,2	62,5	36,5	37,2

Служба скорой медицинской помощи РК обслуживает территорию с численностью населения 864 424 человек. Население, охваченное службой скорой медицинской помощи, составляет 834 068 человека. В соответствии с приказом МЗ СССР от 25.03.1976 г. № 300 «О нормах оснащения учреждений санитарным транспортом и о режиме работы санитарного транспорта», в РК число автомобилей СМП должно составлять не менее 86 единиц автотранспорта. В 2015 г. количество единиц автотранспорта в РК составляло 188 автомобилей скорой медицинской помощи. В декабре 2013 г. было закуплено 118 автомобилей скорой медицинской помощи, из них ГБУЗ РК «СССМП» получила 22 автомобиля СМП «Пежо» класса «В». Для сельских районов закуплены 96 автомобилей УАЗ с высокой проходимостью в условиях бездорожья.

При анализе изношенности автопарка обращает внимание, что в 2015 г. автопарк службы скорой медицинской помощи «постарел» на 4,1%: если в 2014 г. автомобили скорой помощи со сроком эксплуатации до 3 лет составляли 55,7%, то в 2015 г. - 51,6% (таблица 128).

Таблица 129

Оснащение салона автотранспорта скорой медицинской помощи по территориям РК в 2013 - 2015 г. г. (в абс. ед. и %)

Территория	Фактическое число			в том числе:											
				Класс А			Класс В			Класс С			автомобили без сертификата		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Сыктывкар	32	32	32	19	6	9	12	25	22	1	1	1	-	-	-
Воркута	19	19	19	14	7	7	5	12	12	-	-	-	-	-	-
Инта	7	7	7	3	2	2	1	5	5	-	-	-	3	-	-
Ухта	26	26	26	9	9	5	6	16	16	1	1	1	10	-	4
Вуктыльский район	4	4	4	2	1	-	1	3	4	-	-	-	1	-	-
Ижемский район	6	8	8	3	2	3	3	6	5	-	-	-	-	-	-
Княжпогостский район	5	6	4	4	5	-	1	1	4	-	-	-	-	-	-
Койгородский район	3	5	5	3	3	3	-	2	2	-	-	-	-	-	-
Корткеросский район	10	9	10	-	-	-	10	9	10	-	-	-	-	-	-
Печорский район	8	7	8	6	-	-	1	7	8	-	-	-	1	-	-
Прилузский район	3	4	3	1	2	1	2	2	2	-	-	-	-	-	-
Сосногорский район	17	14	14	13	5	5	1	8	7	-	1	2	3	-	-
Сыктывдинский район	5	8	5	2	2	2	1	6	3	-	-	-	2	-	-
Сысольский район	5	3	4	2	-	-	2	3	2	-	-	1	1	-	1
Троицко-Печорский район	4	4	4	4	1	1	-	3	3	-	-	-	-	-	-
Удорский район	6	7	7	2	6	-	1	1	7	-	-	-	3	-	-
Усинский район	6	6	6	3	5	5	2	1	1	-	-	-	1	-	-
Усть-Вымский район	9	8	7	1	4	3	8	4	4	-	-	-	-	-	-
Усть-Куломский район	12	10	10	6	3	3	-	7	7	-	-	-	6	-	-
Усть-Цилемский район	5	5	5	2	2	-	-	-	5	-	-	-	3	3	-
РК	192	192	188	99	65	49	57	121	129	2	3	5	34	3	5
%				51,6	33,8	26,1	29,7	63,0	68,6	1,1	1,6	2,7	17,6	1,6	2,7

Служба СМП РК в 2015 г. преимущественно на 68,6% оснащена автомобилями СМП с салоном класса «В» (автомобиль экстренной медицинской помощи), в 26,1% автомобилями

СМП с салоном класса «А» (автомобиль для транспортировки пациентов) (таблица 129).

В службе СМП РК в 2015 г. использовались всего 5 автомобилей СМП или 2,7%, не имеющих сертификат соответствия и разрешения для использования их в качестве «автомобиля скорой медицинской помощи». В 2013. Таких автомобилей было 34 или 17,6% от всего автопарка.

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 в части обслуживания неотложных вызовов, преимущественно по классу БСК (АГ, хроническая ЦВЗ и др.).

Высокая обращаемость на скорую помощь приводит к снижению своевременности выезда на экстренные вызова.

3. Низкая укомплектованность службы скорой медицинской помощи врачебными кадрами приводит к снижению качества диагностики и качества медицинской помощи на догоспитальном этапе.

4. За последние пять лет количество выездов бригад СМП на выполнение несвойственных функций (хозяйственные перевозки и медицинские процедуры) снизилось на 71,2 %.

5. При анализе оснащенности автопарка обращает внимание, что служба СМП в 2015 г. преимущественно (на 68,6%) оснащена автомобилями СМП с салоном класса «В» (автомобиль экстренной медицинской помощи) в 26,1% автомобилями СМП с салоном класса «А» (автомобиль для транспортировки пациентов).

ЗАДАЧИ НА 2016 ГОД:

1. Для проведения достоверного мониторинга работы службы скорой медицинской помощи по территориям РК рекомендовать главным врачам ЛПУ укомплектовать все подразделения службы скорой медицинской помощи оргтехникой.

2. В территориях разработать и внедрить нормативную базу, касающуюся разделения вызовов на «экстренные» и «неотложные».

3. Обеспечить постоянный мониторинг обращаемости в части разделения вызовов на «экстренные» и «неотложные».

4. Усилить работу с кадрами в части привлечения на скорую медицинскую помощь кадров (особенно врачей) для обеспечения оказания квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

5. Рассмотреть вопрос о возможности централизованного закупа для территорий РК дорогостоящих лекарственных препаратов для проведения ТЛТ (тенектеплаза).

Развитие службы медицины катастроф. В 2015 г. для межмуниципального обеспечения оказания скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи открыт филиал центра медицины катастроф в г. Печора. Открытие филиала позволило производить эвакуацию пациентов из населенных пунктов республики напрямую в первичные сосудистые центры и республиканские медицинские учреждения. Это сократило время ожидания медицинской помощи в среднем на 15% (от 0,5 до 1,5 часов) на каждый вылет вертолета из г. Печора.

С целью укрепления материально-технической базы службы скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи в 2015 г. приобретена 1 единица санитарного автотранспорта (реанимобиль класса «С» на базе автомобиля «Газель»).

Центром медицины катастроф в 2015 году было принято 3 912 заявок на оказание скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи и медицинскую эвакуацию, а так же доставку медикаментов, крови и ее препаратов (рисунок 49). Проведено 1 554 очные консультации, проведено на выезде 120 операций, более 300 эндоскопических исследований по экстренным и жизненным показаниям. Доставлено 1 039,7 л крови и ее компонентов, перевезено 10 492 кг медицинских грузов.

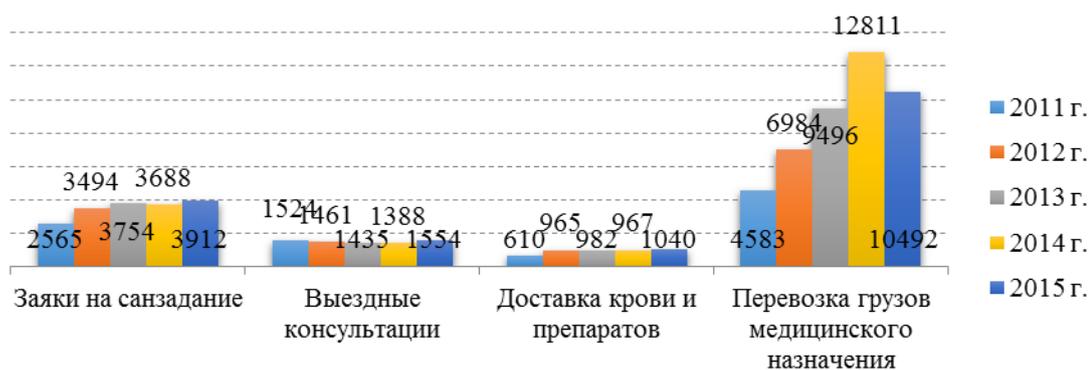


Рис. 49. Распределение заявок на оказание скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи и медицинскую эвакуацию по видам

Эвакуировано 1 473 пациента (325 - дети), из них - 864 (228 - дети) авиационным транспортом. Общий налет часов вертолетом составил 575 часов. Выполнен 31 чартерный вылет самолетами, из них 25 - самолетом L-410 с салоном, переоборудованным для перевозки носилочных пациентов, 6 вылетов произведено на самолетах АН-24 и ЯК-42 (рисунок 50).

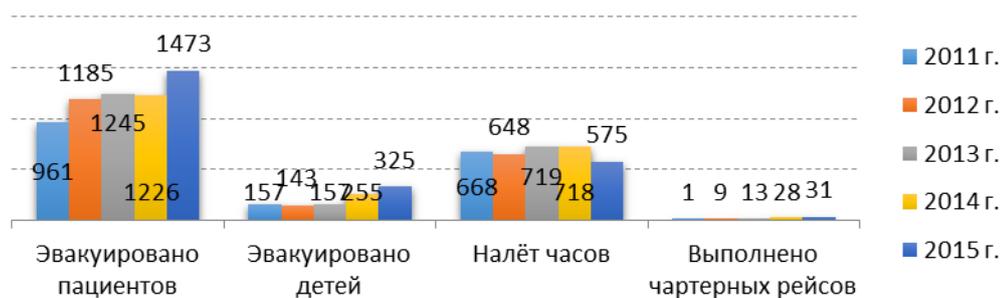


Рис. 50. Объемные показатели оказанной скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи и медицинской эвакуации

В 2015 г. Центром медицины катастроф выполнено 209 местных рейсов и 31 региональный и федеральный санитарный рейс (рисунок 51).



Рис. 51. Распределение санитарных рейсов по уровням

Сравнительный анализ деятельности Территориального центра медицины катастроф позволяет сделать вывод об увеличении числа перевозок воздушными судами, что способствует своевременности и повышению доступности экстренной специализированной медицинской помощи населению республики. Открытие филиала центра в г. Печора и приобретение реанимобиля позволило повысить эффективность скорой медицинской

помощи местного и регионального уровня. Дальнейшее развитие сил и средств службы медицины катастроф Республики Коми позволит повысить качество и доступность специализированной медицинской помощи населению республики.

Таблица 130

Количество чрезвычайных ситуаций за 2015 г.

Наименование ЧС	ЧС всего	Пострадавшие		Поражённые		Погибшие	
		Всего	в т.ч. дети	Всего	в т.ч. дети	Всего	в т.ч. дети
ДТП	37	183	26	127	18	56	8
пожары	12	44	14	20	8	24	6
др. техногенные	1	2				2	
происшествия на воде	3	7	1			7	1
биолого-социальные	29	166	94	161	94	5	
прочие	11	20		10		10	
Всего	93	422	135	318	120	104	15

6.5. Состояние и доступность населению высокотехнологичной медицинской помощи. Порядок оказания высокотехнологичной медицинской помощи в 2015 г. определен Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. № 930н «Об утверждении Порядка оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

Министерством здравоохранения РК организована деятельность Комиссии по отбору больных для лечения в федеральные медицинские учреждения и в медицинские учреждения, находящиеся в ведении субъектов РФ и муниципальных образований, для оказания им высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи. Деятельность указанной комиссии регламентирована приказом Министерства здравоохранения РК от 08.07.2015 г. №7/284 «Об организации работы по отбору пациентов в медицинские организации для получения высокотехнологичной медицинской помощи».

В 2015 г. в медицинские учреждения для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) отобрано 6 153 человека, из них взрослых - 4 975, детей - 1 178, на базу федеральных учреждений - 2 433 человек, на базу государственных учреждений РК - 3 720 человек.

В 2015 г. в федеральных и республиканских учреждениях здравоохранения высокотехнологичная медицинская помощь оказана 5 579 жителям республики, в том числе в государственных учреждениях здравоохранения РК - 3 720 чел. (из них на условиях софинансирования за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК - 2 632 чел., за счет средств ОМС - 1 088 чел.).

В федеральных учреждениях высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, получили 1 365 человек, из них для взрослых - 942, детей - 423.

В государственных учреждениях РК за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, получили 2 632 человек, из них взрослых - 2 323, детей - 309.

С целью сохранения доступности ВМП в 2015 г. часть широко растиражированных видов высокотехнологичной помощи (стендирование, ЭКО, неонатология и т.п.) оказывалась учреждениями здравоохранения РК за счет средств обязательного медицинского страхования.

В государственных учреждениях здравоохранения РК высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств ОМС получили 1 088 пациента, из них 281 ребенок.

В федеральных учреждениях высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств ОМС получили 494 пациента.

В динамике отмечен рост числа пациентов, нуждающихся в оказании ВМП, что свидетельствует об организации отбора на уровне учреждений здравоохранения и главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения РК. Вместе с тем, отмечается наращивание объемов ВМП и расширение профилей ее оказания на базе учреждений здравоохранения РК.

Общее количество граждан, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, за счет всех источников финансирования выросло в сравнении с 2010 г. более чем в 4 раза (с 1 368 чел. до 5 579 чел.) (рисунок 52).

Обеспеченность ВМП составила 645,4 на 100 тыс. населения (рис.1). Удовлетворенность населения высокотехнологичными видами медицинской помощи возросла и составила 81,5%.



Рис.52. Динамика количества граждан, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь за счет всех источников (в абс. числах и на 100 тыс. населения)

В структуре оказанной высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (ВМП) (рисунок 53), в разрезе профилей в 2015 г. наибольшую часть составили болезни сердечно-сосудистой системы (29,4%), заболевания костно-мышечной системы (12,3%), онкологические заболевания (14,7%), заболевания репродуктивной системы (11,6%)

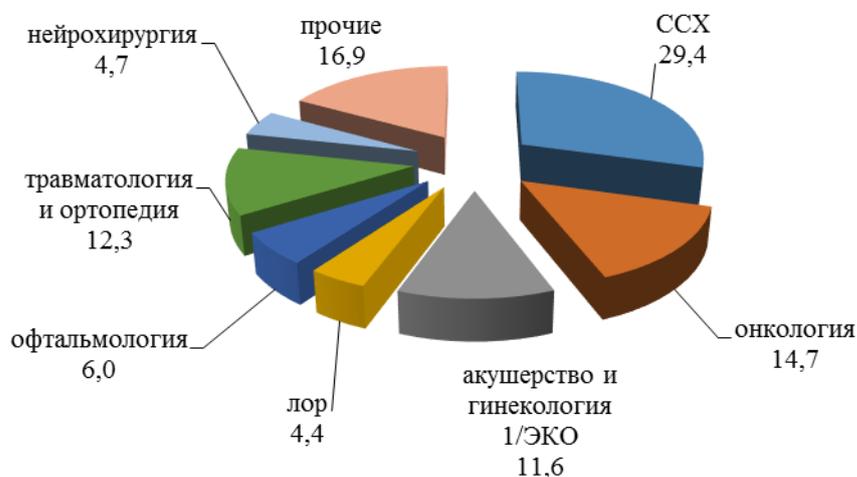


Рис.53 Структура оказанной в 2015 г. ВМП не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, %

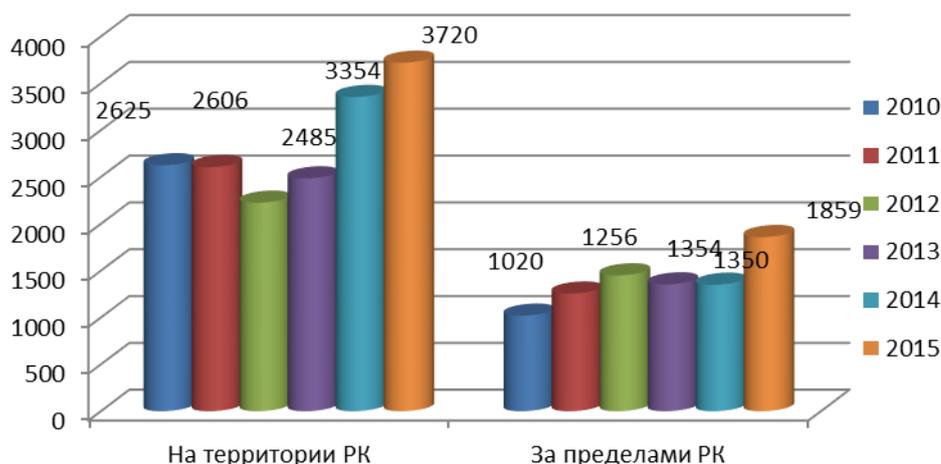


Рис. 54 Динамика объемов высокотехнологичной медицинской помощи в зависимости от места ее оказания в 2010-2015 гг.

В 2015 г. 66,7% граждан получили ВМП в учреждениях здравоохранения РК, 33,3% - за ее пределами (рисунок 54).

В 2015 г. из общего числа, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, 18,3 % составили дети, 81,7 % - взрослые (рисунок 55).

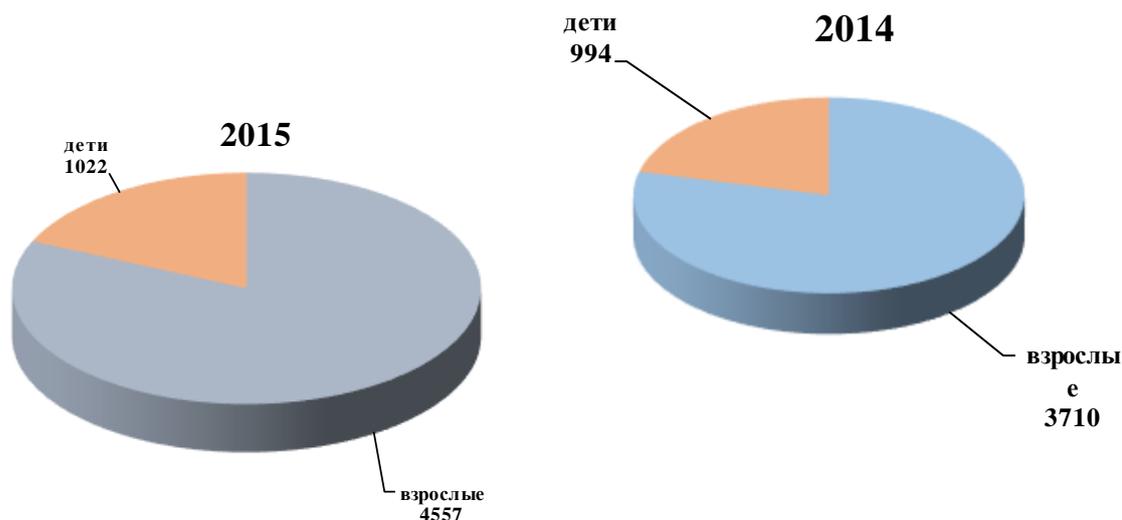


Рис. 55 Структура оказанной высокотехнологичной медицинской помощи в разрезе возрастных категорий (%)

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи взрослому населению.

В 2015 г. оказана высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, в федеральных учреждениях 942 взрослым жителям РК (рисунок 56). В динамике отмечается увеличение количества взрослых пациентов, пролеченных в ФМУ, уровень обеспеченности имеет тенденцию к росту, однако имеет место «лист ожидания» в федеральные клиники по отдельным профилям медицинской помощи.

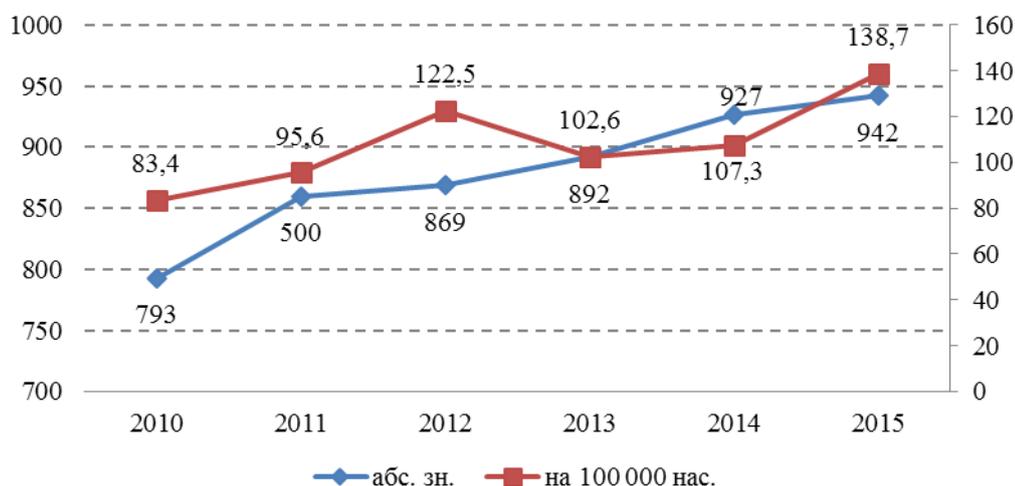


Рис. 56. Динамика обеспеченности высокотехнологичной медицинской помощью, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в федеральных медицинских учреждениях взрослого населения (%)

В структуре пролеченных взрослых в федеральных медицинских учреждениях (рисунок 57) наибольшую часть составляют пациенты по следующим профилям: «сердечно-сосудистая хирургия» (20,6%), «онкология» (16%), «оториноларингология» (15%); «травматология и ортопедия/1 (эндопротезы)» (14 %); «офтальмология» (13,3%); «нейрохирургия» (11,6%).

Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в федеральных учреждениях здравоохранения осуществляется за счет средств федерального бюджета РФ.

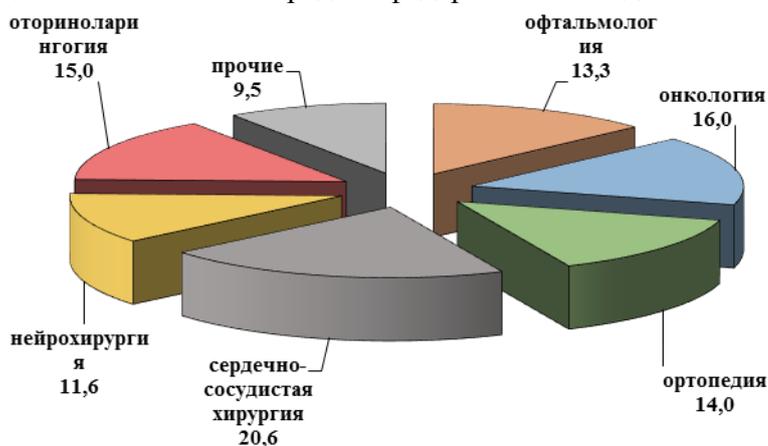


Рис. 57. Структура пролеченных больных в ФСМУ в разрезе профилей ВМП, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в 2015 г. (взрослое население)(%).

Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях РК на условиях софинансирования в государственных учреждениях здравоохранения РК (Соглашение № ВМП-СУ-7/15 о предоставлении в 2015 субсидии бюджету РК в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования» подписано 10 июня 2015 г.).

Государственным заданием на оказание в 2015 г. высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации определены плановые объемы ВМП в количестве 2632 квот следующим государственным учреждениям здравоохранения РК на условиях

софинансирования за счет средств федерального бюджета и республиканского бюджета РК (рисунок 58):

- ГБУЗ РК «Кардиологический диспансер» - 955;
- ГБУЗ «Коми республиканский перинатальный центр» - 328;
- ГБУЗ «Республиканская детская больница» - 230;
- ГБУЗ «Коми республиканский онкологический центр» - 400;
- ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» - 689;
- ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» - 30.

Запланированные объемы исполнены в полном объеме.

По итогам 2015 г. в ГУ РК «Кардиологический диспансер» выполнено 880 высокотехнологичных операций за счет средств федерального бюджета, в том числе: аорто-коронарное шунтирование - 350 (39,8%), операции по протезированию клапанов сердца - 81 (9,2%), ангиопластика (стентирование) - 76 (8,6%), хирургическая коррекция нарушений ритма сердца - 180 (20,5%), коррекция врожденных пороков сердца и сосудов - 4 (0,5%), коррекция магистральных сосудов - 186 (21,1%), установка кардиовертера-дефибрилятора - 3 (0,3%).

В ГБУЗ РК «Коми республиканский онкологический центр» в 2015 г. высокотехнологичную медицинскую помощь получили 390 пациентов, в том числе 10 пациентов гематологического профиля.

По итогам 2015 г. в ГБУЗ РК «Коми республиканская больница» проведено 689 высокотехнологичных операций за счет средств федерального бюджета:

- по профилю «Акушерство и гинекология» - 80 чел.,
- по профилю «Нейрохирургия» - 50 чел.,
- по профилю «Офтальмология» - 83 чел.,
- по профилю «Урология» - 15 чел.,
- по профилю «Эндокринология» - 56 чел.,
- по профилю «Торакальная хирургия» - 40 чел.,
- по профилю «Травматология и ортопедия» - 300 чел.,
- по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» - 5 чел.,
- по профилю «Абдоминальная хирургия» - 50 чел.
- по профилю «Оториноларингология» - 10 чел.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в республиканских учреждениях здравоохранения осуществлялось в соответствии с перечнем высокотехнологичных видов медицинской помощи, утвержденным Постановлением Правительства РК от 25.12.2014 г. № 545 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

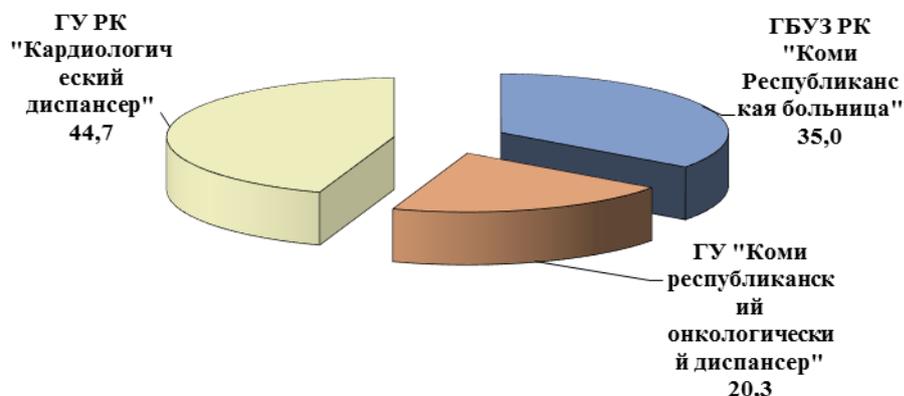


Рис. 58. Доля оказанной ВМП (взрослым) в разрезе учреждений здравоохранения РК в 2015 г.

В 2015 г. 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. Отмечается значительный рост объемов оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (с 2010 г. рост составил более чем в 4 раза).

2. Обеспеченность всего населения РК высокотехнологичной медицинской помощью за 5 лет выросла и составила 645,4 на 100 000 населения.

3. Наиболее востребованными видами высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных специализированных медицинских учреждениях являются сердечно-сосудистая хирургия (29,4%), эндопротезирование (12,3%), офтальмология (11,8%), онкология (14,7%).

4. В 2015 г. более 80% объемов ВМП оказано на базе государственных учреждений здравоохранения РК.

5. Удовлетворенность населения высокотехнологичной медицинской помощью за 5 лет выросла и составила по итогам 2015 г. 81,5 %.

Задачи на 2016 г.

1. Дальнейшее развитие технологий оказания высокотехнологичной медицинской помощи по основным направлениям: офтальмология (ГБУЗ РК «Республиканский центр микрохирургии глаза»), «сердечно-сосудистая хирургия» (ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница № 1»).

2. Нарращивание числа медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

В рамках повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи населению республики с 2016 г. будут оказывать данный вид помощи:

ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района» - по профилям «акушерство и гинекология», «травматология и ортопедия», «нейрохирургия»;

ГБУЗ «Сыктывкарская городская больница № 1» - по профилям «травматология и ортопедия», «абдоминальная хирургия»;

ГБУЗ РК «Республиканский кожно-венерологический диспансер» - по профилю «дерматовенерология».

Высокотехнологичная медицинская помощь будет оказываться населению РК по 13 видам.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи на базе указанных медицинских учреждений значительно повысит доступность лечения для жителей республики, в том числе для жителей сельских районов.

6.6. Развитие медицинской реабилитации.

Постановлением Правительства РК от 28.09.2012 г. № 420 утверждена Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям» в рамках государственной программы РК «Развитие здравоохранения», основными задачами которой является организация и совершенствование оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации как трехэтапной и трехуровневой для взрослого населения, реализация трехэтапной маршрутизации по направлениям для обеспечения доступности и качества медицинской реабилитации.

В 2015 г. продолжилось внедрение в практику работы медицинских организаций технологий медицинской реабилитации 1 этапа в отделениях реанимации и в специализированных отделениях.

Второй этап реабилитации больных после операций на сердце и коронарных сосудах проводится в отделении реабилитации на базе Кардиологического диспансера (20 коек). За 2015 г. реабилитация на указанных койках проведена в отношении 436 больных, перенесших высокотехнологичные операции на сердце и крупных сосудах.

Кроме того, 2 этап реабилитации проводится на базе ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района» для пациентов с нарушениями функций ЦНС и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата (20 коек в структуре неврологического

отделения). Внедрены новые технологии медицинской реабилитации: механотерапия (тракционная вытяжка позвоночника в разных частотно-вибрационных режимах); разработка верхних и нижних конечностей с применением биологической обратной связи; вертикализация; стабиформа (диагностическая и лечение координации движений). В 2015 г. прошли курс реабилитации 102 пациента (из них - 49 инвалидов).

3 этап реабилитации проводится в отделениях (кабинетах) медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. На базе ГАУ РК «Санаторий-профилакторий «Заполярье», в 2015 г. прошли курс медицинской реабилитации 347 человек. Амбулаторная реабилитация организована на базе ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ» силами физиотерапии, массажа, ЛФК.

Обучены специалисты по спортивной медицине и ЛФК. В первом квартале 2016 г. планируется проведение цикла повышения квалификации по программе «Медицинская реабилитация», а также проведение семинара по теме «Проблемы медицинской реабилитации на амбулаторном этапе».

В рамках проведения работы с больными и их родственниками по предупреждению и коррекции модифицированных факторов риска сосудистых заболеваний, формированию и ведению здорового образа жизни на базе отделения для лечения больных с ОНМК организована школа здоровья «Жизнь после инсульта» для больных, перенесших инсульт, их родственников и всех желающих. На занятиях освещаются вопросы профилактики, методов восстановления после инсульта, проводится обучение уходу и способам реабилитации и др.

Лечебно-профилактические учреждения осуществляют направление инвалидов на медико-социальную экспертизу (далее - МСЭ). В 2015 г. было направлено на МСЭ 12 350 чел., в том числе с целью разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Общее количество граждан с инвалидностью, прошедших медицинскую реабилитацию в 2015 г. на базе учреждений здравоохранения, составило 25 464 человека.

Система медицинской реабилитации несовершеннолетних выстроена по принципам этапности и непрерывности, начиная с отделений интенсивной терапии и реанимации родовспомогательных учреждений (1 этап реабилитации).

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии учреждений родовспоможения и детства, затем принимается решение о переводе ребёнка на последующие этапы реабилитации. Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в условиях специализированных отделений стационаров. Третий этап проводится в амбулаторно-поликлинических условиях в реабилитационных центрах городов, кабинетах реабилитации центральных районных больниц. Частью третьего этапа реабилитации является и санаторно-курортное лечение.

В рамках реализации Плана мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в РК», утвержденного распоряжением Правительства РК от 27.02.2013 г. № 58-р с 1 июля 2014 г. в ГУ «Республиканская детская больница» перепрофилировано 15 коек патологии новорожденных в койки реабилитации. Маршрутизация и порядок госпитализации на указанные койки определены приказом Министерства здравоохранения РК от 5 февраля 2014 г. № 2/31 «О совершенствовании оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» и медицинская реабилитация детям первого года жизни на территории РК». В 2014 г. медицинской реабилитацией охвачено 122 ребенка, в 2015 г. - 229 детей.

Реабилитационные мероприятия для детей с заболеваниями, протекающими более благоприятно, а так же после окончания основных мероприятий II этапа, являются III этапом реабилитации и оказываются на базе детских поликлиник и реабилитационных центров, созданных на базе ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника №3» (г. Сыктывкар), детской поликлиники ГБУЗ РК «Ухтинская детская больница», ГБУЗ РК «Ухтинская физиотерапевтическая поликлиника», а также в кабинетах реабилитации на базе учреждений амбулаторно-поликлинического звена центральных районных больниц, в том числе на базе

отделений дневных стационаров. В год охват реабилитационными мероприятиями составляет более 5 тыс. детей.

6.7. Развитие санаторно-курортного лечения.

Санаторно-курортный этап реабилитации детского населения осуществляется как в республике, так и за ее пределами. На территории региона функционируют два многопрофильных санатория, на базе которых ежегодно получают санаторно-курортное лечение около 4 тысяч детей в возрасте от 2 до 14 лет включительно, в том числе по путевкам «Мать и Дитя».

С ноября 2012 г. с целью повышения доступности санаторно-курортного лечения и расширения реабилитационных возможностей региона для детского населения ГБУЗ РК «Детский противотуберкулезный санаторий «Кедр» перепрофилирован в санаторий соматического профиля для детей с заболеваниями ЛОР-органов, верхних дыхательных путей, с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани (дорсопатии, спондилопатии, болезни мягких тканей, остеопатии и хондропатии).

В настоящее время на завершающем этапе находится строительство санаторного комплекса «Серегово», где будет оказываться как санаторно-курортное лечение, так и реабилитация пациентов.

ГАУ РК «Санаторий «Лозым» на 160 мест имеет значительный опыт реабилитации детей с ограниченными возможностями с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата, включая детский церебральный паралич, заболеваниями эндокринной системы, в том числе с сахарным диабетом, заболеваниями мочевыводящей системы, органов дыхания, в том числе бронхиальной астмой, а так же принимает пациентов аллергологического, нефрологического и эндокринологического профиля.

Ежегодно санаторно-курортным лечением охвачено более 6 тыс. детей и подростков, в том числе около 80% в санаториях республики, 15% - в санаториях Черноморского побережья и 5% - в санаториях федерального подчинения. Эффективность оздоровления составляет более 97%.

В 2015 году общее количество пациентов, пролеченных в санаторно-курортных организациях, составило 8316 человек, из них 4898 детей.

6.8. Оказание паллиативной помощи.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Порядком оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1343н, Министерством здравоохранения РК был утвержден план организации подразделений для оказания паллиативной помощи в РК на 2015 год (далее - план).

В соответствии с указанным планом в государственных медицинских организациях республики на 2015 год было запланировано открытие 31 кабинета паллиативной помощи (в том числе 2 - для детей), 4 отделений паллиативной помощи для взрослого населения (в сумме на 50 коек) и 23 койки в структуре терапевтических стационаров. В целом данная структура соответствует порядку оказания паллиативной медицинской помощи населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1343н.

По состоянию на 01.01.2016 г. открыто 19 кабинетов паллиативной медицинской помощи и 3 отделения паллиативной помощи для взрослых в г. Сыктывкаре, Печоре, Воркуте на 40 коек. На базе многопрофильных стационаров РК развернуто 25 коек паллиативной помощи для взрослых пациентов. Общее количество коек для оказания паллиативной помощи взрослым пациентам составило 65 коек (таблица 131).

Всего в 2015 г. на паллиативных койках для взрослых получили соответствующую медицинскую помощь 880 пациентов.

Таблица 131

Наименование учреждения здравоохранения	Койки паллиативной помощи	Кабинеты паллиативной помощи	Выездные патронажные бригады	Койки сестринского ухода
---	---------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------

ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница»	20	1		25
ГБУЗ РК «Воркутинская больница скорой медицинской помощи»	10			
ГБУЗ РК «Воргашорская больница»				50
ГБУЗ РК «Воркутинская поликлиника»		1		
ГБУЗ РК «Троицко-Печорская ЦРБ»				20
ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ»	10			25
ГБУЗ РК «Ухтинская городская больница № 1»	2			
ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника»		1		
ГБУЗ РК «Ижемская ЦРБ»	2	1		
ГБУЗ РК «Удорская ЦРБ»	2			4
ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ»				20
ГБУЗ РК «Княжпогостская ЦРБ»	2	1		20
ГБУЗ РК «Усть-Куломская ЦРБ»	1			
ГБУЗ РК «Интинская ЦРБ»	1	2		33
ГБУЗ РК «Усинская ЦРБ»	5	1		25
ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ»	1	1	1	
ГБУЗ РК «Койгородская ЦРБ»	4	1		18
ГБУЗ РК «Сыктывдинская ЦРБ»	2	1		
ГБУЗ РК «Прилузская ЦРБ»	1	1		
ГБУЗ РК «Корткеросская ЦРБ»	1	1		
ГБУЗ РК «Усть-Цилемская ЦРБ»	1			6
ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»		2		
ГБУЗ РК «Центральная поликлиника» г. Сыктывкара		1	1	
ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №2»		1	1	
ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3»		1	1	
ГБУЗ РК «Эжвинская городская поликлиника»		1	1	
Общее количество коек, кабинетов, бригад	65	19	5	246
Обеспеченность койками на 10 тыс. взрослого населения	0,75			

Обеспеченность паллиативными койками для взрослых увеличилась с 0,58 на 10 тыс. взрослого населения в 2014 г. до 0,96 - в 2015 г. (таблица 132).

Таблица 132

	2011	2012	2013	2014	2015
Число паллиативных коек для взрослых	51	0	0	40	65
Обеспеченность паллиативными койками взрослого населения на 10 тыс. соответствующего населения	0,71	0	0	0,58	0,96

Кроме того паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам на 246 койках сестринского ухода (таблица 1), включая:

- отделения сестринского ухода;
- дом сестринского ухода в п. Вежью Койгородского района;
- хоспис на базе ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ».

В течение 2015 г. на койках сестринского ухода пролечено 1 478 пациентов.

Деятельность выездных патронажных бригад паллиативной медицинской помощи для взрослого населения организована на базе ГБУЗ РК «Центральная поликлиника г. Сыктывкара»,

ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №2», ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника №3», ГБУЗ РК «Эжвинская городская поликлиника», ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ».

С целью оказания паллиативной помощи детям в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 14.04.2015 г. № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» организована деятельность 3 кабинетов паллиативной помощи и 1 выездной патронажной бригады паллиативной помощи. На 01.01.2016 г. при детских стационарных учреждениях развернуто 8 паллиативных коек для детей (таблица 133). Обеспеченность паллиативными койками для детей составила на конец 2015 г. 0,43 на 10 тыс. детского населения. Кроме указанных выше организационных структур паллиативная помощь детям оказывается на базе кабинетов паллиативной помощи и силами выездных патронажных бригад, организованных в районных центрах республики для взрослого населения.

В течение 2015 г. на паллиативных койках для детей получили соответствующую медицинскую помощь 25 пациентов.

Таблица 133

Наименование учреждения здравоохранения	Койки паллиативной помощи	Кабинеты паллиативной помощи	Выездные патронажные бригады
ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника №2»		1	1
ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника №3»		1	
ГБУЗ РК «Эжвинская детская поликлиника»		1	
ГУ «Республиканская детская больница»	5		
ГБУЗ РК «Воркутинская детская больница»	1		
ГБУЗ РК «Ухтинская детская больница»	1		
ГБУЗ РК «Интинская ЦРБ»	1		
Общее количество коек, кабинетов, бригад	8	3	1
Обеспеченность койками на 10 тыс. детского населения	0,43		

На 01.01.2016 года в республике по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи подготовлено 63 врача, в том числе 11 педиатров.

Обеспеченность врачами данной специальности составила в 2014 году 0,38 на 10 тыс. населения, в 2015 году - 0,72 на 10 тыс. населения. В медицинских организациях введено 18,75 должностей врачей паллиативной помощи.

В течение 2015 г. организовано ведение регистров пациентов, нуждающихся в обезболивающей терапии. Внедрено применение современных неинъекционных форм обезболивающих препаратов. Упрощена процедура выписки рецептов на наркотические лекарственные средства.

Наблюдение пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, в амбулаторных условиях организовано силами врачей терапевтов (врачей-педиатров) участковых и участковых медицинских сестер посредством активных патронажей. При наличии показаний организуется помощь в условиях стационара на дому, отбор пациентов для лечения в условиях дневных стационаров поликлиник или специализированных медицинских организаций.

С целью повышения уровня знаний медицинского персонала во всех медицинских организациях РК, оказывающих первичную медико-санитарную и первичную специализированную медицинскую помощь по профилю «онкология» и по паллиативной помощи проведены семинары на тему «Современные методы обезболивания онкологических больных» для медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании медицинской помощи.

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения РК от 20.05.15 г. №01-46/78 «Об организации обучающих семинаров по вопросам терапии болевого синдрома» медицинские учреждения РК, занимающиеся оказанием паллиативной медицинской помощи, приняли участие в вебинаре профессора Абузаровой Гузели Рафаиловны, руководителя Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена по теме: «Актуальные вопросы терапии хронической боли».

В медицинские учреждения РК, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, направлено письмо №3914 от 15.10.2015 г. с указанием ссылок на обучающие видеоматериалы, рекомендованные для работы специалистам при оказании паллиативной помощи:

- Клинические рекомендации по обезболивающей терапии при оказании паллиативной медицинской помощи.
- Концепция развития паллиативной медицинской помощи в РФ.
- Современные возможности терапии хронической боли онкологического генеза: пути решения проблемы.
- Российские клинические рекомендации и стандарты лечения персистирующей боли у детей.
- Потребность в детской паллиативной помощи и специалистах в России.
- Противоболевая терапия в реабилитации.
- Длительная интратекальная опиоидная терапия резистентных хронических болевых симптомов у онкобольных.
- ТТС фентанила в терапии умеренной боли у онкологических больных.
- Место ТТС-систем в терапии хронического болевого синдрома у онкологических больных.
- Паллиативная медицинская помощь в онкологии.
- Изменения внесенные в инструкцию к морфину гидрохлориду, производимому ФГУП

МЭЗ.

- Суицидальное поведение онкологических больных, получающих паллиативное лечение.
- Онкопсихология. Почему неинтересны паллиативные пациенты.
- Нормативная база адекватной опиоидной терапии в России и её реализация в субъектах РФ.
- Организация работы отделения паллиативной медицинской помощи в современных условиях.
- Роль остеомодифицирующих агентов в лечении боли у больных с метастазами в костях.
- Поддерживающая реабилитация: профилактика осложнений, контроль боли и улучшение качества жизни.

16.11.2015 г. в учреждения, оказывающие паллиативную помощь и противоболевую терапию, для врачей и среднего медицинского персонала, работающих с препаратами, подлежащими предметно-количественному учету, направлено информационное письмо: «Информационные материалы по вопросам назначения и выписывания наркотических и психотропных лекарственных препаратов, других препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету».

Гериатрическая служба. Первичная медицинская помощь гражданам пожилого возраста оказывается в рамках ППГ оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории РК на базе всех медицинских учреждений, подведомственных МЗ РК, участковыми врачами терапевтами, врачами общей практики, фельдшерами (на уровне фельдшерско-акушерских пунктов) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». На начало 2016 г. обслуживаются 175 735 граждан пожилого возраста (старше 60 лет).

Медицинскую помощь гражданам старше 60 лет оказывают 82 медицинских учреждения РК, в амбулаторной сети функционируют 192 терапевтических кабинета, стационарную помощь получают в отделениях на 1 481 койке, в сельских районах функционируют - 303 ФАПа.

В соответствии с приказом МЗ РК от 16.03.2015 г. №3/115 «О совершенствовании медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в медицинских организациях РК» запланирован организационных комплекс мероприятий по совершенствованию медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста:

1. Утвержден лист маршрутизации при оказании гериатрической помощи в РК с наименованием медицинских учреждений.

2. В 2015 г. планировалось обучение специалистов в ГБУЗ РК "Сыктывкарская городская больница", ГБУЗ РК "Воркутинская поликлиника", ГБУЗ РК "Сыктывкарская городская поликлиника № 3", (специалисты пока не подготовлены) и в 2016 г. ГБУЗ РК "Центральная поликлиника города Сыктывкара".

3. В 2016 г. планируется открытие гериатрического отделения при ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий».

4. Дополнением к приказу от 23.07.2015 г. №7/305 назначен главный внештатный гериатр Министерства здравоохранения РК Чепурнова А.Я.

С 16-18 декабря 2015 г. Чепурнова А.Я. находилась в г. Москва на конференции по организации гериатрической помощи гражданам пожилого возраста.

В настоящее время работают гериатрические кабинеты на следующих территориях:

- ГБУЗ РК «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий»;

- ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий»;

- ГБУЗ РК «Ухтинская городская поликлиника»;

Лицензию на открытие гериатрических кабинетов получили "Сыктывкарская городская поликлиника №3", ГБУЗ РК "Воркутинская поликлиника". Также кабинет гериатрии будет функционировать в ГБУЗ РК «Центральная поликлиника» и ГБУЗ РК "Сыктывкарская городская больница".

На 2016-2018 гг. запланировано открытие кабинетов гериатрической помощи в следующих медицинских организациях: ГБУЗ РК «Корткеросская ЦРБ», ГБУЗ РК «Печорская ЦРБ», ГБУЗ РК «Воркутинская поликлиника», ГБУЗ РК «Вуктыльская ЦРБ», ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница», ГБУЗ РК «Усть-Куломская ЦРБ», ГБУЗ РК «Сысольская ЦРБ».

Ведущими учреждениями здравоохранения для оказания специализированной медицинской помощи ветеранам и лицам пожилого возраста в республике является ГБУЗ РК «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий» - стационар на 90 коек и поликлиника на 300 посещений в смену, в г. Печора - ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий» г. Печора - на 80 коек с консультативной поликлиникой на 150 посещений в смену. В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Республики Коми от 28 сентября 2004 г. № 9/393 «О деятельности ГБУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий» и приказом от 23 ноября 2004 г. № 11/410 «О деятельности государственного учреждения «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий» определено направление льготных категорий граждан и граждан пожилого возраста из муниципальных образований республики в указанные учреждения для обследования и лечения. В данных учреждениях в целях проведения медико-психологической и социальной реабилитации осуществляют деятельность врачи-психотерапевты, гериатры, медицинские психологи, юристы, специалисты по социальной работе, социальные работники.

На базе ГБУЗ РК «Республиканский госпиталь ветеранов войн и участников боевых действий» и ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и участников боевых действий» ежегодно получают стационарное лечение до 3 тыс. ветеранов и граждан старшего поколения.

Стационарная медицинская помощь гражданам старшего поколения оказывается во всех учреждениях республики на 1 481 койке. Кроме того, в медицинских учреждениях функционируют 114 палат на 223 койку для ветеранов ВОВ. В учреждениях здравоохранения функционируют 368 коек дневных стационаров при больничных учреждениях, 1 148 коек дневного стационара при амбулаторно-поликлинических учреждениях, 175 коек стационара на дому.

Для оказания медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста в структуре учреждений здравоохранения функционируют также 160 коек сестринского ухода.

В 2015 г. в учреждениях здравоохранения к гражданам пожилого возраста осуществлено 525, 2 тыс. посещений, из них 106,4 тыс. посещений к маломобильным гражданам пожилого возраста (каждый 5 гражданин).

В соответствии с рекомендациями Минздрава России (письмо от 02.04.2015 г. № 17-9/10/2-1002) об организации работы с группами социального риска в мае 2015 г. в муниципальных образованиях республики были созданы медико-социальные бригады, в состав которых введены медицинские и социальные работники, по согласованию – представители органов внутренних дел, службы занятости.

В обязанности таких бригад согласно межведомственному приказу Министерства внутренних дел по РК, Минздрава РК, Министерства труда и социального развития РК от 13.11.2015 г. № 431/2347/11/409 «Об организации деятельности медико-социальных патронажных групп» входит патронаж хронических больных и лиц с факторами риска развития различных заболеваний, проведение профилактических бесед, контроль за приемом лекарственных препаратов и выполнения назначений врача среди граждан, нуждающихся в социальном обслуживании.

Всего в течение 2015 г. во всех муниципальных образованиях республики было организовано 282 бригады, осмотрено 3 974 человека. На обследование в связи с наличием симптомов заболеваний направлено 1 264 человека, на лечение в условиях стационара - 237 человек, оказаны социальные услуги 921 человеку, проведена иммунизация 1 318 пациентам, проведено 3 348 бесед по профилактике и здоровому образу жизни, выявлено 1 525 случаев социально-значимых заболеваний (туберкулез - 32 случая, алкоголизм - 822 случая, злокачественные новообразования - 29 случаев, болезни системы кровообращения - 410 случаев).

С целью повышения охвата диспансерным наблюдением маломобильных групп населения активизирована работа по медицинскому обслуживанию этого контингента с еженедельным мониторингом в программе ПАРУС. Возможность прохождения диспансеризации лиц из числа маломобильных групп населения обеспечена в том числе путем проведения осмотра на дому, в ходе выездов врачебных бригад поликлиник районных и городских ЦРБ, а также в домах-интернатах. Количество осмотренных граждан из маломобильных групп населения в 2015 г. составило 3 095 человек (100% от годового плана).

6.9. Работа вспомогательных служб.

Функциональная диагностика. Всего в 2015 г. проведено 957 753 исследований (2014 г. - 855 218). Число исследований на одного обследованного в 2015 г. составило 1,05 (2014 г. - 1,34). Число исследований на 100 выбывших из стационара в 2015 г. составило 174, на 100 посещений в поликлинике - 7,2

Из общего количества всех исследований по РК (957 753) 76% (725 881) составляют исследования сердечно-сосудистой системы. Практически 94% (688 082 исследований) занимает электрокардиография и лишь 6% составляет ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, нагрузочные ЭКГ-тесты, суточное АД- и ЭКГ-мониторирование. Несмотря на оснащение районных ЛПУ комплексами для дозированной физической нагрузки, нагрузочные ЭКГ-тесты не проводятся. Все это объясняется отсутствием подготовленных специалистов в районах и недостатками штатного расписания.

Вторым по количеству проведения являются нейрофизиологические методы исследования (РЭГ, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, нейромиеография), которые занимают 5% в структуре всех исследований (49 636). Несмотря на потерю актуальности методики реоэнцефалографии её удельный вес из общего числа исследований нервной системы составляет 26,2% (13 045).

Исследования функции внешнего дыхания составляют 15,3% (146 308 исследований), из них спирографические пробы проведены в 54 868 случаях (37,5%), в том числе 20 020 (36,5%) - с анализом петли «поток-объем». Ввиду большей информативности данной методики, необходимо наращивание ее объемов в структуре всех исследований системы внешнего дыхания.

Ультразвуковые методы исследования сердечно-сосудистой системы (ЭхоКГ, УЗДГ, дуплексное сканирование) составляют 12% (116 739 исследований) от общего количества исследований по функциональной диагностике. Из них 61 704 (52,8%) исследования сердца - это эхокардиография (причем в г. Сыктывкар сделано 39 848 - 64,5% от общего объема ЭхоКГ) и 47,2% - исследование сосудов. Данные методики проводятся преимущественно в республиканских, крупных городских и районных больницах. Ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы составляют 13% от всего количества УЗ исследований, проведенных в РК.

Общее количество исследований и методов функциональной диагностики по РК в течение последних 3 лет увеличивается в связи с поступлением высокоинформативной, современной аппаратуры, но остается недостаточным из-за несоответствия штатного расписания по врачам и медсестрам функциональной диагностики фактическим потребностям лечебных учреждений амбулаторного и стационарного звена.

ВЫВОДЫ:

1. Укомплектованность врачами функциональной диагностики ЛПУ РК составляет 45%, занятость 94,7%.

2. Оснащение аппаратурой по функциональной диагностики ЛПУ РК: достаточное количество ЭКГ аппаратов, ЭКГ и АД мониторов, комплексов для дозированной физической нагрузки, но использование последних не в полном объеме в большинстве районов из-за отсутствия штатов или физических лиц.

3. Основное количество исследований в функциональной диагностике ЛПУ РК приходится на электрокардиографию.

В Ижемском, Нянжпогостском, Троицко-Печорском, Удорском, Усть-Вымском, Усть-Цилемский районах электрокардиография является практически единственным методом исследования.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1. Своевременное обеспечение отделений функциональной диагностики ЛПУ РК комплектующими материалами, дооснащение уже имеющейся аппаратуры, гарантийным сервисным обслуживанием ультразвуковых аппаратов (простой дорогостоящей аппаратуры в ряде ЛПУ происходит из-за выхода из строя отдельных комплектующих материалов, датчиков).

2. Привести в соответствие штатное расписание с потребностями ЛПУ, своевременно осуществлять подготовку специалистов.

3. В связи с появлением высокоинформативных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ сосудов) рассмотреть вопрос о нецелесообразности проведения в ЛПУ реоэнцефалографии.

Лабораторная диагностика. Лабораторное обеспечение медицинской помощи жителям республики осуществляют 123 лаборатории различного профиля, из них 111 клинико-диагностических лабораторий, 15 микробиологических лабораторий (отделов), 7 иммунологических лабораторий (отделов) (диагностика ВИЧ инфекции и гепатитов), 1 цитологическая, 1 лаборатория генетики и 1 иммуногематологическая лаборатория.

В составе 10 КДЛ имеются микробиологические отделы и в 14 КДЛ имеются отделы по диагностике гепатитов и ВИЧ инфекции.

На базе 18 лабораторий исследования (биохимические, серологические, иммунологические, цитологические, генетические) проводятся централизованно.

Функционируют 25 круглосуточных постов, 11 из них - врачебных, 4-экспресс лаборатории работают самостоятельно при отделениях реанимации и анестезиологии.

76 (57%) лабораторий находятся в городских ЛПУ (57%) и 57 лабораторий (43%) находится в районах (ЦРБ, районные больницы, участковые больницы и врачебные амбулатории).

Общее количество лабораторных исследований выполненных в 2015 г. сократилось на 3,2% (957 079 анализов), по сравнению с 2014 г.

Доля исследований, выполненных в лабораториях стационаров, остается на уровне предыдущих лет и составляет около 46%, при этом общее количество исследований и количество исследований на 1 стационарного больного незначительно уменьшилось.

Доля исследований, выполненных в лабораториях амбулаторного звена, также остается в пределах 54%. Общее количество исследований сократилось незначительно, а на 100 амбулаторных посещений сократилось на 18,7 анализов, что объясняется ростом количества посещений к специалистам.

Количество лабораторных исследований на 1 жителя также уменьшилось, что объясняется общим уменьшением количества исследований, а также сокращением численности населения в республике (таблица 134).

Таблица 134

Объемы лабораторных исследований в клиничко-диагностических лабораториях РК

Территории	Число проведенных исследований					
	2013	На 1 жителя	2014	На 1 жителя	2015	На 1 жителя
Вуктыльский	356937	25,8	334776	25,2	324617	25,5
Ижемский	381845	21,3	394837	22,2	281699	15,9
Княжпогостский	501155	22,9	439338	20,7	407203	19,8
Койгородский	265830	32,7	245670	33,7	275836	35,5
Корткеросский	488587	25,4	493365	25,7	499589	26,3
Печорский	1470252	26,6	1572692	28,9	1545804	28,9
Прилузский	572280	29,4	536187	28,1	554575	29,6
Сосногорский	895961	19,6	998442	22,1	1073552	24,0
Сыктывдинский	269518	11,5	316903	13,4	294339	12,2
Сысольский	449709	33,1	256359	19,1	316407	23,7
Троицко-Печорский	400738	30,9	320890	25,8	306861	25,5
Удорский	362568	18,6	396877	20,8	207388	11,1
Усинский	1549395	33,6	1624743	35,5	1632258	36,0
Усть-Вымский	555680	19,8	644476	23,4	566352	20,9
Усть-Куломский	833354	32,2	882632	34,5	797651	31,6
Усть-Цилемский	225373	18,2	262500	21,6	279908	23,5
Воркута	3103862	35,2	2951034	34,8	2823250	34,0
Инта	1022509	31,6	1030671	32,8	1062039	34,8
Ухта	3185320	26,2	3224896	26,6	3087220	25,6
Сыктывкар	11471033	44,8	1234288	48,2	12067949	46,6
По РК	28 361906	32,2	29 361576	33,7	28 404497	32,8

Количество исследований на одного жителя РК за прошедшие 3 года остается в пределах 32-33 исследований.

В среднем этот показатель по районам составляет 20,5 исследований на 1 жителя. Значительно ниже он в Удорском (11,1) Сыктывдинском (12,2) и Ижемском районах (15,9), что связано с дефицитом специалистов. Выше в Койгородском (35,5) и Усть-Куломском (31,6) районах.

В городах на 1 жителя выполняется в среднем 31,8 исследований, ниже этот показатель в Ухте (25,6). В Сыктывкаре на одного жителя выполняется 46,6 исследований.

Таблица 135

Структура лабораторных исследований

Исследования	2013	%	2014	%	2015		РФ%
		28 361906	100	29 361576	100	28 404 497	100

ВСЕГО							
Гематологические	7 929124	28,0	7 893489	26,9	8 009 210	28,2	29,9
Цитологические	336939	1,2	323963	1,1	300 040	1,05	1,8
Биохимические	6 642814	23,4	7 170826	24,4	6 775 391	23,8	13,6
Коагулологические	1 281253	4,5	1 049171	3,6	1 014 371	3,6	1,9
Иммунологические	1 677459	5,9	1 991176	6,8	1 994 883	7,0	7,6
Микробиологическ в т.ч. ПЦР	1 040582	3,6	1 035924	3,5	786 670 49 509	2,8	5,0
Общеклинические в т.ч. ХТИ	9 453735	33,3	9 897027	33,7	9 523 932 7 596	33,5	40,2

Структура лабораторных исследований в целом по РК в течение трех лет изменяется незначительно (таблица 135). В сравнении с показателями по РФ, в республике меньше выполняется общеклинических, цитологических, микробиологических, гематологических и иммунологических исследований и больше биохимических и коагулологических.

Патологоанатомическая служба. Характерной особенностью последнего десятилетия в ПАС России в целом и РК является постоянный значительный рост прижизненной морфологической диагностики в исследовании биопсийного и операционного материалов.

Таблица 136

Динамика объемов основных патологоанатомических исследований по РК за 2010-2015

гг.

№	Показатели	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	% роста
1.	Проведено исследований биопсийного и операционного материалов:							
	1.1. Пациентов	70722	74618	73005	78911	80854	83995	18,0
	1.2. Исследовано блоков	212708	229172	231614	245949	279160	252651	18,0
2.	Проведено патологоанатомических вскрытий	1090	1093	1532	1549	1631	1826	67,0

Объем прижизненной морфологической диагностики в исследовании биопсионного и операционного материалов по РК составил в 2014 г. - 80 854 случаев-пациентов из 872 057 тыс. населения РК, в 2015 г. - 83 995 случаев-пациентов из 872 060 тыс. населения, что составило 9,3% и 9,6%, и весомо показывает значимость патологоанатомической диагностики, особенно в ранней диагностике ЗНО (таблица 136).

Таблица 137

Некоторые информационные данные по объемам прижизненной диагностики ПАС РФ, СЗФО, РК за 2014-2015 гг.

№	Показатели	2014 г.			2015 г.
		РФ	СЗФО	РК	РК
1.	Количество населения	145 836 786	13 842 159	87 2057	872 060
2.	Количество пациентов	7 214 591	683 491	80 854	83 995
3.	Количество исследований	364 693 316	5 730 404	27 9160	261 692
4.	% пациентов от числа населения	4,9	4,9	9,3	9,6
5.	Среднее количество исследований в 1 год на 1 пациента	5,1	8,4	3,1	3,1
6.	Целевой показатель по количеству прижизненных				

	исследований	50 000 на 100 тыс. населения			
7.	Фактический показатель по количеству исследований	25 006	41 398	28 199	29 959
8.	Целевой показатель по охвату пациентов прижизненной диагностикой	10 тыс. на 100 тыс. населения, т.е. равен 10,0			
9.	Фактический показатель охвата пациентов по прижизненной диагностике	5,0	5,4	9,2	10,4

Данные, представленные в таблице 137, демонстрируют, что показатель охвата населения РК прижизненной диагностикой в исследовании биопсионного и операционного материалов в 2015 г. установился выше целевого показателя, что важно и значимо в единой системе диагностической базы, особенно в ранней диагностике онкологических заболеваний.

Секционная работа в настоящее время в ПАС не менее важна, поскольку является источником информации по структуре смертности населения, показывает узловые точки по оперативному решению назревших лечебно-диагностических задач, является источником информации о дефектах оказания медицинской помощи в ходе проведения патологоанатомической экспертизы умерших, что является важным инструментом в деле повышения ее качества (таблица 138).

Морфологическая экспертиза качества клинической диагностики, помимо чисто медицинской оценки дефектов лечебно-диагностического процесса, также ориентирует органы управления здравоохранения, куда вкладывать деньги.

Таблица 138

Некоторые показатели по качеству клинической диагностики за 2012 - 2015 гг. по общему количеству патологоанатомических экспертиз по РФ, СЗФО и РК

№	ПОКАЗАТЕЛИ	РФ	СЗФО	РК
1.	Проведено вскрытий			
	- 2012 год	294 041	360 026	1 532
	-2013 год	343 780	44 615	1 549
	-2014 год	384 788	43 276	1 631
	-2015 год	нет данных	нет данных	1 826
2.	Количество расхождений диагнозов			
	-2012 год	34 959	4 904	316
	-2013 год	41 534	6 582	213
	-2014 год	35 336	4 080	231
	-2015 год	нет данных	нет данных	139
3.	Процент расхождения диагнозов (%)			
	-2012 год	11,9	13,6	21,6
	-2013 год	12,1	14,8	23,1
	-2014 год	9,1	9,8	17,8
	-2015 год	нет данных	нет данных	12,2

Для обеспечения должного уровня качества оказания медицинской помощи в настоящее время установлен в ПАС РФ целевой показатель расхождения клинического и морфологического диагнозов в размере 15,0% - обеспечивающий должный уровень контроля качества лечебно- диагностической работы ЛПУ.

Таким образом, силами патологоанатомической службы РК в 2015 г. выполнен большой объем работы по прижизненной и посмертной диагностике и контролю качества лечебно-диагностической работы ЛПУ.

Судебно-медицинская экспертиза трупов проводится на базе отдела судебно-медицинской экспертизы трупов, а также всех городских и районных отделений судебно-медицинской экспертизы.

В динамике общее количество исследованных трупов имеет устойчивую тенденцию к снижению при некотором росте в 2014 г. (на 129 случаев или 3,27%), произошедшем за счет увеличения количества случаев насильственной смерти. В 2015 г. отмечено снижение

количества исследованных трупов (на 170 трупов, на 4,17%) по сравнению с 2014 г. (рисунок 59).

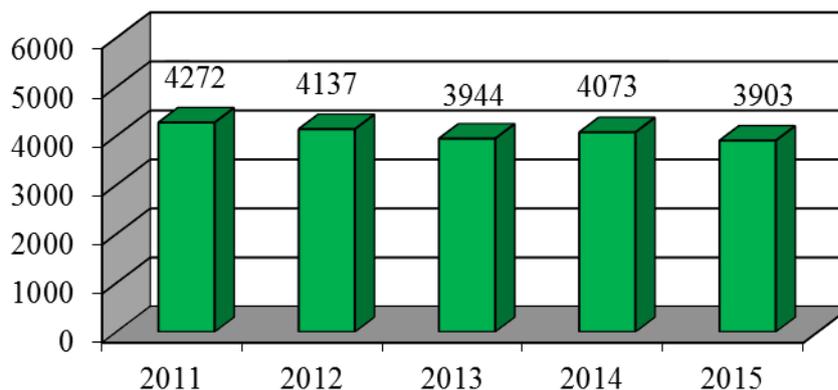


Рис. 59. Динамика количества выполненных судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов за 2011-2015 гг.

В 2011-2013 годах отмечалось стабильное уменьшение числа случаев насильственной смерти по РК при некотором увеличении в 2014 г. (+ 114 или 8,78%). В 2015 г. отмечено снижение количества случаев насильственной смерти (на 179, на 12,7%) по сравнению с 2014 г. (рисунок 60).

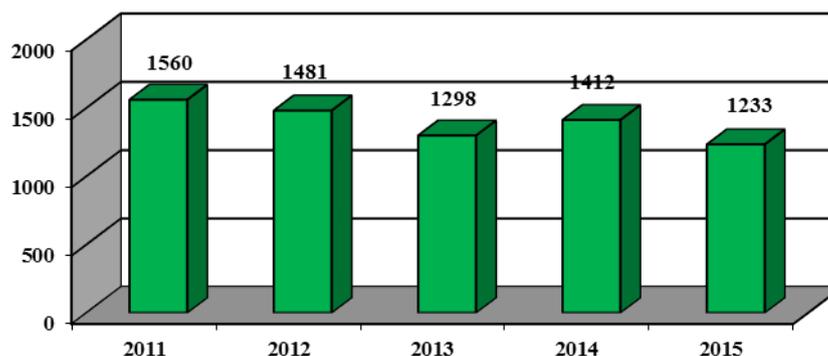


Рис. 60. Динамика количества случаев смерти от насильственных причин по РК за 2011-2015 гг.

При этом доля насильственной смерти в структуре причин смерти составила 35,4%, снизившись на 3,7% по сравнению с 2014 г. и на 1,6% по сравнению с 2013 г. (таблица 139).

Таблица 139

Структура насильственной смерти по РК за 2011-2015 гг.

	2011	2012	2013	2014	2015	Среднее
Механическая травма	563	579	457	496	458	511
%	36,1%	39,1%	35,2%	35,1%	37,1%	36,52%
Механическая асфиксия	399	391	347	345	347	366
%	25,6%	26,4%	26,7%	24,4%	28,1%	26,24%
Действия крайних температур	101	92	80	87	70	86
%	6,5%	6,2%	6,2%	6,2%	5,7%	6,16%
Отравления	497	419	411	483	358	434
%	31,9%	28,3%	31,7%	34,2%	29,0%	31,02%
Прочие	0	0	3	1	0	1
%	0,0%	0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,06%
НАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТЬ (ВСЕГО)	1560	1481	1298	1412	1233	1397

В структуре насильственной смерти по РК из всех ее видов наиболее часто встречается механическая травма, доля которой в насильственной смерти, в среднем за 2011-2015 гг., составляла 36,5% с наибольшим значением в 2012 г. (39,1%). В 2015 г. доля механической травмы увеличилась на 2% по сравнению с 2014 г.

Второе место в структуре насильственной смерти занимали отравления. Доля отравлений в среднем за 5 лет составила 31,0%, при этом доля их в 2015 г. снизилась на 5,2% по сравнению с 2014 г.

Третье место в структуре насильственной смерти занимают случаи различных видов механической асфиксии, доля которой в среднем составила 26,2%. Причем на 2015 год приходится максимальное значение за последние 5 лет (28,1%).

Четвертое место за последние пять лет занимают случаи смерти от действия крайних температур, их доля составляла в среднем 6,16%, в 2015 г. она снизилась на 0,5%

На рисунке 61 наглядно видны стабильные абсолютные цифры количества исследований в случаях *ненасильственных причин* смерти по РК в период 2011-2015 гг.

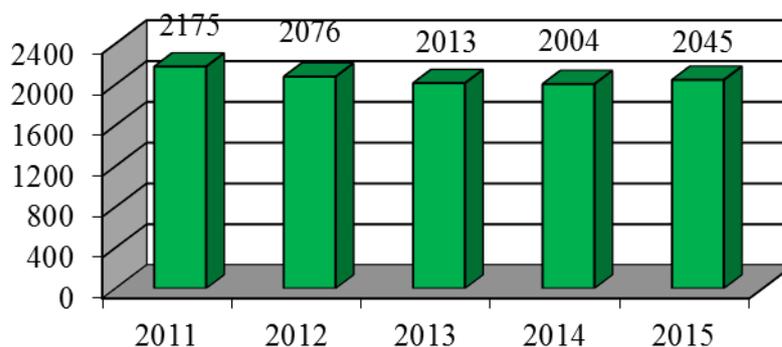


Рис. 61. Количество случаев исследованных трупов в категории ненасильственная смерть за 2011-2015 гг.

В 2015 г. увеличилось количество исследованных трупов в категории ненасильственной смерти на 41, или 2,05%, при увеличении относительного показателя на 3,31%, в среднем за 5 лет доля её составила 56,3% (таблица 140).

Таблица 140

Структура ненасильственных причин смерти за 2011-2015 гг.

	2011	2012	2013	2014	2015	Среднее
НЕНАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТЬ	2175	2076	2013	2004	2045	2063
% от исследованных трупов	55,0%	55,2%	57,3%	55,4%	58,71%	56,32%
Болезни	2131	2033	1982	1965	2021	2026
%	98,0%	97,9%	98,5%	98,1%	98,83%	98,27%
Смерть детей в возрасте до 1 года	13	16	10	13	4	11
%	0,6%	0,8%	0,5%	0,6%	0,20%	0,54%
Прочие	28	26	17	23	18	22
%	1,3%	1,3%	0,8%	1,1%	0,88%	1,08%
Мертворожденные	2	1	4	3	2	2
%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,10%	0,12%

Основную массу случаев в категории ненасильственной смерти составляют болезни, в среднем 98,3% (таблица 141). Ведущей причиной в случаях смерти от болезней были заболевания сердечно-сосудистой системы. Их доля имеет волнообразную динамику и составила в среднем за анализируемый период 65,0%.

Структура смертности по классам болезней за 2011-2015 гг.

	2011	2012	2013	2014	2015	Среднее, %
Системы кровообращения	1357	1336	1275	1297	1333	1320
%	63,7%	65,7%	64,3%	66,0%	65,2%	64,98%
Органов дыхания	228	192	175	179	199	195
%	10,7%	9,4%	8,8%	9,1%	9,7%	9,54%
Органов пищеварения	319	272	302	261	256	282
%	15,0%	13,4%	15,2%	13,3%	12,5%	13,88%
Нервной системы	58	47	45	44	58	50
%	2,7%	2,3%	2,3%	2,2%	2,8%	2,46%
Новообразования	129	151	161	160	138	148
%	6,1%	7,4%	8,1%	8,1%	6,7%	7,28%
Инфекционные	40	35	24	24	37	32
%	1,9%	1,7%	1,2%	1,2%	1,8%	1,56%
БОЛЕЗНИ (ВСЕГО)	2131	2033	1982	1965	2045	2031
из них в алкогольном опьянении,%	26,6	34,9	28,8	22,9	22,49	27,14%

На втором месте среди причин смерти от болезней - заболевания органов пищеварения (в среднем 13,9%), при этом в 2015 г. их количество и доля в структуре ненасильственной смерти снизилось на 46 случаев (на 15,2%).

На третьем месте - смерть от заболеваний органов дыхания, доля которых составила в среднем 9,5%. В 2015 г. произошло снижение числа случаев смертей от новообразований на 22 случая или на 13,8% по сравнению с 2014 г.

Алкогольное опьянение в той или иной степени способствовало наступлению смерти от заболеваний в среднем за пять лет в 27,4% случаев, причем в 2015 г. доля умерших, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, минимальна за анализируемый период.

Судебно-гистологическое исследование трупного материала производится в 99,5% случаев исследования трупов, что является одним из самых высоких показателей по СЗФО и свидетельствует о высоком уровне гистоверификации диагнозов. В 2015 г. произведено 5 309 исследований, что на 268 (на 5,3%) больше, чем в 2014 г., в основном, за счет внедрения в практику иммуногистохимических исследований (позволяющих установить этиологию выявленного патоморфологического процесса) (рисунок 62).

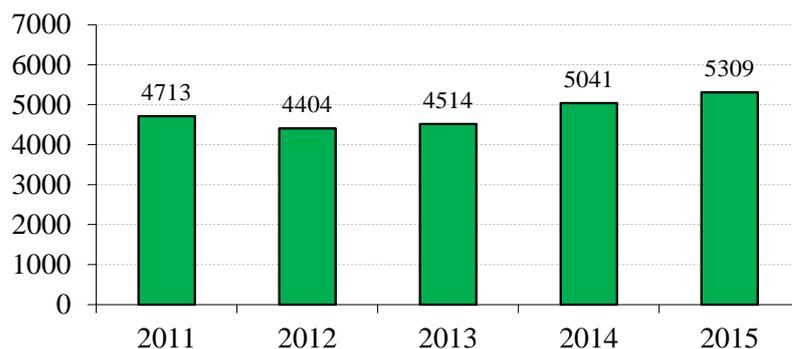


Рис. 62. Динамика количества судебно-гистологических экспертиз и исследований за 2011-2015 гг.

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц, являющаяся одной из наиболее важных сфер деятельности судебно-медицинских экспертных учреждений, проводится на базе всех городских и районных отделений судебно-медицинской экспертизы и в самостоятельном структурном подразделении - отделе экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц.

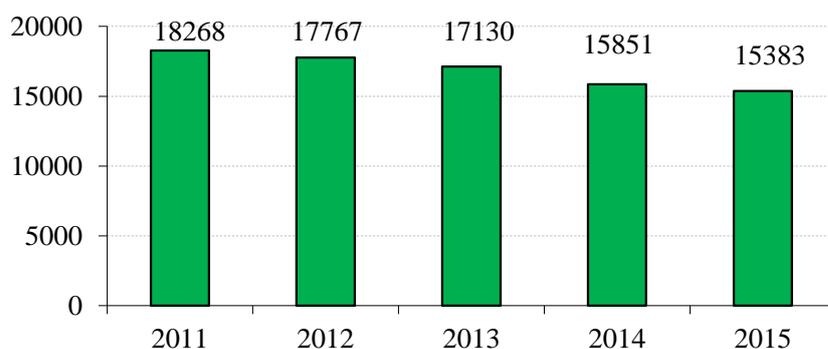


Рис. 63. Количество экспертиз и исследований потерпевших, обвиняемых и др. лиц за 2011–2015 гг.

Объемные показатели экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц выглядят достаточно стабильно, с тенденцией к снижению количества обследований (рисунок 63). Всего в 2015 г. выполнено 15 383 экспертизы и обследований живых лиц, что на 468 (на 3%) меньше по сравнению с 2014 г. По сравнению с 2011 г. количество экспертиз сократилось на 15,8%, что отчасти связано со вступлением в силу изменений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации, допускающих назначение экспертиз до возбуждения уголовного дела.

Основной объем выполняемой работы при экспертизах и обследованиях потерпевших обвиняемых и др. лиц связан с оценкой вреда здоровью (таблица 142). Доля таких случаев в 2015 г. составила 97,2%.

Таблица 142

Структура экспертиз и обследований потерпевших обвиняемых и др. лиц по виду деятельности за 2011-2015 гг.

	2011	2012	2013	2014	2015
Оценка вреда здоровью:	17682	17134	16525	15375	14839
%	96,8%	97,4%	96,5%	97,0%	97,16%
Определение половых состояний	361	465	437	355	326
%	2,0%	2,6%	2,6%	2,2%	2,13%
Определение возраста, рубцов	33	26	22	13	9
%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,06%
Не окончены на конец года	192	142	146	108	209
%	1,1%	0,8%	0,9%	0,7%	1,37%
ОБСЛЕДОВАНО (ВСЕГО):	18268	17767	17130	15851	15273

Увеличение количества экспертиз и исследований по определению половых состояний в 2012 г. с последующим снижением к 2014 г. связано с изменениями, вносимыми в УПК РФ, согласно которым сначала возникла, а затем была отменена необходимость определения половой зрелости у лиц в возрасте до 16 лет.

Таблица 143

Структура экспертиз и обследований потерпевших обвиняемых и др. лиц по оценке вреда здоровью по РК за 2011-2015 гг.

	2011	2012	2013	2014	2015	Среднее, %
ОЦЕНКА ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ,	17682	17134	16525	15375	14839	16311
в том числе:						
Тяжкий вред здоровью	1123	1112	1108	966	862	1034
%	6,4%	6,3%	6,7%	6,3%	5,8%	6,30%

Средней тяжести	1444	1284	1291	1235	1208	1292
%	8,2%	7,3%	7,8%	8,0%	8,1%	7,88%
Легкий вред здоровью	3607	3537	3575	3312	3426	3491
%	20,4%	20%	21,6%	21,5%	23,1%	21,32%
Без оценки вреда здоровью	8190	7981	7259	6331	6218	7196
%	46,3%	45,3%	43,9%	41,2%	41,9%	43,72%
Повреждения не обнаружены	3318	3220	3292	3531	3125	3297
%	18,8%	18,3%	19,9%	23,0%	21,1%	20,22%

В большинстве случаев экспертиз и обследований по оценке вреда здоровью было установлено наличие повреждений, не причинивших вреда здоровью, доля которых в среднем за пять лет составила 43,7%. На втором месте находятся случаи установления легкого вреда здоровью. Их доля в среднем составила 21,3% (отмечен рост таких случаев на 114 или 3,4%). На третьем месте находятся случаи, когда по результатам экспертизы повреждения не обнаруживаются (22% всех экспертиз) (таблица 143).

Экспертизы по **материалам следственных и судебных дел** (рисунок 64), проводимые в отделе сложных и комиссионных экспертиз, как первичные, так и повторные, выполняются с участием нескольких экспертов. В 2011-2014 гг. количество проводимых комиссионных экспертиз снижалось, однако в 2015 г. оно увеличилось на 42, или 16,4%.

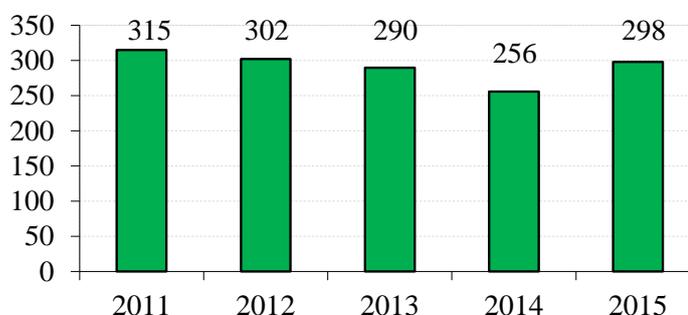


Рис. 64. Динамика количества комиссионных экспертиз за 2011-2015 гг.

В отчетном году выполнено 76 экспертиз по оценке качества оказания медицинской помощи, в том числе по уголовным делам, возбужденных в отношении медицинских работников - 29, что на 6 или 26,1% больше, чем в 2014 г.

Одной из основных задач **медико-криминалистической экспертизы** механических повреждений является установление признаков орудия, которым нанесена травма. В зависимости от формы орудия, механизма его действия и свойств поврежденных тканей возникают следы, имеющие различную ценность для решения указанной задачи.

Количество проведенных медико-криминалистических экспертиз и исследований в 2015 г. увеличилось по сравнению с 2014 г. на 10 или 5,2%, что соответствует уровню 2013 г.

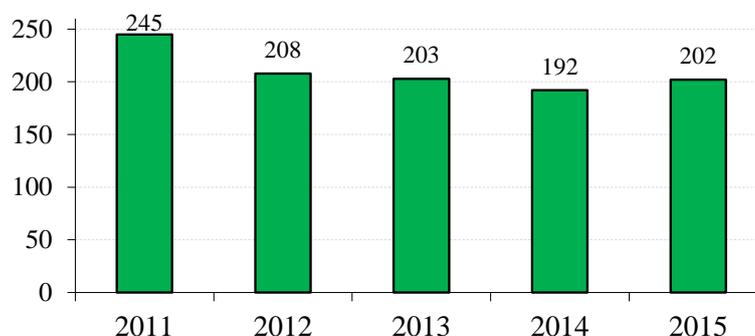


Рис. 65. Динамика количества медико-криминалистических экспертиз и исследований за 2011-2015 гг.

Судебно-химические экспертизы (исследования) производят с целью выделения, идентификации и количественного определения или исключения ядовитых, наркотических и сильнодействующих веществ, продуктов их превращения, главным образом, в органах и биологических жидкостях организма человека, а также в фармацевтических препаратах, пищевых продуктах, напитках и предметах.

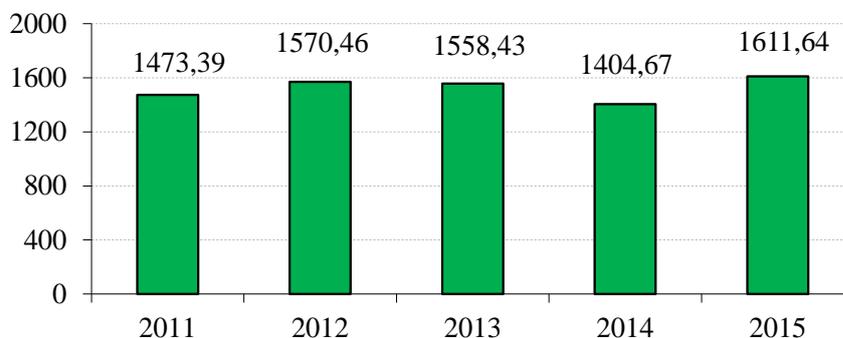


Рис. 66. Динамика количества полных судебно-химических анализов за 2011-2015 гг.

Структура выполненных судебно-химических экспертиз и исследований по обнаруженным отравляющим веществам (рисунок 66) в 2015 г. претерпела существенные изменения, связанные с изменениями в законодательстве, обязавшими граждан для получения лицензии на приобретение оружия проходить химико-токсикологическое исследование на наличие в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов. Это привело к увеличению общего количества исследований (на 2 991 исследования или 43,0%), в первую очередь, за счет исследований на наркотические вещества. Их количество выросло на 3 067 исследований, почти в 7,5 раз. Соответственно, увеличилась и их доля среди всех исследований: с 4,7% в среднем за 2011-2014 гг. до 35,0% - в 2015 г.

Структура выполненных судебно-химических экспертиз и исследований по обнаруженным отравляющим веществам в среднем за последние пять лет распределилась следующим образом: определение этанола составило 80,8%, растворителей и технических жидкостей - 1,3%, лекарственных средств – 4,7%, наркотических веществ - 10,8%, окиси углерода - 2,2% (рисунок 67).

Объектами **судебно-биологических экспертиз** и исследований являются вещественные доказательства биологического происхождения: кровь, сперма, слюна, пот, волосы, выделения из носа и влагалища, моча, меконий, сыровидная смазка, околоплодная жидкость, лохии, женское молоко и молозиво, а также кости, различные ткани и органы.

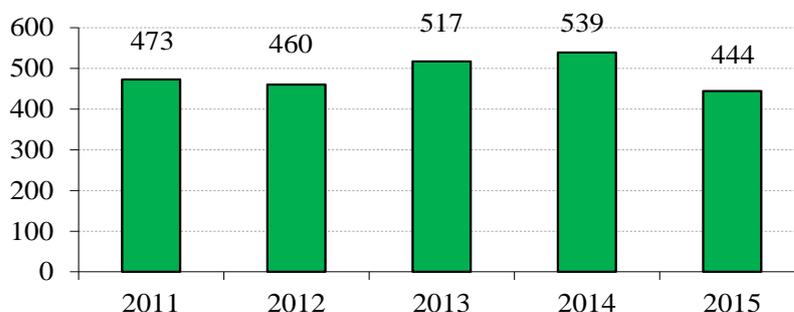


Рис. 67. Динамика количества судебно-биологических экспертиз и исследований за 2011-2015 гг.

В 2015 г. произошло снижение числа всех видов исследований. Структура выполненных экспертиз и исследований за 5 лет распределилась следующим образом: исследования крови составляли 54,6%, выделений - 37,1%, волос - 1,8%, мышц - 0,1%, клеток - 3,7%, костей - 0,1%.

В 2015 г. эксперты учреждения 731 раз выезжали для осмотра трупов на местах происшествий или обследований в случаях половых преступлений, что на 68 случаев или 10,3% больше, чем в 2014 г. Доля выездов на места происшествия в случаях убийств от общего числа выездов в 2015 г. составила 10,8%, что на 3,8% меньше, чем в 2014 г.

6.10. Результаты ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

За 2015 г. проведено 9 плановых выездных документарных проверок по соблюдению порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и 4 плановых комплексных выездных документарных проверок по ведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности, включающих вышеуказанное направление.

Основные типичные нарушения, выявленные в результате плановых проверок.

1. Организация и оказание медицинской помощи не соответствует порядкам, утвержденным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации в части формирования штатного расписания и оснащения структурных подразделений. Не соблюдаются требования следующих приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- от 15 ноября 2012 г. № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»;

- от 01 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»;

- от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»;

- от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»;

- от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;

- от 15 ноября 2012 г. № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»;

- от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»;

- от 08 ноября 2012 г. № 689н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;

- от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»;

- от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

- от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»;

- от 21 декабря 2012 г. № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»;

- от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология»;

- от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;

- от 22 ноября 2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»;

- от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»;
 - от 05 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
 - от 15 ноября 2012 г. №918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
 - от 13 ноября 2012 г. №910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».
2. Организация и оказание медицинской помощи не соответствует стандартам, утвержденным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:
- от 09 ноября 2012 г. № 708н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)»;
 - от 17 сентября 2007 г. № 600 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным астмой»;
 - от 22 ноября 2004 г. № 241 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным язвой желудка и двенадцатиперстной кишки»;
 - от 18 декабря 2007 г. № 774 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с абсцессом кожи, фурункулом и карбункулом»;
 - от 28 декабря 2012 г. № 1582н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при среднетяжелых формах шигеллеза»;
 - от 24 декабря 2012 г. № 1368н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при менингококковой инфекции средней степени тяжести»;
 - от 24 декабря 2012 г. № 1366н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при остром вирусном гепатите А без печеночной комы средней степени тяжести»;
 - от 24 декабря 2012 г. № 1362н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при скарлатине средней степени тяжести»;
 - от 09 ноября 2012 г. № 743н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при ветряной оспе средней степени тяжести»;
 - от 20 декабря 2012 г. № 1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии»;
 - от 09 ноября 2012 г. № 865н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при юношеском (ювенильном) артрите»;
 - от 28 февраля 2005 г. № 169 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным железодефицитной анемией»;
 - от 22 ноября 2004 г. № 230 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда»;
 - от 02 августа 2006г. № 582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда»;
 - от 20 декабря 2012г., № 1283н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при сердечной недостаточности»;
 - от 22 ноября 2004 г. № 229 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным стенокардией»;
 - от 24 декабря 2012 г. № 1513н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением»;
 - от 24 декабря 2012г. № 1552н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инсулинозависимом сахарном диабете»;
 - от 09 ноября 2012г. № 858н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете»;
 - от 09 ноября 2012г. № 856н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при инсулинозависимом сахарном диабете»;
 - от 28 декабря 2012г. № 1581н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете»;

- от 09 ноября 2012 г. № 773н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки»;
- от 20 декабря 2012 г. № 1282н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при инсульте»;
- от 02 августа 2006 г. № 582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда»;
- от 24 декабря 2012 г. № 1441н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи детям при лихорадке»;
- от 11 сентября 2007 г. № 582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинозависимым сахарным диабетом»;
- от 11 февраля 2005 г. № 123 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным артрозами»;
- от 29 декабря 2012 г. № 1658н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести, клинические рекомендации по диагностике и лечению пневмонии»;
- от 09 ноября 2012 г. №.741н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями»;
- от 22 ноября 2004 г. № 238 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным варикозным расширением вен нижних конечностей»;
- от 07 ноября 2012 г. № 684н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого I - II стадии (хирургическое лечение)»;
- от 07 ноября 2012 № 683н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA-IV стадии (хирургическое лечение)»;
- от 09 ноября 2012 № 782н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы III, C стадии (хирургическое лечение)»;
- от 09 ноября 2012 г. № 705н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы IV стадии (хирургическое лечение)»;
- от 20 декабря 2012 г. № 1230н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при умственной отсталости»;
- от 20 декабря 2012 № 1233н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при шизофрении, острой (подострой) фазе, с резистентностью, интолерантностью к терапии»;
- от 24 декабря 2012 г. № 1519н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией»;
- от 24 декабря 2012 г. № 1449н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических психотических расстройствах»;
- от 24 декабря 2012 г. № 1515н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»;
- от 04 сентября 2012 г. № 125н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением психоактивных веществ»;
- от 04 сентября 2012 г. № 135н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ»;
- от 04 сентября 2012 г. № 127н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при амнестическом синдроме, вызванном употреблением психоактивных веществ»;

- от 04 сентября 2012 г. № 126н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при психотическом расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ»;

- от 04 сентября 2012 г. № 131н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ»;

- от 04 сентября 2012 г. № 133н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

3. Организация и оказание медицинской помощи не соответствует нормативным документам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Коми, Министерством здравоохранения Российской Федерации:

- приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 12 марта 2010 г. №3/62 «О мерах по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в РК»;

- приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 03 августа 2009 г. № 8/223 «О мерах по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Коми»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июля 2015 г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

- приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 22 июля 2013 г. № 7/323 «Об организации ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;

- приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 26 декабря 2003 г. № 12/738 «Об улучшении оказания медицинской помощи»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 133, МВД РФ № 269 от 30 апреля 1997г. «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами».

4. Организация и оказание медицинской помощи не соответствует санитарным правилам.

Не исполняются постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации:

- от 9 октября 2013 г. № 54 «Об утверждении СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии»;

- от 18 декабря 2013 г. № 66 «Об утверждении СП 3.1.2.3149-13 «Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции».

Нарушается СП.3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».

По результатам плановых проверок вынесено 13 Предписаний об устранении выявленных нарушений.

В 2015 г. проведено 74 внеплановых проверки по соблюдению порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. В ходе внеплановых проверок были выявлены нарушения в оказании медицинской помощи, связанные с недооценкой тяжести состояния больных при травмах, хирургических заболеваниях (при наличии показаний не проведена экстренная гемотрансфузия, назначение лекарственных препаратов без учета аллергоанамнеза пациента), отсутствием диспансерного наблюдения при болезнях системы кровообращения, отсутствием преемственности между специалистами, при наличии симптомов интоксикации, нарастании патологических изменений в показателях лабораторных исследований, пациент выписывается на амбулаторное лечение. Выявлены нарушения при оказании акушерско-гинекологической помощи: несвоевременное выявление гестационного сахарного диабета у беременных; при появлении подозрительной, а затем патологической КТГ в родах не проведена объективизация состояния плода - забор крови из головки плода на определение кислотно-основного состояния крови (КОС); не диагностирована гипоксия плода в родах: не проведена дифференциальная диагностика потери сигнала по КТГ, не подключена регистрация прямой ЭКГ,

роды не завершены оперативно в экстренном порядке. Дефекты ведения медицинской документации.

В ходе проверок было установлено, что при оказании медицинской помощи нарушаются Федеральные законы Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 17 июля 1999г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

По результатам внеплановых проверок вынесено 23 предписания об устранении выявленных недостатков.

Для проведения плановых и внеплановых проверок были привлечены главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Республики Коми, а также врачи, обладающие достаточным опытом работы в практическом здравоохранении.

В 2015 г. проведено 39 внеплановых документарных проверок по контролю исполнения предписаний. По результатам проверок 30 предписаний сняты с контроля как исполненные, по остальным предписаниям сроки выполнения были продлены (по ходатайствам руководителей медицинских организаций).

6.11. О лицензировании медицинской деятельности.

В соответствии с подпунктом а пункта 1 части 1 статьи 15 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», положением о Министерстве здравоохранения Республики Коми, утвержденным Постановлением Правительства Республики Коми от 05.07.2012 г. №283 «О Министерстве здравоохранения Республики Коми», Министерство здравоохранения Республики Коми осуществляет переданные полномочия по лицензированию медицинской деятельности медицинских и иных организаций, за исключением подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, а также организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, медицинских и иных организаций, осуществляющих деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

Деятельность осуществляется в соответствии с федеральными нормативными актами, нормативно правовыми актами принятыми субъектом:

- Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993);
- Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
- Федеральный закон от 04.05.2011 г. №99-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности";
- Федеральный закон от 26.12.2008 г. №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;
- Федеральный закон от 27.07.2010 г. №210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»;
- постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. №291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")";
- постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- постановление Правительства РФ от 23.11.2009 г. №944 «Об утверждении перечня видов деятельности в сфере здравоохранения, сфере образования и социальной сфере, осуществляемых юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в отношении которых плановые проверки проводятся с установленной периодичностью»;
- постановление Правительства РФ от 15.04.2013 г. №342 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам обращения лекарственных средств для медицинского применения»;

- постановление Правительства РФ от 21.11.2011 г. №957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 г. №121н "Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях";
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.12.2011 г. №1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг";
- приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.06.1998 № 186 "О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием";
- приказ Минздрава России от 07.10.2015 г. №700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование";
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 г. №1183н "Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников";
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.08.2012 г. №66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях";
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2008 г. №176н "О номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации";
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 г. №541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения";
- письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.07.2013 г. №12-3/10/2-5338 "О некоторых вопросах оказания гражданам лечебно-профилактической помощи";
- постановление Правительства Республики Коми от 05 июля 2012 г. №283 «О Министерстве здравоохранения Республики Коми».
- Указ Главы Республики Коми от 18 декабря 2012 г. №153 «Об утверждении Административного регламента исполнения государственной функции по лицензионному контролю при осуществлении медицинской деятельности медицинскими и иными организациями, индивидуальными предпринимателями».
- Указ Главы Республики Коми от 17.06.2014 г. №60 «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук)».

По итогам 2015 г. рассмотрено 23 заявления о предоставлении лицензии. Предоставлено 22 лицензии, средний срок рассмотрения составил 22 рабочих дня (в 2014 г. - 23 рабочих дня). По сравнению с 2014 г. количество соискателей лицензии обратившихся за получением лицензии

уменьшилось на 31%. В числе соискателей лицензии только в 9% были индивидуальные предприниматели.

Рассмотрено 179 заявлений о переоформлении лицензии, в том числе: в связи с изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности, в связи с изменением видов работ, оказываемых услуг (124), в связи с изменением наименования юридического лица и прочие (55). Переоформлено всего 179 лицензий, средний срок рассмотрения заявлений составил: в случае переоформления лицензии в связи с изменением наименования юридического лица 7,07 рабочих дня (в 2014 г. - 7,4 рабочих дней); в связи с изменением адресов мест осуществления деятельности, изменением видов работ, оказываемых услуг - 18,7 рабочих дней. В 11 случаях приняты решения о прекращении действия лицензии по заявлению лицензиата. Отказано в предоставлении лицензии в 2015 г. в одном случае, в связи с предоставлением недостоверной информации.

Осуществлялось взаимодействие с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека по Республике Коми, Управлением Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии Республики Коми. Средний срок предоставления информации не превысил 5 рабочих дней. В 2015 г. проведено 22 выездные проверки в отношении соискателей лицензии, 124 выездных проверок в отношении лицензиатов, по заявлениям о переоформлении лицензии, осуществлено 179 документарных проверок в отношении лицензиатов, по заявлениям о переоформлении лицензии.

В соответствии с утвержденным планом проверок на 2015 г. проведено 18 плановых выездных проверок (в 2014 г. - 5), в отношении лицензиатов. По 16 проверкам были выявлены нарушения лицензионных требований: 62 нарушения, в том числе 47 грубых. Принято положительных решений судом в 2015 г. по результатам 11 проверок, общее количество административных наказаний составило 14, в том числе в 8 случаях - предупреждения, в 6 случаях - административный штраф.

Проведена 21 внеплановая проверка (в 2014 г. - 18), в том числе 14 - по контролю за исполнением предписания. Проведено 7 внеплановых проверок в отношении лицензиатов по заявлению граждан. При 4 проверках установлено нарушение лицензионных требований. Принято положительных решений судом в 2015 г. в 2 случаях: наложен административный штраф в 1 случаях, в 1 случае предупреждение.

Общая сумма наложенных штрафов составила 158 тыс. руб. (в 2014 г. - 418 тыс. руб.), взыскано 100%.

Выводы и предложения по осуществлению лицензирования медицинской деятельности:

Учитывая сеть многофункциональных центров в Республике Коми в 2015 г. необходимо продолжить работу с соискателями лицензий и лицензиатами о предоставлении заявлений о предоставлении лицензий и переоформлении лицензий через многофункциональные центры. Продолжить разъяснительную работу о предоставлении заявлений в электронной форме.

Для установления единого порядка лицензирования отдельных видов деятельности на территории Российской Федерации предлагаем разработать на федеральном уровне административные регламенты предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), по исполнению государственной функции по лицензионному контролю при осуществлении медицинской деятельности медицинскими и иными организациями, индивидуальными предпринимателями».

РАЗДЕЛ 7. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Обеспечение населения в РК бесплатными лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания в 2015 г. осуществлялось в рамках:

- Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федерального Закона № 178 от 17.07.1999 г. «О государственной социальной помощи» (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 г. №122-ФЗ);
- постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»;
- постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 г. №1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»;
- Распоряжения Правительства РФ от 30.12.2014 N 2782-р на 2015 год;
- Закона РК от 12.11.2004 г. № 55-РЗ «О социальной поддержке населения в РК»;
- постановления Правительства РК от 25 декабря 2014 г. N 545 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории РК на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

Реализация программы обеспечения населения необходимыми лекарственными средствами в рамках программы ОНЛП. В соответствии с Федеральным законом от 18.10.2007 г. №230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» с 2008 г. полномочия в части лекарственного обеспечения федеральных льготников переданы субъектам Российской Федерации.

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 года) с увеличением общего количества пациентов к концу года за счёт определения группы инвалидности гражданам (на 01.01.2010 г. - 33 434 человека, на 01.01.2011 г. - 34 433 человека; на 01.01.2012 г. - 33 228 человека; на 01.01.2013 г. - 32 093 человека; на 01.01.2014 г. - 30 729 человек; на 01.01.2015 г. - 29 020 человек; на 01.12.2015 г. - 30 317 человек). Число пациентов, сохранивших право на получение социальной помощи, уменьшилось на 9,5%.

Динамика изменения количества, сохранивших за собой право на получение набора социальных услуг в части бесплатного лекарственного обеспечения согласно Федеральному закону от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ (рисунок 68).

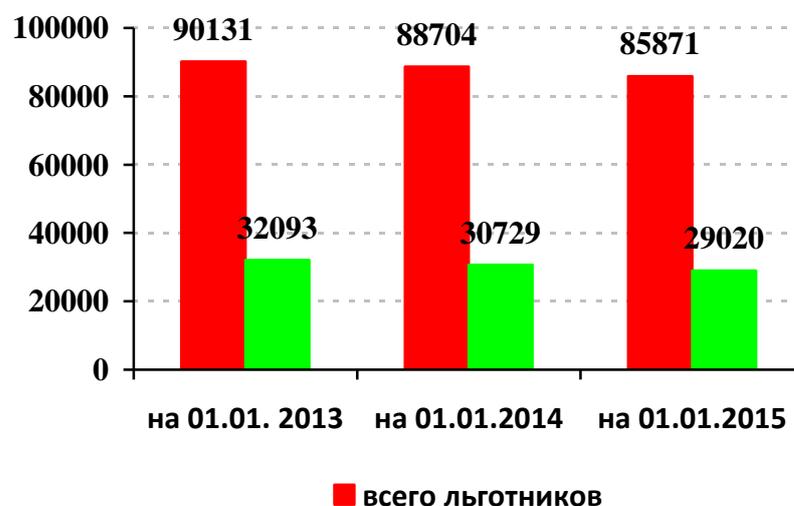


Рис. 68. Изменение численности льготополучателей РК за 2013 – 2015 гг. (ОНЛП)

Причины отказа от предоставления набора социальных услуг:

- невостребованность набора социальных в части бесплатного лекарственного обеспечения услуг частью граждан;
- потребность в медикаментах ниже суммы денежной компенсации;
- возможность одновременного получения денежной компенсации при отказе от набора социальных услуг в рамках программы ОНЛП и необходимых лекарственных препаратов в рамках постановления Правительства Российской Федерации № 890.

Основной проблемой обеспечения льготных категорий граждан в рамках федеральной программы ОНЛП можно отнести возможность отказа льготных категорий граждан от права на получение государственной социальной помощи в виде бесплатного лекарственного обеспечения и замена на денежную компенсацию.

Реализация данного права ведёт к увеличению нагрузки на республиканский бюджет РК, так как за такими пациентами сохраняется возможность получения бесплатных медикаментов в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994г. №890. Замена пакета социальных услуг на денежный эквивалент не позволяет сохранять принцип солидарности при реализации Федерального закона от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Единый для всех территорий РФ норматив финансовых затрат на 1 льготника, установленный на федеральном уровне и рассчитываемый без учёта структуры заболеваемости в разных регионах Российской Федерации, не позволяет в полной мере обеспечить отдельные категории граждан всеми необходимыми для лечения пациентов препаратами в полном объёме.

Таблица 144

Динамика финансирования программы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан на территории РК

Годы	Объем финансирования, млн. руб.	Количество пациентов, сохранивших право на получение социальной помощи, чел. По состоянию на 01 января	Подушевой норматив, руб.
2012	364,13	33 228	604
2013	373,60	32 093	638
2014	369,34	30 729	671
2015	357,26	29 020	707

Для реализации программы ОНЛП в 2015 г. в РК в виде субвенций и межбюджетных трансфертов поступили средства федерального бюджета в размере 357,26 млн. руб., в том числе для оплаты государственных контрактов на оказание услуг по товаросопровождению в размере 22 % от общей суммы финансирования (2014 г. - 369,20 млн. руб., 2013 г. - 373, 20 млн. руб., 2012 г. - 364,00 млн. руб.).

Общая сумма заключенных в 2015 г. контрактов на поставку лекарственных препаратов и медицинских изделий в рамках программы ОНЛП составила более 258,16 млн. руб. (2014 г. - 364,7 млн. руб., 2013 г. - 290,47 млн. руб., 2012 г. - 322,72 млн. руб.). Поставлено медикаментов на сумму 252,02 млн. руб. (2014 г. - 319,67 млн. руб., 2013 г. - 288,75 млн. руб., 2012 г. - 314,36 млн. руб.).

В 2015 г. более 18,6 тыс. человек обеспечены бесплатными медикаментами по 299,91 тыс. рецептам (2014 г. - обеспечено 21,1 тыс. человек медикаментами по 414,3 тыс. рецептам; 2013 г. - обеспечено 23,3 тыс. человек по 457,4 тыс. рецептам; 2012 г. - обеспечено 28,5 тыс. человек по 509,34 тыс. рецептам; 2011 г. - обеспечено 23,0 тыс. человек по 569,0 тыс. рецептам).

В 2015 г. льготные категории граждан обеспечены лекарственными препаратами на сумму 288 420,37 тыс. руб., средняя стоимость рецепта при этом составила 961,67 руб. (в 2014 г. - сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 265 965,6 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 642 руб.; в 2013 г. - сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 296 720,0 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 648 руб.; в 2012 г. - сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 294 354,04 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 578 руб.; в 2011 г. - сумма отпущенных лекарственных препаратов составила 316 441,42 тыс. руб., средняя стоимость рецепта - 556 руб.).

Среднее количество обеспеченных рецептов на 1 обеспеченного льготника в год составило 16 (в 2014 г. - 20 рецептов, в 2013 г. - 20 рецептов, в 2012 г. - 20 рецептов, в 2011 г. - 24 рецепта).

В отношении поставщиков, не исполняющих в полном объеме условия государственных контрактов, Министерство здравоохранения РК совместно с Центром правового обеспечения РК проводит претензионно-исковую работу.

Показатель удовлетворенности потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей инвалидов составил по итогам 2015 г. 99,92 %.

Лекарственное обеспечение населения в рамках реализации региональной программы льготного лекарственного обеспечения. Финансирование программы осуществляется за счёт средств бюджета РК. Для реализации постановления Правительства Российской Федерации от 30.07.1994г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» на 2015 г. из бюджета РК были выделены средства в размере 688 519,84 тыс. руб., (в 2014 г. - 564 638,7 тыс. руб., в 2013 г. - 361 500,0 тыс. руб., в 2012 г. - 198 260,0 тыс. руб., в 2011 г. - 163 440,0 тыс. руб.).

В 2015 г. более 43,04 тыс. человек обеспечено бесплатными медикаментами по 274,4 тыс. рецептам (2014 г. - обеспечено 41,1 тыс. человек по 286,86 тыс. рецептам; 2013 г. - обеспечено 35,8 тыс. человек по 234,3 тыс. рецептам; 2012 г. - обеспечено 35,9 тыс. человек по 199,9 тыс. рецептам; 2011 г. - обеспечено 21,1 тыс. человек по 100,6 тыс. рецептам).

В течение 2015 г. льготные категории граждан обеспечены бесплатными медикаментами на сумму 555 400,00 тыс. руб., средняя стоимость рецепта при этом составила 2024,05 руб. (в 2014 г. - на сумму 504 080,17 тыс. руб., средняя стоимость рецепта - 1757,20 руб.; в 2013 г. - на сумму 343 361,21 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 1464,00 руб.; в 2012 г. - на сумму 220 334,7 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 1102,00 руб.; в 2011 г. - на сумму 117 244,43 тыс. руб., средняя стоимость рецепта составила 1165 руб.).

Среднее количество обеспеченных рецептов на 1 обеспеченного льготника в год составило 7 (в 2014 г. - 7 рецептов, в 2013 г. - 6 рецептов, в 2012 г. - 5 рецептов; в 2011 г. - 5 рецептов).

Количество обеспеченных пациентов постоянно увеличивается, в том числе, за счёт пациентов, которые отказываются от права на бесплатное лекарственное обеспечение в рамках программы ОНЛП.

Реализация программы обеспечения пациентов, страдающих высокочувствительными нозологиями (программа «7 нозологий»). Обеспечение граждан, страдающих заболеваниями, включенными в 7 «высокочувствительных нозологий», осуществляется в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.12.2011 г. №1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей».

Закуп дорогостоящих препаратов осуществляет Министерство здравоохранения Российской Федерации на средства федерального бюджета.

По состоянию на 31.12.2015 г. в региональный сегмент Федерального регистра больных высокочувствительными нозологиями включено 804 больных, в том числе больных гемофилией 64 человека, гипофизарным нанизмом 34 человека, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей 361 человек, муковисцидозом 22 человека, рассеянным склерозом 276 человек, после трансплантации органов и (или) тканей 47 человек.

За последние 5 лет рост количества пациентов, включённых в Федеральный регистр, составил 59,2 % (в 2011 г. - 507 человек).

Объёмы поставленных дорогостоящих препаратов составили в 2015 г. более 274,30 млн. руб., в 2014 г. - 246,3 млн. руб., в 2013 г. - более 238,0 млн. руб.,

Положительным моментом является также тот факт, что заявки субъектов Российской Федерации на поставку дорогостоящих препаратов формируются в течение последних 4 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 «высокочувствительным нозологиям» (рисунок 69). Так, в 2013 г. лекарственными препаратами были обеспечены - 377 человек, в 2014 г. - 453 человека, в 2015 г. - 488 человек. Снижение стоимости препаратов повлияло и на среднюю стоимость рецепта: в 2013 г. она составляла 64,26 тыс. руб., 2014 г. - 60,48 тыс. руб. (рисунок 2). Однако в 2015 г. имеет место увеличение средней стоимости рецепта - 67,03 тыс. руб., что связано с колебанием курса валют и неустойчивости товарных рынков дорогостоящих лекарственных препаратов.

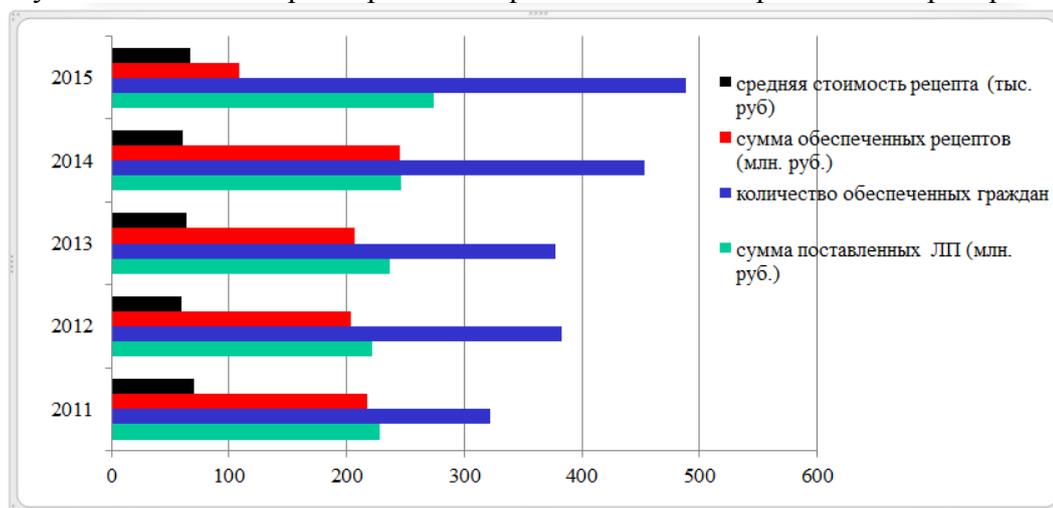


Рис. 69. Обеспечение пациентов в рамках программы «7 нозологий»

Реализация программы обеспечения больных, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями (рисунок 70). С принятием Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочия по организации обеспечения пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) (далее - орфанные заболевания) заболеваниями переданы органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Для реализации данных полномочий в настоящее время законодательно утверждены только перечень орфанных заболеваний (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 31.12.2015 г. в региональном сегменте Федерального регистра состояло 122 пациента, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями. По состоянию на 31.12.2014 г. в региональном сегменте Федерального регистра состояло 112 пациентов, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями. По состоянию на 31.12.2013 г. в региональном сегменте Федерального регистра состоял 91 пациент, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, в 2012 г. в региональном сегменте Федерального регистра состояло 62 пациента, при этом медикаментозной терапии лекарственными препаратами, не входящими в льготные перечни, требуют более половины пациентов.

Для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями в 2015 г. были закуплены лекарственные препараты и специализированные продукты лечебного питания на сумму 233 млн. руб. (32% от общей суммы финансирования). За счёт средств республиканского бюджета на сумму 167,93 млн. руб.

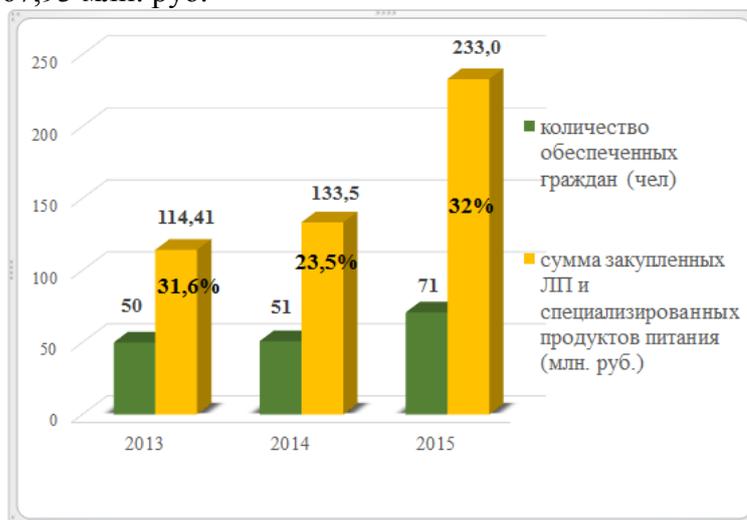


Рис. 70. Реализация переданных полномочий по обеспечению пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями в РК

Кроме того, впервые на 2015 год для обеспечения граждан, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, из федерального бюджета, выделены средства в размере 64,06 млн. руб. по постановлению Правительства РФ от 19.06.2015 № 609.

Для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями в 2014 г. за счёт средств республиканского бюджета были закуплены лекарственные препараты и специализированное лечебное питания на сумму более 133 млн. руб. (23,5% от общей суммы финансирования). Для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями в 2013 г. за счёт средств республиканского бюджета были закуплены лекарственные препараты и

специализированное лечебное питание на сумму более 114,41 млн. руб. (31,6% от общей суммы финансирования). В 2012 г. для закупа лекарственных препаратов и специализированного питания было затрачено более 86,2 млн. руб. средств республиканского бюджета РК (43,4% от общей суммы финансирования).

Для сравнения, в 2011 г. для обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями затрачено 51,9 млн. руб. (40,6% от общей суммы финансирования).

Лекарственное обеспечение в рамках реализации Республиканского Закона от 12.11.2004 г. № 55-РЗ. Для реализации Закона РК от 12.11.2004 г. № 55-РЗ «О социальной поддержке населения в РК» на 2013 г. утверждены бюджетные ассигнования в размере 2 001,0 тыс. руб. (2011 г. – 2 001,0 тыс. руб.).

Льготные категории граждан обеспечены в 2012 г. лекарственными препаратами на сумму 0,027 млн. руб. (в 2011 г. – 0,5 млн. руб.). В 2013 г. закуп лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в рамках реализации данного закона Министерством здравоохранения РК не производился.

В связи с ежегодно уменьшающимся количеством пациентов, сохранившим право на получение бесплатных лекарственных препаратов согласно Республиканскому Закону от 12.11.2004 г. № 55-РЗ (на 1 января 2011 г. – 1634 чел., 2012 г. – 1169 чел., 2013 г. – 992 чел., 2014 г. – 836 чел.), незначительной суммой формируемых заявок и превышением лимита бюджетных обязательств по необходимым фармакологическим группам, осуществлять закуп лекарственных препаратов для категории граждан «Лица, проработавшие в тылу в тылу в период ВОВ не менее 6 месяцев, награждённые орденами и медалями СССР за самоотверженный труд в период ВОВ» и «Реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий» в рамках реализации Закона РК от 12.11.2004 г. № 55-РЗ не представляется возможным.

Как правило, данные категории граждан по заболеванию обеспечиваются лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в рамках реализации постановления Правительства РФ № 890.

РАЗДЕЛ 8. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Для достижения стратегических целей в области социального развития РК по преодолению тенденции неблагоприятного развития демографических процессов, улучшения здоровья и увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения органами исполнительной власти республики решаются следующие задачи:

- содействие распространению идеи привлекательности здорового образа жизни,
- создание условий для развития в РК массового спорта и спорта высших достижений,
- предоставления населению общедоступных социальных оздоровительных, курортных и туристических услуг, услуг учреждений физической культуры и спорта.

В 2015 г. органами исполнительной власти РК (Министерство здравоохранения РК, Министерство образования РК, Агентство РК по физической культуре и спорту, Агентство РК по печати и массовым коммуникациям и др. ведомствами) проводилась работа по формированию здорового образа жизни среди населения согласно утвержденным нормативно-правовым актам:

- постановление Правительства РК от 27 марта 2006 г. № 45 «О Стратегии экономического и социального развития РК на период до 2020г.»;

- распоряжения Правительства РК от 13 марта 2015 г. № 89-р «Об утверждении Комплексного плана мероприятий Правительства РК по реализации в 2015 г. Стратегии социально-экономического развития РК на период до 2020г.»;

- Указ Главы РК от 28 декабря 2007 г. № 121 «О Концепции демографического развития РК на период до 2015 г.»;

- распоряжение Правительства РК от 27 октября 2015 г. № 402-р «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению демографической ситуации в РК на 2015 - 2018гг.»;

- Закон РК от 21 декабря 2007 г. № 124-ПЗ «О некоторых вопросах в области охраны здоровья граждан в РК»;

- Закон РК от 4 октября 2010 г. № 115-ПЗ «О молодежной политике в РК»;

- Закон РК от 26 ноября 2013 г. № 114-ПЗ «О некоторых вопросах в области охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территории РК»;

- Закон РК от 3 июля 2012 г. № 60-ПЗ «Об установлении дополнительных ограничений розничной продажи алкогольной продукции на территории РК»;

- Закон РК от 7 декабря 2005 г. № 135-ПЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции на территории РК»;

- постановление Правительства РК от 10 апреля 2015 г. № 159 «Об утверждении региональной программы РК «Обеспечение правопорядка и безопасности населения РК на 2015 год»;

- постановление Правительства РК от 28 сентября 2012 г. № 420 «Об утверждении Государственной программы РК «Развитие здравоохранения»;

- постановление Правительства РК от 28 сентября 2012 г. № 411 «Об утверждении Государственной программы РК «Развитие образования»;

- постановление Правительства РК от 28 сентября 2012 г. № 422 «Об утверждении Государственной программы РК «Развитие физической культуры и спорта»;

- распоряжение Правительства РК от 19 марта 2015 г. № 96-р «Об утверждении Плана мероприятий Правительства РК на 2015 год по реализации основных положений Послания Президента РФ Федеральному Собранию РФ от 4 декабря 2014 г.»;

- распоряжение Правительства РК от 9 июня 2015 г. № 236-р «Об утверждении Плана мероприятий по реализации в 2015 г. Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РК»;

- распоряжение Главы РК от 26 сентября 2011 г. № 304-р «Об организации взаимодействия территориальных органов федеральных органов исполнительной власти,

органов исполнительной власти РК и органов местного самоуправления в РК с организациями (фондами), занимающимися реабилитацией и профилактикой наркозависимых граждан на территории РК»;

- распоряжение Правительства РК от 20 августа 2014 г. № 294-р «Об утверждении Плана мероприятий по профилактике пьянства и алкоголизма в РК на 2015 - 2017гг.»;

- распоряжение Правительства РК от 24 июля 2014 г. № 266-р «Об утверждении Плана профилактических мероприятий в муниципальных образованиях по предупреждению распространения туберкулеза на территории РК на 2014 - 2016гг.»;

- распоряжение Правительства РК от 8 мая 2014 г. № 143-р «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Основ государственной политики в области здорового питания населения на период до 2020г. в РК на 2014 - 2020гг.».

Кроме того, в муниципальных образованиях РК утверждены и реализуются комплексные планы по формированию здорового образа жизни, муниципальные программы по развитию физической культуры и спорта, возрождению традиционных видов спорта.

С 2009 г. в республике начато осуществление нового направления приоритетного национального проекта «Здоровье» по формированию здорового образа жизни. В указанном направлении реализуются мероприятия, направленные на сохранение здоровья населения, 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 настоящее время в РК организовано 5 Центров здоровья: 3 для взрослого населения в городах Сыктывкар, Ухта, Воркута и 2 - для детей в городах Сыктывкар, Ухта. Врачи специалисты Центров здоровья прошли обучение на циклах тематического усовершенствования по формированию здорового образа жизни и медицинской профилактике.

За 11 месяцев 2015 г. в центрах здоровья было принято 15,5 тыс. человек, в том числе 6,9 тыс. детей. Факторы риска развития неинфекционных заболеваний выявлены у 55,5% из числа обратившихся. В учреждения здравоохранения общей лечебной сети для консультации врачами-специалистами из центров здоровья было направлено 4,7 тыс. человек. В школах здоровья центров было обучено более 13,7 тыс. человек.

Школы здоровья представлены следующими направлениями:

- школа артериальной гипертензии;
- профилактики костно-мышечной системы;
- профилактики бронхиальной астмы;
- профилактики сахарного диабета;
- школа здорового питания;
- прочие школы: профилактика табакокурения и алкоголизма, здоровье девушки и юноши, часто болеющих детей и др.

В 2015 г. деятельность центров здоровья для детей расширена в части организации выездной работы: в течение года состоялось 46 выездов в районы, осмотрено 4,9 тыс. детей.

В центрах здоровья для детей проводится 2-х этапное тестирование на предмет употребления наркотических средств и психоактивных веществ: в течение года обследовано 911 подростков, выявлено 10 случаев.

На базе Центра здоровья при Сыктывкарской детской поликлинике №3 функционируют «Школа избыточного питания» и «Школа рационального питания», в которой проводятся комплексные занятия с детьми (обучено в 2015 г. 147 и 335 пациентов соответственно).

В дополнение к стационарным центрам здоровья в РК организована деятельность мобильных диагностических комплексов, обслуживающих население труднодоступных сельских районов.

В настоящее время в республике функционируют пять мобильных медицинских комплексов, закрепленных за центральными районными больницами и имеющих статус сельских межрайонных центров. За 11 месяцев 2015 года осуществлено 494 выезда, осмотрено 32,8 тыс. пациентов. С 2013 г. мобильные диагностические комплексы стали широко использоваться для целей всеобщей диспансеризации населения. В сельских территориях сформированы мобильные медицинские бригады, приобретено портативное диагностическое оборудование (ультразвуковое, электрокардиографическое, лабораторное и другое).

Помимо мобильных комплексов функционируют передвижные диагностические установки для проведения маммографического, флюорографического и стоматологического обследования. В 2015 г. передвижными маммографами осуществлен 224 выезд (осмотрено 17 963 женщины), передвижными флюорографами осуществлено 524 выезда (осмотрено 50 451 человек), передвижными флюорографами осуществлено 425 выездов (осмотрено 14,8 тыс. человек), передвижными стоматологическими установками осуществлено 108 выездов (осмотрено 5,0 тыс. пациентов).

При учреждениях здравоохранения республики созданы и работают школы здоровья, школы больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом, коронарные клубы и др.

Все кабинеты, отделения, центры медицинской профилактики, а также школы здоровья ведут постоянную работу по обучению населения РК основам здорового образа жизни, включая правила оказания первой медицинской помощи. Медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений республики проводится санитарно-просветительская работа по здоровому питанию и обучение пациентов принципам рационального питания при заболеваниях.

В рамках направления по профилактике хронических неинфекционных заболеваний осуществлялся ряд мероприятий. Прежде всего, это проведение всеобщей диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения. В 2015 г. было запланировано осмотреть 135,9 тыс. человек. По состоянию на 31 декабря 2015 г. завершили 1 этап диспансеризации 126,2 тыс. человек (92,9% от годового плана), в том числе на базе сельских межрайонных центров - 5 287 человек. Из числа осмотренных 1 221 человек являлись инвалидами и участниками Великой Отечественной войны.

В 2015 г. в амбулаторно-поликлинических учреждениях функционируют 7 отделений медицинской профилактики и 20 кабинетов медицинской профилактики.

В течение 2015 г. осуществлялась деятельность телевидения не вещательного характера, которое представлено телевизионными панелями, размещенными в медицинских организациях. На данных панелях демонстрируются ролики социального характера, посвященные пропаганде здорового образа жизни, профилактике развития хронических неинфекционных заболеваний и вредных привычек. Всего осуществлялась демонстрация 89 роликов, часть из которых были взяты на официальном сайте «Здоровая Россия».

Кроме того, информирование населения по вопросам сохранения здоровья осуществлялось через информационно-телекоммуникационную сеть Интернет:

в социальной сети «ВКонтакте», в которой созданы и функционируют 10 групп, пропагандирующих здоровый образ жизни среди жителей РК;

на сайте государственного учреждения «Республиканский врачебно-физкультурный диспансер», на котором создан раздел «Медицинская профилактика», включающий информационные материалы и видеоролики по профилактике заболеваний и здоровому образу жизни.

Для повышения информированности населения по вопросам пропаганды здорового образа жизни активно использовался формат публичных лекций, проводимых для всех категорий населения в медицинских, образовательных организациях, учреждениях культуры, социальной защиты, на предприятиях. Всего было проведено более 1500 лекций, бесед и семинаров.

В медицинских организациях РК на постоянной основе осуществлялось распространение информационных материалов (памяток, буклетов, брошюр и др.),

содержащих информацию по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Всего в течение года было распространено более 7,5 тыс. материалов на сумму более 2,7 млн. руб.

В рамках мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни в течение 2015 г. был реализован проект «Тренинги здоровья: профилактика потребления спайсов». Соответствующие мероприятия были проведены в ряде учреждений среднего профессионального образования (ГПОУ «Сыктывкарский политехнический техникум», ГПОУ «Сыктывкарский индустриальный колледж», ГПОУ «Сыктывкарский автомеханический техникум», ГПОУ «Сыктывкарский медицинский колледж им. И.П. Морозова», ГПОУ «Сыктывкарский торгово-технологический техникум», ГПОУ «Сыктывкарский гуманитарно-педагогический колледж им. И.А. Куратова»). Всего было проведено 25 акций с общим охватом 2,7 тыс. человек.

В 2015 г. особое внимание было уделено развитию волонтерства среди студентов, получающих высшее и среднее медицинское образование на базе образовательных организаций высшего и среднего профессионального образования РК (Коми филиал ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Минздрава России», ФГБОУ ВПО «Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина», медицинские колледжи, расположенные в городах Сыктывкар, Ухта, Воркута). Студенты-медики принимали участие в массовых мероприятиях, приуроченных к дням календаря Всемирной организации здравоохранения. Волонтеры привлекались к измерению артериального давления, распространению информационных листовок, участвовали в флешмобах.

В 2015 г. было организовано волонтерское движение «Кардиодозор», осуществляющее свою деятельность под лозунгом «Сохрани свое сердце здоровым». Указанным движением проведено 8 акций, в том числе в крупных торговых центрах республики. В ходе акций проводилось анкетирование граждан на предмет выявления у них факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, измерение артериального давления, консультирование по здоровому образу жизни. Охват профилактическими мероприятиями составил более 300 человек.

В течение 2015 г. также было организовано проведение ряда образовательных акций, направленных на повышение информированности медицинских работников по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и способам укрепления здоровья (одна конференция, пять круглых столов).

Кроме того, проведены конкурсы среди медицинских организаций на лучший просветительский материал по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и пропаганде здорового образа жизни. Организованы и проведены конкурсы и выставки детских рисунков, посвященных здоровому образу жизни.

В 2015 г. функционировала прямая телефонная линия на тему «Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний», «Здоровый образ жизни».

Важным фактором в сохранении и укреплении здоровья является борьба с вредными привычками. В 2014 г. распоряжением Правительства Республики от 20 августа 2014 г. № 294-р утвержден новый План мероприятий по профилактике пьянства и алкоголизма, реализация которого предполагает тесное межведомственное взаимодействие.

На базе Коми республиканского наркологического диспансера организовано подразделение реабилитации граждан, находящихся в алкогольной и наркотической зависимости. Это позволило увеличить число больных, прошедших реабилитацию на 11% по сравнению с прошлым годом.

Завершаются мероприятия по организации на базе ГБУЗ РК «Усинская центральная районная больница» отделения для лиц, находящихся в общественных местах в состоянии опьянения и утративших способность самостоятельно передвигаться.

В части профилактики табакокурения проведена работа по подготовке медицинских кадров, обученных современным технологиям профилактики и лечения табачной зависимости. Были созданы кабинеты медицинской помощи по отказу от курения, специальную подготовку прошли 48 врачей-наркологов и пульмонологов. Активизирована

работа наркологической службы по размещению информационных и агитационно-пропагандистских материалов в средствах массовой информации. Проводилась работа по профилактике распространения вредных привычек среди детей и подростков.

Наркологическая служба принимала активное участие в проведении акций «Сообщи, где торгуют смертью», «Призывник», «Здоровье детей - неприкосновенный запас нации»: в рамках акций проводились семинары, лекции и конференции) с общим охватом более 10,5 тыс. человек. В летний период были организованы выходы на «школьные площадки», а так же выезды в детские оздоровительные лагеря с практической и организационно-методической целью, в том числе с показами видеофильмов и видеороликов антиалкогольной, антинаркотической и антитабачной направленности. Проведено тестирование на предмет употребления наркотических средств и психоактивных веществ у 911 несовершеннолетних, выявлено 10 случаев употребления психоактивных веществ.

В республике реализуется План мероприятий по реализации Основ государственной политики в области здорового питания населения на период до 2020г. в РК на 2014 - 2020гг., утвержденный распоряжением Правительства РК от 08.05.2014 г. № 143-р. В рамках указанного плана проводилась работа, направленная на повышение информированности населения о поведенческих и алиментарно-зависимых факторах риска развития заболеваний. Осуществлены соответствующие мероприятия по подготовке медицинских кадров по вопросам здорового питания. Внедрены программы профилактики и лечения заболеваний, связанных с нарушением питания. Создана служба помощи при ожирении и коррекции факторов риска, связанных с питанием. На базе Сыктывкарской детской поликлиники № 3 продолжает работу «Школа избыточного питания» и «Школа рационального питания».

В лечебно-профилактические учреждения республики направлены рекомендации Общественной палаты РФ по итогам общественных слушаний на тему «Здоровый образ жизни. Борьба с диабетом и ожирением».

При организации питания больных используется йодированная соль. По назначению врача проводится индивидуальная коррекция йодной и иной недостаточности питания.

2015 год в республике отмечался как Год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Распоряжением Правительства РК от 9 июня 2015 г. № 236-р утвержден План мероприятий по реализации указанного тематического года.

Главными задачами этого года явились создание условий для повышения информированности населения о способах и методах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, а также для роста случаев сердечно-сосудистыми заболеваниями, выявленных на ранних стадиях развития патологического процесса.

Основными направлениями работы в рамках указанного плана явились:

1. Информирование населения по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Повышение эффективности организации и оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В рамках первого направления осуществлялись мероприятия:

- по повышению уровня информированности граждан о проблеме артериальной гипертонии, повышенного холестерина, инсульта, инфаркта миокарда, факторов сердечно-сосудистого риска, правилах действий при развитии неотложных состояний и мотивирование к ведению здорового образа жизни;

- по содействию развития у детей и молодежи жизненных ценностей, направленных на формирование здорового образа жизни;

- по пропаганде и популяризации физической культуры, спорта и здорового образа жизни среди населения РК.

В рамках второго направления осуществлялись мероприятия:

- по повышению эффективности выявления артериальной гипертонии, лиц с повышенным уровнем холестерина или с высоким сердечно-сосудистым риском вне медицинских организаций;

- по совершенствованию выявления больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и

оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в медицинских организациях.

Мероприятия плана исполнялись всеми органами исполнительной власти и местного самоуправления.

Министерством здравоохранения РК совместно с другими ведомствами в 2015 г. проводилась целенаправленная работа по информированию населения о факторах риска хронических неинфекционных заболеваний.

Мероприятия по формированию здорового образа жизни реализуются в рамках государственных программ РК. На сайтах органов исполнительной власти РК размещена и постоянно обновляется информация по здоровому образу жизни.

Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, профилактику негативных тенденций среди детей и молодежи включены в государственную программу РК «Развитие образования», региональную программу РК «Обеспечение правопорядка и безопасности населения РК на 2015 год».

С целью формирования положительного имиджа здорового образа жизни, ответственного отношения обучающихся к собственному здоровью и здоровью окружающих проведены следующие мероприятия:

- республиканский конкурс детского литературного творчества «Быть здоровым - модно!» (период проведения с 20 февраля по 31 августа 2015 года);

- республиканский конкурс творческих работ по пропаганде ценности здоровья среди обучающихся образовательных организаций «Мы за здоровый образ жизни!» (период проведения с 9 февраля по 30 июня 2015 г.).

Кроме того, проведены конкурсы повышения профессионального мастерства педагогических работников, осуществляющих здоровьесберегающую деятельность в образовательных организациях республики:

- республиканский конкурс профессионального мастерства «Педагог-психолог РК - 2015» (период проведения с 17 февраля по 30 июня 2015 г.);

- республиканский конкурс на лучшую организацию психолого-педагогического и социального сопровождения, профессиональной ориентации обучающихся «У-ПЕРСПЕКТИВА» (период проведения с 9 февраля по 30 июня 2015 г.).

Проведена работа по организации республиканских мероприятий, направленных на повышение компетентности педагогических работников в области профилактики алкоголизма, наркомании, табакокурения и других асоциальных форм поведения несовершеннолетних:

- республиканская научно-практическая конференции «Ключевые факторы успеха профилактики. Научный поиск. Практический взгляд». Дата проведения конференции (25 марта 2015 г.);

- республиканский семинар-практикум для специалистов муниципальных органов управления образованием по профилактике асоциального поведения обучающихся (25-26 марта 2015 г.).

В 2015 г. продолжалась работа по разработке методического пособия для специалистов образовательных организаций «Выход есть!» по итогам социологических и психологических исследований по изучению выраженности суицидальных настроений среди учащейся молодежи образовательных организаций, учреждений среднего и начального профессионального образования РК.

На протяжении 2015 г. проводился мониторинг охвата горячим питанием обучающихся в образовательных организациях среднего образования. Полученные от муниципальных органов управления образования и государственных образовательных организаций данные проанализированы. По итогам анализа подготовлено 9 информационно-аналитических справок с приложением сводных таблиц, диаграмм (аналитические материалы на 13 января, 11 февраля 2015 г.).

В целях совершенствования организации школьного питания, формирования социально-значимых пищевых предпочтений в детской и подростковой среде объявлен ряд республиканских конкурсов:

- республиканский конкурс среди обучающихся (воспитанников) общеобразовательных организаций «Лучший дизайн-проект школьной столовой» (период проведения с 16 февраля по 20 апреля 2015 г.);

- республиканский конкурс комплексных программ на лучшую организацию здоровьесберегающей деятельности в образовательной организации «ЗА ЗДОРОВЬЕ В ОБРАЗОВАНИИ - 2015» (период проведения с 02 марта по 31 августа 2015 г.);

- республиканский конкурс творческих работ по пропаганде здорового питания «Рациональное питание - залог здоровья!!!» среди образовательных организаций РК (период проведения с 20 февраля по 30 мая 2015 г.);

- республиканский тематический фестиваль методических разработок и программ по формированию культуры здорового питания у обучающихся образовательных организаций «Здоровое питание - успешное образование!» (период проведения с 02 марта по 30 июня 2015 г.);

- республиканский конкурс среди педагогов образовательных организаций «Учитель здоровья - 2015» (период проведения с 16 марта по 30 сентября 2015 г.).

Осуществлялась реализация Календарного плана официальных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий РК на 2015 год, утвержденного постановлением Коллегии Агентства РК по физической культуре и спорту от 23 декабря 2014 г. №01-19/01. В рамках Календарного плана на территории республики проведено 339 физкультурных и спортивных мероприятий по 43 видам спорта, в которых приняли участие более трехсот двадцати тысяч жителей РК.

В целях широкого привлечения учащихся и студентов образовательных учреждений к регулярным занятиям физической культурой и спортом, формирования здорового образа жизни в РК проведены следующие мероприятия:

- Коми республиканская Спартакиада учащихся образовательных учреждений «За здоровую Республику Коми в XXI веке», которая включает в себя соревнования по мини-футболу, по хоккею с шайбой, волейболу, баскетболу, футболу, лыжным гонкам, шахматам, предполагает проведение школьного, муниципального и республиканского этапов (общее число участников составило более 20,5 тысяч человек);

- спартакиада среди студентов профессиональных образовательных организаций РК, проводимая в три этапа (внутри профессиональных образовательных организаций, на региональном (зональном) уровне, на межрегиональном (межзональном) уровне) по семи видам спорта: осенний легкоатлетический кросс, настольный теннис, баскетбол, волейбол, лыжные гонки, мини-футбол, смотр физической подготовленности (общее число участников составило около 6,1 тысяч человек, 38,6% от общего контингента обучающихся профессиональных образовательных организаций);

- школьный, муниципальный, региональный этапы Всероссийских спортивных соревнований школьников «Президентские состязания» и Всероссийских спортивных игр школьников «Президентские спортивные игры» (общий охват обучающихся спортивными соревнованиями школьников составил - 91,1% (в 2014 г. - 90,2 %), спортивными играми - 74,7% (в 2014 г. - 75,7 %).

В настоящее время в спортивных залах общеобразовательных учреждений работает 1 078 спортивных секций, где занимается 18,7 тыс. школьников, что составляет 29,1% от общего числа детей, охваченных внеклассной и внеурочной деятельностью.

В объединениях физкультурно-спортивной направленности организаций дополнительного образования республики занимается 19,5% обучающихся от общего количества воспитанников данных организаций. Наиболее массовыми видами спорта являются: лыжные гонки (23 отделения в ДЮСШ, в которых занимается 4,1 тыс. учащихся), баскетбол (19 отделений, 2,4 тыс. учащихся), волейбол (16 отделений, 1,3 тыс. учащихся), бокс (12 отделений, 0,9 тыс. учащихся), футбол (8 отделений, 1,5 тыс. учащихся).

В период проведения летней оздоровительной кампании 2015 г. в республиканских детских оздоровительных учреждениях осуществлялась реализация профильных и тематических программ по формированию здорового образа жизни, таких как досугово-оздоровительные программы «Золотой глобус», «Карусель забав», «Семь футов под килем» и др.

На базе 1 государственного и 3 муниципальных образовательных учреждений реализуются республиканские экспериментальные проекты по вопросам сохранения и укрепления здоровья школьников (в городах Усинск, Ухта, Сыктывкар).

В РК в 64,2% образовательных учреждений реализуются специализированные образовательные программы, ориентированные на формирование здорового образа жизни, в том числе предупреждение употребления психоактивных веществ и спиртосодержащей продукции.

Во всех образовательных учреждениях РК ведется работа с учащимися, их родителями и педагогическими коллективами, ориентированная на профилактику употребления психоактивных веществ и формирование здорового образа жизни.

Ежегодно в РК с февраля по декабрь в образовательных учреждениях проводится межведомственная акция «Здоровье детей - неприкосновенный запас нации» в рамках Всероссийской антинаркотической профилактической акции «За здоровье и безопасность наших детей».

Развитие физической культуры и спорта наряду с профилактическими мерами, реализуемыми по отрасли здравоохранения, является основным фактором укрепления здоровья населения.

В настоящее время в целях активизации физкультурно-спортивной деятельности в городах и районах республики, привлечения жителей городов и районов к регулярным занятиям физической культурой и спортом, формирования здорового образа жизни у населения в республике проводились различные мероприятия:

1. Всероссийские массовые физкультурные проекты 2015 г.:

«Лыжня России» - проведена во всех муниципальных образованиях республики, приняли участие 28,5 тыс. человек;

«Российский Азимут» - проведен в 6-ти муниципальных образованиях республики, приняли участие более 3,8 тыс. человек;

«Кросс наций» - проведен во всех муниципальных образованиях республики, приняли участие более 29,1 тыс. человек;

спортивные соревнования школьников «Президентские спортивные игры» - в финальном республиканском этапе приняли участие 168 человек.

2. Комплексные физкультурно-спортивные мероприятия для различных категорий населения:

Спартакиада учащихся образовательных учреждений РК «За здоровую Республику Коми в 21 веке».

В рамках Спартакиады ежегодно на территории республики реализуются многоэтапные соревнования общероссийских массовых проектов:

- «Мини-футбол - в школу» по мини-футболу;
- «КЭС - Баскет» по баскетболу;
- «Золотая шайба» по хоккею;
- «Пионерская правда» по лыжным гонкам;
- «Кожаный мяч» по футболу;
- «Белая ладья» по шахматам;
- «Лед надежды нашей» по конькобежному спорту;
- «Серебряный мяч» по волейболу.

Круглогодичная юношеская спартакиада среди муниципальных образований РК - в соревнованиях приняли участие 18,1 тыс. человек;

Круглогодичная спартакиада среди муниципальных образований РК - в соревнованиях приняли участие 10,5 тыс. человек;

Спартакиада студентов высшего профессионального образования РК - приняли участие 5 команд;

Спартакиада обучающихся в образовательных учреждениях начального и среднего профессионального образования РК - приняли участие 18 команд;

Спартакиада народов Севера России «Заполярные игры» - в соревнованиях приняли участие 0,9 тыс. человек.

Спартакиада среди инвалидов - в соревнованиях приняли участие 408 человек из всех муниципальных образований республики;

Спартакиада среди министерств и иных органов исполнительной власти РК, органов управления муниципальных образований городских округов и муниципальных районов РК.

Спартакиады проводятся на протяжении года в 2-4 этапа (внутренний, муниципальный, зональный, республиканский) по наиболее популярным и доступным видам спорта. Каждая спартакиада насчитывает от 7 до 21 видов спорта.

Ежегодно на территории республики проводится Декада спорта, семейные спортивные праздники. В 2015 г. проведено 36 мероприятий в 16 муниципальных образованиях, в которых приняло участие более 1,7 тыс. человек.

С целью активизации работы по привлечению населения республики к регулярным занятиям физической культурой и спортом и повышения доступности занятий в течение 2015 г. проводилась Акция «Дни открытых дверей», в рамках которой населению республики предоставляется возможность посещать спортивные объекты на бесплатной основе: всего в рамках акции было задействовано 165 спортивных объектов республики. На сегодняшний день стали участниками акции более 167 тыс. человек.

Ежегодно с целью привлечения детей и подростков к занятиям физической культурой и спортом проводится акция «Запишись в спортивную школу». Акция проводится во всех муниципальных образованиях республики в период с 1 по 30 сентября.

Органами исполнительной власти РК в рамках организованного межведомственного взаимодействия проведена большая работа по координации работы подведомственных учреждений по пропаганде здорового образа жизни, профилактике потребления алкоголя, наркотиков, табака, а также по расширению знаний населения по вопросам рационального питания и профилактики гиподинамии.

Иммунизация населения. В 2015 г., как и во время, всего анализируемого периода, в РК не регистрировались случаи заболевания населения полиомиелитом, дифтерией и эпидемическим паротитом. С 2012 г. не регистрируются случаи заболевания краснухой.

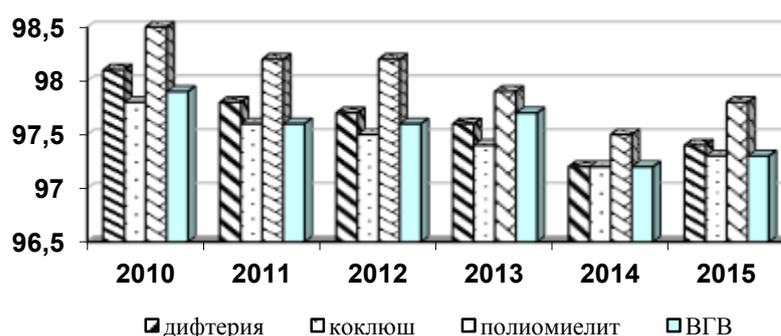


Рис. 71. Динамика своевременности проведения профилактических прививок в декретированного возраста к возрасту 12 мес. за 2010-2015 гг.

Складывающаяся ситуация по инфекционным заболеваниям, управляемым средствами специфической профилактики является следствием огромной работы по организации и проведению иммунизации населения республики. Показатели своевременности проведения профилактических прививок в целом по республике в декретированного возраста (рисунок 71) находятся выше рекомендованного 95% уровня. Так, в возрасте 12 месяцев вакцинацию против дифтерии получили 97,0% детей, против коклюша – 96,9%, против полиомиелита – 97,3%, против вирусного гепатита В – 96,8%. К 24 месяцам

ревакцинацию против коклюша имеют 96,6% детей, против дифтерии – 96,7%, вторую ревакцинацию против полиомиелита – 96,6%, вакцинацию против кори, эпидпаротита и краснухи – 98,0%. Вместе с тем, отмечается тенденция к снижению показателей (рисунок 72).

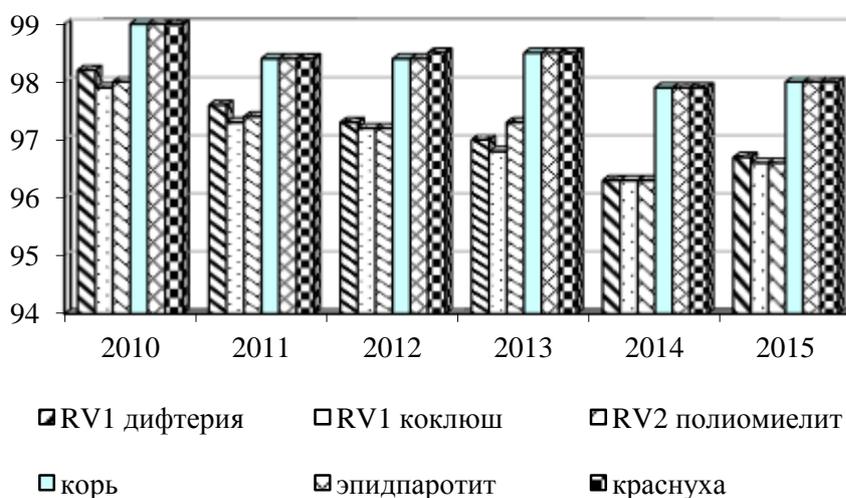


Рис. 72. Проведение профилактических прививок в декретированные возраста к возрасту 24 мес. за 2010-2015 гг.

Наиболее проблемными моментами в организации иммунопрофилактики населения являются отказы от профилактических прививок и труднодоступные группы населения.

По состоянию на 31.12.2015 г. с формой №6 «Сведения в соответствии о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» охват прививками против дифтерии детей до 14 лет составил 99,1%, подростков – 15-17 лет – 99,9%, взрослых – 96,9%. Законченный курс вакцинации к 12 месяцам получили – 96,3% детей, законченный курс вакцинации и первую ревакцинацию к 24 месяцам – 97,4%.

За 2015 год охват иммунизацией против полиомиелита детей до 15 лет составляет 99%. Законченный курс вакцинации против полиомиелита к 12 месяцам получили – 96,4% детей, законченный курс вакцинации, первую и вторую ревакцинацию к 24 месяцам - 97,8% детей.

В рамках Национальной программы профилактики кори в период верификации и элиминации в Российской Федерации, приоритетного национального проекта с сфере здравоохранения в РК за 2010 – 2015 гг. вакцинировано против кори 7570 взрослых до 35 лет и ревакцинировано 20788 человек, не привитых, привитых однократно и не имеющих сведений о прививках. В соответствии с формой №6 «Сведения в соответствии о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» анализ состояния привитости взрослого населения республики в возрасте 18-35 лет в 2015 г. показал, что имеют ревакцинацию 96,8% от числа подлежащих при нормативном показателе 90% и рекомендуемом 95%.

Охват иммунизацией против кори детей выше рекомендованного 95% уровня. Так, в возрасте 12 месяцев вакцинацию против кори в 2015 г. получили 96,8% детей, ревакцинацию в 6 лет получили 97% детей

В 2015 г. проведена вакцинация против кори 34 детей и 95 взрослых вынуждено переселившихся из Украины.

В результате реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в РК в 2015 г. полностью завершена иммунизация против вирусного гепатита В контингентов взрослых, подлежащих прививкам в 2014 г. и не завершивших курс иммунизации. По данным формы № 5 государственного статистического наблюдения

«Сведения о профилактических прививках» в 2015 г. вакцинировано против вирусного гепатита В 18660 человек, в том числе детей – 11119. По состоянию на 31.12.2015 г. имеют вакцинацию против гепатита В 98,9% детей до 17 лет, 93,2% взрослых в возрасте 18-35 лет, 67,8% взрослых в возрасте 36-59 лет.

В 2015 г. охвачено вакцинацией против гриппа 260059 человек (30,1% от совокупного населения), из них в рамках национального календаря профилактических прививок 76200 детей (100% от запланированного количества) и 161500 взрослых (100%) и 22359 человек за счет других источников.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21.03.2014 №125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» и с целью снижения заболеваемости внебольничными пневмониями в 2015 г. была начата иммунизация против пневмококковой инфекции.

В 2015 г. было охвачено вакцинацией против пневмококковой инфекции 17192 человек, в том числе 12612 детей, ревакцинацией 1437 человек, в том числе 1418 детей.

Иммунизация детей до двух лет против пневмококковой инфекции проводилась в рамках национального календаря профилактических прививок за счет средств федерального бюджета.

Министерством здравоохранения РК за счет средств республиканского бюджета были выделены субсидии государственным учреждениям здравоохранения в количестве 7102,2 тыс. рублей для приобретения вакцин против пневмококковой инфекции для вакцинации взрослых: лиц старше 55 лет, страдающих ХОБЛ, и лиц, планируемых призыву на военную службу.

Было охвачено вакцинацией взрослых: лиц старше 55 лет, страдающих ХОБЛ – 2842 человека (100% от плана), лиц, планируемых призыву на военную службу – 1738 человек (100% от плана).

Иммунизация населения в рамках национального календаря по эпидемическим показаниям.

В рамках Национального календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям в РК проводится иммунизация населения против вирусного клещевого энцефалита, против туляремии, бешенства, вирусного гепатита А.

Иммунизация против клещевого вирусного энцефалита.

Во исполнение постановлений Главного государственного санитарного врача по РК от 25.03.2011 №4 «О дополнительных мерах, направленных на предупреждение заболеваний клещевым вирусным энцефалитом населения в РК» и от 21.03.2013 г. №2 «О включении в перечень эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту территорий Усть-Вымского района РК» в 2012-2014 годах из средств республиканского бюджета медицинским организациям для проведения вакцинация против клещевого энцефалита населения эндемичных территорий (г. Сыктывкара, Сыктывдинского, Койгородского, Сысольского, Прилузского и Усть-Куломского, Усть-Вымского районов) было выделено 56529,87 тыс. рублей, в том числе в 2012 г. - 2367,6 тыс. рублей, в 2013 г. - 14 867,99 тыс. рублей, в 2014 г. - 9794,281 тыс. рублей, в 2015 г. - 9267,127 тыс. рублей.

Таблица 145

Муниципальное образование	Охват вакцинацией и ревакцинацией против клещевого энцефалита за 2013-2015 г (человек)	Иммунная прослойка от подлежащего населения (%)
г. Сыктывкар	48797	27
Сыктывдинский р-н	7585	42
Сысольский р-н	8282	78
Койгородский р-н	3001	57
Прилузский р-н	13713	90
Усть-Вымский р-н	8352	37

Усть-Куломский р-н	6448	31
--------------------	------	----

За 2012-2015 гг. в целом по республике охвачены вакцинацией против клещевого энцефалита 65 842 человека, в том числе 15 162 ребенка, ревакцинацией 48 854 человек, в том числе 9 622 детей (таблица 145, 146).

В целом иммунная прослойка в эндемичных по клещевому вирусному энцефалиту территориях составляет 96 178 человек, или около 35,7% от подлежащего населения.

Таблица 146

Охват вакцинацией населения в эндемичных по клещевому энцефалиту территориях за 2012-2015 гг.

	Иммунизация населения							
	2012 г		2013 г		2014 г		2015 г	
	V	RV	V	RV	V	RV	V	RV
г. Сыктывкар	1807	2321	5434	1683	13884	3602	11722	12472
Сыктывдинский район	1272	306	1677	1090	1468	1460	620	1270
Сысольский район	1718	436	1125	1918	1629	1238	593	1779
Койгородский район	623	295	141	1157	550	429	51	673
Прилузский район	1923	1097	2710	2484	1977	2432	1846	2264
Усть-Куломский район	2262	437	548	844	1707	1104	2006	1943
Усть-Вымский район	4	137	318	133	2766	56	1596	1479
Всего по РК	9928	5459	12379	9810	24557	10989	18978	22596

За 2015 г. вакцинировано против клещевого вирусного энцефалита 18 978 человек, в том числе 5 699 детей и ревакцинировано 22 596 человек, в том числе 7 551 ребенок. План иммунизации был выполнен на 81%.

Иммунизация против вирусный гепатит А. На основании постановления заместителя главного государственного санитарного врача по РК от 06.10.2014 года № 8 «О проведении вакцинации по эпидемическим показаниям против вирусного гепатита А» в 2015 г. продолжалась иммунизация по эпидпоказаниям воспитателей и персонала детских дошкольных учреждений; работников сферы обслуживания населения, занятых в организациях общественного питания; работников водопроводных и канализационных сооружений; детей, посещающим дошкольные учреждения; контактных лиц в очагах гепатита А. В 2015 г. было запланировано по республике (кроме г. Сыктывкара и Ухты) охватить вакцинацией 28830 человек, в том числе 22050 детей. Вакцинация в Ухте была проведена в 2014 г., в г. Сыктывкаре начата в октябре 2014 г. и завершена в феврале 2015 г. Средства на приобретение вакцин медицинскими организациями г. Сыктывкара и Ухты были выделены и освоены в 2014 г. в полном объеме.

В целом по республике по состоянию на 31.12.2015 охвачено первой вакцинацией против гепатита А 36658 человек, в том числе 7577 взрослых и 29081 детей. Из них 2473 взрослых и 18310 детей были привиты в г. Сыктывкаре и г. Ухте вакциной, приобретенной за счет средств 2014 – 2015 годов. Соответственно, медицинскими организациями республики (кроме г. Сыктывкара и Ухты) охвачены вакцинацией против гепатита А 15875 человек или 55% от годового план, из них 10771 ребенок, посещающих ДООУ или 48,8% от плана и 5104 взрослых из контингентов риска (75,3%).

Иммунизация против туляремии. В 2015 г. случаев заболевания туляремией среди жителей РК не зарегистрировано.

В 2015 г. за счет республиканского бюджета было выделено 1291,85 тыс. рублей на вакцину против туляремии.

В целом по республике за 2015 год охвачено вакцинацией против туляремии 898 человек (149% от годового плана) и ревакцинацией - 2270 человек (105,6% от плана).

Иммунизация против бешенства людей. Во исполнение постановления заместителя Главного государственного санитарного врача по РК от 27.03.2014 № 3 «О проведении вакцинации по эпидемическим показаниям против бешенства» с 2014 г. проводится профилактическая иммунизация против бешенства контингентов риска на территории МО ГО «Воркута», «Усинск», «Инта», МО МР «Ижемский», «Усть-Цилемский».

В 2015 г. охвачено профилактической вакцинацией против бешенства 615 человек и ревакцинацией 271 человек из групп риска.

Вопросы реализации национального календаря профилактических прививок ежегодно рассматриваются на иммунологической комиссии РК, республиканских совещаниях с руководителями учреждений здравоохранения, районных и городских санитарно-противоэпидемических комиссиях, медицинских советах и на медицинских конференциях.

На Санитарно-противоэпидемической комиссии РК в 2015 г. были заслушаны следующие вопросы:

–«Актуальные проблемы вакцинопрофилактики, осуществляемой в рамках национального календаря профилактических прививок в РК»

–«О предупреждении заболеваемости населения природно-очаговыми инфекциями на эндемичных территориях»

На иммунологической комиссии РК в 2015 г. были рассмотрены следующие вопросы:

–09.06.2015 г. «О выполнении Национального календаря профилактических прививок по итогам 2014 г., организация иммунопрофилактики против кори и полиомиелита»;

–25.12.2015 г. «О выполнении Национального календаря профилактических прививок по итогам 11 месяцев 2015 г., а так же по вопросам перехода с тривалентной на бивалентную полиомиелитную вакцину»

В 2015 г. вопрос «О выполнении Национального календаря профилактических прививок по итогам 2014 г. и первого полугодия 2015 г.» были рассмотрены на Санитарно-противоэпидемических комиссиях г. Сыктывкара, Ухты, Усинского, Усть-Куломского районов.

Министерством здравоохранения РК ежегодно организовываются и проводятся мероприятия в рамках Европейской недели иммунизации.

За 2015 год опубликовано 36 статей по вопросам иммунопрофилактики в городских и районных газетах. Проведены 2 пресс-конференции с участием главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения РК по вопросам иммунопрофилактики инфекционных заболеваний. На всех сайтах медицинских организаций есть информация по вопросам иммунопрофилактики. Проведено 1986 бесед с охватом 4220 родителей в детских образовательных учреждениях, 546 лекций с охватом 8820 родителей в школах по вопросам вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний. Проведен патронаж 153 семей, отказывающихся от прививок по религиозным соображениям, и 156 социально неблагополучных семей.

РАЗДЕЛ 9. РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

В течение 2015 г. внедрены следующие инновационные методы диагностики и лечения в деятельность государственных медицинских организаций:

ГАОУЗ РК «Консультативно-диагностический центр»:

- изучение уровня кальпротектина в кале методом ИХА;
- изучение уровня антител к рецептору ТТГ методом ИФА;
- изучение уровня антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барра методом ИФА;
- изучение уровня антител к ядерному антигену вируса Эпштейна-Барра методом ИФА;
- изучение уровня антител к Zebra-антигену вируса Эпштейна-Барра;
- изучение уровня АМГ (антимюллеров-гормона) в сыворотке крови;
- проведение механической щипцевой полипэктомии органов желудочно-кишечного тракта;
- внедрение методики «Виртуальная КТ-колоноскопия»;
- внедрение диагностической эпифаринголарингоскопии с забором морфологического материала.

ГБУЗ РК "Коми республиканская больница":

- внедрение методики остеосинтеза бедренной кости гвоздем с блокированием;
- внедрение операции лазерной дисцизии вторичной катаракты;
- внедрение операции транспедикулярного спондилодеза с выполнением паравертебральных доступов;
- внедрены современные эндоскопические операции на полости носа, околоносовых пазух, гортани;
- внедрение методики удаления внутримозговой гематомы с применением навигационной системы;
- внедрение методики аргон-плазменного плевродеза при буллезной болезни;
- внедрение операции торакоскопической верхней лобэктомии;
- внедрение интравитриальных операций на стекловидном теле;
- внедрение реконструктивно-пластических операций по удалению обширных дефектов лицевого скелета;
- внедрение методики удаления новообразований среднего уха;
- внедрение методики костно-пластической трепанации при патологии заднечерепной локализации;
- внедрение операции микроваскулярной декомпрессии при невралгии тройничного нерва по методике П.Джанетта;
- внедрение операции увулятомии с пластикой мягкого неба, септопластики, эмболизации питающих сосудов;
- внедрение субинтимальной ангиопластики сосудов нижних конечностей при диабетической ангиопатии.

ГУ «Коми республиканский онкологический диспансер»:

- внедрение методики лазерной центрации на гамматерапевтических аппаратах;
- внедрение методики физической радиомодификации на аппаратах гипертермии;
- внедрение методик видеоассистированных операций.

ГУ «Республиканская детская больница»:

- внедрение методики определения гидроксibuтиратдегидрогенезы в сыворотке крови;
- внедрение стимуляционных проб для диагностики СТГ-недостаточности;
- внедрение стимуляционных проб для диагностики задержки психического развития;
- внедрение стимуляционных проб для диагностики преждевременного полового развития;
- внедрение операции по наложению Т-образного анастомоза при атрезии тонкой кишки;

- внедрение однопортового доступа при грыжесечении;
- внедрение лапароскопической биопсии печени;
- внедрение динамометрии для оценки эффективности проведенной реабилитации детей с повреждением нижних конечностей;
- изучение уровня С-пептида в сыворотке крови;
- изучение уровня концентрации НСЕ;
- внедрение препарата "Силденофил" при лечении детей с БЛД;
- внедрение методики амплитудного ЭЭГ-мониторинга у новорожденных;
- внедрение методики вено-венозной гиперфльтрации;
- внедрение современной схемы ведения перитониального диализа;
- внедрение протокол лечения острого лейкоза МВ-2015;
- внедрение методики антенатальной диагностики врожденной патологии ОДА;
- внедрение операции теномиопластики по Краснову;
- внедрение методики лечения неправильно срастающихся переломов предплечья с использованием аппарата Minifix;
- внедрение методики лечения перелома бедра с использованием стержневого аппарата;
- внедрение торакоскопической пластики атрезии пищевода;
- внедрение аккупунктурной лапароскопической ирригографии;
- внедрение методики лапароскопического удаления хористан желудка;
- внедрение операции по наложению гепатоеюноанастомоза на изолированной петле по

Ру.

ГАУЗ РК "Республиканская стоматологическая поликлиника":

- внедрение методики использования экстракторов для удаления винтов с сорванной резьбой и удаления имплантатов;
- внедрение методики расщепления альвеолярного гребня с помощью специального набора Split Master;
- внедрение не прямой фиксации брекет-системы для увеличения точности позиционирования брекетов;
- внедрение методики использования магнитных фрез для синуслифтинга.

ГБУЗ РК "Ухтинский межтерриториальный родильный дом":

- внедрение методики изучения состояния плода с помощью лактат-метрии из кожи головки плода.

ГАУЗ РК "Республиканский центр микрохирургии глаза":

- внедрение методики оптической когерентной томографии;
- внедрение операции задней лазерной капсулотомии.

ГБУЗ РК "Республиканский кожно-венерологический диспансер":

- внедрение методики аппаратной трихоскопии;
- внедрение методики аппаратной дерматоскопии.

ГУ «Коми Республиканская психиатрическая больница»:

- внедрено использование инъекционного пролонгированного нейролептика Палиперидона пальмитат.

ГБУЗ РК «Республиканская инфекционная больница»:

- изучение уровня иммуноглобулинов на коклюшную инфекцию;
- внедрение методики лечения больных детей с хроническими гепатитами;
- внедрение методики диагностики клостридиальной инфекции.

ГБУЗ РК «Центр восстановительной медицины и реабилитации ветеранов войн и УБД»:

- внедрение методики использования средства "Тонус+П" для ингаляции при бронхиальной астме, хроническом обструктивном и необструктивном бронхите;
- внедрение методики применения воздействия ультразвука с гелем ДИП-релиф при заболеваниях суставов и позвоночника.

ГБУЗ РК «Бюро судебно-медицинской экспертизы»:

- внедрение методики работы с плоскостными изображениями черепа и прижизненными изображениями предполагаемых лиц с использованием программно-аппаратного комплекса по краниоцефальной идентификации личности TADD;
- внедрение методики работы с 3D-изображениями черепа и прижизненными изображениями предполагаемых лиц на программно-аппаратном комплексе по краниоцефальной идентификации личности TADD;
- внедрение методики обнаружения циталопрала (антидепрессант) в моче живых лиц;
- внедрение методики обнаружения оланзапина в биологическом материале;
- внедрение методики количественного определения азафена в биологическом материале;
- внедрение методики обнаружения синтетических каннабимиметиков (AB-CHMINACA и TMCP-2201) методом хромато-масс-спектрометрии;
- внедрение методики обнаружения гвайфенезина в моче трупов;
- внедрение методики обнаружения карбоксигемоглобина в гнилостно измененной крови;
- внедрение методики работы с 3D-изображениями повреждений при трасологических исследованиях;
- внедрение методики построения калибровочного графика для количественного определения лекарственных препаратов в биологическом материале с помощью программы Microsoft Excel.

ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника №3»:

- внедрение методики иглорефлексотерапии с использованием игл при неврозоподобных состояниях у детей (тики, энурезы, заикания);
- внедрение методики иглорефлексотерапии у детей и подростков (постановка игл) при дорсалгиях;
- внедрение методики электрофореза мидокалмом на области дна ротовой полости и мышц гортани при дизартриях, общем недоразвитии речи, логоневрозах у детей;
- внедрение методики электрофореза прозерина при мышечной гипотонии, энурезах и других неврологических заболеваниях у детей;
- внедрение методики электрофореза мексидола по эндоназальной методике при вегетативных дисфункциях, головных болях и утомляемости у подростков;
- внедрение методики рефлексотерапии при речевых нарушениях у детей младшего возраста с использованием аппарата «Конверт-Т-01»;
- использование «звуковых игр» в работе логопеда по развитию фонематического слуха у детей с фонематическим недоразвитием речи;
- внедрение методики В.В. Волиной «Занимательный материал» по развитию речи у детей, страдающих общим недоразвитием речи;
- внедрение методики интерференц-терапии на аппарате «Радиус» при острых болевых состояниях при неврологической и ортопедической нозологиях;
- внедрение методики функционального биоуправления, основанная на феномене Биологической обратной связи при заболеваниях, применяется при нарушениях осанки, плоскостопии;
- внедрение методики групповых коррекционных занятий с детьми дошкольного возраста с целью развития когнитивных функций при тяжелых неврологических заболеваниях;
- внедрение методики кинезиотерапии на основе методологии проприоцептивного нервно-мышечного проторения;
- разработка комплекса упражнений при плоско-вальгусной и варусной установке стоп для детей раннего возраста (от 1 до 3 лет) с элементами стопотерапии.

ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района»:

- внедрение методики лапароскопической предбрюшинной герниопластики (TAPP) при паховой грыже;
- внедрение современных методик реабилитации с применением роботизированных

комплексов «Locomat», «Tera Vital», Стабилоформы с БОС (биологическая обратная связь), велоэргометра с БОС.

ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская больница № 1»:

- внедрение методики однополюсного эндопротезирования тазобедренных суставов при субкапитальных переломах шейки бедра у пациентов пожилого возраста;
- внедрение оригинальной методики обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии специальным клипсом фирмы «Эскулап»;
- внедрение методики ушивания прободных язв лапароскопическим способом с использованием оригинальной нити «Авелок», не требующей формирования узла;
- внедрение методики лапароскопической предбрюшинной трансабдоминальной герниопластики с использованием герниостеплеров фирмы Ковидеон «Про-так» (спиральная форма скрепки);
- внедрение методики проксимальной резекции желудка при циррозах печени, осложненных портальной гипертензией и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода.

ГБУЗ РК «Сыктывкарская городская поликлиника № 3»:

- внедрение современной методики лечения ультразвуком трофических язв конечностей, диабетической стопы, острых и хронических гнойно-воспалительных заболеваний тканей с помощью аппарата «Сонока 180» (ультразвуковой диссектор-аспиратор);
- изучение уровня антител IgG к гепатиту А;
- изучение уровня суммарных антител (IgG+ IgM) к гепатиту С; HbsAg гепатита В;
- изучение уровня антител к гепатиту С (Core, NS3, NS4, NS5);
- изучение уровня свободного ПС-Антигена (используется как критерий для дифференциальной диагностики рака простаты и доброкачественной гиперплазии предстательной железы у пациентов с увеличенным уровнем общего ПСА).

РАЗДЕЛ 10. РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РК

Государственная программа РК «Развитие здравоохранения» утверждена постановлением Правительства РК от 28 сентября 2012 г. № 420, охватывает все направления деятельности отрасли здравоохранения региона. Реализация программы осуществляется по 11 подпрограммам с целью обеспечения доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения РК, передовым достижениям медицинской науки.

В 2015 г. обеспечивалось повышение доступности и качества медицинской помощи населению РК.

За 2015 год республика достигла значительных успехов в снижении младенческой смертности и попала в пятерку лучших регионов страны по показателям младенческой смертности.

В рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в РК проводилась работа по внедрению эффективных методов оплаты медицинской помощи в стационаре, в том числе переход на усовершенствованную модель оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

Исполнение подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи в 2015 г. составило 8 858,8 тыс. посещений, что составляет 97% от показателя 2014 года.

Отмечается рост объемов оказания неотложной помощи на 2% по сравнению с количеством посещений с неотложной целью, выполненных в 2014 г., что связано с организацией службы неотложной помощи в поликлиниках и переводом части объемов неотложной медицинской помощи со скорой медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап.

Исполнение норматива объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (число пациенто-дней на 1 жителя), составило 101%. Сложился высокий уровень исполнения объемов в дневном стационаре в связи с включением дополнительных объемов помощи, оказанной с проведением диализных процедур. В сравнении с уровнем исполнения объемных показателей в 2014 г., исполненный показатель в 2015 г. увеличился на 5%.

Норматив оказания помощи в стационарных условиях исполнен по сравнению с утвержденным на 107%. Количество койко-дней сократилось на 5% по сравнению с показателем 2014 г. и составило 2 589,3 тыс. койко-дней. Рост количества госпитализаций связан в основном с применением нового способа оплаты оказанной стационарной помощи за законченный случай лечения. Рост количества госпитализаций на 1 жителя составил 5 % по сравнению с уровнем, сложившимся в 2014 г.

Норматив количества вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя исполнен в размере 94,8 % по сравнению с утвержденным, по сравнению с 2014 г. не изменился. В течение 2015 г. скорая медицинская помощь оказана 295,6 тыс. жителей республики.

Обеспеченность врачами увеличилась по сравнению с 2014 г. на 1,0%, средним медицинским персоналом на 0,5 %.

На работу в учреждения здравоохранения, расположенные в сельской местности, прибыло 23 врача, 7 средних медицинских работников. Трудоустроились в учреждения здравоохранения, расположенные в поселках городского типа, 18 врачей, а по наиболее востребованным (дефицитным) специальностям - 14 врачей.

В результате проведения 36 лечебно-профилактическими учреждениями РК, в том числе 4 негосударственными, всеобщей диспансеризация населения:

диспансеризация определенных групп взрослого населения завершена в отношении 126,3 тыс. человек (92,9 % от годового плана), из них: работающих граждан – 76 630 человек,

неработающих граждан – 49 683 человек, прошедших диспансеризацию граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме – 1 972 человека, инвалидов и участников Великой Отечественной войны – 309 человек, представителей коренных малочисленных народов Севера – 7 человек;

диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проведена в отношении 1 598 детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (100% от годового плана).

В 2015 г. всеми учреждениями здравоохранения общей лечебной сети проведено 1,8 тыс. выездных акций с охватом медицинскими осмотрами, диагностическими исследованиями и консультациями специалистов более 104,4 тыс. человек, проживающих в сельской местности.

Завершены мероприятия по реорганизации сети учреждений здравоохранения РК в пяти муниципальных образованиях. Семь медицинских организаций были преобразованы в структурные подразделения пяти более крупных медицинских организаций.

В целом из 221 мероприятия государственной программы в полном объеме выполнены 209 (91,8 %).

Эффективность реализации подпрограммы оценивалась по 84 показателям. По итогам 2015 г. достигнуто 63 показателя.

Общее освоение средств республиканского бюджета по итогам реализации государственной программы РК «Развитие здравоохранения» в 2015 г. составляет 95,6% (плановое финансирование – 14 064 309,3 тыс. руб., фактическое исполнение – 13 449 812,0 тыс. руб.), в том числе в разрезе главных распорядителей бюджетных средств:

Министерство здравоохранения РК: освоение – 96,3% (плановое финансирование – 13 051 951,1 тыс. руб., фактическое исполнение – 12 564 257,1 тыс. руб.);

Министерство архитектуры, строительства и коммунального хозяйства РК: освоение – 89,7% (плановое финансирование – 987 608,4 тыс. руб., фактическое исполнение – 885 555,0 тыс. руб.).

Агентство по управлению имуществом: освоение – 0,0% (плановое финансирование – 24 750,0 тыс. руб., фактическое исполнение – 0,0 тыс. руб.).

Освоение средств республиканского бюджета по итогам 2015 г. в разрезе подпрограмм следующее:

подпрограмма 1: освоение – 87,9% (плановое финансирование - 795 654,3 тыс. руб., фактическое исполнение - 699 730,2 тыс. руб.);

подпрограмма 2: освоение – 96,2% (плановое финансирование - 2 556 464,4 тыс. руб., фактическое исполнение - 2 459 349,4 тыс. руб.);

подпрограмма 3: освоение – 98,1% (плановое финансирование - 671 356,8 тыс. руб., фактическое исполнение - 658 823,0 тыс. руб.);

подпрограмма 4: освоение – 91,3% (плановое финансирование - 1 227 277,2 тыс. руб., фактическое исполнение - 1 120 930,6 тыс. руб.);

подпрограмма 5: освоение – 87,0% (плановое финансирование - 198 167,9 тыс. руб., фактическое исполнение - 172 541,8 тыс. руб.);

подпрограмма 6: освоение – 96,3% (плановое финансирование - 67 309,4 тыс. руб., фактическое исполнение - 64 822,5 тыс. руб.);

подпрограмма 7: освоение – 80,7% (плановое финансирование - 1 314 601,2 тыс. руб., фактическое исполнение - 1 061 011,1 тыс. руб.);

подпрограмма 8: освоение - 99,7% (плановое финансирование - 7 233 478,2 тыс. руб., фактическое исполнение - 7 212 603,4 тыс. руб.).

Освоение средств территориального государственного внебюджетного фонда составило 99,9% (плановое финансирование – 14 316 895,6 тыс. руб., фактическое исполнение – 14 305 899,6 тыс. руб.)

Во исполнение **Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»**

Министерством здравоохранения РК проводится работа по обеспечению достижения целевых индикаторов следующих показателей:

- Смертность от болезней системы кровообращения
- Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)
- Смертность от туберкулеза
- Смертность от дорожно-транспортных происшествий
- Младенческая смертность

Смертность от болезней системы кровообращения.

Плановый показатель на 2015 год составил 509,0 фактический 575,4. Отклонение от прогнозируемого значения составляет +13,0%, в сравнении с аналогичным периодом 2014 г. увеличился на 7,2 % (536,8).

Анализ причин недостижения показателя позволил выделить следующее:

- увеличение лиц старших возрастных групп в числе умерших;
- позднее обращение населения за медицинской помощью;
- невыполнение стандартов, связанное с проживанием в отдаленных сельских территориях;
- низкая обеспеченность врачебным персоналом (39,9%);
- недостаточно эффективное диспансерное наблюдение и диспансеризация взрослого населения.

Меры по снижению смертности от болезней системы кровообращения:

- реализация новых мероприятий, направленных на здоровьесбережение населения, информирование о факторах риска развития болезней системы кровообращения: смс-рассылка информации, трансляция роликов на FM-каналах радио и в торговых центрах;
- лекарственное обеспечение больных;
- повышение профессиональных знаний и умений медицинских работников;
- разукрупнение терапевтических участков;
- медико-социальный патронаж лиц групп риска;
- предусмотрены меры для привлечения врачей;
- организация кабинетов доврачебного приема;
- повышение качества проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения (план диспансеризации на 2016 год увеличен более чем на 5 000 человек);
- увеличение объемов выездной работы учреждений здравоохранения;
- увеличение объемов высокотехнологичных оперативных вмешательств;
- изменение маршрутизации больных с ОНМК и ОКС в профильные отделения;
- создание филиала Территориального центра медицины катастроф в г. Ухта;
- организация первичного сосудистого отделения в г. Инта.

Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных). Плановый показатель на 2015 год составил 189,4 фактический 205,9 случая на 100 тыс. человек населения. Отклонение от прогнозируемого значения составляет +8,7%; в сравнении с аналогичным периодом 2014 г. увеличился на 3,5 % (213,3).

Необходимо отметить, что показатель смертности от новообразований в 2015 г. впервые за последние пять лет имеет тенденцию к снижению, которая наблюдается с начала года, но при этом превышает среднероссийские показатели.

Причины недостижения показателя:

- старение населения;
- позднее обращение за медицинской помощью и низкая санитарная грамотность населения;
- низкая онконастороженность медицинских работников;
- недостаточная доступность специализированной онкологической помощи;

Анализ причин недостижения показателя позволил выделить следующее:

* Выросла смертность: от рака желудка на 2%; от лейкемии на 44,8%; от рака грудной железы на 8,6%;

* Снижение смертности: от рака трахеи, бронхов, легких на 5,5 %; от рака кишечника на 23,9%; печени и желчевыводящих путей на 35,5%; поджелудочной железы на 19,2%.

Меры по снижению показателя смертности от новообразований.

- начало строительства корпуса онкологического диспансера (для размещения поликлинического отделения);
- реализация программ дополнительного обучения медицинских работников, включая обучение на «рабочем месте», проведение мастер-классов, лекций, семинаров с последующим тестированием специалистами Федеральных онкоцентров;
- повышение доступности специализированной онкологической помощи с организацией проведения химиотерапии в городах;
- развитие паллиативной помощи.

Смертность от туберкулеза.

Плановый показатель на 2015 год составил 12,9 фактический 11,0 случая на 100 тыс. человек населения. Отклонение от прогнозируемого значения составляет 14,7%.

Меры по снижению показателя смертности от туберкулеза.

Достижению данного показателя способствовал комплекс мер, основными из которых являлись:

- повышение охвата флюорографическим исследованием населения, туберкулинодиагностика и информирование населения о необходимости профилактических противотуберкулезных мероприятий.
- межведомственное взаимодействие с пенитенциарной системой (в части освободившихся из мест лишения свободы), с социальными службами, органами местного самоуправления в части медико-социального патронажа лиц из групп социального риска;
- наблюдаемое лечение больных

Смертность от дорожно-транспортных происшествий.

Плановый показатель на 2015 год составил 12,3 фактический 15,1 случая на 100 тыс. человек населения. Отклонение от прогнозируемого значения составляет +22,8%. В сравнении с аналогичным периодом 2014 г. наблюдается снижение на 11,2% (17,0 на 100 тыс. человек населения).

Анализ причин недостижения показателя позволил выделить следующее:

- рост показателя обусловлен немедицинскими причинами, связанными с несоблюдением правил дорожного движения водителями и пешеходами (превышение скоростного режима, выезд на встречную полосу движения, съезд с опрокидыванием в кювет, наезд на пешеходов).
- анализ случаев смерти показывает **абсолютную нерезервность** случаев гибели при ДТП по отрасли здравоохранения (травмы не совместимые с жизнью), что не позволяет планировать к реализации дополнительные меры.
- использование населением автотранспорта с низким уровнем оборудования системами активной и пассивной безопасности.
- меры, реализуемые Минздравом РК для достижения целевого значения показателя, являются достаточными.

Меры по снижению показателя смертности от дорожно-транспортных происшествий.

В 2015 г. по отрасли здравоохранения проведены следующие мероприятия:

- оперативный контроль оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях;
- обучение медицинских работников и сотрудников экстренных служб (МЧС, МВД);
- организация филиала Территориального центра медицины катастроф в г. Ухта

С учетом немедицинских причин роста смертности от ДТП, прогноз достижения целевого значения по данному показателю за 2016 г. мало информативен, и не может в полной мере отражать эффективность проводимых мероприятий, что подтверждают данные за январь 2016 г.

Смертность от ДТП повысилась на 51,3% - с 0,7 до 1,1 на 100 тыс. населения (на 3 человека - с 6 до 9).

Доля умерших на догоспитальном этапе от числа погибших в ДТП в январе 2016 г. практически не изменилась и составляет 71,8%.

Младенческая смертность.

Плановый показатель на 2015 год составил 5,8 фактический 4,6 случая на 1000 родившихся живыми. Отклонение от прогнозируемого значения составляет 20,7%.

Меры по снижению младенческой смертности.

Достижению данного показателя способствовал комплекс мер, направленных на снижение смертности от врожденных аномалий развития, на улучшение маршрутизации женщин с патологией беременности и экстрагенитальными заболеваниями и повышению навыков первичной реанимации новорожденных.

РАЗДЕЛ 11. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Расходы по отрасли «Здравоохранение» в 2015 г. за счет всех источников финансирования (рисунок 73) составили 21 981,9 млн. руб., что на 14% больше, чем в 2014 г. и на 4,9% меньше, чем в 2013 г., в том числе:

- 1) за счет средств федерального бюджета - 670,8 млн. руб.;
- 2) за счет средств республиканского бюджета РК (без учета трансфертов) - 5 441,7 млн. руб., с увеличением на 6,8 % по отношению к 2014 г., на 7,2 % - к 2013 г., из них:
 - расходы на оплату труда и начисления - 3 301,4 млн. руб. (меньше по отношению к 2014 г. - на 6,2 %, больше по отношению к 2013 г. - на 5,5 %);
 - на текущее содержание - 1 149,6 млн. руб. (по отношению к 2014 г. - меньше на 13,4 %, к 2013 г. - меньше на 23,3 %);
 - на увеличение стоимости основных средств - 114,2 млн. руб. (по отношению к 2014 г. - меньше на 39,5 %, к 2013 г. - меньше на 58,9 %);
 - капитальный ремонт учреждений - 135,9 млн. руб. (на 36,3 % больше, чем в 2014 г. и на 12,2 % меньше, чем в 2013 г.);
- 3) за счет расходов территориальных государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования - 14 297,8 млн. руб., с ростом на 7,9 % по отношению к 2014 г. и на 20% - к 2013 г.;
- 4) за счет средств от оказания платных услуг - 1 571,6 млн. руб., снижение на 1,3% по отношению к 2014 г., рост на 15% - к 2013 г.

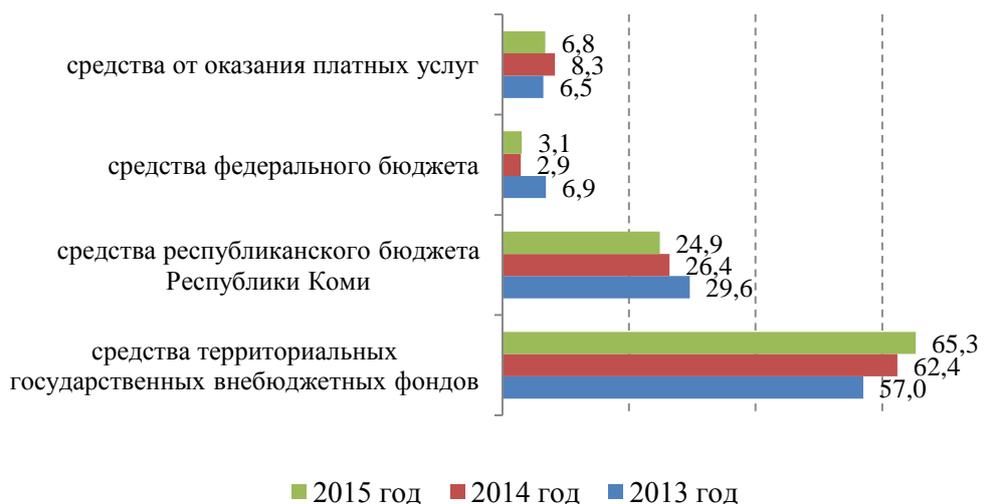


Рис. 73. Структура расходов по отрасли «Здравоохранение» по источникам финансирования в 2013-2015 гг. в процентах от общего объема средств

Учитывая ограниченность доходной части республиканского бюджета РК в 2015 г., произошло снижение доли расходов за счет средств республиканского бюджета РК.

Утвержденная стоимость Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (далее - Территориальная программа) в 2015 г. выросла на 6%, по сравнению с 2014 г. и составила 19 502,5 млн. руб. Доля финансирования Территориальной программы за счет средств консолидированного бюджета РК составила 28% от общего объема финансирования Территориальной программы.

Расходы на финансирование Территориальной программы за счет средств обязательного медицинского страхования выросли на 7,9% по сравнению с утвержденным уровнем 2014 г. Доля средств обязательного медицинского страхования в общем объеме финансирования Территориальной программы госгарантий составила 72%.

Подушевой показатель финансового обеспечения Территориальной программы в 2015 г. составил 21 290,95 руб. на 1 жителя и увеличился на 6% по сравнению с аналогичным показателем в 2014 г.

В 2015 г. утверждены следующие финансовые нормативы Территориальной программы:

Скорая медицинская помощь. Стоимость одного вызова составила 3 863,61 руб., что ниже уровня 2014 г. на 13%. На уменьшение данной стоимости повлиял тот факт, что в 2015 г. из финансового показателя были исключены расходы на санитарно-авиационную скорую помощь. В сравнении с 2014 годом стоимость одного вызова скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования выросла на 3%.

Амбулаторно-поликлиническая помощь. С 2015 г. финансовый норматив по амбулаторно-поликлинической помощи утвержден по целям посещений:

- на 1 посещение с профилактической и иными целями за счет средств республиканского бюджета РК - 1 184,62 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования - 616,04 руб.;

- на 1 обращение по поводу заболевания за счет средств республиканского бюджета РК - 2 898,73 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования - 1 725,97 руб.;

- на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме за счет средств республиканского бюджета РК - 788,57 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования - 788,57 руб.

Средняя стоимость одного посещения в 2015 г. составила 678,2 руб., что ниже в сравнении с 2014 годом на 7%.

Стационарная помощь. В 2015 г. финансовый норматив по стационарной помощи утвержден на 1 случай госпитализации. За счет средств республиканского бюджета РК составил 102 858,1 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования - 39 021,31 руб. В сравнении с 2014 годом стоимость 1 случая госпитализации за счет средств бюджета РК увеличилась на 18%, за счет средств обязательного медицинского страхования на 6%.

Стационарозамещающая помощь. Средняя стоимость одного пациенто-дня в дневном стационаре в 2015 г. за счет средств республиканского бюджета РК утверждена в размере 869,04 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования - 2 293,74 руб. По отношению к 2014 г. финансовый показатель за счет средств республиканского бюджета РК снизился на 7%, за счет средств обязательного медицинского страхования увеличился в 2 раза.

Утвержденные финансовые нормативы стоимости единицы объема медицинской помощи на 2015 г., в части обязательного медицинского страхования, соответствуют установленным федеральным нормативом. В части республиканского бюджета РК существуют отклонения.

Целенаправленное изменение структуры оказания медицинской помощи с упором на развитие самых доступных и не требующих существенных финансовых затрат амбулаторно-поликлинической помощи и помощи в дневных стационарах позволило значительно увеличить стоимость единицы объема такой помощи, а также соответственно перераспределить финансовые ресурсы здравоохранения.

На 2015 г. Территориальная программа госгарантий утверждена с профицитом (1,6 % от расчетной стоимости).

Позитивные изменения в финансировании Территориальной программы госгарантий обусловлены реализацией Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части увеличения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, а также выделения дополнительных средств из бюджетов субъектов Российской Федерации и федерального бюджета на повышение заработной платы медицинским работникам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Характеризуя состояние здоровья населения Республики Коми, нельзя не отметить наличие существенной дифференциации его показателей в территориальном отношении. Особенности здоровья населения и здравоохранения территорий Республики Коми говорят о схожести происходящих процессов в сфере охраны здоровья населения, что подтверждает необходимость значительно большего влияния здравоохранения на состояние здоровья населения с целью исправления сложившейся ситуации.

Настоящий доклад подготовлен для использования лицами, принимающими управленческие решения в области здравоохранения и специалистами по организации здравоохранения. Подготовленная информационно-аналитическая база данных может являться основой для определения стратегических целей, целевых ориентиров и приоритетов развития здравоохранения в Республике Коми.

Доклад содержит анализ основных детерминант общественного здоровья как в целом по республике, так и на территориальном уровне. В докладе обобщен опыт районов Республики Коми в сфере охраны здоровья населения, отмечены как достижения, так и существующие проблемы, возникающие на муниципальном и региональном уровнях.

Анализ особенностей здоровья населения и организации медицинской помощи направлен на обеспечение органов государственной власти Республики Коми аналитической информацией об уровне, структуре и основных тенденциях в здоровье населения, условиях и факторах, влияющих на здоровье различных групп населения. Использование данной информации позволит эффективно определять потребности и разрабатывать необходимые организационные мероприятия в области оказания лечебно-диагностической, профилактической, санитарной помощи и санаторно-курортного лечения для обеспечения соответствующего уровня общественного здоровья и совершенствования здравоохранения в нашей республике.

За последние годы мероприятия, проводимые на региональном уровне, привели к положительной динамике социально-экономического развития Республики Коми, положительно изменили основные процессы в сфере охраны здоровья граждан. Результаты 2015 года свидетельствуют о том, что позитивные тенденции сохраняются. Несмотря на незначительный прирост показателя смертности населения и снижение показателя рождаемости, сохраняется естественный прирост населения. Активно возвращается в сферу интересов здравоохранения профилактическая направленность.

Сохранение и укрепление здоровья населения Республики Коми обеспечит активизация первичной медицинской помощи, развитие высокотехнологичной медицинской помощи, а также разработка и внедрение инновационных методов диагностики и лечения, стимулирование рождаемости, обеспечение санитарно-эпидемиологического и экологического благополучия, развитие профилактики и реабилитации, оптимизация лекарственного обеспечения, внедрение системы управления качеством медицинской помощи, преодоление отставания сельского здравоохранения и защита прав пациента и медицинских работников. Совместная работа и согласованное взаимодействие всех уровней власти Республики Коми позволит существенно повысить доступность и качество медицинской помощи.