

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ ПО АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
(АМУРСТАТ)**

Без права опубликования
и тиражирования

**ЖЕНЩИНЫ И ДЕТИ
В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

по каталогу № 3.4

Благовещенск 2012

УДК 311(571.61)
ББК 65.24-05
Д30

Редакционная коллегия:
Е.Н. Гудим, Н.А. Левченко, Е. А. Бурлаев

Д30 Женщины и дети в Амурской области: Записка/Амурстат.- Б., 2012. – 46с.

В записке приведен статистический анализ основных показателей, характеризующих положение женщин и детей в демографической сфере, состояние здоровья матерей и детей, образование, воспитание и развитие детей. Дана оценка изменения возрастной и половой структуры женского и детского населения Амурской области, приведены показатели их медицинского обслуживания. Относительные показатели, характеризующие смертность и заболеваемость за 2011 год являются предварительными.

В приложении приведен табличный материал, где представлены сведения о текущей демографической ситуации; образовании, воспитании и развитии детей; изменении возрастно-половой структуры женщин и детей по городским округам и муниципальным районам.

Записка предназначена для управленческого персонала, научных работников лекторов, студентов, учащихся и других заинтересованных пользователей.

УДК 311 (571.61)
ББК 65.24-05

© Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Амурской области, 2012
E-mail: poste@amurstat.gks.ru
<http://amurstat.gks.ru>

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. ТЕКУЩАЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ.....	5
2. ЖЕНЩИНЫ И СМЕРТНОСТЬ.....	13
3. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА.....	21
4. СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	28
5. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНО- ГО ПРОЕКТА «ОБРАЗОВАНИЕ».....	32
6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	36
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	38
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОЯСНЕНИЯ.....	47

Введение

Проведение эффективной политики в интересах детей является одной из важнейших задач цивилизованного государства. В своем Послании Федеральному Собранию в декабре 2010 года президент Медведев подчеркнул, что нам жизненно необходима эффективная государственная **политика в области детства и материнства**. Политика современная, политика, которая отвечает интересам национального развития. При этом он определил меры по улучшению демографической ситуации: повышение доступности и качества медицинской, а также социальной помощи матерям и детям, развитие программы "Родового сертификата"; проведение технологической модернизации детских поликлиник и больниц, повышение квалификации их сотрудников; поддержка молодых и многодетных семей; меры по радикальному увеличению количества семей с тремя и более детьми; введение для семей с тремя и более несовершеннолетними детьми дополнительных налоговых преференций; реконструкция старых и строительство новых детских садов, отвечающих современным требованиям.

В России в настоящее время реализуется Федеральная целевая программа «Дети России». Для оценки эффективности проводимых государством мер проводится мониторинг положения детей. Ежегодный государственный доклад о положении детей подготавливается правительством (на основе данных государственной статистики, материалов федеральных органов исполнительной власти, субъектов Российской Федерации, результатов научных исследований).

Целью настоящей записки является статистический анализ положения женщин и детей в Амурской области по следующим направлениям:

- текущая демографическая ситуация;
- состояние здоровья детей и матерей;
- образование, воспитание и развитие детей;

1. Текущая демографическая ситуация

Численность мужчин и женщин в межпереписной период (1989-2002гг.), как видно из таблицы 1, заметно сократилась (главным образом в результате значительного миграционного оттока за пределы области). При этом интенсивность выбытия мужчин была выше, что привело к изменению соотношения полов.

Если на момент переписи населения 1989 года на 1000 мужчин приходилось 1002 женщины, то на момент переписи населения 2002 года – 1073. На изменение соотношения полов влияла и высокая смертность мужчин.

В последний межпереписной период (2002 - 2010гг.) диспропорция по полу продолжала расти, но меньшими темпами. В 2010 году на 1000 мужчин приходилось 1108 женщин. Причем если в трудоспособном возрасте в расчете на 1000 мужчин приходится 914 женщин, то в старших возрастах – 2504 женщины.

Степень старения мужчин и женщин различаются. Если среди мужчин удельный вес лиц в возрасте 60 лет и старше составил 11,7%, то среди женщин –

18,7%. Причина - в более высокой смертности мужчин, особенно в трудоспособном возрасте. Общий коэффициент смертности мужчин был выше коэффициента смертности женщин в 1,5 раза, в трудоспособном возрасте – в 3,3 раза. Средний возраст мужчин составил в 2010 году 34,9 лет, женщин – 39,1 лет.

Таблица 1

Динамика численности мужчин и женщин

	1989г. (перепись)		2002г. (перепись)		2010г. (перепись)	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Все население, человек	524570	525675	435483	467361	393787	436316
в том числе:						
0-15 лет	153702	149769	93187	88880	77098	73528
16-54 (59)	333668	287211	295288	279136	270583	247332
55 (60) лет и старше	37199	88695	46829	99192	46104	115452
В процентах						
Всего, тыс. человек	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
в том числе:						
0-15 лет	29,3	28,5	21,4	19,1	19,6	16,9
16-54 (59)	63,7	54,6	67,8	59,7	68,7	56,7
55 (60) лет и старше	7,0	16,9	10,8	21,2	11,7	26,4

Существуют социально-территориальные различия в удельном весе женщин. Так, среди городского населения по переписи 2010 года доля женщин составила 53,7%, среди сельского населения – 50,3%. Выше среди горожан доля женщин, находящихся в детородном возрасте (15-49 лет) – соответственно 27,6% и 23,4%.

Таблица 2

Численность и удельный вес женщин в городской и сельской местности

	1989г. (перепись)		2002г. (перепись)		2010г. (перепись)	
	город	село	город	село	город	село
Все население, человек	714216	336026	594386	308458	554572	275531
в том числе:						

	1989г. (перепись)		2002г. (перепись)		2010г. (перепись)	
	город	село	город	село	город	село
женщины	362545	163130	313156	154205	297733	138583
из них в возрасте:						
15-49 лет	189853	76443	175840	77468	152971	64434
В процентах						
Все население	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
в том числе:						
женщины	50,8	48,5	52,7	50,0	53,7	50,3
из них в возрасте:						
15-49 лет	26,6	22,7	29,6	25,1	27,6	23,4

Численность детей в возрасте до 18 лет на начало 2011 года составила 169,6 тыс. человек, или 20,5% численности населения области. По сравнению с 2001 годом доля детей в населении сократилась на 4,9 процентного пункта (п.п.). За 2001-2010 годы численность детей уменьшилась на 27,5%.

Это уменьшение обусловлено резким падением **рождаемости** в 1990-е годы. Так, абсолютная численность родившихся в Амурской области снизилась с 17,1 тыс. человек в 1990 году до 10,5 тыс. человек в 1995 году. Общий коэффициент рождаемости составил в 1995 году 10,6 промилле против 16,2 в 1990 году.

Таблица 3

Динамика численности и удельного веса детей и подростков Амурской области

Возраст (лет)	На начало года				
	1990	1995	2000	2001	2011
Все население, человек	1055337	995012	935607	923055	828660
в том числе в возрасте, лет:					
0-17	335677	296497	245744	234075	169606
в процентах к общей численности населения	31,8	29,8	26,3	25,4	20,5

В сельской местности снижение рождаемости происходило более высокими темпами, чем в городских поселениях. Если в городской местности общий коэффициент рождаемости уменьшился на 32,0%, то в сельской – на 39,2%.

Резкий спад рождаемости в первой половине 1990-х был связан с ухудшением возрастной структуры женщин репродуктивного возраста (сокращением численности женщин наиболее активного репродуктивного возраста), а также с уменьшением возрастных коэффициентов рождаемости.

Таблица 4

**Динамика чисел родившихся и общего коэффициента
рождаемости в Амурской области в 1990-2011 гг.**

Годы	Число родившихся, человек			Общий коэффициент рождаемости (число родившихся на 1000 жителей)		
	всего	город	село	всего	город	село
1990	17087	10805	6282	16,2	15,0	18,9
1995	10533	6800	3733	10,6	10,2	11,5
2000	9433	6044	3389	10,2	9,8	10,9
2001	9995	6345	3650	10,9	10,4	11,9
2002	10468	6654	3814	11,6	11,1	12,4
2003	11097	7025	4072	12,4	11,9	13,3
2004	11020	6978	4042	12,4	11,9	13,3
2005	10659	6893	3766	12,1	11,8	12,5
2006	10391	6487	3904	11,8	11,3	12,9
2007	10956	6835	4121	12,6	12,0	13,7
2008	11218	7045	4173	12,9	12,4	13,9
2009	11397	7175	4222	13,2	12,7	14,1
2010	11479	7239	4240	13,8	13,0	15,4
2011	11211	7099	4112	13,6	12,9	15,1

Последнее обстоятельство свидетельствует о массовой распространенности внутрисемейного ограничения рождаемости. Рассмотрим динамику общего коэффициента рождаемости за последние 20 лет с помощью индексного метода, который позволит выявить роль каждого из структурных факторов, обусловивших изменение уровня рождаемости.¹⁾

¹⁾ Техника расчетов предложена В.А.Борисовым (см.: Борисов В.А. Демография: Учебник для вузов. М., 1999. С.148)

Таблица 5

**Компоненты изменений общего коэффициента рождаемости
в Амурской области в отдельные периоды 1990-2009 гг.
(в % к величине коэффициента в начале каждого периода)**

Годы	Изменение общего коэффициента рождаемости за период	В том числе за счет изменения		
		доли жен- щин 15-49 лет в населении	возрастной струк- туры женского репродуктивного контингента	возрастных коэффициентов рождаемости
Все население				
1990-1995	-34,6	+4,9	-5,9	-34,5
1995-2000	-3,8	+4,1	+2,9	-11,1
2000-2003	+21,5	+1,8	+3,4	+16,3
2003-2006	-4,8	-1,5	+4,2	-7,5
2006-2007	+6,8	-0,3	+1,1	+6,0
2007-2008	+2,4	-1,7	+3,1	+1,0
2008-2009	+2,3	-1,4	+2,8	+0,9

В период 1990-1995 годов общий коэффициент рождаемости сократился почти на 35% (вторая колонка таблицы), при этом у сельского населения это сокращение было большим, чем городского, соответственно на 39% и 32%. Несмотря на рост доли женщин 15-49 лет в населении, два других фактора (старение женского репродуктивного контингента и уменьшение возрастных коэффициентов рождаемости) способствовали снижению коэффициента рождаемости.

В 1995-2000 гг. общий коэффициент рождаемости снизился на 3,8% (у городского населения - на 3,9%, у сельского - на 5,2%). Разложение этого снижения по структурным факторам показывает, что в городской местности уменьшение общего коэффициента в это период было исключительно результатом снижения рождаемости (в сельской еще и за счет ухудшения возрастной структуры женского репродуктивного контингента). Индекс изменения общего коэффициента рождаемости за счет изменения возрастных коэффициентов рождаемости в последней колонке таблицы 2 показывает снижение на 11,1%.

В 2000-2003 годах общий коэффициент рождаемости увеличился на 21,5%, в том числе у городского - на 21,4, у сельского - на 22,0%. С помощью индексного метода можно видеть, что общее увеличение на 3/4 было результатом именно роста рождаемости, в то время как чуть меньше четверти роста коэффициента было обусловлено изменением возрастной структуры населения (увеличением доли женщин 15-49 лет в населении и омоложением женского репродуктивного контингента).

На повышение рождаемости, оказали влияние реализация ранее отложенных рождений поколения, рожденного в 1970-е годы, и которое в 1990-е годы

входило в наиболее активный детородный возраст (20 - 29 лет), и реализация относительно высокого уровня репродуктивных планов поколения, рожденного в первой половине 1980-х годов.

В 2003-2006 годах общий коэффициент рождаемости вновь снизился на 4,8%, что было связано с уменьшением доли женщин 15-49 лет в населении, но главным образом с ухудшением возрастных коэффициентов рождаемости, т.е. собственно рождаемости.

В 2007 году общий коэффициент рождаемости вновь вырос на 6,8%. Из таблицы 5 видно, что ведущим фактором увеличения коэффициента рождаемости был рост интенсивности (частоты) рождений. Росту рождаемости способствовало также улучшение возрастной структуры женского репродуктивного контингента.

Увеличение числа рождений в 2008 году по сравнению с предыдущим годом связано в первую очередь с улучшением возрастной структуры женского населения, тогда как в 2007 году ведущим фактором увеличения коэффициента рождаемости был рост интенсивности (частоты) рождений.

В 2009 году по сравнению с предыдущим годом структура факторов роста коэффициента рождаемости почти не изменилась.

В 2011 году по сравнению с предыдущим годом повысилась доля рождений второй и последующей очередности среди женщин активного репродуктивного возраста, причем среди женщин 20 - 24 лет и 25-29 лет отмечен рост рождений детей второй и последующей очередности, а среди женщин 35- 39 лет – второй и пятой очередности. Доля первенцев снизилась во всех возрастных группах.

Таблица 6

Распределение родившихся детей по возрасту матери и очередности рождения

Возрастные группы, лет	Доля родившихся определенной очередности	В том числе по очередности рождения				
		первым	вторым	третьим	четвертым	пятым и более
2010г.						
15-19	100,0	91,1	8,6	0,3	-	-
20-24	100,0	72,1	22,9	4,0	0,8	0,2
25-29	100,0	44,2	43,4	9,1	2,3	1,0
30-34	100,0	18,1	53,0	20,3	5,2	3,4
35-39	100,0	10,8	43,3	28,0	10,5	7,4
40-44	100,0	12,4	31,9	26,8	15,5	13,4
45-49	100,0	-	-	-	-	100,0
Всего	100,0	50,0	35,2	10,2	2,9	1,7
2011г.						
15-19	100,0	91,0	8,4	0,4	0,1	-
20-24	100,0	70,8	24,1	4,4	0,5	0,2
25-29	100,0	42,4	44,0	9,7	2,7	1,2
30-34	100,0	17,5	53,7	19,6	5,4	3,8

Возрастные группы, лет	Доля родившихся определенной очеред-	В том числе по очередности рождения				
		первым	вторым	третьим	четвертым	пятым и более
35-39	100,0	10,8	45,2	26,6	9,6	7,8
40-44	100,0	6,4	28,6	32,9	15,7	16,4
45-49	100,0	-	-	-	-	-
Всего	100,0	47,6	36,5	10,9	3,0	2,0

Увеличение удельного веса рожденных за счет старших очередностей рождения в 2011 году свидетельствует о росте влияния на него мотивационных факторов. Однако достигнутый прирост не смог компенсировать снижение числа первенцев, в результате чего число родившихся по сравнению с предыдущим годом сократилось.

Сложившийся уровень суммарной рождаемости (число детей, рожденных женщиной в течение жизни) составил, по предварительной оценке, в 2011 году 1,69 рождения на одну женщину в возрасте 15 - 49 лет, оставаясь ниже уровня, необходимого для простого численного замещения поколений родителей их детьми (2,14-2,15 рождения на одну женщину).

Неблагоприятно сказывается на ситуации с рождаемостью ухудшение брачно-семейных отношений. За 1990–2011 годы число ежегодно регистрируемых браков уменьшилось с 10045 до 8255 (на 18%), число разводов увеличилось с 4148 до 5122 (на 23%). В расчете на 1000 населения общий коэффициент брачности превысил показатель 1990 года (соответственно 10,0 и 9,5), а общий коэффициент разводимости был в 1,6 раза выше, чем в 1990 году – 6,2 и 3,9. В 2011 году в области на 1000 заключенных браков приходилось 620 разводов, в 1990 году – 413.

В 2001-2011 годы показатели регистрируемой брачности в Амурской области, несмотря на колебания, имели тенденцию к росту, чему способствовала благоприятная возрастная структура населения. Число мужчин и женщин в основных бракоспособных возрастах до 35 лет увеличивалось за счет относительно многочисленных поколений, родившихся в 1980-е годы.

Таблица 7

Динамика показателей брачности и разводимости в Амурской области

На 1000 населения¹

	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Число браков	9,5	7,5	6,4	7,8	8,7	8,5	9,2	9,5	10,0
Число разводов	3,9	5,2	4,1	4,7	5,8	5,8	5,9	5,3	6,2
Число разводов на 1000 браков	413	688	640	604	666	688	639	568	620

¹ Коэффициенты брачности и разводимости за 2005-2009 гг. рассчитаны без учета итогов ВПН-2010

Серьезным фактором, негативно влияющим на уровень рождаемости, является рост внебрачной рождаемости. Если в 1990 году доля внебрачных рождений составляла 19,0%, то в 2000 году – 37,5%. Иначе говоря, доля внебрачных рождений выросла в два раза. Рост внебрачной рождаемости отражает кризисные явления в жизни российской семьи как социального института. Распределение внебрачной рождаемости имеет два пика: первый в возрасте до 20 лет и второй – в возрасте 40-49 лет.

Если первый пик внебрачной рождаемости отражает рост подростковых рождений и является результатом нежелательной беременности, то второй говорит о том, что в старших возрастах внебрачные рождения являются результатом сознательного отказа от регистрации брачных отношений.

В последние годы доля внебрачных рождений в общем числе рождений уменьшается (с 39,4 в 2007 году до 34,4% в 2011 году). Среди женщин моложе 18 лет, доля внебрачных детей вдвое выше – 80,4%.

В целом удельный вес внебрачных рождений среди молодежи увеличился по сравнению с предыдущим годом на 2,7 п.п.

В городской местности удельный вес внебрачных рождений в 2011 году составил 30,5%, в сельской – 41,1%.

Таблица 8

Численность детей, родившихся вне зарегистрированного брака

	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Число родившихся вне зарегистрированного брака, человек	3247	2891	3537	4171	4319	4304	4269	4011	3857
В % к общему числу родившихся детей	19,0	27,4	37,5	39,1	39,4	38,4	37,5	34,9	34,4
Число родившихся вне зарегистрированного брака у женщин в возрасте до 18 лет, человек	328	301	277	284	259	247	202	181	180
В % к числу всех родившихся у женщин в возрасте до 18 лет	45,6	50,5	73,1	75,3	76,2	78,4	73,5	77,7	80,4

Невысокая рождаемость и массовое распространение малодетности во многом связаны с изменением репродуктивных и семейных ценностей, происходящим в России.

В связи с этим встает вопрос о том, в какой степени повлияли новые меры поддержки семьи на повышение рождаемости в России и ее регионах в последние годы. Судя по динамике общего коэффициента рождаемости прирост рождаемости произошел в первую очередь за счет роста числа молодых матерей, родившихся в 1980-е годы- годы относительно высокой рождаемости. Помимо уве-

личения числа молодых матерей также действовал фактор реализации отложенных в прошлые годы рождений. После 2011 года начнется быстрое сокращение численности молодых матерей.

В ходе выборочного обследования семьи и рождаемости, проведенного в 2009 году в 30 субъектах Российской Федерации (в том числе и Амурской области) выяснялось отношение населения к социально-демографической политике государства.

Для анализа оценки степени влияния новых мер демографической политики на рождение ребенка, в исследовании был задан вопрос женщинам, у которых родился ребенок в 2007-2009 годах. Новые меры демографической политики, по мнению подавляющего большинства ответивших не повлияли на их решение родить ребенка в течение последних двух лет. Только по мнению чуть более 8% женщин и, по мнению около 10% мужчин, ребенок, благодаря этим мерам, появился раньше запланированного срока, и только около 5,5% женщин и 5,6% мужчин приняли решение о рождении ребенка, ранее не планировавшегося. Значит, так или иначе эти меры повлияли на рождение ребенка у 13,5% женщин и 15,3% мужчин. Четверть опрошенных женщин, родивших второго ребенка в 2007-2009 годах, отметили, что на это тем или иным образом повлияло начало реализации мер демографической политики. По мнению авторов исследования, на основании анализа влияния ценности двоих детей у респондентов можно предположить следующее. На систему ценностей и степень реализации потребностей в детях эта политика в действительности повлияла и повлияет в более долгосрочной перспективе, если предлагаемые меры будут индексироваться и постепенно развиваться.²

2. Женщины и смертность

В первой половине 1990-х годов в стране и области происходило резкое снижение продолжительности жизни в результате роста смертности. После 1994 года продолжительность жизни в Амурской области возростала, достигнув к 1998 году 58,9 года у мужчин и 70,8 года у женщин. В 1999-2004 годах продолжительность жизни снова уменьшалась. В 2005 году продолжительность жизни в Амурской области увеличилась на 0,03 года, причем рост отмечался лишь у женщин. Продолжительность жизни мужчин была на 4,8 года, а женщин на 4,6 года ниже, чем в России.

В 2006-2007 годах средняя продолжительность предстоящей жизни населения Амурской области выросла почти на 3,5 года и составила 63,9 года, Такая тенденция была характерна почти для всех субъектов Российской Федерации. В 2008 году продолжительность жизни населения области снизилась у мужчин на 0,39 лет, у женщин – на 0,35 лет и составила соответственно 57,8 и 70,0 лет.

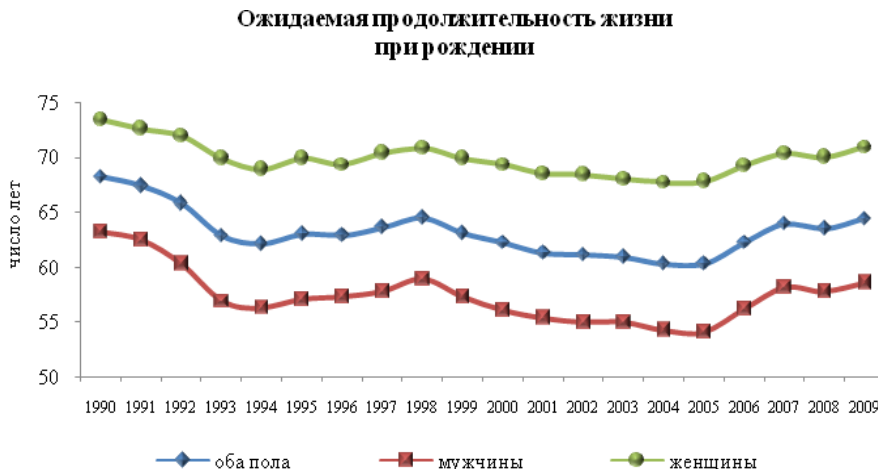
В 2009 году средняя продолжительность предстоящей жизни населения Амурской области, по сравнению с предыдущим годом, увеличилась почти на

² Семья и рождаемость: Основные результаты выборочного обследования.2009 год./Росстат.М.:ИИЦ «Статистика России», 2010, с.94

0,9 года и составила 64,4 года. Среди мужчин средняя продолжительность жизни выросла на 0,8 года, женщин - на 0,9 года.

Разрыв в продолжительности жизни составил 12,3 года в пользу женщин.

График 1



Различия в продолжительности жизни обусловлены различиями в уровне смертности мужчин и женщин. Как видно из таблицы 10, в 2009 году уровень смертности мужчин выше, чем женщин, на 1,432 (1739,1/1214,3) , или на 43,2%.

Таблица 9

**Уровень смертности мужчин и женщин
в расчете на 100 000 населения**

	2008г.		2009г.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Всего	1805,5	1242,3	1739,1	1214,3
В том числе:				
0-14	175,8	162,8	187,9	120,5
15-59	1310,1	514,2	1206,3	476,9
60 и старше	8134,6	5136,4	8049,8	5050,0

В силу более высокой продолжительности жизни женщин по сравнению с мужчинами их возрастная структура в среднем старше аналогичной структуры мужского населения. Стандартизация коэффициентов смертности позволяет устранить влияние различий возрастной структуры мужского и женского населения на величину общих коэффициентов смертности.

Таблица 10

**Стандартизованные коэффициенты смертности мужчин и женщин
(число умерших в расчете на 100 000 населения)**

	2008г.		2009г.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Всего	2376,0	1174,4	2319,1	1123,9
В том числе:				
0-14	171,0	157,3	182,4	116,0
15-59	1407,0	505,8	1291,2	465,5
60 и старше	9162,8	5152,3	9240,1	5060,9

Результат расчета показывает, что на самом деле смертность мужчин выше, чем смертность женщин, не на 43,2%, а в 2,1 раза (2319,1/1123,9).

Темпы снижения уровня смертности у мужчин и женщин в 2009 году с учетом стандартизации коэффициентов различались (соответственно 2,4% и 4,3%).

Разной была динамика уровня смертности и в различных возрастных группах. Среди женщин во всех возрастных группах отмечалось снижение смертности (особенно в возрасте 0-14 лет). Среди мужчин снижение смертности наблюдалось только в трудоспособных возрастах.

Изучение структуры уровня смертности по причинам смерти - необходимое условие в исследовании факторов смертности. Причины смерти связаны с условиями жизни и труда людей, с их образом жизни. Изучая структуру смертности по причинам смерти, можно установить роль тех или иных природных и социальных факторов, объективных и субъективных, зависящих и не зависящих от воли отдельного человека.

Для характеристики уровня смертности по причинам смерти используются два основных типа показателей: общие и возрастные коэффициенты.

Ввиду того, что общие коэффициенты смертности, дифференцированные по множеству причин смерти, представляют собой очень малые числа, их выражают не в промилле, а в расчете на сто тысяч человек. Общие коэффициенты смертности по причинам смерти имеют те же недостатки, что и недифференцированные общие коэффициенты, т.е. зависят от различий возрастной структуры населения. Поэтому их необходимо стандартизовать, чтобы избавиться от влияния особенностей возрастной структуры. Изменения структуры уровня смертности по причинам смерти в Амурской области в 2009 году показаны в таблице 12. Показатели в таблице стандартизованы по возрастной структуре населения Росстатом (прямым методом), так что они сопоставимы и по полу, и в динамике.

Таблица 11

Структура смертности по причинам смерти в Амурской области

(стандартизованные коэффициенты смертности по основным классам причин смерти и их удельный вес в процентах к общему коэффициенту)

Основные классы причин смерти	Коэффициенты (на 100 000 жителей соответствующего пола)		Удельный вес умерших от данного класса причин смерти в общем числе умерших (в процентах)	
	2008	2009	2008	2009
Мужчины				
Всего умерших от всех причин	2376,0	2319,1	100,0	100,0
в том числе от:				
болезней системы кровообращения	1232,6	1228,1	51,9	53,0
новообразований	243,0	270,1	10,2	11,6
несчастных случаев, отравлений и травм	411,2	372,4	17,3	16,1
болезней органов дыхания	118,6	122,4	5,0	5,3
болезней органов пищеварения	91,2	85,2	3,8	3,7
инфекционных и паразитарных болезней	65,9	67,6	2,8	2,9
всех прочих	213,4	173,3	9,0	7,5
Женщины				
Всего умерших от всех причин	1174,4	1123,9	100,0	100,0
в том числе от:				
болезней системы кровообращения	669,4	670,8	57,0	59,7
новообразований	130,1	124,9	11,1	11,1
несчастных случаев, отравлений, и травм	109,7	102,4	9,3	9,1
болезней органов дыхания	39,6	35,1	3,4	3,1

Основные классы причин смерти	Коэффициенты (на 100 000 жителей соответствующего пола)		Удельный вес умерших от данного класса причин смерти в общем числе умерших (в процентах)	
	2008	2009	2008	2009
болезней органов пищеварения	55,7	58,9	4,7	5,2
инфекционных и паразитарных болезней	19,9	15,5	1,7	1,4
всех прочих	150,0	116,3	12,8	10,3

Из таблицы видно, что в 2009 году у женщин уровень смертности снизился по четырем основным классам причин смерти, за исключением болезней системы кровообращения и болезней органов пищеварения, тогда как у мужчин произошло снижение уровня смертности по трем основным классам причин смерти (болезни системы кровообращения, несчастные случаи, отравления и травмы, болезни органов пищеварения).

Обращает на себя внимание то, что 81% всей смертности у мужчин и 80% у женщин приходится всего на три класса причин смерти. Это болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи, отравления и травмы. Следует заметить, что все эти причины в большой степени носят «поведенческий» характер, обусловлены в значительной степени образом жизни людей, отношением людей к своему здоровью, их самосохранительным поведением. Здоровье и продолжительность жизни все в большей степени начинает зависеть от воли и усилий самого человека, отдельной личности.

Представляет интерес анализ смертности женщин от «чисто женских» причин смерти, прежде всего таких, как материнская смертность и смертность от рака женских половых органов.

Рассмотрим динамику смертности женщин от данных причин, используя в качестве индикаторов показатель смертности в возрасте 15-49 лет для 19-летнего периода (с 1992 по 2010г.).

Коэффициент материнской смертности относительно 1992 года снизился. Так, если в 1992 году он составлял 54,3, в 2000 году – 42,4, то в 2010 году – 34,8.

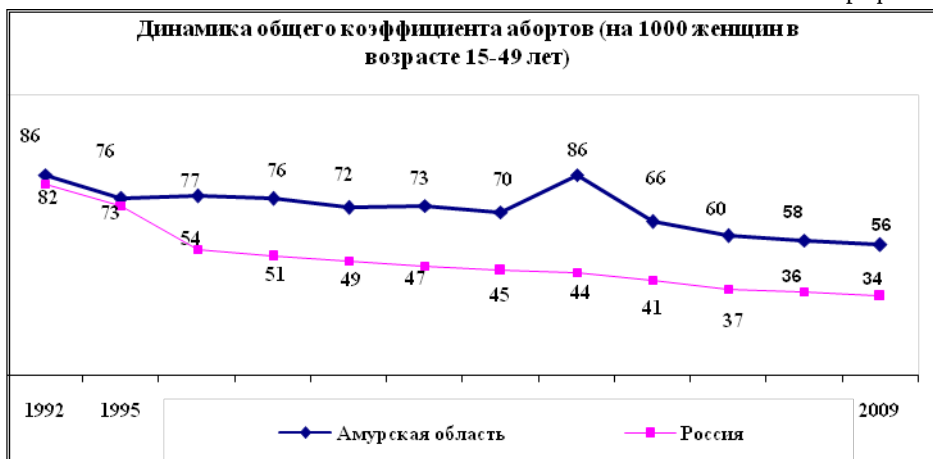
График 2



Тем не менее, уровень материнской смертности остается достаточно высоким – в 2010 году он составил 34,8 случая на 100000 родившихся живыми, что примерно вдвое выше среднероссийского показателя.

В структуре причин материнской смертности в последние годы увеличилась доля умерших от акушерской эмболии и других причин акушерской смерти. При этом смертность от аборта снижалась и в 2005-2010 годах не зафиксировано ни одного случая. Следует иметь в виду, что речь идет о статистически малых абсолютных величинах (1-3 человека), вследствие чего относительные показатели могут сильно колебаться от года к году.

График 3



Основной путь снижения материнской смертности – это сокращение числа **абортов**. По сравнению с 2000 годом наблюдается уменьшение числа абортотв на 1,6 раза. В 2011 году в среднем по области этот показатель составил 54 аборта на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет против 77 в 2000 году (в 2010г. – 52). Несмотря на то, что в последние годы в области отмечается снижение уровня абортов, он до сих пор остается одним из самых высоких в стране.

Так, в 2009 году Амурская область по коэффициенту абортов находилась на пятом месте среди субъектов Российской Федерации, уступая лишь Республике Алтай и Ненецкому автономному округу, Магаданской и Новосибирской областям.

Таблица 12

Прерывание беременности (аборты)

	2000	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Число абортов - всего, единиц	19928	17622	21440	14608	13759	13020	12126	11679
на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет	77	70	86	60	57	56	52	54
на 100 родов	211	160	201	133	123	114	106	105

В 2011 году число абортов у первобеременных по сравнению с 2000 годом уменьшилось на 8%.

Положительной тенденцией является сохранение тенденции к снижению числа абортов во всех возрастных группах.

Таблица 13

Прерывание беременности (аборты) по возрастным группам женщин

	2000	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Всего абортов (включая мини-аборты), единиц	19928	18377	21440	16217	14608	13759	13020	12126	11679
в том числе у женщин в возрасте, лет:									
до 15	64	10	6	6	8	14	13	14	5
15-19	2177	1977	1759	1574	1471	1373	1112	918	786
20-34	14303	13584	16521	12076	10871	10218	9650	9175	8767
35 и старше	3384	2806	3154	2561	2258	2154	2245	2019	2121
Число абортов на 1000 женщин в возрасте, лет:									

	2000	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
до 15	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
15-19	52	47	44	40	42	43	40	31	32
20-34	138	129	150	110	97	91	86	73	84
35 и старше	14	12	13	11	9	9	9	7	9
Число мини-абортов, единиц	6000	4772	4186	4199	4460	4028	3985	3667	3315
Число абортс у первобеременных ¹⁾ , единиц	956	986	1174	1202	1117	1081	1047	882	883

Смертность женщин в возрастах старше 15 лет от злокачественных новообразований женских половых органов в целом за последние годы стабилизировалась.

Вместе с тем особую тревогу вызывает смертность женщин от рака молочной железы. Коэффициент смертности женщин от рака молочной железы в 2011 году был на 56% выше, чем в 1992 году. Вероятно, рост смертности связан с поздним выявлением данной патологии. Необходимы меры, направленные на проведение соответствующих профилактических мер со стороны областной системы здравоохранения.

Динамика смертности от рака шейки матки за последние три года относительно благоприятна, однако уровень ее все еще высок.

Формально вклад указанных причин смерти в динамику ожидаемой продолжительности жизни невелик, однако новообразования женской половой сферы относятся к устранимым причинам смерти, что позволяет снижать смертность более эффективным лечением.

Таблица 14

Смертность женщин в возрасте старше 15 лет от отдельных злокачественных образований

На 100000 женщин в возрасте 15 лет и старше

	1992	1995	2000	2005	2009	2010	2011
Смертность от злокачественных образований женских половых органов							
в том числе:							
рак шейки матки	7,9	14,3	11,4	12,1	11,3	11,5	13,6
рак молочной железы	21,7	22,5	30,0	31,7	30,4	36,0	33,8

¹⁾ Данные приведены по учреждениям системы министерства здравоохранения Амурской области.

Необходимо отметить, что значение поведенческого фактора в снижении смертности не ограничивается внешними, немедицинскими причинами, поскольку включает в себя смертность от новообразований и болезней системы кровообращения.

Тем не менее, снижению смертности могут способствовать меры прямого воздействия, направленные на профилактику травматизма и отравлений, на борьбу с курением, алкоголизмом и наркоманией, меры в области формирования установок самосохранительного поведения и здорового образа жизни.

3. Охрана материнства и детства

Приоритетным направлением в работе органов здравоохранения, как и в предыдущие годы, остается охрана материнства и детства. Для оказания лечебно-профилактической помощи женщинам и детям в области в 2011 году как в государственных, так и в негосударственных медицинских учреждениях работали 338 врачей акушеров-гинекологов, 516 врачей-педиатров и 481 акушерка.

К концу 2011 года в области имелось 85 женские консультации, акушерско-гинекологических отделений (кабинетов) и 64 детских поликлиник, отделений (кабинетов).

В стационарах функционировали 581 койка для беременных и рожениц (28,3 койки на 10 000 женщин в возрасте 15-49 лет), 573 гинекологических (14,0 на 10000 женщин) и 1584 койки для больных детей (112,1 на 10000 детей в возрасте до 14 лет).

Общее состояние материально-технической базы и кадров для медицинского обслуживания женщин и детей характеризуют следующие данные:

Таблица 15

Основные показатели развития учреждений медицинского обслуживания

	На конец года				2011 в % (размах)		
	2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010
Число детских поликлиник и амбулаторий	92	85	60	64	69,6	75,3	106,7
Число детских больниц	2	2	2	2	100,0	100,0	100,0
Число женских консультаций и акушерско-гинекологических отделений (кабинетов)	151	148	92	85	56,3	57,4	92,4
Число коек для беременных женщин и рожениц	801	722	656	581	72,5	80,5	88,6
на 10 000 женщин 15-49 лет	31,1	29,2	28,3	26,8	86,2	91,8	94,7
Число коек для гинекологических больных	1013	893	630	573	56,6	64,2	91,0
на 10 000 женщин	21,3	19,4	14,0	13,2	62,0	68,0	94,3
Число коек для больных детей	2350	1926	1629	1584	67,4	82,2	97,2

	На конец года				2011 в % (разах)		
	2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010
на 10 000 детей 0-14 лет	129,3	130,5	112,1	111,7	86,4	85,6	99,6
Численность врачей - педиатров	569	510	516	516	90,7	101,2	100,0
на 10 000 детей 0-14 лет	31,3	34,6	35,5	36,4	116,3	105,2	102,5
Численность врачей акушеров-гинекологов, человек	346	368	346	338	97,7	91,8	97,7
на 10 000 женщин	7,3	8,0	7,9	7,8	106,8	97,5	98,7
Численность акушерок (из числа среднего медперсонала)	762	566	491	481	63,1	85,0	98,0
на 10 000 женщин	16,0	12,3	11,3	11,0	68,8	89,4	97,3

В 2011 году по сравнению с 2000 годом обеспеченность населения учреждениями медицинского обслуживания снизилась по большинству основных относительных показателей. Обеспеченность койками для беременных и рожениц в расчете на 10 000 женщин в возрасте 15-49 лет по сравнению с 2000 годом снизилась на 14%, гинекологическими койками в расчете на 10 000 женщин – на 38%, койками для больных детей в расчете на 10 000 детей в возрасте до 14 лет – на 14%.

Обеспеченность женщин средним медицинским персоналом несколько снизилась по сравнению с 2000 годом – уменьшение численности акушерок в расчете на 10000 женщин в 1,5 раза, напротив, обеспеченность врачами увеличилась: врачами педиатрами (в расчете на 10000 детей в возрасте 0-14 лет) на 16%, акушерами-гинекологами (в расчете на 10000 женщин) – на 7%.

Снижение было связано с абсолютным сокращением числа учреждений, коек и численности персонала. Увеличение уровня обеспеченности врачами связано не с ростом их численности, а с сокращением численности населения Амурской области.

В 2011 году в г. Благовещенске введен в эксплуатацию областной перинатальный центр мощностью на 130 коек. Оборудование нового центра позволит оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь новорожденным детям и их матерям.

В результате целенаправленной работы по совершенствованию организации медицинской помощи женщинам и детям удалось добиться снижения **младенческой смертности**. За последние 16 лет самый высокий показатель – 28,8 умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся - в области отмечался в 1999 году, в 2001 году – 23,2, в 2010 году - 12,8 (в 1990 г.- 19,9). Однако уровень младенческой смертности все еще остается высоким относительно показателя в среднем по России (7,5 в 2010 году).

В 2011 году в Амурской области умер 121 младенец в возрасте до 1 года, на 26 меньше, чем в 2010 году. В структуре младенческой смертности основными остаются причины, тесно связанные со здоровьем матери. Это заболевания и

состояния, возникающие на первой неделе жизни – 49% и врожденные аномалии – 25%.

Коэффициент смертности детей до 5 лет в 2011 году также продолжал снижаться и составил 2,92 промилле, что на 49,0% ниже, чем в 2000 году (5,96).

В 2011 году по сравнению с 2000 годом снизилась смертность детей в возрасте 1-14 лет (2000г. – 0,81, 2010г.- 0,34, 2011г.- 0,51 на 1000 населения соответствующего возраста).

По сравнению с 2000 годом на 13,7% снизилась смертность детей в возрасте 15-19 лет (2000г.- 1,68; 2010г.- 1,60, 2011г.- 1,45 на 1000 населения соответствующего возраста). Однако пока эти тенденции не приобрели устойчивого характера.

В целом же состояние здоровья детей и подростков улучшается. В 2011 году по сравнению с 2001 годом наблюдался снижение общей заболеваемости новорожденных на 11,8%.

Таблица 16

Состояние здоровья новорожденных ¹⁾

	2001	2005	2008	2009	2010	2011
Родилось детей больными или заболели (с массой тела 1000г. и более), всего	6285	5983	6439	6838	6267	5543
из них с заболеваниями:						
острые респираторные инфекции, грипп	4	1	1	4	3	1
врожденная пневмония	18	26	24	30	22	22
инфекции кожи и подкожной клетчатки	34	67	59	52	111	100
врожденные аномалии	175	252	239	328	457	295
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	6491	6471	6402	7365	7170	6459

Общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет по сравнению с 2000 годом увеличилась на 81,9%. Рост заболеваемости отмечался по всем классам болезней, в том числе за счет врожденных аномалий развития – в 6,9 раза, болезней системы кровообращения – в 5,6 раза, новообразований – в 5,4 раза, болезней нервной системы и органов пищеварения - в 2,2 раза и 3,1 р, болезней органов дыхания - на 74,8%, болезней эндокринной системы - на 0,6%, болезней мочеполовой системы – на 92,0%, травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин на – 71,5%.

¹⁾ Данные Министерства здравоохранения Амурской области

Таблица 17

Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по основным классам болезней в расчете на 100 000 человек населения

случаев в расчете на 100 000 детей

	2000	2005	2009	2010	2011
Все болезни	104938,4	141676,4	184564,8	185440,6	190864,2
из них:					
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7689,8	8032,4	8864,7	8127,9	8809,3
новообразования	125,5	238,8	599,3	546,1	673,5
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	902,3	1328,1	1670,8	1493,1	1580,4
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	1904,9	1728,3	1885,8	3155,6	1916,0
болезни нервной системы	2101,2	2917,6	4709,6	4539,5	4465,3
болезни глаза и его придаточного аппарата	2666,1	5174,9	4433,1	5041,4	5635,9
болезни уха и сосцевидного отростка	2520,7	3445,2	3916,7	4320,4	4712,1
болезни системы кровообращения	327,8	733,1	1605,8	2004,7	1831,4
болезни органов дыхания	66814,5	83401,5	114230,3	115091,6	116773,9
болезни органов пищеварения	2851,2	5633,1	6976,9	6226,2	8815,0
болезни кожи и подкожной клетчатки	4763,0	8159,2	9291,9	10153,9	9870,0
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1776,7	3171,8	4663,3	4408,2	4267,9
болезни мочеполовой системы	1762,7	2729,5	3825,4	2777,5	3384,2
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	262,9	438,2	1820,8	1871,2	1814,5
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	5384,7	7512,2	8416,1	7803,7	9234,5

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в лечебно-профилактических учреждениях области в 2011 году продолжала проводиться допол-

нительная диспансеризация населения. У детей (0-14 лет) чаще всего при осмотрах выявляли нарушение осанки и понижение зрения (6,6% и 7,1% соответственно), с дефектами речи выявлено 3,0%, со сколиозом – 0,9%, с понижением остроты слуха – 0,2%. За годы обучения в школе увеличивается количество учеников с понижением остроты зрения – в 2,6 раза, со сколиозом – в 9,5 раза, с понижением остроты слуха – в 4,0 раза, с нарушением осанки – в 1,5 раза.

Таблица 18

Результаты профилактических осмотров детей в возрасте 0-14 лет

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Осмотрено детей – всего, человек	107197	108247	95114	97882	96261	97489	102956
Выявлено детей при осмотрах:							
с понижением остроты слуха, всего	449	296	244	186	195	164	164
в процентах к числу осмотренных	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
с понижением остроты зрения, всего	6326	5863	6301	5857	5617	6074	7286
в процентах к числу осмотренных	5,9	5,4	6,6	6,0	5,8	6,2	7,1
с дефектами речи, всего	2139	2601	2556	2525	2615	3058	3060
в процентах к числу осмотренных	2,0	2,4	2,7	2,6	2,7	3,1	3,0
со сколиозом, всего	771	762	813	773	893	843	972
в процентах к числу осмотренных	0,7	0,7	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9
с нарушением осанки, всего	6859	6315	5988	7023	6493	6216	6755
в процентах к числу осмотренных	6,4	5,8	6,3	7,2	6,7	6,4	6,6

Анализ заболеваемости женщин отдельными болезнями за 10 лет выявил рост злокачественных новообразований, туберкулеза, алкоголизма, осложнений беременности, родов и послеродового периода. В расчете на 100000 женщин, зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом со злокачественными образованиями в 2011 году 326 человек, тогда как в 2000 году - 255 человек. При этом регистрация больных с диагнозом «рак молочной железы» увеличилась с 46 до 68 человек на 100000 женщин.

Таблица 19

Заболееваемость женщин отдельными болезнями

	2000	2005	2009	2010	2011
Зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом, человек:					
злокачественные новообразования	1218	1329	1380	1368	1420
в том числе:					
молочной железы	218	265	317	295	297
шейки и тела матки, плаценты	174	187	202	193	192
яичника	58	49	54	52	53
активный туберкулез	308	396	385	400	369
алкоголизм и алкогольный психоз	223	412	391	376	324
расстройства менструаций	2696	2653	2180	2434	1885
бесплодие	167	203	240	189	156
осложнение беременности, родов и послеродового периода	12510	16128	17570	17460	16282
На 100000 женщин:					
злокачественные новообразования	255	288	304	303	326
в том числе:					
молочной железы	46	58	70	65	68
шейки и тела матки, плаценты	36	41	45	43	44
яичника	12	11	12	12	12
активный туберкулез	64	86	85	88	85
алкоголизм и алкогольный психоз	47	89	86	83	74
расстройства менструаций ¹⁾	901	962	838	953	796
бесплодие ²⁾	72	90	109	87	77
осложнение беременности, родов и послеродового периода ³⁾	4838	6490	7381	7471	7524

В 2011 году наблюдалось улучшение здоровья беременных. Снизилась частота болезней системы кровообращения, сахарного диабета, анемии. В то же

¹⁾ В расчете на 100000 женщин в возрасте 10-49 лет

²⁾ В расчете на 100000 женщин в возрасте 18-49 лет

³⁾ В расчете на 100000 женщин в возрасте 15-49 лет

время выросла частота болезней мочеполовой системы (с 18,7% до 20,7%). Доля нормальных родов в 2011 году составила 39,6% (в 2010 г.- 39,1%).

Таблица 20

Состояние здоровья беременных женщин и рожениц¹⁾

	2000	2005	2009	2010	2011
Численность женщин, закончивших беременность - всего человек	7840	9348	10966	11124	10900
в том числе:					
Численность беременных, человек, страдающих:					
анемией	4056	3977	3711	3968	3804
болезнями системы кровообращения	921	2186	1714	2314	2080
сахарным диабетом	9	18	34	58	26
поздним токсикозом	2219	2842	2567	2415	1916
болезнями мочеполовой системы	1849	3831	2371	2080	2251
венозными осложнениями при беременности	206	298	361	358	334
в % к закончившим беременность страдали:					
анемией	51,7	42,5	33,8	35,7	34,9
болезнями системы кровообращения	11,7	23,4	15,6	20,8	19,1
сахарным диабетом	0,11	0,19	0,3	0,5	0,2
поздним токсикозом	28,3	30,4	23,4	21,7	17,6
болезнями мочеполовой системы	23,6	41,0	21,6	18,7	20,7
венозными осложнениями при беременности	2,6	3,2	3,3	3,2	3,2
На 1000 родов - роды, осложненные:					
анемией	266,0	209,3	170,9	207,1	193,5
болезнями системы кровообращения	64,5	107,8	139,5	147,7	166,5
сахарным диабетом	0,9	0,8	2,9	3,7	2,2
поздним токсикозом	161,0	217,1	177,9	171,0	155,7
болезнями мочеполовой системы	92,9	82,6	62,4	46,7	52,4
венозными осложнениями	9,5	7,3	9,8	9,9	8,9
кровотечением в послеродовом периоде	27,6	15,0	9,9	15,0	9,5

¹⁾ Данные Министерства здравоохранения Амурской области

4. Социально обусловленные заболевания детей и подростков

В 2011 году осуществлялась реализация федеральной программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)».

На конец 2011 года состояло на учете 20 подростков-наркоманов в возрасте 15-17 лет (на конец 2000 г.- 43), с впервые в жизни установленным диагнозом зарегистрировано 11 человек.

Таблица 21

Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет и подростков в возрасте 15-17 лет наркоманией

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Взято под наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом:								
всего, человек								
дети	4	1	3	2	5	2	-	-
подростки	24	25	22	45	33	21	24	11
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	2,1	0,7	2,1	1,4	3,5	1,4	-	-
подростки	44,9	53,2	50,3	112,3	92,1	58,6	75,3	39,6
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях (на конец года):								
всего, человек								
дети	7	8	9	2	6	3	6	-
подростки	43	72	51	63	54	44	44	20
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	3,9	5,4	6,2	1,4	4,2	2,1	4,1	-
подростки	82,2	157,9	121,8	164,7	161,6	131,7	145,2	71,9
Кроме того, численность больных, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ (на конец года):								

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
всего, тыс. человек								
дети	94	62	67	32	24	25	32	31
подростки	174	176	146	175	192	195	252	211
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	51,7	42,0	46,4	22,3	16,7	17,4	22,0	21,9
подростки	332,8	386,1	348,6	457,4	574,7	583,7	831,5	758,9

На конец 2011 года состояло на учете 14 детей-токсикоманов, и в сравнении с 2000 годом их число не увеличилось, зарегистрировано 2,8 случаев на 100 тыс. детей (2000г.- 7,0).

Уменьшилось число детей, состоящих на профилактическом учете в связи со злоупотреблением наркотическими средствами (с 94 человек на конец 2000г. до 31 человека на конец 2011г.). При этом число подростков возросло с 174 до 211 (на 21,3%).

В 2011 году возросло число подростков-наркоманов, зарегистрировано 72 случая на 100 тыс. подростков в возрасте 15-17 лет (2000г.- 82,2).

Число подростков-токсикоманов увеличилось с 1 человека в 2000 году до 12 человек в 2011 году, зарегистрировано 56,5 случая на 100 тыс. подростков в возрасте 15-17 лет (в 2000г.- 1,9).

Таблица 22

**Заболееваемость детей в возрасте 0-14 лет
и подростков в возрасте 15-17 лет токсикоманией**

	2000	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Взято под наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом:								
всего, человек								
дети	13	2	16	16	9	9	4	7
подростки	1	11	20	19	11	13	18	12
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	7,0	1,3	10,7	11,1	6,3	6,3	2,8	4,9
подростки	1,9	22,2	42,6	47,4	30,7	36,3	56,5	43,2
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях (на конец года):								
всего, человек								
дети	14	8	21	22	12	19	16	14

	2000	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011
подростки	9	23	36	51	49	42	45	29
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	7,3	5,1	13,8	15,4	8,3	13,2	11,0	9,9
подростки	16,5	45,2	74,5	133,3	146,7	125,7	151,8	104,3
Кроме того, численность больных, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ (на конец года):								
всего, человек								
дети	22	48	74	84	61	66	69	62
подростки	27	31	28	76	87	72	77	77
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	11,5	30,6	48,6	58,6	42,4	45,8	47,5	43,7
подростки	49,4	60,9	57,9	198,7	260,4	215,5	254,1	277,0

В 2011 году отмечено снижение заболеваемости подростков сифилисом и гонорей. Так среди, подростков-юношей показатель заболеваемости сифилисом с впервые установленным диагнозом за 10 лет снизился с 41 до 4 и составил 28,5 на 100 тыс. подростков, среди девушек – уменьшился с 103 до 23 человек и составил 167,1 на 100 тыс. подростков.

Таблица 23

Численность подростков с впервые установленным диагнозом сифилиса

Всего, человек							
мужчины				женщины			
2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010	2011
41	28	12	4	103	52	27	23
В расчете на 100 000 человек населения							
мужчины				женщины			
2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010	2011
147,9	116,6	73,9	28,5	399,6	226,6	172,8	167,1

Заболеваемость гонорей за 11 лет сократилась среди лиц обоего пола в 5,3 раза и составила в 2011 году 111,5 на 100 тыс. подростков (в 2000г. – 297,0).

Таблица 24

**Численность подростков с впервые установленным
диагнозом гонореи (острой и хронической)**

Всего, человек							
мужчины				женщины			
2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010	2011
84	36	15	16	75	44	10	15
В расчете на 100 000 человек населения							
мужчины				женщины			
2000	2005	2010	2011	2000	2005	2010	2011
303,0	149,9	92,4	114,0	291,0	191,7	64,0	109,0

В настоящее время в Амурской области остается сложной ситуация по туберкулезу. Показатель заболеваемости туберкулезом среди всего населения в 2010 году составил 149,8 на 100 тыс. населения.

На фоне роста показателей регистрации больных с впервые в жизни установленным диагнозом **туберкулеза**, численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях сокращается. Так, если на конец 2000 года состояло на учете 4513 человек, то на конец 2011 года- 3199 человек.

Отмечен рост заболеваемости детей туберкулезом в 2000 году- 7,4 среди мальчиков и 13,1 среди девочек на 100 тыс. детей в возрасте 0-14 лет соответствующего пола (2005г. – 17,0 и 24,6, 2011г. – 28,9 и 20,2).

Аналогичная динамика отмечается и среди подростков женского пола – за 11 лет уровень заболеваемости увеличился в 2,7 раза.

Таблица 25

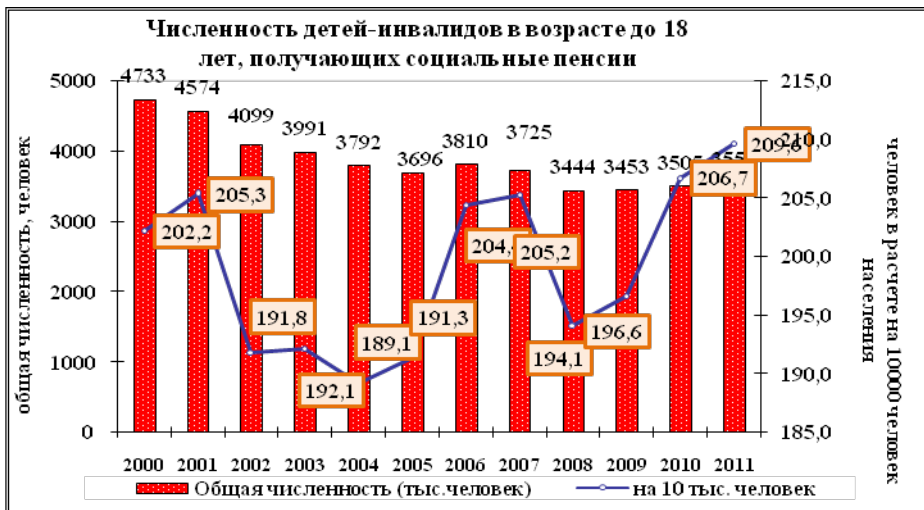
**Численность больных активным туберкулезом по возрастным
группам в расчете на 100 000 человек населения в Амурской области**

	На 100 000 человек населения									
	2000	2002	2003	2004	2005	2008	2009	2010	2011	
Выявлено больных с впервые в жизни установленным диагнозом:										
мужчины	196,0	235,9	233,4	221,1	214,1	228,4	208,1	205,6	165,7	
женщины	64,4	82,4	93,7	83,4	86,0	92,4	84,9	88,5	84,7	
из них в возрасте, лет:										
0-14										
мужчины	7,4	17,5	14,7	17,7	17,0	16,3	19,0	16,2	28,9	

	На 100 000 человек населения									
	2000	2002	2003	2004	2005	2008	2009	2010	2011	
женщины	13,1	13,4	12,8	27,8	24,6	24,3	24,3	15,6	20,2	
15-17										
мужчины	39,7	46,9	27,2	47,4	149,9	65,6	98,3	110,9	35,6	
женщины	42,7	43,8	91,8	61,7	100,2	79,9	125,5	96,0	116,2	

Показатель детской инвалидности в 2008-2011 годах несколько увеличился и составил в 2011 году 209,6 ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии, на 10000 детей (в 2008г. - 194,1).

График 4



Уменьшение численности детей-инвалидов связано как с изменением подходов к установлению инвалидности у детей, так и проведением мероприятий по профилактике инвалидности и реабилитации детей-инвалидов.

Среди факторов, способствующих возникновению инвалидности у детей, по-прежнему являются ухудшение экологической обстановки, неблагоприятные условия труда женщин, высокий уровень заболеваемости родителей, особенно матерей, рост травматизма.

5. Реализация приоритетного национального проекта «Образование»

В 2011 году в области работали 325 дошкольных образовательных учреждений, в том числе 316 самостоятельных учреждений, 2 обособленных структурных подразделения (филиала) дошкольного образовательного учреждения и 7 подразделений (групп) дошкольного образования, организованные в общеобразовательных учреждениях.

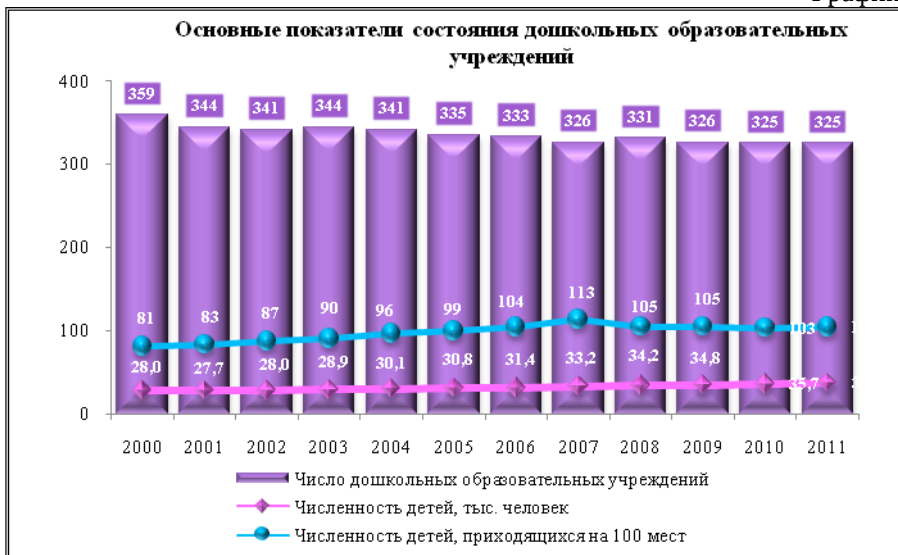
В сельской местности функционировали 172 дошкольных образовательных учреждения, в том числе 163 самостоятельных учреждения, 2 обособленных структурных подразделения (филиала) и 7 подразделений (групп), организованных в общеобразовательных учреждениях, их посещали 8,1 тыс. детей (9,5 тыс. мест).

Переход из формы самостоятельных дошкольных учреждений в состав или в подразделения дневных общеобразовательных учреждений продиктован временем. Школы испытывают дефицит в воспитанниках и учащихся. Объединив детский сад и школу в один комплекс, решается вопрос о рациональном использовании площадей и персонала. Как правило, детский сад становится составной частью общеобразовательного учреждения.

В 2011 году дошкольные учреждения посещали 37,2 тыс. детей (при наличии 35,7 тыс. мест). По сравнению с предыдущим годом численность детей в дошкольных учреждениях возросла на 4,2%, число мест – почти на 3,0%.

С 2006 года в детских дошкольных учреждениях отмечается перегруженность детьми. В 2011 году на 100 мест в дошкольных образовательных учреждениях области в среднем приходится 104 ребенка, в том числе в городской местности – 111, в сельской – 86 (в 2010г. - соответственно 103, 113 и 78).

График 5



В дошкольных учреждениях растет численность детей от 1 года до 3 лет, появляется спрос на открытие групп для детей раннего возраста (до 3 лет). Увеличился охват детей в возрасте 1-6 лет дошкольным воспитанием с 58,3% в 2009 году до 58,8% в 2010 году.

В очереди для определения детей в дошкольные учреждения Амурской области на конец 2011 года числится 13962 ребенка, в течение 2011 года в дошкольные образовательные учреждения области получили путевки 9,1тыс. (в 2010г. – 9,1 тыс. детей).

В дошкольных учреждениях области оказываются платные дополнительные услуги: занятие с логопедом, с психологом, по изучению иностранного языка и музыкально-ритмическому обучению, компьютерные игры, по адаптации детей к школьным условиям. Различными видами дополнительных услуг, предоставляемых по желанию родителей на платной основе воспользовались 13,1 тыс. детей, что в 1,8 раза больше, чем в прошлом году.

В 2011 году 6 дошкольным учреждениям требовался капитальный ремонт (1,9% от общего числа дошкольных учреждений). Все виды благоустройства имели 294 дошкольных образовательных учреждений (93,3%), 28 садиков (8,9%), имеющие персональные компьютеры, использовали их в учебных процессах.

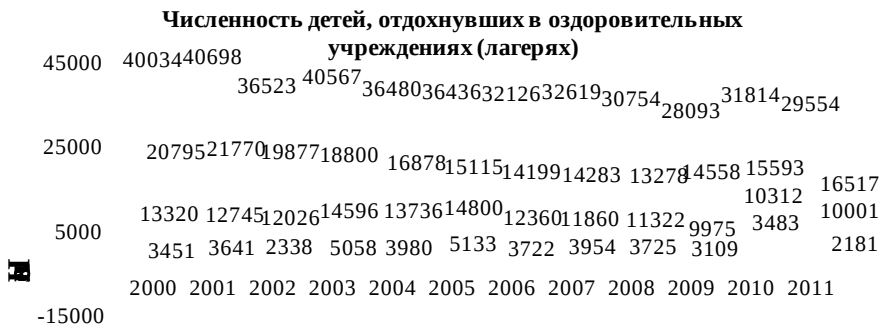
В региональной системе образования сформирована единая образовательная информационная среда – все общеобразовательные учреждения области имеют свои регулярно (не реже 2 раз в месяц) обновляемые сайты в сети Интернет.

Реализация комплексного проекта модернизации образования в области позволила изменить структуру сети образовательных учреждений за счет реорганизации учреждений образования различных типов и видов.

За лето 2011 года в 353 оздоровительных учреждениях (лагерях) Амурской области отдохнуло 29,6 31,8 тыс. детей.

Число оздоровительных лагерей в области в 2011 году по сравнению с предыдущим годом увеличилось на 6 (на 1,7%), в основном за счет организации на базе общеобразовательных учреждений и учреждений дополнительного образования лагерей для школьников с дневным пребыванием.

График 6



Численность детей, отдохнувших за лето, всего
 В загородных лагерях
 В санаторных лагерях

Оздоровительные лагеря с дневным пребыванием детей в период каникул посетило 16,5 тыс. детей (в 2010г. - 15,6 тыс. детей).

Численность детей, отдохнувших за лето 2011 года во всех оздоровительных лагерях, уменьшилась по сравнению с 2010 годом на 2,3 тыс. человек (7,1%).

Существующая система образования включает в себя **воспитание и обучение детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей**. Устройством детей и подростков в возрасте до 18 лет (в дома ребёнка, различные воспитательные и общеобразовательные учреждения на полное государственное обеспечение, в приёмные семьи, на усыновление (удочерение), опеку (попечительство), на патронатное воспитание и прочие формы семейного устройства) занимаются государственные органы образования и здравоохранения.

В 2011 году незначительно возросла численность ежегодно выявляемых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. На конец 2011 года их численность составила 1206 человек (в 2005г. – 1534 человека, в 2010 году – 1152 человека).

Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не охватывают всех маленьких граждан, нуждающихся в заботе. Для таких детей в области имеется 10 детских домов, 4 школы-интерната общего типа и 2 специализированных (коррекционных) школы-интерната, один дом-школа. Число воспитанников составило 1857 человек (99,3% к 2010г.).

В настоящее время ширится общественное движение за воспитание в семье детей, оставшихся без попечения родителей.

По состоянию на 1 января 2012 года численность детей и подростков до 18 лет на воспитании в семьях составила: опекаемых – 4341, усыновленных посторонними гражданами – 603 человека.

Начальное профессиональное образование является важнейшим элементом системы подготовки квалифицированных рабочих кадров для производства.

В последние годы имело место резкое увеличение спроса на квалифицированную рабочую силу по профессиям рабочих. На областном рынке труда до 85% вакансий приходится на рабочие профессии.

В 2011 году в области действовало 10 образовательных учреждений различного типа, реализующих программы начального профессионального образования (профессиональные училища, профессиональные лицеи, центры непрерывного профессионального образования), из них: 8 дневной формы обучения в ведении министерства образования и науки Амурской области и 2 профтехучилища уголовно-исполнительной системы УФСИН России по Амурской области. Кроме того, в области имелось 20 филиалов министерства образования России

Численность учащихся в учебных заведениях начального профессионального образования уменьшилась по сравнению с 2010 годом на 0,5 тыс. человек (на 7,2%) и насчитывала в 2011 году 6,8 тыс. человек. Специалисты считают, что основными причинами снижения числа обучающихся выступает сокращение численности несовершеннолетних, проблемы с финансированием и непрестижность у молодежи значительного числа рабочих профессий.

Как правило, в большом количестве в начальные профессиональные училища поступают выпускники 9 классов общеобразовательных школ. В 2011 году прием в эти учреждения составил около 5,3 тыс. человек, что по сравнению с 2010 годом больше на 0,4 тыс. человек (на 8,2%).

6. Заключение

Проведенный анализ по основным сферам жизнедеятельности детей позволяет сделать следующие выводы.

Имеющаяся в наличии статистическая информация и совокупность показателей позволяет определить тенденции, выявить существующие проблемы в сфере охраны детства.

В демографической сфере отмечается тенденция сокращения численности и удельного веса несовершеннолетних граждан ввиду вступления в возрастную группу 15-17 лет малочисленного поколения детей, родившихся 1990-е годы.

Повышение рождаемости в последние годы частично компенсирует эти потери. Принятие мер демографической политики, судя по результатам факторного анализа и выборочного обследования «Семья и рождаемость» оказало положительное влияние на рождаемость.

В результате целенаправленной работы по совершенствованию организации медицинской помощи женщинам и детям удалось добиться снижения младенческой смертности. Однако уровень младенческой смертности все еще остается высоким относительно показателя в среднем по России.

По сравнению с 2000 годом в области наблюдается уменьшение числа абортотворцев в 1,6 раза. Несмотря на снижение, частота прерывания беременности в 1,5 раза выше среднероссийского показателя. Число абортов у первобеременных за этот период уменьшилось на 8%.

Уровень материнской смертности в области остается достаточно высоким – примерно вдвое выше среднероссийского показателя.

Увеличение рождаемости привело к нехватке мест в детских дошкольных учреждениях. В дошкольных учреждениях растет численность детей от 1 года до 3 лет, появляется спрос на открытие групп для детей раннего возраста (до 3 лет).

В последние годы сложилась тенденция к сокращению количества выявляемых детей-сирот. Анализ ситуации в области прав защиты детей свидетельствует о том, что сложившаяся практика работы органов опеки и попечительства, социальных служб во многих случаях ориентирована на применение административных мер воздействия к родителям.

В настоящее время ширится общественное движение за воспитание в семье детей, оставшихся без попечения родителей.

Численность учащихся в учебных заведениях начального профессионального образования уменьшилась по сравнению с 2010 годом на 7%. Основными причинами снижения числа обучающихся выступает сокращение численности несовершеннолетних, проблемы с финансированием и непрестижность у молодежи значительного числа рабочих профессий.

Статистический анализ положения детей в Амурской области свидетельствует о наличии широкого круга проблем в сфере охраны детства. Реализация мер в рамках национальных проектов «Здоровье», «Образование», «Дети России», а также дополнительных мер, предложенных Президентом в Послании Федеральному Собранию, позволит решить многие из этих проблем.

Приложение

Возрастно-половой состав населения Амурской области (на начало года, человек)

	1990		2000		2005		2011	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Все население	525299	530038	455209	480398	425678	461921	39297	5 435685
в том числе в возрасте, лет								
0-4	50472	48523	23797	22731	2542 8	2412 3	26553	25507
5-9	50018	48958	30731	29506	2266 2	2173 0	24624	23323
10-14	45185	44092	42936	41336	2964 5	2862 7	21405	20392
0-17	169864	165813	125923	119821	1025 04	9805 8	86618	82988

Возрастно-половой состав населения Амурской области по городским округам и муниципальным районам (на начало года)

человек

	Все население		в том числе					
			женщины		дети (0-14 лет)		подростки (15-17 лет)	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Всего	923055	828660	475385	435685	181794	141804	52281	27802
городские округа:								
г. Благовещенск	220294	219818	117437	120507	36628	31939	18024	7934
г. Белогорск	68903	68657	36118	35663	13262	11580	3026	2107
г. Зея	28604	24978	15360	13618	5582	4115	1148	806
г. Райчихинск	25154	21880	13277	12071	4600	3764	1563	841
г. Свободный	65750	58669	33964	30859	11454	9725	3979	2045
г. Тында	41477	36185	21644	18911	8628	6106	2218	1207
г. Шимановск	22939	19805	11702	10669	4487	3470	1216	650
пгт Прогресс	...	13281	...	7319	...	2201	...	431
муниципальные районы:								
Архаринский	22001	17117	11069	8902	4510	3169	1110	580

	Все население		в том числе					
			женщины		дети (0-14 лет)		подростки (15-17 лет)	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Белогорский	24541	19932	12022	9719	5376	3669	1153	616
Благовещенский	18642	19712	9415	10066	3738	3374	987	653
Бурейский	28404	23966	14393	12721	6089	4733	1048	817
Завитинский	21694	15883	11045	8523	4575	2868	974	489
Зейский	21052	16775	10462	8455	4540	3050	911	137
Ивановский	29945	26397	14733	13010	6380	4838	1433	823
Константиновский	15134	12969	7719	6865	3798	2816	776	459
Магдагачинский	27715	22586	14071	11872	5603	4333	1092	675
Мазановский	16696	14729	8382	7491	3789	2657	772	552
Михайловский	21384	14853	10924	7849	6076	2939	821	478
Октябрьский	23390	19563	11710	9291	7903	9291	836	614
Ромненский	12265	9333	6246	4744	2695	1588	485	279
Свободненский	14921	14321	7538	7137	3473	2661	694	495
Селемджинский	12448	11622	6185	5823	2867	2052	393	442
Серьшевский	30652	25690	15370	12946	6848	5198	1523	783
Сковородинский	35667	29466	17704	14885	7525	5708	1824	885
Тамбовский	25058	22679	12702	11903	5401	4409	1272	759
Тындинский	17406	15961	8728	7935	4060	2917	803	524
Шимановский	7618	5905	3824	2983	1664	1031	335	166

Перинатальная смертность

	человек			На 1000 родившихся живыми и мертвыми		
	Умерло в перинатальный период	в том числе		Умерло в перинатальный период	в том числе	
		мертворожденные	умершие в возрасте до 7 дней		мертворожденные	умершие в возрасте до 7 дней
2001	158	66	92	15,70	6,56	9,14
2002	159	67	92	15,09	6,36	8,73
2003	131	58	73	11,74	5,20	6,54
2004	133	55	78	12,01	4,97	7,04
2005	137	65	72	12,77	6,06	6,71
2006	138	66	72	13,20	6,31	6,89
2007	120	61	59	10,90	5,54	5,36
2008	110	53	57	9,76	4,70	5,06
2009	135	75	60	11,77	6,54	5,23
2010	113	63	50	9,79	5,46	4,33
2011	118	77	41	10,45	6,82	3,63

Младенческая смертность

Годы	Умершие в возрасте до 1 года, человек			Умершие в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми		
	всего	мальчики	девочки	всего	мальчики	девочки
1990	343	213	130	20,0	24,3	15,5
1995	250	144	106	23,6	26,6	20,5
2000	224	136	88	23,8	28,3	19,3
2005	201	139	62	18,7	25,0	12,2
2006	182	113	69	17,4	21,0	13,8
2007	177	97	80	16,3	17,2	15,0
2008	175	93	82	15,7	16,3	14,8
2009	148	95	53	13,0	16,3	9,6
2010	147	84	63	12,8	14,4	11,2
2011	121	76	45	10,7	13,2	8,3

Младенческая смертность по основным классам причин смерти

	1990	1995	2000	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Человек										
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	343	250	224	189	201	182	177	175	148	147	121
в том числе от:											
инфекционных и паразитарных болезней	16	15	14	14	5	5	10	10	4	3	1
болезней органов дыхания	57	16	34	23	17	14	19	18	7	4	7
болезней органов пищеварения	3	1	4	3	1	3	2	-	3	2	-
врожденных аномалий (пороков развития)	58	59	43	34	30	41	31	48	26	37	25
отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	166	129	97	75	85	77	84	57	78	72	49
внешних причин смерти	26	8	19	18	24	13	15	11	13	11	17
	На 10 000 родившихся живыми										
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	199,6	235,6	237,5	171,9	187,3	174,4	161,6	156,8	129,9	128,1	107,9
в том числе от:											

	1990	1995	2000	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
инфекционных и паразитарных болезней	9,3	14,1	14,8	12,7	4,7	4,8	9,1	9,0	3,5	2,6	0,9
болезней органов дыхания	33,2	15,1	36,0	20,9	15,8	13,4	17,3	16,1	6,1	3,5	6,2
болезней органов пищеварения	1,7	0,9	4,2	2,7	0,9	2,9	1,8	-	2,6	1,7	-
врожденных аномалий (пороков развития)	33,7	55,6	45,6	30,9	27,9	39,3	28,3	43,0	22,8	32,3	-
отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	96,6	121,6	102,8	68,2	79,2	73,8	76,7	51,1	68,4	62,8	22,3
внешних причин смерти	15,1	7,5	20,1	16,4	22,4	12,5	13,7	9,9	11,4	9,6	15,2

Смертность детей в возрасте 0-4 года

год	Число умерших в возрасте 0-4 года	
	человек	На 1000 человек соответствующего возраста
1990	441	4,552
2000	274	5,957
2005	253	5,036
2006	227	4,416
2007	220	4,214
2008	207	3,933
2009	178	3,362
2010	166	3,189
2011	152	2,919

Смертность детей в возрасте 1-14 лет по отдельным классам причин смерти

	На 100 тыс. человек соответствующего возраста				
	2000	2005	2009	2010	2011
Всего умерших в возрасте 1-14 лет от всех причин	81,4	82,6	56,9	34,4	51,1
в том числе:					
от инфекционных болезней	4,3	5,0	1,5	1,5	2,3
от новообразований	2,7	8,6	6,7	3,8	4,6
от болезней органов дыхания	10,8	7,2	6,0	3,1	4,6
от болезней органов пищеварения	0,5	0,7	0,7	1,5	1,5
от врожденных аномалий	2,7	4,3	1,5	1,5	1,5
от несчастных случаев, отравлений и травм	45,3	46,0	36,0	16,8	29,8

**Смертность детей от неестественных причин
в возрасте 0-14 лет**

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Всего умерших в возрасте 0-14 лет от всех причин, человек	375	316	272	268	243	224	192	188
всего								
на 100 тыс. соответствующего возраста	192,7	210,8	186,2	186,3	169,2	154,8	135,4	132,6
В том числе от несчастных случаев, отравлений и травм	103	88	60	67	51	61	33	56
На 100 тыс. соответствующего возраста	52,9	58,7	41,1	46,6	35,5	42,2	23,3	39,5
Из них:								
Погибло в результате авто-транспортных происшествий	12	9	7	8	7	5	5	10
на 100 тыс. соответствующего возраста	6,2	6,0	4,8	5,6	4,9	3,5	3,5	7,1
Погибло в воде (утонуло детей)	15	9	6	6	7	4	3	7
на 100 тыс. соответствующего возраста	7,7	6,0	4,1	4,2	4,9	2,8	2,1	4,9

**Материнская смертность в Амурской области
(число женщин, умерших в результате осложнений беременности, родов и послеродового периода)**

год	Умерло женщин	
	всего	На 100 тыс. детей, родившихся живыми
2000	4	42,4
2005	3	28,1
2009	5	43,9
2010	4	34,8

год	Умерло женщин	
	всего	На 100 тыс. детей, родившихся живыми
2011	2	17,8

Лечебно-профилактические учреждения для женщин и детей

Годы	Число коек для беременных женщин и рожениц, единиц	Число коек для больных детей		Число женских консультаций, детских поликлиник и амбулаторий	Число фельдшерско-акушерских пунктов
		всего, единиц	на 10 000 детей		
1990	998	2007 ¹⁾	70,5	249	444
1995	935	2628	111,2	262	413
2000	801	2350	129,3	243	391
2002	713	2228	136,6	245	380
2003	730	2142	136,5	248	377
2005	722	1926	130,5	233	377
2006	694	1882	130,3	227	378
2007	660	1727	120,5	129 ²⁾	350
2008	690	1640	114,0	134 ²⁾	340
2009	664	1656	115,0	125 ²⁾	336
2010	656	1629	112,1	152 ²⁾	332
2011	581	1584	111,7	149 ²⁾	331

Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по основным классам болезней

зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни

	2000	2005	2009	2010	2011
Все болезни	195622	212397	266997	268264	270653
из них:					
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	14335	12042	12824	11758	12492
новообразования	234	358	867	790	955
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1682	1991	2417	2160	2241
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	3551	2591	2728	4565	2717
болезни нервной системы	3917	4374	6813	6567	6332
болезни глаза и его придаточного аппарата	4970	7758	6413	7293	7992

²⁾ По данным министерства здравоохранения Амурской области

¹⁾ Юридические лица

	2000	2005	2009	2010	2011
болезни уха и сосцевидного отростка	4699	5165	5666	6250	6682
болезни системы кровообращения	611	1099	2323	2900	2597
болезни органов дыхания	124553	125033	165249	166495	165590
болезни органов пищеварения	5315	8445	10093	9007	12500
болезни кожи и подкожной клетчатки	8879	12232	13442	14689	13996
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3312	4755	6746	6377	6052
болезни мочеполовой системы	3286	4092	5534	4018	4799
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	490	657	2634	2707	2573
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	10038	11262	12175	11289	13095

Численность больных активным туберкулезом по возрастным группам в Амурской области

человек

	Всего, человек								
	2000	2002	2003	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Выявлено больных с впервые в жизни установленным диагнозом:									
мужчины	885	1032	1009	907	870	944	860	844	651
женщины	308	386	436	396	363	419	385	400	369
из них в возрасте, лет:									
0-14									
мужчины	7	15	12	13	17	12	14	12	21
женщины	12	11	10	18	14	17	17	11	14
15-17									
мужчины	11	12	7	36	14	12	18	16	5
женщины	11	11	23	23	16	14	22	15	16

Детские оздоровительные учреждения (лагеря)

	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2011
Число детских оздоровительных учреждений (лагерей) – всего	273	400	355	369	325	347	353
в том числе лагеря:							
загородные	29	24	22	27	18	16	19
санаторного типа	3	6	6	7	3	4	3
для школьников с дневным пребыванием	204	355	298	312	299	297	314
профильные, оборонно-спортивные, оздоровительно-спортивные и другие	17	4	12	18	-	26	14
труда и отдыха	20	11	17	5	2	4	3
Численность детей, отдохнувших в них за лето – всего, человек	39419	37749	40034	36436	28093	31814	29554
в том числе в лагерях:							
загородных	15556	11371	13320	14800	9975	10312	10001
санаторного типа	1423	2150	3451	5133	2467	3483	2181
для школьников с дневным пребыванием	15107	23568	20795	15115	14558	15593	16517
профильных, оборонно-спортивных, оздоровительно-спортивных и других	5153	141	1597	1129	-	2328	763
труда и отдыха	2180	519	871	259	52	98	92

Сведения о детях-инвалидах, состоящих на учете в органах социальной защиты населения (на конец года)

человек

	1995	2000	2005	2006	2008	2009	2010	2011
Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающие социальные пенсии, всего ¹⁾	3031	4733	3696	3810	3444	3453	3505	3555
на 10 000 детей	119,5	202,2	191,3	204,4	194,1	196,6	206,7	209,6

¹⁾ В 1995 году – до 16 лет

Методологические пояснения

Естественное движение населения – обобщенное название совокупности рождений и смертей, изменяющих численность населения так называемым естественным путем. К естественному движению населения относятся также браки и разводы; хотя они не меняют численности населения непосредственно, но учитываются в том же порядке, что рождения и смерти.

Коэффициент младенческой смертности исчисляется как сумма двух составляющих, первая из которых – отношение числа умерших в возрасте до одного года из родившихся в том году, для которого вычисляется коэффициент, к общему числу родившихся в том же году, а вторая – отношение числа умерших в возрасте до одного года из родившихся в предыдущем году к общему числу родившихся в предыдущем году. Исчисляется в промилле (на 1000 родившихся живыми).

Перинатальная (околородовая) смертность – смертность жизнеспособных плодов начиная с 28-й недели беременности и до начала родовой деятельности у матери, а также во время родов и смертность детей в течение первых 7 суток жизни.

Источником информации о **причинах смерти** являются записи в медицинских свидетельствах о смерти, составляемых врачом относительно заболевания, внешних причин смерти - несчастного случая, убийства, самоубийства и другого внешнего воздействия (повреждения в результате действий, предусмотренных законом, повреждения без уточнения их случайного или преднамеренного характера, повреждения в результате военных действий), послуживших причиной смерти.

Коэффициенты смертности по причинам смерти – отношение числа умерших от указанных причин смерти к среднегодовой численности населения по текущей оценке. В отличие от общих коэффициентов смертности они рассчитаны не на 1000 человек, а на 100 000 человек населения.

В **число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений** включаются все медицинские учреждения, которые ведут амбулаторный прием (поликлиники, амбулатории, диспансеры, поликлинические отделения в составе больничных учреждений и др.).

В больничных учреждениях учету подлежат **койки**, оборудованные необходимым инвентарем, независимо от того, заняты они больными или нет.

В **общую численность врачей** включаются все врачи с высшим медицинским образованием, занятые в лечебных, санитарных организациях, учреждениях социального обслуживания населения, научно-исследовательских институтах, учреждениях, занятых подготовкой кадров, в аппарате органов здравоохранения и др.

В **общую численность среднего медицинского персонала** включаются все лица со средним медицинским образованием, занятые в лечебных, санитар-

ных организациях, учреждениях социального обслуживания населения, дошкольных учреждениях, школах, домах ребенка и др.

Профилактическим осмотрам периодически подвергаются отдельные категории работников производственных предприятий с учетом условий труда, работники коммунальных, детских, лечебно-профилактических и других учреждений, а также дети и подростки.

Профилактические прививки – введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

Национальный календарь прививок (схема проведения плановых прививок в России в установленные сроки) предусматривает проведение прививок против семи основных инфекционных болезней: туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, коклюша, столбняка, кори, эпидемического паротита, шесть из которых (против туберкулеза, полиомиелита, коклюша, дифтерии, коклюша, столбняка, кори) согласно Федеральному закону Российской Федерации от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» являются обязательными. В соответствии с Национальным календарем прививок установлен возраст проведения начального курса прививок (вакцинации) и повторных прививок (ревакцинация).

Заболеваемость населения характеризуется числом случаев заболеваний выявленных (или взятых под диспансерное наблюдение) в течение года при обращении в лечебно- профилактические учреждения или при профилактическом осмотре. *Первичная заболеваемость* регистрируется при установлении основного диагноза впервые в жизни в данном году. *Общая заболеваемость* населения характеризуется общим числом случаев заболеваний, зарегистрированных в течение года. При этом учитываются больные, которым диагноз установлен как впервые, так и при повторном (многократном) обращении по поводу данного заболевания.

Контингент больных включает совокупность всех больных данной болезнью, обратившихся в медицинское учреждение как в текущем, так и в предыдущие годы. Показатель исчисляется как отношение численности больных, состоящих на учете в учреждениях здравоохранения на конец года, к численности населения.

Уровень заболеваемости определяется как отношение числа больных (случаев заболеваний) с впервые в жизни установленным диагнозом к среднегодовой численности населения.

Инвалидность означает социальную недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящую к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Стационарное учреждение социального обслуживания престарелых и инвалидов (взрослых и детей, до 1997г. – дома-интернаты) - медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании.

Женщины и дети в Амурской области

Аналитическая записка

Ответственные за выпуск:

Е.А. Бурлаев

Е.В. Абоймова

Тел.: (84162) 42-54-79

Подписано в печать _____

Формат _____

**РАСПРОСТРАНЕНИЕ
ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ**

**г.Благовещенск, ул.Кузнечная, 23
51-87-01**

<http://amurstat.gks.ru>