

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ

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

**ЖЕНЩИНЫ И ДЕТИ
В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

по каталогу № 3.4

Благовещенск
2013

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., 2013. – 47с.

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 2012 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, 2013
E-mail: P28_mail@gks.ru
<http://amurstat.gks.ru>

Содержание

Введение	4
1. Текущая демографическая ситуация	4
2. Женщины и смертность	14
3. Охрана материнства и детства.....	21
4. Социально обусловленные заболевания детей и подростков	28
5. Реализация приоритетного национального проекта «Образование».....	333
6. Заключение.....	36
Приложение.....	38
Методологические пояснения	46

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 (2002 - 2010гг.), 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 2002 года на 1000 мужчин приходилось 1073 женщины, то на момент переписи населения 2010 года – 1108. На изменение соотношения полов влияла и высокая смертность мужчин.

В послепереписной период (2010 - 2012гг.) диспропорция по полу продолжала расти, но меньшими темпами. На начало 2013 года на 1000 мужчин приходилось 1113 женщин. Причем если в трудоспособном возрасте в расчете на 1000 мужчин приходится 911 женщин, то в старших возрастах – 2431 женщина.

Степень старения мужчин и женщин различаются. Если среди мужчин удельный вес лиц в возрасте 60 лет и старше составил 12,7%, то среди женщин – 20,1%. Причина - в более высокой смертности мужчин, особенно в трудоспособ-

ном возрасте. Общий коэффициент смертности мужчин был выше коэффициента смертности женщин в 1,4 раза, в трудоспособном возрасте – в 3,2 раза.

Таблица 1

Динамика численности мужчин и женщин

	2002г. (перепись)		2010г. (перепись)		2013г. (оценка)	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Все население, человек	435483	467361	393787	436316	386600	430310
в том числе:						
0-15 лет	93187	88880	77098	73528	79080	75419
16-54 (59)	295288	279136	270583	247332	258407	235503
55 (60) лет и старше	46829	99192	46104	115452	49113	119388
В процентах						
Всего, тыс. человек	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В том числе:						
0-15 лет	21,4	19,1	19,6	16,9	20,5	17,5
16-54 (59)	67,8	59,7	68,7	56,7	66,8	54,7
55 (60) лет и старше	10,8	21,2	11,7	26,4	12,7	27,7

Существуют социально-территориальные различия в удельном весе женщин. Так, среди городского населения на начало 2013 года доля женщин составила 53,9%, среди сельского населения – 50,2%. Выше среди горожан доля женщин, находящихся в детородном возрасте (15-49 лет) – соответственно 26,9% и 22,0%.

Таблица 2

Численность и удельный вес женщин в городской и сельской местности

	2002г. (перепись)		2010г. (перепись)		2013г. (оценка)	
	город	село	город	село	город	село
Все население, человек	594386	308458	554572	275531	548153	268757
в том числе:						
женщины	313156	154205	297733	138583	295298	135012

	2002г. (перепись)		2010г. (перепись)		2013г. (оценка)	
	город	село	город	село	город	село
из них в возрасте: 15-49 лет	175840	77468	152971	64434	147495	59245
В процентах						
Все население	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
в том числе:						
женщины	52,7	50,0	53,7	50,3	53,9	50,2
из них в возрасте: 15-49 лет	29,6	25,1	27,6	23,4	26,9	22,0

Численность детей в возрасте до 18 лет на начало 2013 года составила 171,8 тыс. человек, или 21,0% численности населения области. По сравнению с 2000 годом доля детей в населении сократилась на 5,3 процентного пункта (п.п.). За 2000-2012 годы численность детей уменьшилась на 30,1%.

Следует отметить, что число детей до 10 лет в последние годы, напротив, увеличивалась, а сокращалась численность детей и подростков в возрасте 10-17 лет.

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	2005	2013
Все население, человек	1055337	995012	935607	874018	816910
в том числе в возрасте, лет:					
0-9	197971	153714	106765	92863	103613
в процентах к общей численности населения	18,8	15,4	11,4	10,6	12,7
0-17	335677	296497	245744	197320	171818
в процентах к общей численности населения	31,8	29,8	26,3	22,6	21,0

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
2012	11740	7546	4194	14,3	13,7	15,6

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)

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.

Рост рождаемости в 2006-2011 годах связан в первую очередь с фактором роста интенсивности (частоты) рождений и в меньшей степени – с улучшением возрастной структуры женского населения 15-49 лет. Так, общий коэффициент рождаемости в области за 5 лет увеличился на 12,4%, в том числе за счет возрастных коэффициентов рождаемости – на 16,0%, за счет повышения удельного веса женщин наиболее активных репродуктивных возрастов - на 2,9%. Снижение удельного веса женщин в возрасте 15-49 лет в общей численности населения способствовали снижению коэффициента рождаемости на 6,5%.

Таблица 5

**Компоненты изменений общего коэффициента рождаемости в
Амурской области в отдельные периоды 1990-2011 гг.**
(в процентах 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	-2,4	-1,8	+3,5	-4,1
2006-2011	+12,4	-6,5	+2,9	+16,0

Динамика показателей рождаемости за последние годы (2007-2011 гг.) дают определенные основания говорить о действенности предпринятых государством мер в сфере демографической политики. Так, в 2007 году прирост общего коэффициента рождаемости к предыдущему году составил 6,8%, в 2008 году - 2,4%, в 2009 году - 2,3%, в 2010 г. 4,5%. В 2011 году отмечалось снижение коэффициента рождаемости на 1,4%.

Изменение суммарного коэффициента рождаемости, свободного от влияния возрастной структуры, демонстрирует более позитивную картину - в 2007 г - прирост составил 6% в 2008 г. - 3%, в 2009 г. - 2,7%, в 2010 г. - 8,6%, в 2011 г. - 0,6%.

Озабоченность государства демографической ситуацией в стране была озвучена в Послании Президента страны Федеральному Собранию РФ от 10 мая 2006 года. В Послании были перечислены конкретные мероприятия, направленные на улучшение демографической ситуации, при этом основной упор делался на стимулирование рождений вторых и следующих по очередности детей, что позволило бы при одновременном снижении смертности восстановить хотя бы простое воспроизводство населения.

Снижение рождаемости в 1990-е годы происходило за счет рождений детей более высокой очередности (вторых, третьих и т.д.) и свидетельствовало о возрастании роли поведенческих факторов. Наиболее резко в 1990-е годы снизилась доля рождений детей второй и более очередности у женщин в возрасте 20-24 лет и 25-29 лет.

В 2012 году по сравнению с 2006 годом повысилась доля рождений второй и последующей очередности. Так, у 20-24 летних женщин доля вторых детей увеличилась с 19,4% до 24,1%, третьих - с 3,2 до 4,4%, тогда как четвертых и более - осталась на прежнем уровне.

Среди 25-29 летних женщин доля вторых детей увеличилась с 42,1% до 44,0%, третьих с 9,3 до 9,7%, четвертых и более- с 3,7 до 3,9%.

Таблица 6

**Распределение родившихся у матерей
по очередности рождения в Амурской области**

Возрастные группы, лет	Доля родившихся определенной очередности	В том числе по очередности рождения				
		первым	вторым	третьим	четвертым	пятым и более
2006	100,0	58,1	30,2	8,1	2,1	1,4
2007	100,0	54,5	32,5	8,9	2,6	1,5
2008	100,0	52,1	34,2	9,3	2,6	1,8
2009	100,0	51,0	35,0	9,4	2,9	1,7
2010	100,0	50,0	35,2	10,2	2,9	1,7
2011	100,0	47,6	36,5	10,9	3,0	2,0
2012	100,0	45,9	37,8	11,6	3,2	1,5

Судя по динамике, позитивные изменения в структуре очередности рождений можно считать прямым результатом работы программы «материнского капитала».

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 в 2011 году 1,70 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). В 2010-2011 годах в сельской местности, судя по величине коэффициента суммарной рождаемости, сложился расширенный уровень воспроизводства населения. В городской местности, в которой проживает 2/3 населения области, режим воспроизводства населения по-прежнему носит суженный характер (величина суммарного коэффициента 1,479 рождения).

Неблагоприятно сказывается на ситуации с рождаемостью ухудшение брачно-семейных отношений. За 1990–2012 годы число ежегодно регистрируемых браков уменьшилось с 10045 до 7649 (на 24%), число разводов увеличилось с 4148 до 4663 (на 12%). В расчете на 1000 населения общий коэффициент брачности не превысил показатель 1990 года (соответственно 9,3 и 9,5), а общий коэффициент разводимости был в 1,5 раза выше, чем в 1990 году – 5,7 и 3,9. В 2012 году в области на 1000 заключенных браков приходилось 610 разводов, в 1990 году – 413.

Таблица 7
На 1000 населения¹⁾

	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Число браков	9,5	7,5	6,4	7,9	8,7	9,5	9,4	9,9	9,3
Число разводов	3,9	5,2	4,1	4,8	6,0	6,1	5,3	6,2	5,7
Число разводов на 1000 браков	413	688	640	604	688	639	568	620	610

В 2002-2012 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.

В 2012 году количество зарегистрированных браков снизилось и составило 7649, что на 606 меньше по сравнению с предыдущим годом.

Средний возраст мужчин, зарегистрировавших брак в 2012 году, заметно выше, чем у женщин. Из общего числа вступивших в брак мужчин 2158 (28,2%) приходится на мужчин в возрасте до 25 лет, еще 48,0% вступили в брак в возрасте 25-34 года. Среди женщин 3251 человек (42,5%) были моложе 25 лет, а 3022 человека (39,5%) находились в возрасте 25-34 года.

Таблица 8

	Всего вступивших в брак	В том числе в возрасте, лет					Из общего числа вступивших в брак зарегистрировали	
		До 18	18-24	25-34	35-59	60 и старше	первый брак	повторный брак
Мужчины	7649	9	2149	3668	1677	146	5395	2254
Женщины	7649	81	3170	3022	1282	94	5334	2315

В 2012 году уменьшилось число как повторных браков, так и число первых браков. При этом не наблюдалось существенной разницы между мужчинами и женщинами с точки зрения вступления в повторный брак. Зарегистрировали повторный брак 2254 мужчин и 2315 женщин. Удельный вес повторных браков составил у мужчин 29,5%, у женщин – 30,3%.

В 2012 году по сравнению с предыдущим годом отмечается как уменьшение числа разводов, так и снижение общего коэффициента разводимости (с 6,2 на 1000 населения в 2011 г. до 5,7 в 2012 г.). Пик разводов приходится на возрастную группу 30-34 лет.

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

Таблица 9

	Всего расторгнувших брак	В том числе в возрасте, лет							Из общего числа расторгнувших брак имеют детей до 18 лет	
		До 18	18-24	25-39	40-49	50-59	60 и старше	возраст не указан	всего разводов	в них детей
Мужчины	4663	-	338	2528	833	412	136	416	2459	3111
Женщины	4663	-	715	1738	666	356	113	285		

Продолжительность расторгнутых браков распределилась следующим образом: 0-4 года - 36,0%, 5-9 лет – 25,3% и свыше 10 лет- 38,5%.

Среди разводящихся пар доля супругов с несовершеннолетними детьми составила 52,7% (в 2011г. – 51,0%). Из-за распада семей по причине развода 3111 детей остались без одного из родителей (в 2011г. – 3316). Среднее число детей на один развод составило 1,3 (в 2011г. - 1,3).

Около трети детей рождается у матерей, не состоящих в зарегистрированном браке. Удельный вес детей, родившихся вне зарегистрированного брака, в 2012 году составил 33,1% (в 2000г. – 37,5%, 1990г. – 19,0%). Среди женщин моложе 18 лет доля внебрачных детей вдвое выше – 74,0%.

Таблица 10

	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Число родившихся вне зарегистрированного брака, человек	3247	2891	3537	4171	4304	4269	4011	3857	3891
В % к общему числу родившихся детей	19,0	27,4	37,5	39,1	38,4	37,5	34,9	34,4	33,1
Число родившихся вне зарегистрированного брака у женщин в возрасте до 18 лет, человек	328	301	277	284	247	202	181	180	171
В % к числу всех родившихся у женщин в возрасте до 18 лет	45,6	50,5	73,1	75,3	78,4	73,5	77,7	80,4	74,0

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 увеличения 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.¹

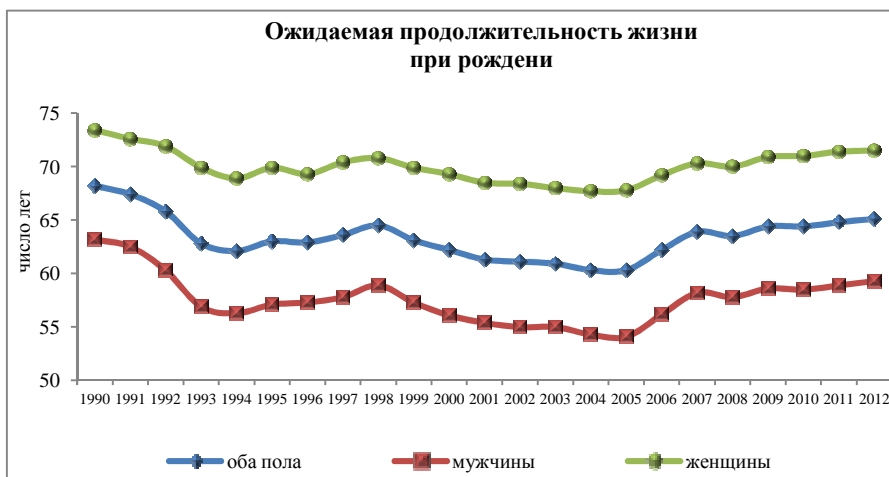
2. Женщины и смертность

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.

¹ Семья и рождаемость: Основные результаты выборочного обследования. 2009 год./Росстат. М: ИИЦ «Статистика России», 2010, с.94

В 2012 году средняя продолжительность предстоящей жизни населения Амурской области, по сравнению с предыдущим увеличилась на 0,3 года (в том числе у мужчин на 0,4 года и на 0,1 года у женщин). 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 11, в 2012 году уровень смертности мужчин выше, чем женщин, на 1,409 (1740,7/1235,2), или на 40,9%.

Таблица 11

Уровень смертности мужчин и женщин
в расчете на 100 000 населения

	2011г.		2012г.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Всего	1777,7	1211,7	1740,7	1235,2
В том числе:				
0-14	154,9	107,7	183,5	132,8
15-59	1285,9	495,7	1213,2	484,0
60 и старше	7134,3	4566,0	7014,7	4579,1

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 уст-

ранить влияние различий возрастной структуры мужского и женского населения на величину общих коэффициентов смертности.

Таблица 12

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

	2011г.		2012г.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Всего	2142,1	1048,4	2101,5	1042,2
В том числе:				
0-14	150,3	104,4	175,6	125,8
15-59	1315,0	474,6	1238,6	458,4
60 и старше	8085,8	4569,8	8093,1	4564,3

Результат расчета показывает, что на самом деле смертность мужчин выше, чем смертность женщин, не на 40,9%, а в 2,0 раза (2101,5/1042,2).

Темпы снижения уровня смертности у мужчин и женщин в 2012 году с учетом стандартизации коэффициентов различались (соответственно 1,9% и 0,6%).

Разной была динамика уровня смертности и в различных возрастных группах. Среди женщин снижение смертности отмечалось в возрастных группах в возрасте 15 лет и старше. 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, как и недифференцированные общие коэффициенты, 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 2012 году показаны в таблице 13. Показатели в таблице стандартизованы по возрастной структуре населения Росстатом (прямым методом), так что они сопоставимы и по полу, и в динамике.

**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)	
	2011	2012	2011	2012
Мужчины				
Всего умерших от всех причин	2142,1	2101,5	100,0	100,0
в том числе от:				
болезней системы кровообращения	1061,0	1065,2	49,5	50,7
новообразований	281,3	266,6	13,1	12,7
несчастных случаев, отравлений и травм	369,3	361,4	17,2	17,2
болезней органов дыхания	122,2	114,7	5,7	5,4
болезней органов пищеварения	94,3	94,3	4,4	4,5
инфекционных и паразитарных болезней	65,6	58,4	3,1	2,8
всех прочих	148,4	140,9	6,9	6,7
Женщины				
Всего умерших от всех причин	1048,4	1042,2	100,0	100,0
в том числе от:				
болезней системы кровообращения	597,8	603,0	57,0	57,8
новообразований	131,1	129,4	12,5	12,4
несчастных случаев, отравлений и травм	99,6	100,1	9,5	9,6
болезней органов дыхания	35,2	30,0	3,4	2,9

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)	
	2011	2012	2011	2012
болезней органов пищеварения	56,0	60,1	5,3	5,8
инфекционных и паразитарных болезней	17,9	14,3	1,7	1,4
всех прочих	110,8	105,3	10,6	10,1

Из таблицы видно, что в 2012 году у женщин уровень смертности снизился по трем основным классам причин смерти (новообразования, болезни органов дыхания, инфекционные болезни), тогда как у мужчин произошло снижение уровня смертности по четырем основным классам причин смерти (новообразования, болезни органов дыхания, инфекционные болезни, несчастные случаи, отравления и травмы).

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.

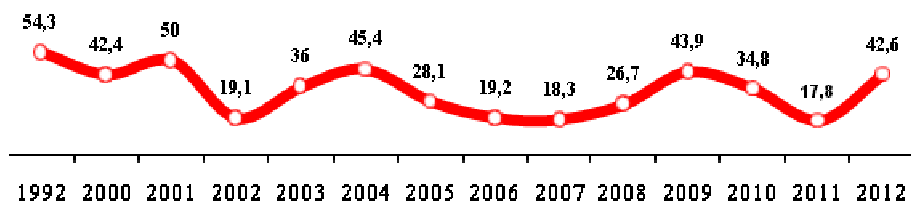
Следует заметить, что все эти причины носят «поведенческий» характер, обусловлены в значительной степени образом жизни людей, отношением людей к своему здоровью, их самосохранительным поведением. Здоровье и продолжительность жизни все в большей степени начинает зависеть от воли и усилий самого человека, 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 21-летнего периода (с 1992 по 2012г.).

Коэффициент материнской смертности относительно 1992 года снизился. Так, если в 1992 году он составлял 54,3, в 2000 году – 42,4, то в 2012 году – 42,6.

Динамика коэффициента материнской смертности (на 100000 родившихся живыми)

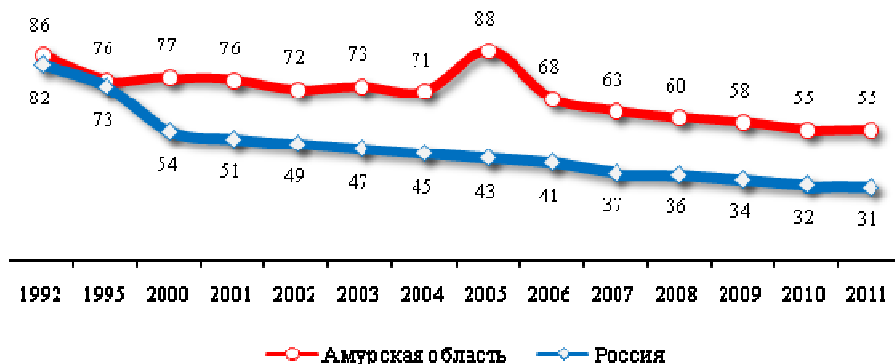


Тем не менее, уровень материнской смертности остается достаточно высоким – в 2012 году он составил 42,6 случая на 100000 родившихся живыми, что заметно выше среднероссийского показателя.

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 2005-2012 годах зафиксированы лишь два случая. Следует иметь в виду, что речь идет о статистически малых абсолютных величинах (1-5 человек), вследствие чего относительные показатели могут сильно колебаться от года к году.

График 3

Динамика общего коэффициента абортов (на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет)



Основной путь снижения материнской смертности – это сокращение числа **абортов**. По сравнению с 2000 годом наблюдается уменьшение числа абортотв на 1,9 раза. В 2012 году в среднем по области этот показатель составил 50 абортотв на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет против 77 в 2000 году (в 2011г. – 54). Несмотря на то, что в последние годы в области отмечается снижение уровня абортотв, он до сих пор остается одним из самых высоких в стране.

Так, в 2011 году Амурская область по коэффициенту абортотв находилась на четвертом месте среди субъектов Российской Федерации, уступая лишь Республикам Алтай и Тыва, Еврейской автономной области.

Таблица 14

Прерывание беременности (абортотв)

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Число абортотв - всего, единиц	19928	21440	14608	13759	13020	12126	11679	10533
на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет	77	88	63	60	58	55	55	50
на 100 родов	211	201	133	123	114	106	105	89

В 2012 году число абортотв у первобеременных по сравнению с 2000 годом уменьшилось на 30%.

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

Таблица 15

Прерывание беременности (абортотв) по возрастным группам женщин

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Всего абортотв (включая мини-абортотв), единиц	19928	21440	16217	14608	13759	13020	12126	11679	10533
в том числе у женщин в возрасте, лет:									
до 15	64	6	6	8	14	13	14	5	12
15-19	2177	1759	1574	1471	1373	1112	918	786	693
20-34	14303	16521	12076	10871	10218	9650	9175	8767	7895
35 и старше	3384	3154	2561	2258	2154	2245	2019	2121	1933
Число абортотв на 1000 женщин в возрасте, лет:									
до 15	0,7	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
15-19	52	44	40	42	43	40	31	33	31
20-34	138	150	110	97	91	86	73	84	79
35 и старше	14	13	11	9	9	9	7	9	8
Число мини-абортов, единиц	6000	4186	4199	4460	4028	3985	3667	3315	3081
Число абортов у первобеременных ¹⁾ , единиц	956	1174	1202	1117	1081	1047	882	883	677

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 2012 году был на 25% 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 16

Смертность женщин в возрасте старше 15 лет от отдельных злокачественных образований

На 100000 женщин в возрасте 15 лет и старше

	1992	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Смертность от злокачественных образований женских половых органов в том числе:							
рак шейки матки	7,9	14,3	11,4	12,1	11,5	13,6	12,0
рак молочной железы	21,7	22,5	30,0	31,7	36,0	33,8	27,1

Необходимо отметить, что значение поведенческого фактора в снижении смертности не ограничивается внешними, немедицинскими причинами, по-

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

скольку 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 2012 года в области имелось 135 женские консультации, акушерско-гинекологических отделений (кабинетов) и 88 детских поликлиник, отделений (кабинетов).

В стационарах функционировали 574 койки для беременных и рожениц (27,2 койки на 10 000 женщин в возрасте 15-49 лет), 504 гинекологических (11,7 на 10000 женщин) и 1480 коек для больных детей (109,2 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 17

Основные показатели развития учреждений медицинского обслуживания

	На конец года				2012 в % (разак)		
	2000	2005	2011	2012	2000	2005	2011
Число детских поликлиник и амбулаторий	92	85	64	88	95,7	103,5	137,5
Число детских больниц	2	2	2	2	100,0	100,0	100,0
Число женских консультаций и акушерско-гинекологических отделений (кабинетов)	151	148	85	135	89,4	91,2	158,8
Число коек для беременных женщин и рожениц	801	722	581	574	71,7	79,5	98,8
на 10 000 женщин 15-49 лет	31,1	29,2	27,5	27,2	87,5	93,2	98,9
Число коек для гинекологических больных	1013	893	573	504	49,8	56,4	88,0
на 10 000 женщин	21,3	19,4	13,2	11,7	54,9	60,3	88,6
Число коек для больных детей	2350	1926	1584	1480	63,0	76,8	93,4
на 10 000 детей 0-14 лет	129,3	130,5	110,3	109,2	84,5	83,7	99,0
Численность врачей - педиатров	569	510	516	490	86,1	96,1	95,0

	На конец года				2012 в % (разах)		
	2000	2005	2011	2012	2000	2005	2011
на 10 000 детей 0-14 лет	31,3	34,6	36,4	33,5	107,0	96,8	92,0
Численность врачей акушеров-гинекологов, человек	346	368	338	334	96,5	90,8	98,8
на 10 000 женщин	7,3	8,0	7,8	7,8	106,8	97,5	100,0
Численность акушерок (из числа среднего медперсонала)	762	566	481	451	59,2	79,7	93,8
на 10 000 женщин	16,0	12,3	11,0	10,5	65,6	85,4	95,5

В 2012 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 12%, гинекологическими койками в расчете на 10 000 женщин – на 45%, койками для больных детей в расчете на 10 000 детей в возрасте до 14 лет – на 15%.

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 7%, акушерами-гинекологами (в расчете на 10000 женщин) – на 7%.

Снижение было связано с абсолютным сокращением 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 2012 году - 13,8 (в 1990 г.- 19,9). По России за 2012 год этот показатель составил 8,7, по Дальневосточному федеральному округу – 10,8.

В 2012 году в Амурской области умер 161 младенец в возрасте до 1 года, на 40 больше, чем в 2011 году. В структуре младенческой смертности основными остаются причины, тесно связанные со здоровьем матери. Это заболевания и состояния, возникающие на первой неделе жизни – 50% и врожденные anomalies – 14%.

Коэффициент смертности детей до 5 лет в 2012 году также продолжал снижаться и составил 3,45 промилле, что на 42,1% ниже, чем в 2000 году (5,96).

В 2012 году по сравнению с 2000 годом снизилась смертность детей в возрасте 1-14 лет (2000г. – 0,81, 2010г.- 0,34, 2012г.- 0,52 на 1000 населения соответствующего возраста).

По сравнению с 2000 годом на 31,0% снизилась смертность детей и подростков в возрасте 15-19 лет (2000г. - 1,68; 2011г.- 1,45, 2012г.- 1,16 на 1000 населения соответствующего возраста). Однако пока эти тенденции не приобрели устойчивого характера.

В целом же состояние здоровья детей и подростков улучшается. В 2012 году по сравнению с 2001 годом наблюдался снижение общей заболеваемости новорожденных на 16,9%.

Таблица 18

Состояние здоровья новорожденных ¹⁾

	2001	2005	2009	2010	2011	2012
Родилось детей больными или заболели (с массой тела 1000г. и более), всего	6285	5983	6838	6267	5543	5221
из них с заболеваниями:						
острые респираторные инфекции, грипп	4	1	4	3	1	-
врожденная пневмония	18	26	30	22	22	25
инфекции кожи и подкожной клетчатки	34	67	52	111	100	168
врожденные аномалии	175	252	328	457	295	360
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	6491	6471	7365	7170	6459	6084

Общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет по сравнению с 2000 годом увеличилась на 88,8%. Рост заболеваемости отмечался по всем классам болезней, в том числе за счет врожденных аномалий развития – в 6,3 раза, болезней системы кровообращения – в 4,7 раза, новообразований – в 4,5 раза, болезней нервной системы и органов пищеварения - в 2,2 раза и 3,0 раза, болезней органов дыхания - на 83,9%, болезней мочеполовой системы – на 92,3%, травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин на – 85,3%. Исключение составила заболеваемость эндокринной системы, которая уменьшилась на 7,7%.

¹⁾ Данные Министерства здравоохранения Амурской области

Таблица 19

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	2010	2011	2012
Все болезни	104938,4	141676,4	185440,6	189624,5	198141,4
из них:					
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7689,8	8032,4	8127,9	8809,3	7904,5
новообразования	125,5	238,8	546,1	673,5	570,1
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	902,3	1328,1	1493,1	1580,4	1587,7
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	1904,9	1728,3	3155,6	1916,0	1757,9
болезни нервной системы	2101,2	2917,6	4539,5	4465,3	4586,5
болезни глаза и его придаточного аппарата	2666,1	5174,9	5041,4	5635,9	6373,4
болезни уха и сосцевидного отростка	2520,7	3445,2	4320,4	4712,1	5475,1
болезни системы кровообращения	327,8	733,1	2004,7	1831,4	1534,6
болезни органов дыхания	66814,5	83401,5	115091,6	116773,9	122851,7
болезни органов пищеварения	2851,2	5633,1	6226,2	8815,0	8585,6
болезни кожи и подкожной клетчатки	4763,0	8159,2	10153,9	9870,0	9909,9
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1776,7	3171,8	4408,2	4267,9	4768,5
болезни мочеполовой системы	1762,7	2729,5	2777,5	3384,2	3389,7
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	262,9	438,2	1871,2	1814,5	1652,5
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	5384,7	7512,2	7803,7	9234,6	9976,8

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в лечебно-профилактических учреждениях области в 2012 году продолжала проводиться дополнительная диспансеризация населения. У детей (0-14 лет) чаще всего при осмотрах выявляли нарушение осанки и понижение зрения (7,3% и 7,0% соответ-

венно), с дефектами речи выявлено 2,9%, со сколиозом – 0,9%, с понижением остроты слуха – 0,2%. За годы обучения в школе увеличивается количество учеников с понижением остроты зрения – в 2,7 раза, со сколиозом – в 12,5 раза, с понижением остроты слуха – в 1,3 раза, с нарушением осанки – в 1,5 раза.

Таблица 20

Результаты профилактических осмотров детей в возрасте 0-14 лет

	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Осмотрено детей – всего, человек	107197	108247	97882	96261	97489	102956	98929
Выявлено детей при осмотрах:							
с понижением остроты слуха, всего	449	296	186	195	164	164	153
в процентах к числу осмотренных	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
с понижением остроты зрения, всего	6326	5863	5857	5617	6074	7286	6961
в процентах к числу осмотренных	5,9	5,4	6,0	5,8	6,2	7,1	7,0
с дефектами речи, всего	2139	2601	2525	2615	3058	3060	2845
в процентах к числу осмотренных	2,0	2,4	2,6	2,7	3,1	3,0	2,9
со сколиозом, всего	771	762	773	893	843	972	903
в процентах к числу осмотренных	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9
с нарушением осанки, всего	6859	6315	7023	6493	6216	6755	7252
в процентах к числу осмотренных	6,4	5,8	7,2	6,7	6,4	6,6	7,3

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 21

Заболееваемость женщин отдельными болезнями

	2000	2005	2010	2011	2012
Зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом, человек:					
злокачественные новообразования	1218	1329	1368	1420	1528
в том числе:					
молочной железы	218	265	295	297	304
шейки и тела матки, плаценты	174	187	193	192	213
яичника	58	49	52	53	65
активный туберкулез	308	396	400	369	326
алкоголизм и алкогольный психоз	223	412	376	324	273
расстройства менструаций	2696	2653	2434	1885	1996
бесплодие	167	203	189	156	194
осложнение беременности, родов и послеродового периода	12510	16128	17460	16282	15244
На 100000 женщин:					
злокачественные новообразования	255	288	303	326	354
в том числе:					
молочной железы	46	58	65	68	70
шейки и тела матки, плаценты	36	41	43	44	49
яичника	12	11	12	12	15
активный туберкулез	64	86	88	85	76
алкоголизм и алкогольный психоз	47	89	83	74	63
расстройства менструаций ¹⁾	901	962	953	796	870
бесплодие ²⁾	72	90	87	77	100
осложнение беременности, родов и послеродового периода ³⁾	4838	6490	7471	7524	7300

В 2012 году по большинству заболеваний снизилась частота болезней системы кровообращения и анемии. В то же время выросла частота болезней мочеполовой системы (с 20,7% до 23,0%). Доля нормальных родов в 2012 году составила 34,5% (в 2011 г. - 39,6%).

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

Состояние здоровья беременных женщин и рожениц¹⁾

	2000	2005	2010	2011	2012
Численность женщин, закончивших беременность - всего человек	7840	9348	11124	10900	11362
в том числе:					
Численность беременных, человек, страдающих:					
анемией	4056	3977	3968	3804	3786
болезнями системы кровообращения	921	2186	2314	2080	2005
сахарным диабетом	9	18	58	26	24
поздним токсикозом	2219	2842	2415	1916	1624
болезнями мочеполовой системы	1849	3831	2080	2251	2610
венозными осложнениями при беременности	206	298	358	334	372
в % к закончившим беременность страдали:					
анемией	51,7	42,5	35,7	34,9	33,3
болезнями системы кровообращения	11,7	23,4	20,8	19,1	17,6
сахарным диабетом	0,11	0,19	0,5	0,2	0,2
поздним токсикозом	28,3	30,4	21,7	17,6	14,3
болезнями мочеполовой системы	23,6	41,0	18,7	20,7	23,0
венозными осложнениями при беременности	2,6	3,2	3,2	3,2	3,3
На 1000 родов - роды, осложненные:					
анемией	266,0	209,3	207,1	193,5	167,9
болезнями системы кровообращения	64,5	107,8	147,7	166,5	143,0
сахарным диабетом	0,9	0,8	3,7	2,2	4,9
поздним токсикозом	161,0	217,1	171,0	155,7	158,9
болезнями мочеполовой системы	92,9	82,6	46,7	52,4	56,1
венозными осложнениями	9,5	7,3	9,9	8,9	10,7
кровотечением в послеродовом периоде	27,6	15,0	15,0	9,5	8,8

¹⁾ Данные Министерства здравоохранения Амурской области

4. Социально обусловленные заболевания детей и подростков

В 2012 году осуществлялась реализация федеральной программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.)».

На конец 2012 года состояло на учете 14 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	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Взято под наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом:								
всего, человек								
дети	4	1	2	5	2	-	-	-
подростки	24	25	45	33	21	24	11	11
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	2,1	0,7	1,4	3,5	1,4	-	-	-
подростки	44,9	53,2	112,3	92,1	58,6	75,3	39,6	42,2
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях (на конец года):								
всего, человек								
дети	7	8	2	6	3	6	-	-
подростки	43	72	63	54	44	44	20	14
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	3,9	5,4	1,4	4,2	2,1	4,1	-	-
подростки	82,2	157,9	164,7	161,6	131,7	145,2	71,9	53,7
Кроме того, численность больных, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ (на конец года):								
всего, тыс. человек								

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
дети	94	62	32	24	25	32	31	33
подростки	174	176	175	192	195	252	211	207
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	51,7	42,0	22,3	16,7	17,4	22,0	21,9	22,7
подростки	332,8	386,1	457,4	574,7	583,7	831,5	758,9	794,1

На конец 2012 года состояло на учете 12 детей-токсикоманов, и в сравнении с 2000 годом их число снизилось, зарегистрировано 2,1 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 33 человек на конец 2012г.). При этом число подростков возросло с 174 до 207 (на 19,0%).

В 2012 году возросло число подростков-наркоманов, зарегистрировано 54 случая на 100 тыс. подростков в возрасте 15-17 лет (2000г.- 82,2).

Число подростков-токсикоманов увеличилось с 1 человека в 2000 году до 3 человек в 2012 году, зарегистрировано 11,5 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	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Взято под наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом:								
всего, человек								
дети	13	16	16	9	9	4	7	3
подростки	1	20	19	11	13	18	12	3
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	7,0	10,7	11,1	6,3	6,3	2,8	4,9	2,1
подростки	1,9	42,6	47,4	30,7	36,3	56,5	43,2	11,5
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях (на конец года):								
всего, человек								
дети	14	21	22	12	19	16	14	12

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
подростки	9	36	51	49	42	45	29	12
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	7,3	13,8	15,4	8,3	13,2	11,0	9,9	8,3
подростки	16,5	74,5	133,3	146,7	125,7	151,8	104,3	46,0
Кроме того, численность больных, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями ненаркотических веществ (на конец года):								
всего, человек								
дети	22	74	84	61	66	69	62	89
подростки	27	28	76	87	72	77	77	72
на 100 000 человек населения соответствующего возраста								
дети	11,5	48,6	58,6	42,4	45,8	47,5	43,7	61,4
подростки	49,4	57,9	198,7	260,4	215,5	254,1	277,0	276,2

В 2012 году отмечено снижение заболеваемости подростков сифилисом и гонореей. Так, среди подростков-юношей показатель заболеваемости сифилисом с впервые установленным диагнозом за 12 лет снизился с 41 до 10 и составил 74,8 на 100 тыс. подростков, среди девушек – уменьшился с 103 до 17 человек и составил 133,9 на 100 тыс. подростков.

Таблица 23

Численность подростков с впервые установленным диагнозом сифилиса

Всего, человек							
мужчины				женщины			
2000	2005	2011	2012	2000	2005	2011	2012
41	28	4	10	103	52	23	17
В расчете на 100 000 человек населения							
мужчины				женщины			
2000	2005	2011	2012	2000	2005	2011	2012
147,9	116,6	28,5	74,8	399,6	226,6	167,1	133,9

Заболеваемость гонореей за 12 лет сократилась среди лиц обоего пола в 5,3 раза и составила в 2012 году 103,6 на 100 тыс. подростков (в 2000г. – 297,0).

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

Всего, человек							
мужчины				женщины			
2000	2005	2011	2012	2000	2005	2011	2012
84	36	16	14	75	44	15	12
В расчете на 100 000 человек населения							
мужчины				женщины			
2000	2005	2011	2012	2000	2005	2011	2012
303,0	149,9	114,0	104,7	291,0	191,7	109,0	94,5

В настоящее время в Амурской области остается сложной ситуация по туберкулезу. Показатель заболеваемости туберкулезом среди всего населения в 2012 году составил 110,0 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 2012 года - 2855 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, 2012г. - 21,6 и 14,1).

Аналогичная динамика отмечается и среди подростков мужского и женского пола - за 12 лет уровень заболеваемости увеличился соответственно в 2,3 и 1,7 раза.

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

	На 100 000 человек населения									
	2000	2003	2004	2005	2008	2009	2010	2011	2012	
Выявлено больных с впервые в жизни установленным диагнозом:										
мужчины	196,0	233,4	221,1	214,1	228,4	208,1	205,6	165,7	148,3	
женщины	64,4	93,7	83,4	86,0	92,4	84,9	88,5	84,7	75,6	
из них в возрасте, лет:										
0-14										

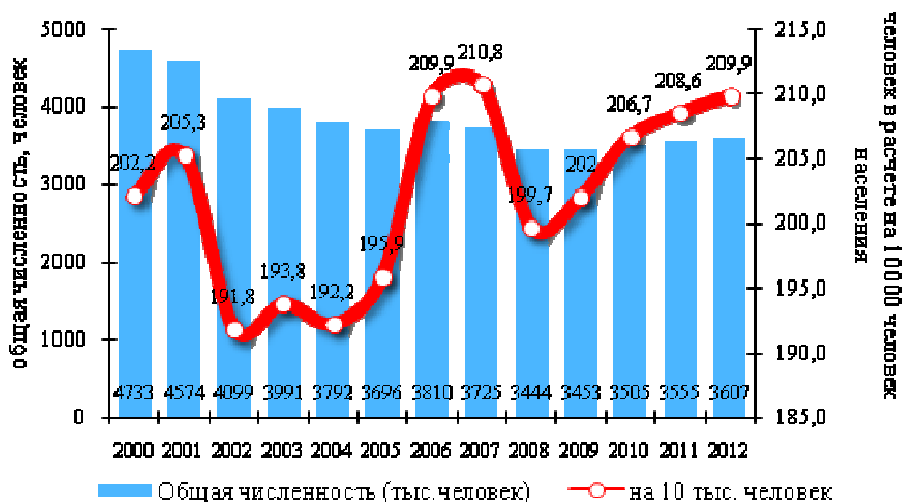
	На 100 000 человек населения								
	2000	2003	2004	2005	2008	2009	2010	2011	2012
мужчины	7,4	14,7	17,7	17,0	16,3	19,0	16,2	28,9	21,6
женщины	13,1	12,8	27,8	24,6	24,3	24,3	15,6	20,2	14,1
15-17									
мужчины	39,7	27,2	47,4	149,9	65,6	98,3	110,9	35,6	89,7
женщины	42,7	91,8	61,7	100,2	79,9	125,5	96,0	116,2	70,9

Показатель детской инвалидности в 2008-2012 годах несколько увеличился и составил в 2012 году 209,9 ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии, на 10000 детей (в 2008г.- 194,1).

График 4

7.2. Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии

Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающих социальные пенсии



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 2012 году в области работало 331 дошкольное образовательное учреждение, в том числе 314 самостоятельных учреждений, 3 обособленных структурных подразделения (филиала) дошкольного образовательного учреждения и 14 подразделений (групп) дошкольного образования, организованные в общеобразовательных учреждениях. При наличии в них 36,1 тыс. мест детские дошкольные учреждения посещали более 38,0 тыс. детей. По сравнению с прошлым годом численность детей в дошкольных учреждениях возросла на 2,2%, число мест – на 1,2%. Из общей численности детей основная доля (82,7%) приходится на детей в возрасте 3 года и старше.

Среди действующих дошкольных учреждений области 305 (97,1%) имели муниципальную форму собственности и 9 (2,9%) – федеральную.

На 100 мест в дошкольных образовательных учреждениях области в среднем приходится 105 детей, в том числе в городской местности – 112, в сельской – 89 (в 2011г. - соответственно 104, 111 и 86).

В 2012 году 15 дошкольным образовательным учреждениям требовался капитальный ремонт (4,8% от общего числа дошкольных учреждений). Все виды благоустройства имели 299 дошкольных образовательных учреждения (95,2%), 168 учреждений (53,5%) имели доступ в Интернет, 168 (53,5%) – адреса электронной почты, 33 садика (10,5%), имеющие персональные компьютеры, использовали их в учебных процессах.

В сельской местности функционировали 179 дошкольных образовательных учреждений, в том числе 163 самостоятельных учреждения, 3 обособленных структурных подразделения (филиала) и 13 подразделений (групп), организованных в общеобразовательных учреждениях, их посещали 8,9 тыс. детей (более 10,0 тыс. мест).

В области в течение 2012 открыто 7 подразделений (групп) дошкольного образования, организованных в общеобразовательных учреждениях: 3 подразделения (группы) в Ивановском районе, 2 – Тындинском и по одному – в Шимановском районе и пгт. Углегорск.

На капитальный ремонт закрыты 3 дошкольных образовательных учреждения: в г. Райчихинске, г. Свободном и г. Тынде.

Прекратили деятельность 3 дошкольных образовательных учреждения: в п. Мадалан Сквородинского, ст. Хорогочи Тындинского и с. Чагоян Шимановского районов.

В дошкольных образовательных учреждениях области в течение 2012 года зарегистрировано 94,5 тыс. случаев заболеваний, в среднем 288 заболеваний на одно дошкольное образовательное учреждение. За год каждый ребенок, посещающий детский сад, болел в среднем 3 раза. Чаще всего дети болели гриппом и острыми инфекциями верхних дыхательных путей - 67,7 тыс. случаев, или 71,6% от общего числа зарегистрированных заболеваний, что на 9,8% больше, чем в 2011 году. Каждым ребенком из-за болезни в среднем было пропущено 24 дня, в 2011 году – 25 дней.

Различными видами дополнительных услуг, предоставляемых по желанию родителей на платной основе, воспользовались 17,2 тыс. детей, что на 31,0% больше, чем в прошлом году.

В 2012 году функционировало 23 группы кратковременного пребывания детей с контингентом воспитанников 180 человек, что в 5,2 раза больше, чем в предыдущем году. В основном дети посещали группы с режимом работы до 5 часов (61%).

В дошкольных учреждениях области было занято 9,1 тыс. работников, в том числе 3,5 тыс. - педагогический персонал, из которых 82,5% - воспитатели и старшие воспитатели, 7,9% - музыкальные работники, 3,6% - учителя-логопеды, 3,1% - инструкторы по физической культуре, 1,2% - психологи. При этом 32,4% имели высшее профессиональное образование, 61,8% - среднее специальное педагогическое образование. Стаж работы 15 лет и более отмечен у 58,3% всех педагогических работников, из их числа 89,4% - педагогический стаж.

По данным Министерства образования и науки Амурской области, в течение 2012 года в дошкольные образовательные учреждения области получили путевки около 10,0 тыс. детей (69%) из 14,6 тыс. детей, стоящих на очереди.

График 5

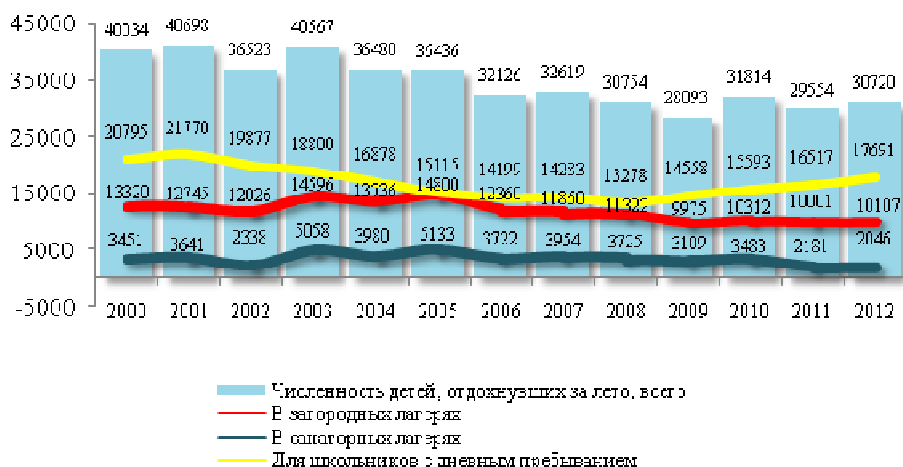


За лето 2012 года в 338 оздоровительных учреждениях (лагерях) Амурской области отдохнуло 30,7 тыс. детей.

Число оздоровительных лагерей в области в 2012 году по сравнению с предыдущим годом уменьшилось на 15 (на 4,3%), в основном за счет организации на базе общеобразовательных учреждений и учреждений дополнительного образования профильных и палаточных лагерей.

График 6

Численность детей, отдохнувших в оздоровительных учреждениях (лагерях), человек



Оздоровительные лагеря с дневным пребыванием детей в период каникул посетило 17,7 тыс. детей (в 2011 г. – 16,5 тыс. детей).

Численность детей, отдохнувших за лето 2012 года во всех оздоровительных лагерях, увеличилась по сравнению с 2011 годом на 1,2 тыс. человек (3,9%).

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), опекунов (попечителей), на патронатное воспитание и прочие формы семейного устройства) занимаются государственные органы образования и здравоохранения.

В 2012 году незначительно возросла численность ежегодно выявляемых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. На конец 2012 года их численность составила 1071 человек (в 2005 г. – 1534 человека, в 2011 году – 1206 человек).

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 1522 человека (82,0% к 2011г.).

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

По состоянию на 1 января 2013 года численность детей и подростков до 18 лет на воспитании в семьях составила: опекаемых – 4069, из них усыновленных посторонними гражданами – 977 человек.

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 2012 году в области действовало 12 образовательных учреждений различного типа, реализующих программы начального профессионального образования (профессиональные училища, профессиональные лицеи, центры непрерывного профессионального образования), из них: 10 дневной формы обучения в ведении министерства образования и науки Амурской области и 2 профтехучилища угольно-исполнительной системы УФСИН России по Амурской области.

Численность учащихся в учебных заведениях начального профессионального образования уменьшилась по сравнению с 2011 годом на 0,4 тыс. человек (на 6,0%) и насчитывала в 2012 году 6,3 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 2012 году прием в эти учреждения составил свыше 4,9 тыс. человек, что по сравнению с 2011 годом меньше на 0,3 тыс. человек (на 5,8%).

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 аборт в 1,9 раза. Несмотря на снижение, частота прерывания беременности в 1,7 раза выше среднероссийского показателя. Число абортов у первобеременных за этот период уменьшилось на 30%.

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 2011 годом на 6%. 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		2013	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Все население	525299	530038	455209	480398	425678	461921	386600	430310
в том числе в								
возрасте, лет								
0-4	50472	48523	23797	22731	25428	24123	27797	26702
5-9	50018	48958	30731	29506	22662	21730	25166	23948
10-14	45185	44092	42936	41336	29645	28627	21957	20887
0-17	169864	165813	125923	119821	102504	98058	87972	83846

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)	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012	2002	2012
Всего	911381	821573	470765	432522	172058	143657	50750	26769
городские округа:								
г. Благовещенск	219817	221136	117780	121759	34696	32522	17429	7229
г. Белогорск	68399	68371	35978	35565	12741	11749	3216	2142
г. Зея	28203	34665	15022	13440	5281	4192	1266	765
г. Райчихинск	24697	21551	12879	11911	4293	3757	1543	767
г. Свободный	64615	57713	33277	30319	10766	9665	3649	1969
г. Тында	40754	35410	21407	18526	7940	6106	2387	1127
г. Шимановск	22652	19595	11543	10565	4297	3480	1039	646
пгт Прогресс	16356	13046	8666	7203	3007	2246	830	488
муниципальные районы:								
Архаринский	21390	16688	10875	8642	4204	3231	1031	541
Белогорский	24081	19361	11772	9400	5073	3587	1080	609
Благовещенский	18740	20181	9577	10348	3590	3617	975	625
Бурейский	29741	23332	14872	12397	7378	4699	1279	796
Завитинский	20895	15584	10935	8379	4172	2888	975	505
Зейский	20888	16589	10609	8327	4395	3151	933	
Ивановский	29651	25884	14599	12755	6103	4879	1272	779

	Все население		в том числе					
			женщины		дети (0-14 лет)		подростки (15-17 лет)	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012	2002	2012
Константиновский	14864	12854	7279	6794	3541	2901	845	463
Магдагачинский	26840	21921	13906	11542	5288	4322	1116	698
Мазановский	16119	14425	8208	7323	3556	2629	702	499
Михайловский	17151	14841	8784	7816	3557	3012	737	512
Октябрьский	22811	19208	10741	9087	4671	3491	1084	619
Ромненский	11912	9075	6110	4626	2505	1591	504	280
Свободненский	14576	14587	7385	7245	3268	3009	741	508
Селемджинский	12090	11443	6068	5752	2705	2120	432	397
Серьшевский	29900	25223	15060	12683	6450	5237	1408	757
Сковородинский	34741	28921	17042	14602	7146	5705	1570	912
Тамбовский	25074	22702	12823	11884	5277	4460	1208	756
Тындинский	17016	15413	8586	7668	3775	2866	876	502
Шимановский	7281	5884	3672	2985	1520	1037	298	162

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
2012	150	94	56	12,68	7,94	4,73

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
2012	161	89	72	13,8	14,8	12,6

Младенческая смертность по основным классам причин смерти

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Человек										
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	343	250	224	201	182	177	175	148	147	121	161
в том числе от:											
инфекционных и паразитарных болезней	16	15	14	5	5	10	10	4	3	1	4
болезней органов дыхания	57	16	34	17	14	19	18	7	4	7	9
болезней органов пищеварения	3	1	4	1	3	2	-	3	2	-	3
врожденных аномалий (пороков развития)	58	59	43	30	41	31	48	26	37	25	22
отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	166	129	97	85	77	84	57	78	72	49	81
внешних причин смерти	26	8	19	24		13	15	13	11	17	14
	На 10 000 родившихся живыми										
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	199,6	235,6	237,5	187,3	174,4	161,6	156,8	129,9	128,1	107,9	138,4
в том числе от:											

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
инфекционных и паразитарных болезней	9,3	14,1	14,8	4,7	4,8	9,1	9,0	3,5	2,6	0,9	3,4
болезней органов дыхания	33,2	15,1	36,0	15,8	13,4	17,3	16,1	6,1	3,5	6,2	7,7
болезней органов пищеварения	1,7	0,9	4,2	0,9	2,9	1,8	-	2,6	1,7	-	2,6
врожденных аномалий (пороков развития)	33,7	55,6	45,6	27,9	39,3	28,3	43,0	22,8	32,3	-	18,9
отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде	96,6	121,6	102,8	79,2	73,8	76,7	51,1	68,4	62,8	22,3	69,6
внешних причин смерти	15,1	7,5	20,1	22,4	12,5	13,7	9,9	11,4	9,6	15,2	12,0

Смертность детей в возрасте 0-4 года

	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
2007	220	4,214
2008	207	3,933
2009	178	3,362
2010	166	3,189
2011	152	2,919
2012	184	3,446

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

	На 100 тыс. человек соответствующего возраста				
	2000	2005	2010	2011	2012
Всего умерших в возрасте 1-14 лет от всех причин	81,4	82,6	34,4	51,1	51,6
в том числе:					
от инфекционных болезней	4,3	5,0	1,5	2,3	1,5
от новообразований	2,7	8,6	3,8	4,6	3,7
от болезней органов дыхания	10,8	7,2	3,1	4,6	3,7
от болезней органов пищеварения	0,5	0,7	1,5	1,5	0,7
от врожденных аномалий	2,7	4,3	1,5	1,5	3,0
от несчастных случаев, отравлений и травм	45,3	46,0	16,8	29,8	28,4

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

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Всего умерших в возрасте 0-14 лет от всех причин, человек	375	316	268	243	224	192	188	230
всего								
на 100 тыс. соответствующего возраста	192,7	210,8	186,3	169,2	154,8	135,4	132,6	158,6
В том числе от несчастных случаев, отравлений и травм								
На 100 тыс. соответствующего возраста	103	88	67	51	61	33	56	52
Из них:								
Погибло в результате автотранспортных происшествий								
на 100 тыс. соответствующего возраста	12	9	8	7	5	5	10	7
Погибло в воде (утонуло детей)								
на 100 тыс. соответствующего возраста	15	9	6	7	4	3	7	8
Погибло в воде (утонуло детей)								
на 100 тыс. соответствующего возраста	7,7	6,0	4,2	4,9	2,8	2,1	4,9	5,5

**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
2011	2	17,8
2012	5	42,6

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
2012	574	1433	97,8	223 ²⁾	325

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

зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни

	2000	2005	2010	2011	2012
Все болезни	195622	212397	268264	270653	287418
из них:					
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	14335	12042	11758	12492	11466
новообразования	234	358	790	955	827
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1682	1991	2160	2241	2303
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	3551	2591	4565	2717	2550
болезни нервной системы	3917	4374	6567	6332	6653
болезни глаза и его придаточного аппарата	4970	7758	7293	7992	9245

¹⁾ По данным министерства здравоохранения Амурской области

²⁾ Юридические лица

	2000	2005	2010	2011	2012
болезни уха и сосцевидного отростка	4699	5165	6250	6682	7942
болезни системы кровообращения	611	1099	2900	2597	2226
болезни органов дыхания	124553	125033	166495	165590	178205
болезни органов пищеварения	5315	8445	9007	12500	12454
болезни кожи и подкожной клетчатки	8879	12232	14689	13996	14375
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3312	4755	6377	6052	6917
болезни мочеполовой системы	3286	4092	4018	4799	4917
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	490	657	2707	2573	2397
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	10038	11262	11289	13095	14472

Численность больных активным туберкулезом детей и подростков по возрастным группам в Амурской области

ЧЕЛОВЕК

	Всего, человек									
	2000	2003	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Выявлено больных с впервые в жизни установленным диагнозом:										
мужчины	885	1009	907	870	944	860	844	651	575	
женщины	308	436	396	363	419	385	400	369	326	
из них в возрасте, лет:										
0-14										
мужчины	7	12	13	17	12	14	12	21	16	
женщины	12	10	18	14	17	17	11	14	10	
15-17										
мужчины	11	7	36	14	12	18	16	5	12	
женщины	11	23	23	16	14	22	15	16	9	

Детские оздоровительные учреждения (лагеря)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Число детских оздоровительных учреждений (лагерей) – всего	273	400	355	369	347	353	338
в том числе лагеря:							
загородные	29	24	22	27	16	19	21
санаторного типа	3	6	6	7	4	3	3
для школьников с дневным пребыванием	204	355	298	312	297	314	299
профильные, оборонно-спортивные, оздоровительно-спортивные и другие	17	4	12	18	26	14	...
труда и отдыха	20	11	17	5	4	3	9
Численность детей, отдохнувших в них за лето – всего, человек	39419	37749	40034	36436	31814	29554	30720
в том числе в лагерях:							
загородных	15556	11371	13320	14800	10312	10001	10107
санаторного типа	1423	2150	3451	5133	3483	2181	2046
для школьников с дневным пребыванием	15107	23568	20795	15115	15593	16517	17691
профильных, оборонно-спортивных, оздоровительно-спортивных и других	5153	141	1597	1129	2328	763	...
труда и отдыха	2180	519	871	259	98	92	285

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

человек

	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, получающие социальные пенсии, всего ¹⁾	3031	4733	3696	3444	3453	3505	3555	3607
на 10 000 детей	119,5	202,2	191,3	194,1	196,6	206,7	208,6	209,9

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, санитарных 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 большого 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>**