Итоги реализации Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы по г. Алматы по итогам 7 месяцев 2019 года

АННОТАЦИЯ

Данный отчет содержит итоги мониторинга ГПРЗ по результатам 7 месяцев 2019 года по г. Алматы. Отчет оформлен на 63 страницах, содержит 28 рисунков, 10 таблицы, 1 приложение к отчету в формате Excel, использованы 33 литературных источника а также официальные данные министерств и ведомств, представлены интернет-ссылки на официальные источники.

РАЗРАБОТЧИК

ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «EXIMOPE»

г. АЛМАТЫ, 2019 год

Оглавление

Введение 4
1. Анализ текущей ситуации 6
2. Целевые индикаторы 8
2.1. Увеличение ожидаемой продолжительности населения 8
2.2. Индекс здоровья населения 9
2.3. Уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи . 9
2.4. Количество ДТП с пострадавшими 15
2.5. Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений 18
2.6. Уровень суицидов среди детей от 15-17 лет 20
2.7. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2 - 0,6% 21
2.8. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, среди детей в возрасте 15-17 лет (маркер – сифилис) 22
2.9. Смертность от туберкулеза 24
2.10. Снижение заболеваемости туберкулезом 24
2.11. Заболеваемость туберкулезом среди осужденных 24
2.12. Удержание показателя заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями на уровне не более 170,1 на 100 тыс. населения 27
2.13. Охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом 29
2.14. Охват детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ 29
2.15. Распространенность ожирения 29
2.16. Доля общеобразовательных учреждений, реализующих программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней 34
2.17. Количество лиц, состоящих на наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков 34
2.18. Снижение общей смертности горожан 35
2.19. Снижение материнской смертности по месту жительства 36
2.20. Снижение младенческой смертности по месту жительства 36
2.21. Смертность от болезней системы кровообращения (БСК) 38
2.22. Смертность от злокачественных новообразований 40
2. 23. Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с раком молочной железы 44

2. 24. Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с раком шейки матки 45
2. 25. Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с колоректальным раком 46
2. 26. Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (0-1 стадия).. 46
2.27. Численность прикрепленного населения на 1 ВОП 48
2.28. Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП..... 49
2.29. Уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в рамках ГОБМП, кроме социально значимых заболеваний..... 49
2.30. Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС 50
2.31. Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике..... 50
2.32. Доля медицинских организаций, имеющих высокий рейтинг по уровню менеджмента 50
2.33. Доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС..... 50
2.34. Доля врачей ПМСП в общем числе врачей..... 51
2.35. Доля амбулаторного лекарственного обеспечения в общем объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП..... 51
2.36. Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими организациями 51
2.37. Охват населения электронными паспортами здоровья..... 51
2.38. Количество реализуемых проектов ГЧП, доверительного управления и приватизации в здравоохранении 52
Список используемых источников и литературы..... 60

Введение

Согласно отчету Глобального индекса конкурентоспособности, Казахстан по итогам 2018 года занял 59-е место в глобальном индексе конкурентоспособности со средним баллом 61,8, оставшись на той же позиции, что и в 2017 году.

Конкурентными преимуществами Казахстана являются рынок труда – 30-е место (улучшение на 3 позиции) и динамичность бизнеса – 37-е место (ухудшение на 2 позиции).

Согласно оценке Всемирного экономического форума (ВЭФ), конкурентоспособность Казахстана находится на среднем уровне по таким факторам, как «Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ)» - 44-е место, «Размер рынка» – 45-е место, «Образование и навыки» – 57-е место, «Рынок товаров» - 57-е место, «Институты» - 61-е место и «Макроэкономическая стабильность» - 62-е место и «Инфраструктура» - 69-е место.

Однако, согласно оценке ВЭФ, фактор **«Здоровье»** является **слабой позицией** Казахстана и занял 97 место в рейтинге, состоящий из 140 стран, при этом отмечается снижение позиции с 94 места в 2017 года до 97 места в 2018 году.

Вместе с фактором «Здоровье» слабыми позициями Казахстана определены факторы «Финансовая система» – 100-е место и «Инновационный потенциал» - 87-е место.

Уровень состояния здоровья населения, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития как отдельно взятого региона, так и страны в целом.

На сегодняшний день, государство уделяет огромное внимание вопросам развития отечественной системы здравоохранения. В данном направлении наблюдаются высокие темпы развития сети современных учреждений здравоохранения, принимаются меры по улучшению качества оказания медицинских услуг населению, повсеместно внедряются инновационные технологии и новые методики, соответствующие современным международным стандартам.

Следует отметить, что в Казахстане совершенствуется система финансирования здравоохранения на основе принципа всеобщего охвата услугами здравоохранения, в том числе через проработку вопросов совершенствования тарифной политики и возмещения амортизации основных средств и механизма сооплаты.

Основные меры направлены на диверсификацию источников финансирования путем вовлечения всех социальных партнеров (государство, работодатели и граждане), обеспечение сбалансированности и финансовой устойчивости в рамках

внедрения обязательного социального медицинского страхования. ПМСП является приоритетным направлением финансирования.

Продолжится практика применения механизма ГЧП в строительстве объектов социальной сферы в здравоохранении и образовании.

Объем финансирования здравоохранения в 2018г. составил 1 трлн. 72 млрд. 856 млн. тенге против 1 трлн. 30 млрд. 325млн. тенге в 2017 г. – рост составил 42,5 млрд. тенге или 4%.

Сумма гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в 2018г. составила 954 млрд. 671 млн. тенге, которая превысила показатель 2017 г. на 60 млрд. 204 млн. тенге или 6,7%.

По данным Комитета по статистике МНЭ РК по итогам января - ноября 2018 года в сферу здравоохранения привлечено 92,6 млрд. тенге инвестиций, в том числе 38,9 млрд. тенге внебюджетных.

Индекс физического объема инвестиций в основной капитал к соответствующему периоду 2017 года составил 118,7 %.

Город Алматы является крупнейшим городом Казахстана, известный как «Южная столица». В 2014 году к городу присоединены приграничные территории Илийского, Карасайского и Талгарского районов Алматинской области и площадь города в настоящее время составляет 683,5 кв. км.

По состоянию на 01.06.2019 года по данным Комитета по статистике МНЭ РК численность населения составило 1 874,0 тыс. человек, с плотностью проживания населения в среднем 2,6 тыс. человек на 1 кв. км.

Как известно, г. Алматы, в силу ряда факторов, обладает наиболее высоким потенциалом по республике. На сегодняшний день в городе Алматы функционируют 73 медицинских организаций, подведомственных УЗ, в том числе 14 – городские больницы, 4 - родильные дома, 2 – перинатальных центра, 1 – центр репродукции человека, 4 – диспансеров, 32 - городских поликлиник, 4 – центр ПМСП, 6 – реабилитационных центров, 6 – прочие (Дом ребенка, центр СПИД, крови, ПАБ, ССМП, База СМС).

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению г. Алматы оказывается: всего 70 поликлиниками, из них 39 городскими поликлиниками (в том числе 4 ПМСП- Алмалинского, Медеуского района, Кулагер, Жасканат) и 31 частными АПО. Также одним из реальных показателей заботы государства является обеспечение населения лекарственными препаратами. Так, за 7 месяцев 2019 года в Алматы бесплатными медикаментами было обеспечено порядка 136 тыс. человек.

1. Анализ текущей ситуации

За период 2018-2019 годы в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» отмечены:

1) увеличение численности населения г. Алматы до 1 874,0 тыс. человек с темпом прироста 1,04%, при этом естественный темп прироста в 2019 г составил 22,12 ‰;

2) увеличение рождаемости на 3,02% (показатель 5 мес. 2018 г. - 17,24 на 1000 населения, 5 мес. 2019 г – 17,76 на 1000 населения);

3) снижение уровня заболеваемости на 10% с 88 792,87 на 100 000 населения в 1 полугоде 2018 г. до 79 969,65 на 100 000 населения в 1 полугодие 2019 г.;

4) снижение материнской смертности в 3 раза с 16,8 на 100 000 родившихся живыми за 5 мес. 2018 г. до 5,5 на 100 000 родившихся живыми за 5 мес. 2019 г.;

5) увеличение общей смертности на 5,28% (5 мес. 2018 г – 6,44 на 1000 населения, 5 мес 2019 г – 6,78 на 1000 населения);

5) увеличение младенческой смертность на 1000 родившихся живыми на 15% с 8,13 за 5 мес. 2018 г. до 9,35 за 5 мес. 2019 г.;

Несмотря на увеличение показателя общей смертности отмечается снижение смертности от туберкулеза на 31% с 2,6 на 100 тыс. населения в 1 полугодие 2018 г. до 1,8 на 100 тыс. населения в 1 полугодие 2019 г. и отмечается снижение умерших по основным классам причин смерти за январь-май 2018-2019 гг. на 100 тыс. населения с 99,39 в 2018 г до 671,9 в 2019 г. Однако наблюдается увеличение смертности от самоубийств на 0,4% (1 полугодие 2018 - 16,22 на 100 тыс. населения, 1 полугодие 2019 г - 16,28 на 100 тыс. населения), от транспортных несчастных случаев на 20% (1 полугодие 2018 г – 13,72 на 100 тыс. населения, 1 полугодие 2019 г – 16,52 на 100 тыс. населения), от болезней органов пищеварения на 3% 91 полугодие 2018 г – 75,63 на на 100 тыс. населения, 1 полугодие 2019 г – 77,87 на на 100 тыс. населения).

Однако, по городу Алматы отмечается рост уровня заболеваемости

- сахарного диабета на 38%,
- психического расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ на 36%, в т.ч. психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя на 30%,
- болезни, передающиеся преимущественно половым путем почти в 2 раза.

Заслуживает внимания тот факт, что по городу Алматы отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней. Достигнут

95% охват иммунизацией против 15 вакциноуправляемых инфекций всего подлежащего детского населения. В 2012 году ВОЗ ресертифицировал Казахстан страной, свободной от полиомиелита и малярии.

С демографической точки зрения, г. Алматы является сравнительно молодым городом: большинство населения города составляют молодые возрастные группы. Средний возраст населения города - 29 лет.

Распределение населения по возрастным группам отражено на рисунке 1.

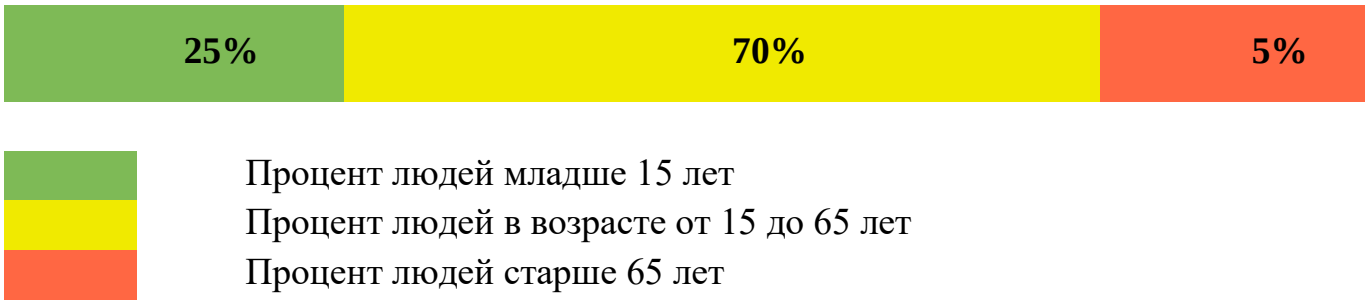

Рисунок 1 – Распределение населения по возрастным группам г. Алматы

В абсолютных цифрах:

474,7 тыс. человек младше 15 лет (мужчин: 244,7 тыс. / женщин: 229,9 тыс.)

1 356,8 тыс. человек старше 15 и младше 65 лет (мужчин: 590,1 тыс. / женщин: 766,7 тыс.)

100,6 тыс. человек старше 65 лет (мужчин: 30,9 тыс. / женщин: 69,6 тыс.)

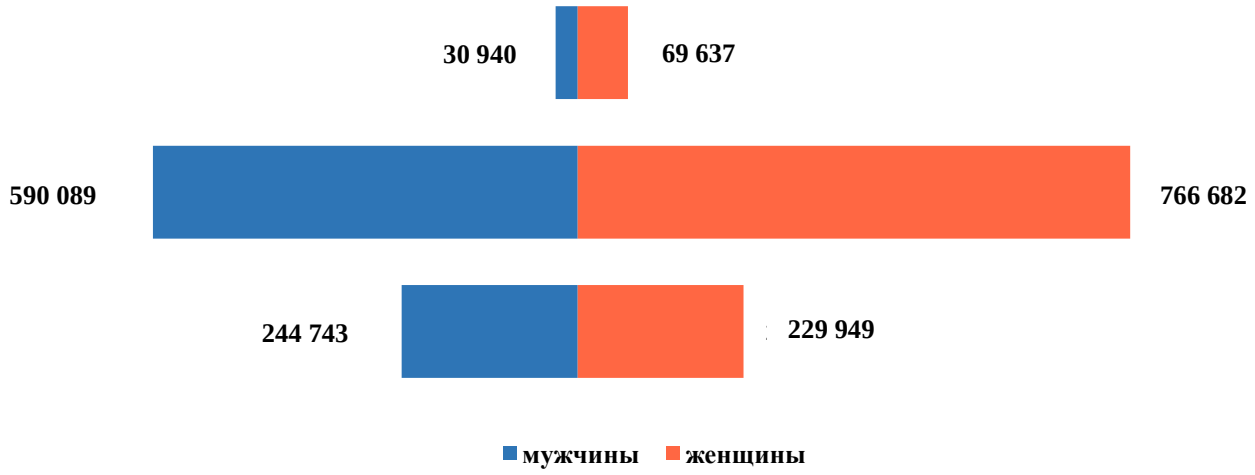

Рисунок 2 – Половозрастная пирамида, абс.

Как видно из рисунка 2, половозрастная пирамида по г. Алматы имеет стационарный или омолаживающийся тип. Данный тип характерен для регионов, где отмечается снижение рождаемости, но несмотря на это, при относительно низкой смертности, население таких регионов имеет относительно высокую ожидаемую продолжительность жизни.

Сальдо миграции по итогам 2018 года по городу Алматы составила 31 082 человек. При этом сальдо внешней миграции отрицательная и составляет – 2 096 человек по итогам 2018 года.

Если уровень миграции (рост внутренней миграции) останется на уровне прошлого года, то в следствии миграционных причин численность населения города увеличится порядка на 35 000 человек. То есть, суммарное количество людей, въезжающих в город с целью долгосрочного пребывания будет больше количества людей, покидающих город (эмигрантов).

2. Целевые индикаторы

2.1. Увеличение ожидаемой продолжительности населения

Ожидаемая продолжительность жизни это один из наиболее важных демографических показателей. Он показывает среднее количество лет предстоящей жизни человека.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (для обоих полов) по г. Алматы по итогам 2018 г. составляет 75,54 лет (года), при этом отмечается снижение по сравнению с 2017 годом практически на 0,47 лет (рис. 3). Вместе с тем, значение ОПЖ по г. Алматы на 2,39 лет выше странового показателя (ОПЖ РК – 73,15 лет), уступив только г. Нур-Султан (г. Нур-Султан – 76,21 лет).

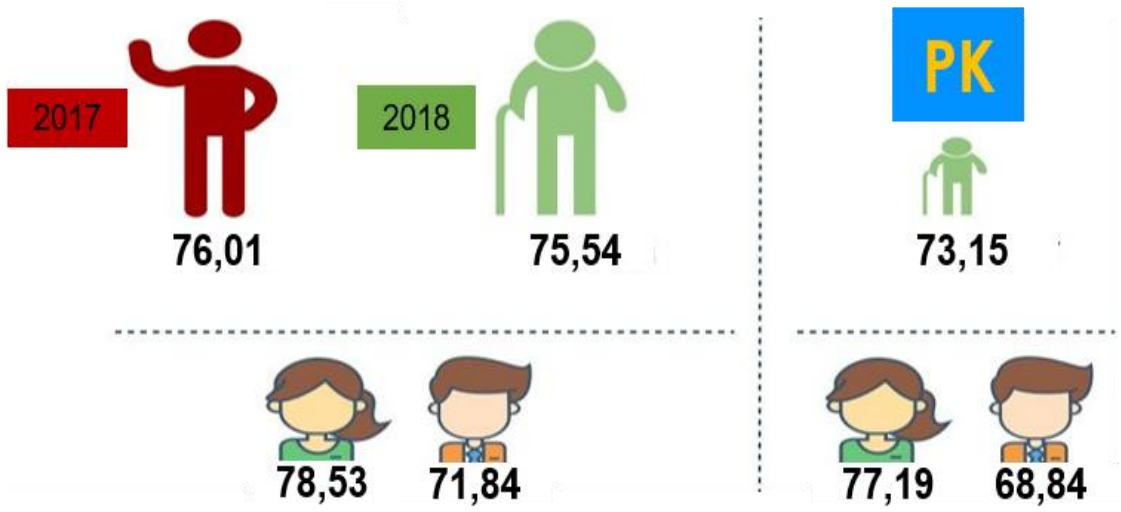

Рисунок 3 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Это выше средней ожидаемой продолжительности жизни в мире, которая находится на уровне около 72,2 года (по данным отдела народонаселения Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам).

Разница между ОПЖ женщин (78,53 лет) и мужчин (71,84 лет) остается высокой, составив в 2018 году 6,69 лет, что практически на 2 года ниже среднереспубликанского значения. Наибольший разрыв между ОПЖ женщин и мужчин наблюдался в 2015 г – 8,5 лет.

На 2019 год плановый показатель индикатора составляет 76,2 лет.

2.2. Индекс здоровья населения

Целевое значение по данному индикатору по г. Алматы составляет 0,865, что выше планового значения по стране на 0,05 или 5%.

2.3. Уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи

По итогам 2-го квартала 2019 года уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в Алматы составил 46,2%, незначительно перевыполнив плановое значение за год (46%). Итоги опроса показали, что удовлетворенность населения качеством медицинской помощи в Алматы за год увеличилась на 2% (рис. 4).

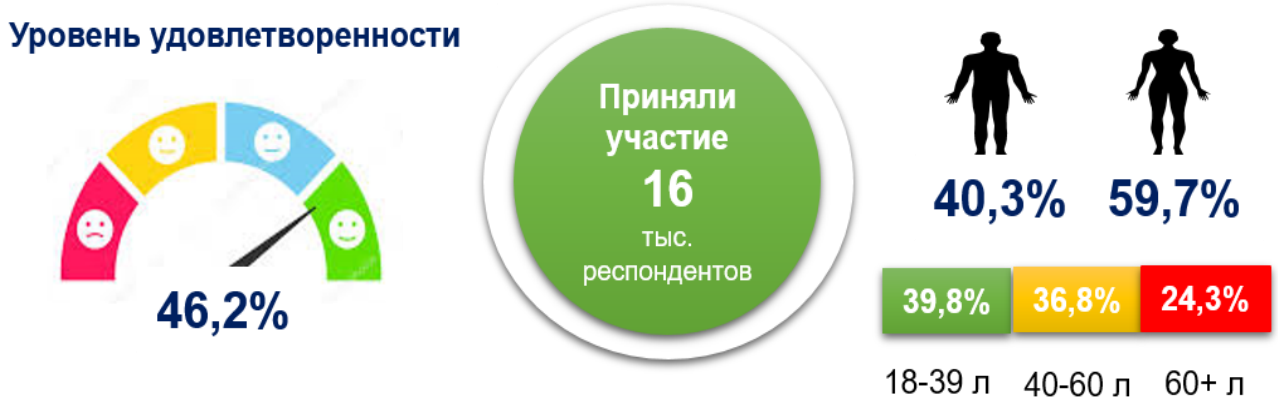

Рисунок 4 – Уровень удовлетворенности населения г. Алматы качеством медицинской помощи

Опрос населения г. Алматы с целью определения уровня удовлетворенности качеством медицинской помощи позволил выявить следующие недостатки:

1. Опрос производился медицинскими работниками организаций здравоохранения в процессе получения пациентов медицинской помощи, в связи с чем представленные вопросы могут не соответствовать реальной действительности.

2. Группировка данных опроса для анализа, представленная Заказчиком, не позволяет рассматривать мнение респондентов разрезе половозрастных групп.

3. Несмотря на достижение плановых показателей индикатора удовлетворенности населения необходимо отметить, что:

3.1. 5,1% респондентов, <u>опрошенных в амбулаторном секторе оплачивали медицинские услуги или стоимость лекарственного препарата, входящего в перечень ГОБМП</u>, при этом, из общего числа ответов на данный вопрос в государственном секторе амбулаторно-поликлинической помощи положительно ответили 191 пациент (3,6%) и в частном секторе 248 человек (7,5%). Наибольшее количество подобных фактов (более 11 случаев) были отмечены респондентами в ТОО "Open Clinic" (231 случай), ГП №25 (100 случаев), ГП№14 (77 случаев), Центр ПМСП Алмалинского района (12 случаев);

3.2. 4% (348 человек), <u>опрошенных в амбулаторном секторе не информированы о перечне ГОБМП</u>. Наибольшее количество подобных фактов (более 8 случаев) были отмечены респондентами в МЦ РАДА (102 случая), ГП №14 (82 случая), ГП ВОВ (25 случаев), "Центральная семейная поликлиника города Алматы" (21 случай), ТОО МЦ ХАК (15 случаев), ГП332 (12 случаев), АО НМУ (8 случаев);

3.3. 260 респондентов, опрошенных в амбулаторном секторе не удовлетворены доступностью прохождения лабораторных исследований. Наибольшее количество подобных фактов (более 6 случаев) были отмечены респондентами в ГП №20 (49 случаев), "Центральная семейная поликлиника города Алматы" (38 случаев), ГП ВОВ (18 случаев), Клиника Виктория (15 случаев), ГП №36 (14 случаев), ГП №14 (12 случаев), ГП №19 (11 случаев), ГП №30 (8 случаев);

3.4. 541 респондент, опрошенных в амбулаторном секторе нуждались в дополнительной консультации о состоянии здоровья, диагнозе, цели назначения, способах применения и побочных действиях лекарственных препаратов или других методов лечения и профилактики. Наибольшее количество подобных фактов (более 10 случаев) были отмечены респондентами в ГП №14 (49 случаев), ГП №20 (100 случаев), ГА №26 (65 случаев), "Центральная семейная поликлиника города Алматы" (61 случай) и от 10 до 20 случаев отмечены в ГП №32, ГП ВОВ, Студенческая поликлиника, АО ЦКБ, "Maksat МеД";

3.5. в целом, результатом оказанной медицинской помощи в данной организации (именно в медицинской части) 20 респондентов, опрошенных в амбулаторном секторе были не удовлетворены в "Центральная семейная поликлиника города Алматы" и 17 респондентов - в ГП ВОВ;

3.6. 8,7% (432 случая) респондентов, опрошенных на стационарном уровне отметили период свыше 20 дней от получения направления на стационарное лечение до момента госпитализации (для пациентов, поступивших на стационарное лечение в плановом порядке). Наибольшее количество подобных фактов (более 13 случаев) были отмечены респондентами в ЭКО (64 случая), ГРЦ (58 случаев), ГКБ №1 (52 случая), ТОО ЖДБ (25 случаев), Бурч медикал (24 случая), ЛОЦ Ок-Жетпес (24 случая) ДРЦ фтизиопульманологии (15 случаев), ГДРЦ (21 случай), БСНП (22 случая), НИИ ГБ (17 случаев), ГБ Алатау (15 случаев);

3.7. из 334 опрошенных на стационарном уровне в ГКБ №4 - 326 (98%) респондентов отметили, что не получали разъяснений о состоянии здоровья, диагнозе, цели назначения, способах применения и побочных действиях лекарственных препаратов или других методов лечения и профилактики;

3.8. 70 респондентов, опрошенных на стационарном уровне отметили, что оплачивали медицинские услуги или стоимость лекарственного препарата, входящего в перечень ГОБМП. Наибольшее количество подобных фактов были отмечены респондентами в ЦГКБ (19 случаев) и ГКБ №14 (40 случаев).

Как указывают литературные источники, наиболее информативным методом изучения мнений пациентов по поводу работы системы здравоохранения признано проведение социологических опросов.

Большой опыт в изучении общественного мнения по вопросам здравоохранения имеют европейские страны, где социологические опросы проводят независимые организации. Так, работу по исследованию результатов социологических опросов населения относительно проблем реформирования систем охраны здоровья в Европе проводит ряд межправительственных организаций:

Европейская Комиссия (European Commission) обобщает такие сведения в Eurobarometer Survey,

Организация по Экономической Кооперации и Развитию в Европе (OECD) издает сборник «Health Data»,

научно-исследовательские структуры и международные негосударственные организации – Picker Institute Europe, Indicator, International Alliance for Patients Organizations (IAPO).

Они изучают мнения пациентов для выработки предложений по совершенствованию политики эффективного управления здравоохранением.

Из числа опубликованных материалов особенно выделяется масштабное исследование, предпринятое несколько лет назад сотрудниками Picker Institute Europe (Великобритания) совместно с представителями министерств здравоохранения, медицинских ассоциаций и научно-исследовательских центров восьми европейских стран.

Авторы исследования подробным образом изучили мнения пациентов по таким ключевым аспектам, как: доступность и качество медицинской помощи; новые профессиональные роли врачей, медсестер, фармацевтов; регулирование био- и информационных технологий; самоопределение пациентов; реализация и защита их прав; вовлечение общественности в решение актуальных вопросов здравоохранения.

Например, было выявлено, что молодые европейцы склонны оценивать работу системы здравоохранения более критично, чем представители более старшего поколения. Как показали исследования, они хотят располагать полной информацией о состоянии своего здоровья и разделять ответственность за принятие решения в плане выбора методов диагностики и лечения, ожидают более внимательного отношения и личного участия в обсуждении возникших проблем. Новое поколение приветствует развитие информационных технологий в медицине, положительно оценивает предоставление выбора в методах доступа к услугам здравоохранения,

выступает за равноправные и сотруднические взаимоотношения между доктором и пациентом.

Таким образом, по итогам анализа и бенчмаркинга исследований, ведущих европейских научно-исследовательских центров, нами были выделены следующие факторы для формулировки **рекомендаций** по повышению уровня удовлетворенности качеством медицины:

Рекомендации технического характера

1. С целью обеспечения прозрачности и независимости процедуры проведения опроса и оценки удовлетворенности населения предлагается использовать ресурсы Единого городского информационного медицинского Call-центра 3000-103, осуществляющего свою деятельность при поддержке КГУ «Управления общественного здоровья города Алматы».
2. В процессе анализа данных анкетирования необходимо группировать данные опроса с учетом мнения респондентов разрезе половозрастных групп.
3. В процессе анализа данных анкетирования необходимо акцентировать внимание на анализе компонентов опросника в разрезе медицинских организаций.
4. С целью исключения человеческого фактора при сборе и анализе данных анкетирования, является целесообразным автоматизировать свод и группировку данных по компонентам опросника посредством внедрения на базе КГУ «Управления общественного здоровья города Алматы» информационной аналитической системы (далее – ИАС) на базе современных программных продуктов.

Данная мера является мощным инструментом современного менеджмента, позволяющим анализировать не только результаты анкетирования населения, но и в целом все требуемые статистические данные в области здравоохранения г. Алматы в режиме реального времени. Данный инструмент даст возможность прогнозировать ситуацию на интересуемый период, выявлять риски и принимать меры по их митигированию.

На сегодняшний день рынок информационных технологий располагает большим выбором приложений к ИАС для построения визуализации, исследования и мониторинга данных, таких как Qlik Sense, QlikView, Power BI, Tableau и др.

Эти программные продукты позволяют запрограммировать загрузку данных, настроить отчеты и в дальнейшем каждый день анализировать актуальные данные, собирать информацию из разрозненных источников в единую информационную систему, дают возможность исследования данных в любом направлении, понимание взаимосвязей данных, видение всех взаимосвязей между данными, импортировать

данные из самых различных источников, агрегировать их и рассматривать по различным схемам и моделям данных.

Повышение качества системы информирования пациентов с использованием современных информационных технологий

Наибольшим доверием пациентов пользуются веб-сайты официальных организаций здравоохранения, и в некоторых странах уже предпринимаются шаги по развитию интернет-технологий в системе здравоохранения:

В Великобритании под эгидой Национальной системы здравоохранения действуют порталы NHS Direct Online и The National Electronic Library for Health, предоставляющие пользователям исчерпывающую информацию о работе системы здравоохранения и сведения по различным медицинским темам.

В Словении учрежден портал The National Health Information Clearing House, имеющий аналогичные функции.

В Германии большинство территориальных фондов медицинского страхования имеют свои веб-сайты, охватывающие широкий круг вопросов по оказанию медицинской помощи.

В Швеции и Швейцарии, которые отличаются высокой степенью децентрализации здравоохранения, интернет-ресурсы по медицинским вопросам размещены на уровне муниципальных органов власти.

В Польше с 1998 г. действует проект Европейской Комиссии (PIC – the Patient Internet Café), обеспечивающий доступ в Интернет пациентам, находящимся на лечении, через создание ряда интернет-кафе в клиниках и медицинских центрах.

Таким образом, необходимо выработать комплексный подход к проблеме удовлетворения потребностей населения в медицинской информации. Поскольку на сегодняшний день врачи не могут справиться с возросшими запросами пациентов в части обеспечения их исчерпывающими сведениями о здоровье, возрастает роль технологий, доносящих до потребителей полный спектр таких услуг.

Размещение информационных материалов может быть осуществлено с использованием различных носителей информации:

- официального Интернет-сайта медицинской организации;
- информационных стендов, баннеров, буклетов, брошюр;
- организации соответствующих программ в эфире местного радио и ТВ;
- размещение специализированных программ при помощи YouTube-каналов;

- возможность предоставления профессиональных консультаций медицинских специалистов посредством электронной почты или других современных коммуникаторов.

Кроме того, на пути следования пациента от входа в медицинскую организацию до необходимого кабинета должно быть организовано информационное сопровождение, включающее в себя информационные стенды, медицинские буклеты, мониторы с трансляцией тематических программ.

2.4. Количество ДТП с пострадавшими

По итогам 7 месяцев 2019 года количество ДТП с пострадавшими в Алматы составило 2530 происшествий, что больше показателя за 6 месяцев т.г. на 447 происшествий (рост на 18%). По сравнению с аналогичным периодом 2018 года, наблюдается снижение количества городских ДТП на 4,7%.

При сохранении текущей динамики (при экстраполировании данных) прогнозный показатель по итогам т.г. составит 4337 происшествий, что ниже планового значения за 2019 год на 1183 единиц ДТП или на 21,4%.

Таким образом, плановое значение по данному индикатору достигается.

Однако данный показатель является самым максимальным по республике. Если по итогам 7 месяцев т.г. средний показатель количества ДТП по стране составил 25,8 происшествий на 100 тыс. человек населения, то в Алматы данный показатель в 5,3 раза выше и составил 136,4 происшествия (рис. 5).

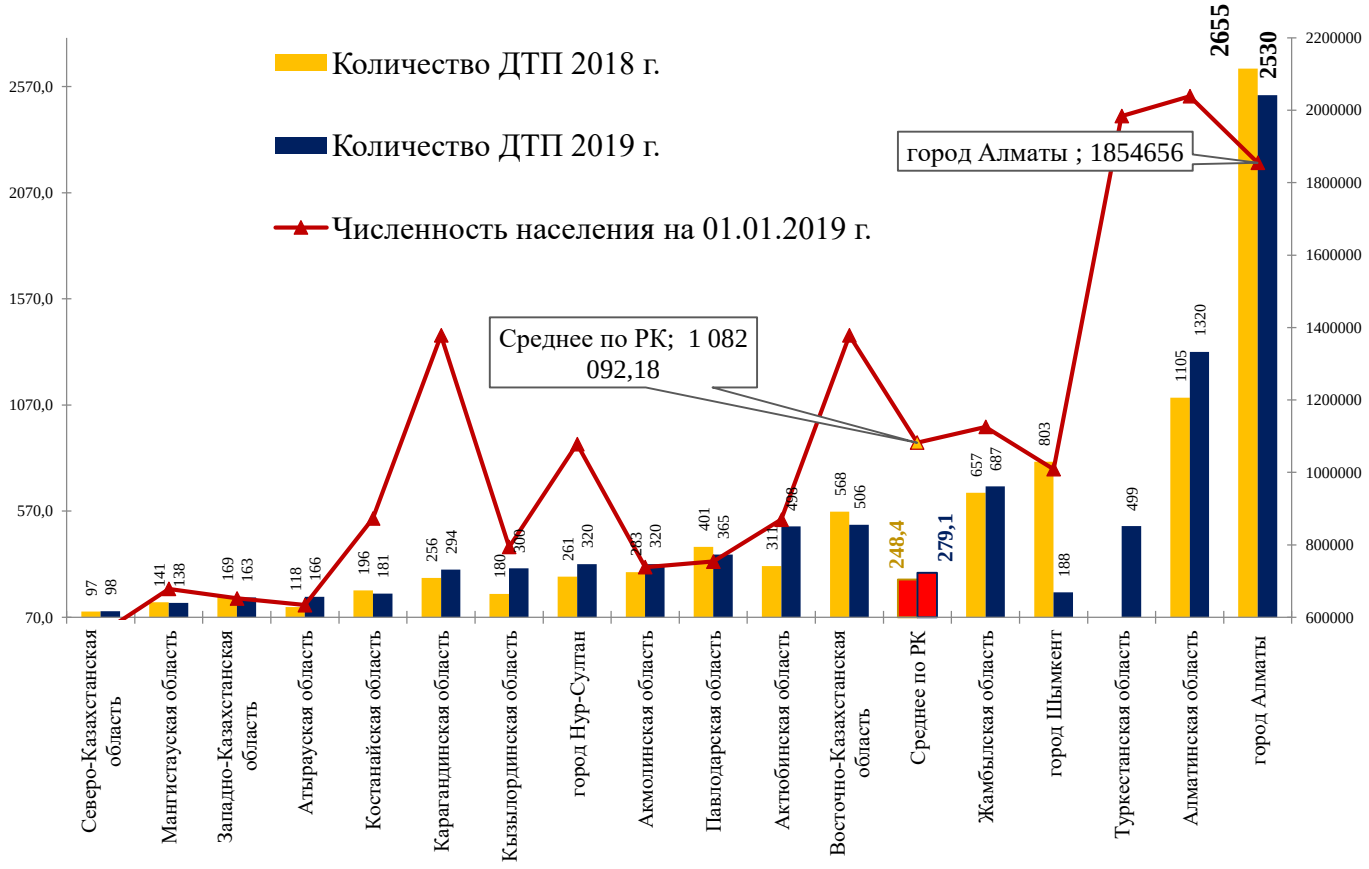

Рисунок 5 - Количество ДТП с пострадавшими на 100 тыс. населения в разрезе регионов Казахстана по итогам 7 мес. 2019 года

Однако, необходимо отметить, что сравнительно низкий показатель по данному индикатору обеспечивается за счет меньшего количества ДТП в первом квартале т.г: в среднем 207 ДТП в месяц (рисунок 6).

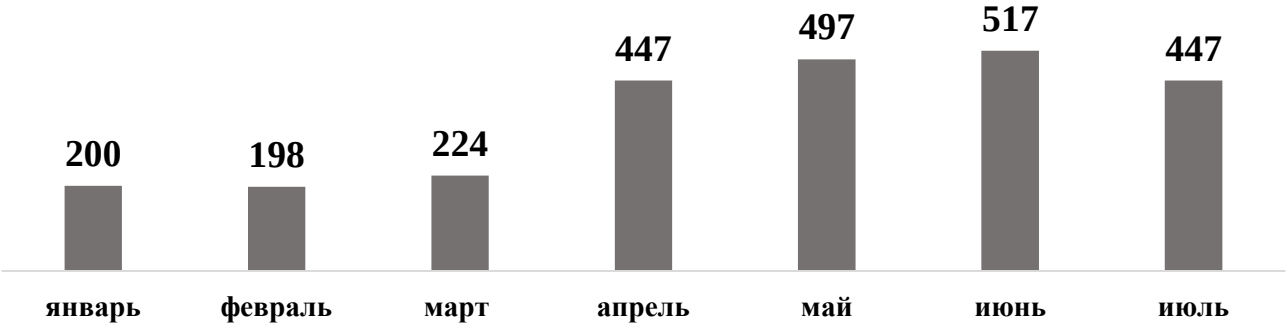

Рисунок 6 - Количество ДТП с пострадавшими в период с января по июль 2019 года ежемесячно по г. Алматы

С каждым месяцем ситуация на дорогах города только ухудшается. В апреле т.г. количество ДТП составило уже 447 происшествий против 464 в аналогичном периоде прошлого года. В мае месяце количество ДТП возросло и составило 497 происшествий, что больше показателя аналогичного периода 2018 года на 17,5%. В июне т.г. зафиксировано рекордное количество ДТП – 517 происшествий, что на 1,6 раза больше июньского показателя 2018 года. В 2018 году наибольшее количество ДТП за анализируемый период наблюдался в апреле месяце и постепенно снижался с каждым месяцем. В 2019 наблюдается обратная тенденция, наименьшее количество ДТП зафиксировано в первом квартале и с каждым месяцем неуклонно растет. В тоже время, стоит отметить, что в июле т.г. данный показатель снизился в сравнении с июньским на 14%.

По результатам 7 месяцев т.г. количество раненных в ДТП по состоянию на 31.07.2019 г. незначительно уменьшилось в сравнении с показателем аналогичного периода – 1%, при этом количество погибших с января по июль в 2019 году на 1% стало больше (таблица 1).

Таблица 1 – Доля раненных и погибших от общего числа лиц, пострадавших в результате ДТП в г. Алматы за 201-2019 гг.

Регионы	**Количество лиц, пострадавших в результате ДТП**		**Количество раненых**				**Количество погибших**			
			Всего		**Доля лиц, пострадавших в ДТП, %**		**Всего**		**Доля лиц, погибших в ДТП, %**	
	2018г.	2019г.	2018г.	2019г.	2018г.	2019г.	2018г.	2019г.	2018г.	2019г.
город Алматы	3250	3080	3177	2997	98%	97%	73	83	2%	3%
Среднее значение по РК	726,3	734,6	663,8	670,6	88%	90%	62,6	64,0	12%	10%

При этом аналогичные показатели по РК демонстрируют снижение количества погибших лиц, но увеличение числа раненных в среднем на 2% в обоих случаях.

Рекомендации по достижению настоящего индикатора:

1) внедрение схем маршрутизации пострадавших при ДТП в травмоцентры города;

2) оптимизация работы службы скорой медицинской помощи по сокращению времени доставки пострадавших при ДТП в стационар. Приобретение

автомобилей скорой медицинской помощи, оснащенных в соответствии с Правилами оказания скорой медицинской помощи в РК, утвержденным приказом МЗ РК от 03.07.2017 года №450.

3) обучение граждан оказанию качественной первой медицинской помощи при ДТП. При дорожно-транспортных происшествиях у 60-65% пострадавших преобладают тяжелые политравмы, характеризующиеся высокой летальностью, требующие экстренного оказания первой помощи на месте происшествия. Статистика утверждает, что 90% процентов смертей происходит именно на месте совершения ДТП. В такой ситуации грамотно оказанная медицинская помощь является в буквальном смысле вопросом жизни и смерти.

Основными задачами системы обучения населения методам оказания первой помощи должны стать следующие:

– обеспечение доступности обучения;
– увеличение числа лиц, способных оказывать первую помощь;
– формирование у обучающихся навыков осуществления мероприятий по спасению жизни и здоровья, пострадавших непосредственно на месте происшествия до оказания медицинской помощи пострадавшему;
– формирование у обучающихся психологической готовности к оказанию первой помощи.

Обучение населения методам оказания первой помощи при состояниях, представляющих угрозу для жизни и (или) здоровья человека может осуществляться на базе учебно-тренировочных центров организаций, оказывающих медицинскую помощь.

Обучение должно включать в себя информацию об организационных (порядок действий), медицинских (основы анатомии, физиологии и основ медицины) и юридических (знание законов, своих прав и обязанностей) аспектах оказания первой помощи. В конце дистанционного цикла обучения слушатели могут проверить свои знания методом компьютерного тестирования.

2.5. Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений

Травматизм остается одной из важнейших медико-социальных проблем современности не только для г. Алматы, но и для страны в целом. В Алматы травмы в структуре заболеваемости населения, временной нетрудоспособности и смертности, а также по первичному выходу на инвалидность входит в тройку лидеров.

По итогам 7 месяцев т.г. показатель смертности от несчастных случаев и травм в г. Алматы составил 46,29 на 100 тысяч населения, что на 1,03 выше данного показателя за аналогичный период 2018 года (45,26) (рис. 7).

Рисунок 7 - Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений

При этом, учитывая, что плановый показатель по данному индикатору 2019 года составляет 45,5 на 100 тыс. населения, наблюдается не достижение по индикатору на 0,8.

Число умерших от травм, несчастных случаев и отравлений в анализируемый период 6 месяцев составило 431 человек в т.г., против 400 человек за аналогичный период 2018 года, рост на 7,2% (рис. 8). В среднем в разрезе районов рост численности умерших составил 5%, однако обращает внимание резкое увеличение данного показателя в Наурызбаевском и Турксибском районах на 41% и 31% соответственно.

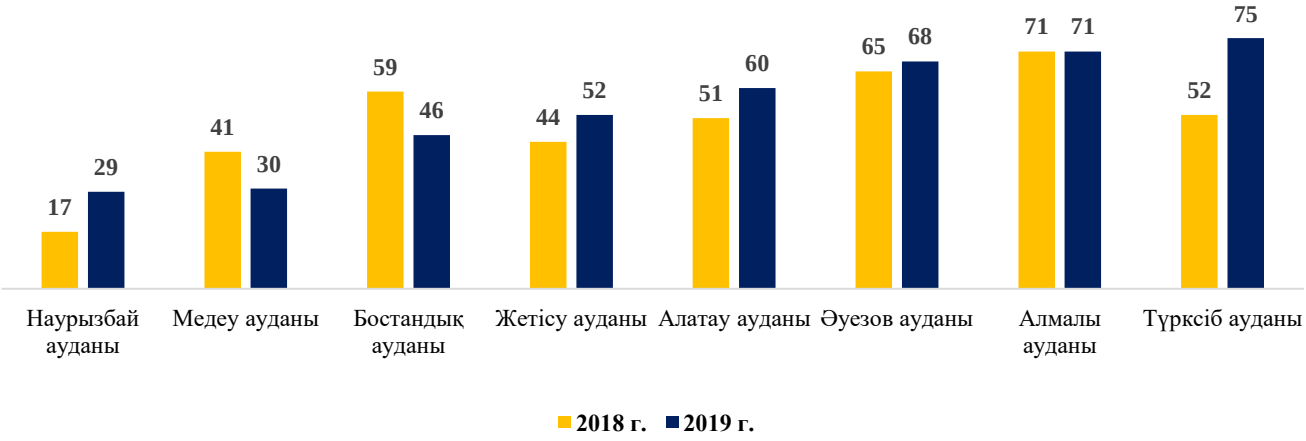

Рисунок 8 - Умершие от несчастных случаев, отравлений и травм по г. Алматы в разрезе районов за период 2018-2019 гг., человек

В сравнении с 2018 годом в т.г. увеличилась доля умерших от убийств и самоубийств по 2% в каждом случае, при этом снизилась доля умерших от отравления алкоголем на 2% и на 1% в случаях утопления (табл. 2).

Таблица 2 – Доля умерших от несчастных случаев, отравлений и травм по г. Алматы в разрезе районов и категорий причин за период 2018-2019 гг.

Из них:	от убийств		от самоубийств		случаи отравления алкаголелем		случаи утопления		от транспортых несчастных случаев	
Район	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Наурызбайский	12%	7%	24%	17%	6%	3%	0%	3%	6%	17%
Медеуский	7%	10%	22%	17%	5%	3%	0%	0%	10%	27%
Бостандыкский	3%	13%	12%	11%	8%	7%	2%	2%	20%	22%
Жетысуский	7%	12%	11%	19%	2%	2%	7%	0%	18%	17%
Алатауский	4%	3%	18%	17%	0%	2%	10%	5%	27%	27%
Ауэзовский	6%	7%	14%	12%	5%	0%	5%	0%	20%	24%
Алмалинский	6%	4%	18%	23%	3%	1%	1%	0%	24%	17%
Түрксибский	6%	8%	17%	23%	2%	0%	0%	4%	25%	17%
г. Алматы	6%	8%	16%	18%	4%	2%	3%	2%	21%	21%

Увеличение доли умерших от убийств в 2019 году в сравнении с прошлым годом произошло за счет роста данного показателя преимущественно в Бостандыкском, Жетысуском и Медеуском районах. Рост доли умерших от самоубийств отмечается в Турксибском и Алмалинском районах.

Уменьшение доли умерших по причине отравления алкоголем произошло за счет Турксибского и Ауэзовского районов.

2.6. Уровень суицидов среди детей от 15-17 лет

По итогам 7 месяцев 2018-2019 гг. в г. Алматы зафиксирован 1 случай суицида, при этом показатель уровня суицида среди детей от 15 до 17 лет по плановому значению данного индикатора достигается.

2.7. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2 - 0,6%

По итогам 7 месяцев 2019 года показатель распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет по г. Алматы составил 0,365% на 100 тыс. населения (табл. 3), что на 0,2% меньше аналогичного показателя за 6 месяцев т.г. (0,38% на 100 тыс. населения). Согласно плановому значению по итогам года запланировано удержать распространенность ВИЧ-инфекции среди 15-49 летних жителей города на уровне 0,43%.

Таблица 3. Данные по распространенности ВИЧ - инфекции по г. Алматы с нарастающим итогом

№	Показатель	на 01.08 2019 года.
1	Абсолютное число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции	6305
2	Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения 15-49 лет нарастающим итогом с 1987г. (%) Выявлено случаев ВИЧ-инфекции среди населения 15-49 лет с нарастающим итогом с 1987 года с вычетом умерших	0,365 3825
	Население г.Алматы от 15 до 49 лет	**1 046 178**
3	Распространенность ВИЧ-инфекции среди жителей г.Алматы в возрастной группе 15-49 лет(%) Выявлено случаев ВИЧ-инфекции среди жителей г.Алматы 15-49 лет с нарастающим итогом с 1987 года	0,240 2516
4	Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрастной группе 18-29 лет(%) Выявлено случаев ВИЧ-инфекции среди населения от 18-29 лет с нарастающим итогом с 1987 года	0,365 1526
	Население г.Алматы от 18 до 29 лет	**417 616**
5	Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрастной группе 18-24 лет(%) Выявлено случаев ВИЧ-инфекции среди населения от 18-24 лет с нарастающим итогом с 1987 года	0,253 624
	Население г.Алматы от 18 до 24 лет	**246 321**
6	Распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрастной группе 15-24 лет(%) Выявлено случаев ВИЧ-инфекции среди населения от 15-24 лет с нарастающим итогом с 1987 года	0,200 635

Несмотря на удержание распространенности ВИЧ-инфекции в плановом диапазоне, в сравнении с другими регионами страны, данный показатель в Алматы находится на высоком уровне: более чем в 2 раза выше, чем в Акмолинской, Южно-

Казахстанкой, Жамбылской и Западно-Казахстанской областей и более чем в 5 раз выше, чем в Атырауской, Актюбинской, Мангыстауской и Кызылординской областей. Кроме того, данный показатель выше среднереспубликанского значения на 58,3% (РК – 0,24%).

Для удержания распространенности ВИЧ на текущем уровне предлагаются следующие меры:

1) максимально использовать преимущества профилактики на основе антиретровирусных препаратов, распространяя охват антиретровирусной терапией на всех людей, живущих с ВИЧ, и внедряя стратегически эффективные сочетания доконтактной и послеконтактной профилактики и других профилактических мер;

2) уделять приоритетное внимание высокоэффективным мерам профилактики, в том числе разработке программ распространения мужских и женских презервативов;

3) под эгидой года молодежи, объявленного в Казахстане, совместно с Министерством культуры и спорта, бизнес сообщества г. Алматы проведение массовых мероприятий для молодежи с привлечением звезд казахстанской эстрады и шоу-бизнеса с лозунгом «Музыка против СПИДа» с возможностью проведения бесплатного анонимного тестирования на ВИЧ во время мероприятия, раздачей информационных буклетов и прочее.

2.8. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, среди детей в возрасте 15-17 лет (маркер – сифилис)

По итогам 7 месяцев 2019 года показатель заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (далее - ИППП), среди детей в возрасте 15-17 лет (маркер сифилис) по г. Алматы составил 2,0 на 100 тыс. человек населения при плановом 3,4 на 100 тыс. человек.

Анализ литературных источников показал, что уровень заболеваемости ИППП является достаточно высоким во всём мире. Однако, за последние 15 лет заболеваемость сифилисом и гонореей в странах Западной Европы и США значительно снизилась, достигнув показателей 2-3,5 на 100 тыс. населения (15). Уровень заболеваемости другими ИППП продолжает оставаться высоким [23,24].

Неблагополучие в плане заболеваемости ИППП подчёркивается резким омоложением контингента больных - среди молодёжи заболеваемость венерическими болезнями в 4-5 раз выше заболеваемости среди населения в целом [25,26,27].

Общепризнано, что для поддержания заболеваемости ИППП и их распространения главную роль играет небольшой слой населения, который некоторые авторы называют «ядерными группами», именно они и являются резервуаром данных инфекций [28].

Особенности лечения и последующего динамического наблюдения при сифилисе таковы, что полностью санировать «ядерные группы» от инфекций затруднительно в связи с крайне низкой комплаентностью данной категории пациентов [27,29]. Поэтому классический подход с целью уменьшения периода инфекционности и, как следствие, снижения риска инфицирования, здесь не играет значимой роли, как при других ИППП.

В этом свете модификацию поведенческого стереотипа пациентов следует рассматривать как приоритетную. При этом такой вариант будет универсальным для профилактики всех ИППП, а не только сифилиса.

Небезопасное рискованное сексуальное поведение является одной из ведущих причин возникновения и развития ИППППП, при этом можно выделить ряд факторов, которые связаны с таким поведением. Основными факторами также являются социальные и экономические изменения, которые оказывают влияние на всё население страны. Финансовые трудности, сложность с поиском работы, негативное микросоциальное окружение приводят к снижению морально-этических принципов - повышение интереса к употреблению наркотических препаратов, беспорядочные половые связи с частыми сменами малознакомых партнёров.

Определение самих факторов риска не позволяет сделать вывод, в какой степени тот или иной фактор влияет на развитие заболевания и того или иного исхода болезни. С этой целью применяют методики расчёта риска как «ожидаемую вероятность (частоту) события (заболевания), возникающую от заданного воздействия фактора» [30]. С этой целью используются различные методики. Наиболее распространённой является построение таблиц сопряжённости и расчёт рисков, отношений шансов [31,32].

Таким образом, для снижения заболеваемости ИППП среди детей и подростков предлагаются следующие **рекомендации**:

1) выявление факторов и количественный расчёт риска возникновения и развития сифилиса, позволяющие разработать профилактические мероприятия для конкретной целевой группы, в целях разработки которой необходимо привлечь соответствующих специалистов;

2) проведение мероприятий, направленных на использование методов контрацепции, например, таких как установка диспенсеров с бесплатными презервативами в местах скопления молодежи (ночные клубы, пабы, бары и прочее). Для реализации данного мероприятия предлагается привлечь владельцев вышеуказанных заведений на добровольной основе;

3) с целью повышения уровня осведомленности подростков о заболеваниях, передающихся половым путем, предлагается проводить с учениками старших классов event'ы в формате «sharing economy». Подобный формат подачи информации наиболее приемлем к восприятию в современной среде подростков.

«Sharing economy» - новый мировой тренд, в результате которого возникли, например, Uber, Airbnb и Ebay. Эта коллаборация имеет огромный потенциал, которая меняет способы общения, производства, потребления и вовлечения и прочее. Сегодняшние event'ы сконцентрированы на общении между участниками, чтобы они могли делиться своими знаниями друг с другом, взаимодействовать в более неформальной обстановке. Как следствие, появились и новые форматы мероприятий, таких как «аквариумов», «неконференций», технология опенспейса и Pecha Kucha.

К примеру, формат «аквариум» предполагает, что небольшая группа людей обсуждает какую-то горячую тему перед большой аудиторией. В классических аквариумах любой участник может присоединиться к маленькой группе и вступить в дискуссию. Это очень эффективный формат для обсуждения трендовых тем и выявления разных точек зрения. Отлично, если маленькая группа состоит из лидеров общественности, а аудитория — из целевой группы. Аквариумы выстраивает доверительные отношения и упрощает сложные вопросы. В качестве участников малых групп можно привлекать узких специалистов и молодых успешных представителей бизнеса Казахстана. *http://hommes.kz/blog/2017/03/24/30-uspeshnyh-kazahstancev-do-tridcati-let/*

2.9. Смертность от туберкулеза

2.10. Снижение заболеваемости туберкулезом

2.11. Заболеваемость туберкулезом среди осужденных

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в республике остается стабильной, отражением которой является снижение заболеваемости среди всех возрастных групп населения, смертности и распространенности. В рейтинге Глобального индекса конкурентоспособности (далее - ГИК) Казахстан занимает 107

место по заболеваемости туберкулезом и 112 позицию по влиянию туберкулеза на бизнес.

Смертность от туберкулеза также по итогам 7 месяцев т.г. по городу составила 1,1 на 100 тыс. населения, что на 0,4 меньше данного показателя за аналогичный период 2018 года.

Наибольший показатель смертности от туберкулеза отмечается в Жетысуском районе г. Алматы, составляющий 2,4 на 100 тыс. населения, при этом следует отметить снижение этого показателя в сравнении с аналогичным периодом прошлого года на 0,7 на 100 тыс. населения (рис. 9).

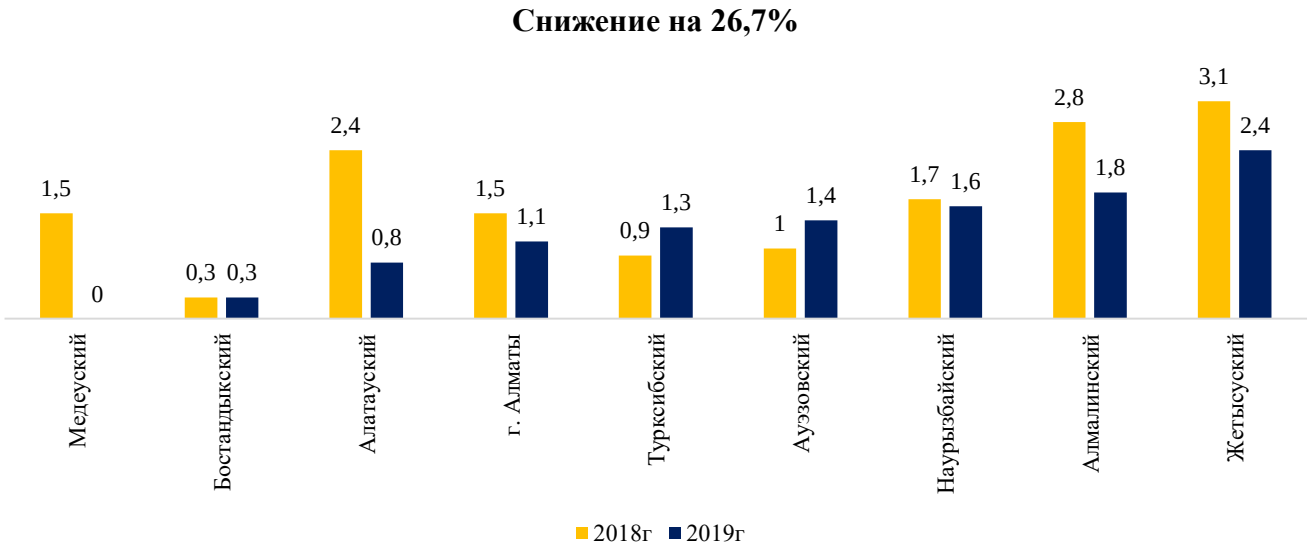

Рисунок 9 - Смертность от туберкулеза за 7 месяцев 2018 - 2019 года г. Алматы (на 100 тыс. нас.)

В целом за период 7 месяцев 2019 года заболеваемость туберкулезом по г. Алматы выросла 3,4% в сравнении с аналогичными данными 2018 года (рис.10)., где наибольший показатель заболеваемости туберкулезом отмечается в Турксибском районе на уровне 28 на 100 тыс. населения и наименьший в Бостандыкском районе – 15,3 на 100 тыс. населения.

Рост на 3,4%

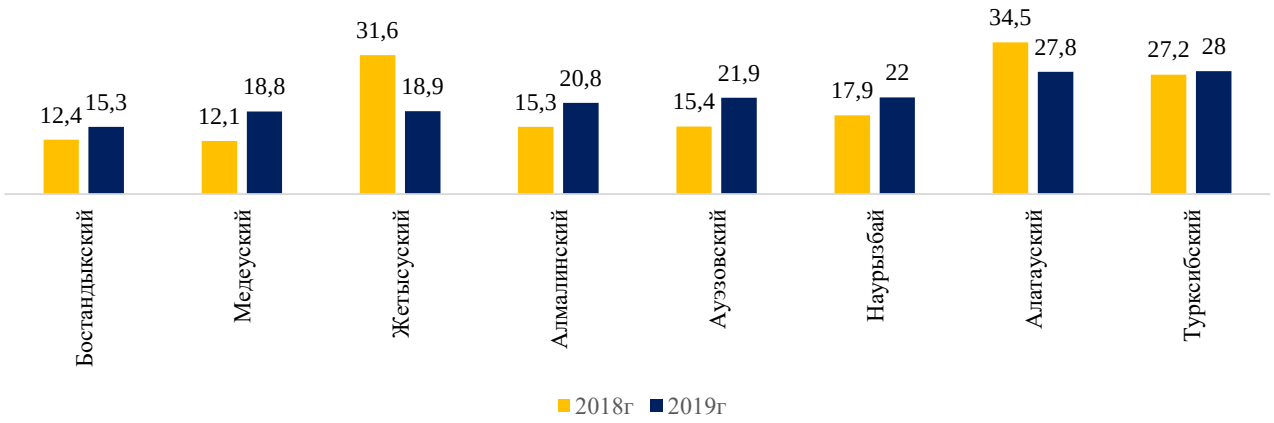

Рисунок 10 - Заболеваемость туберкулезом за 7 месяцев 2018-2019 гг. по г. Алматы (на 100 тыс. нас.)

В целом, по итогам 7 месяцев 2019 года уровень заболеваемости туберкулезом в г. Алматы составляет 21,1 на 100 тыс. населения, что на 1,5% выше уровня аналогичного периода прошлого года и на 39,2% ниже планового показателя, который составляет 34,7 на 100 тыс. населения. **Однако, при экстраполяции данных (36,1 на 100 тыс. населения), есть риск не достижения показателя по итогам 2019 года.**

Рекомендации по достижению настоящего индикатора:

1) обеспечение своевременной и качественной вакцинации БЦЖ детей младенческого возраста;

2) проведение флюорографических осмотров с охватом не менее 95% населения региона;

3) обеспечить выявление и обследование лиц, более 2-х лет не проходивших флюорографическое обследование;

4) на уровне местного бюджета рассмотреть возможность предоставления продуктовых наборов больным активными формами туберкулеза, находящимся на амбулаторно-поликлиническом лечении и строго выполняющим лечебно-оздоровительные процедуры, назначенные врачом;

5) проведение скрининга на ТБ и М/ШЛУ ТБ в местах компактного пребывания людей, включая учреждения пенитенциарной системы;

6) с 2019 года с целью лекарственного обеспечения больных туберкулезом в рамках ГОБМП и системы ОСМС производится закуп инновационных лекарственных средств Деламанит и Бедаквилин, в связи с чем необходимо

предусмотреть обеспечение полного охвата контингента больных г. Алматы данными препаратами.

2.12. Удержание показателя заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями на уровне не более 170,1 на 100 тыс. населения

По итогам 1 полугодия 2019 года показатель заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями (ИПБ) составил 69,8 на 100 тыс. человек населения, что больше показателя аналогичного периода 2018 года на 4%.

Однако, по итогам 2-го квартала 2018 и 2019 гг. наблюдается более высокий темп выявления ИПБ. В тоже время, темп прироста заболеваемости во 2 квартале текущего периода опережает аналогичный период прошлого года на 11%.

В разрезе основных нозологий по классу ИПЗ «лидируют» корь, другие кишечные инфекции уточненные, грипп, сальмонеллезы, острые ВГ, дерматомикозы, энтеробиоз, педикулез, бактериальные и вирусные кишечные инфекции (рис. 11).

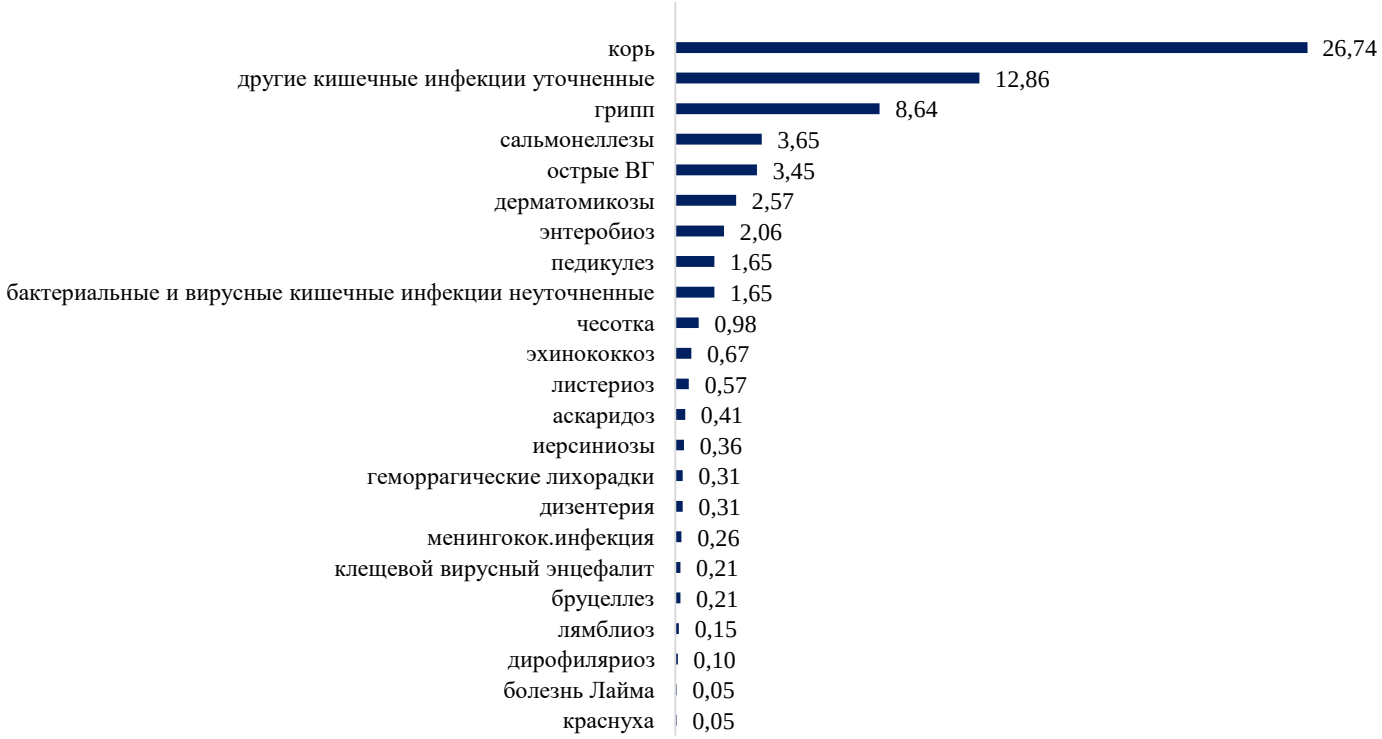

Рисунок 11 - Показатели ИПЗ по основным нозологиям по итогам 6 месяцев 2019 г. на 100 тыс. населения

ВОЗ утверждает, что масштабы распространения этого заболевания с прошлого года стали крупнейшими за последние 10 лет. На территории Европы в 2018 году зафиксированы десятки тысяч случаев кори. Почти половина заболевших приходится

на Украину, которая в последние годы испытывает проблемы не только с вакцинацией, но и с оказанием медицинской помощи вообще.

ВОЗ отмечает основные факты по борьбе с корью:

- В 2017 г. корь стала причиной 110 000 случаев смерти в мире, в основном детей в возрасте до 5 лет.
- За период с 2000 по 2017 гг. противокоревая вакцинация привела к снижению глобальной смертности от кори на 80%.
- В 2017 г. около 85% всех детей в мире получили одну дозу противокоревой вакцины в течение первого года жизни в ходе оказания регулярных медицинских услуг, по сравнению с 72% в 2000 году.
- В 2000-2016 гг. вакцинация от кори предотвратила, по оценкам, 20,4 миллиона случаев смерти, сделав вакцину от кори одним из наиболее выгодных достижений общественного здравоохранения

Как правило, невакцинированные дети раннего возраста подвергаются самому высокому риску заболевания корью и развития осложнений, включая смертельный исход. Невакцинированные беременные женщины также подвергаются риску. Заразиться корью может любой человек, не имеющий иммунитета — тот, кто не был вакцинирован или тот, кто не выработал иммунитет после вакцинации. В этом плане наибольшую угрозу распространению кори является антивакцинаторство. Так, Доктор Натан Ло из Стэнфордского университета в 2017 опубликовал отчет, согласно которому сокращение количества вакцинированных детей от 2 до 11 лет всего на 5% утроит число ежегодных случаев заболевания корью в этой возрастной группе. https://www.kazpravda.kz/news/obshchestvo/bolee-580-mln-tenge-videleno-na-dopolnitelnii-zakup-vaktsini-protiv-kori

Не менее опасными причинами вспышек кори является миграция населения. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) США официально заявил, что причиной недавней вспышки кори в Нью-Йорке могли вызвать ортодоксальные иудеи, которые совершили паломничество в Украину. https://www.nytimes.com/2019/04/03/health/measles-outbreaks-ukraine-israel.html

Следующей причиной распространения кори является то, что носители инфекции могут и не знать об этом, так как ранние симптомы кори могут быть не очевидными, поскольку может выглядеть, как другие более безобидные инфекционные заболевания.

Для удерживания данного показателя в пределах плановых **рекомендуется:**

1) обеспечение своевременной и качественной вакцинации согласно календарю прививок;

2) увеличение охвата вакцинацией населения г. Алматы против гриппа в осенне-зимние периоды;

3) санитарно-просветительная работа среди населения г. Алматы о необходимости вакцинации (через социальные сети, вирусные ролики в YouTube и прочее).

4) усиление санитарно-эпидемиологического режима в общественных учреждениях.

2.13. Охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом

По итогам 2-го квартала 2019 года показатель охвата граждан занятием физической культурой и спортом составил 30% против 30% в аналогичном периоде 2018 года. При сохранении текущей динамики охват граждан занятием физической культурой и спортом по итогам т.г. составит 30%, что соответствует плановому значению за т.г.

2.14. Охват детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ

По итогам 2-го квартала 2019 года показатель составил 9,5% против 9,2% в аналогичном периоде 2018 года. Таким образом, плановое значение по данному индикатору достигается.

2.15. Распространенность ожирения

По итогам 7 месяцев 2019 года распространенность ожирения в Алматы составила 99,1 на 100 тыс. населения против 90,3 по итогам 6 месяцев (+8,9%). В сравнении с аналогичным периодом 2018 года наблюдается рост регистрации случаев ожирения на 13% (2018 год – 86,2 на 100 тыс. населения). При сохранении текущего уровня распространенности ожирения показатель по итогам года может составить 169,9 случаев на 100 тыс. человек населения, что выше планового значения за 2019 года на 0,6 % (рис. 12).

Таким образом, существует риск не достижения по индикатору по итогам года.

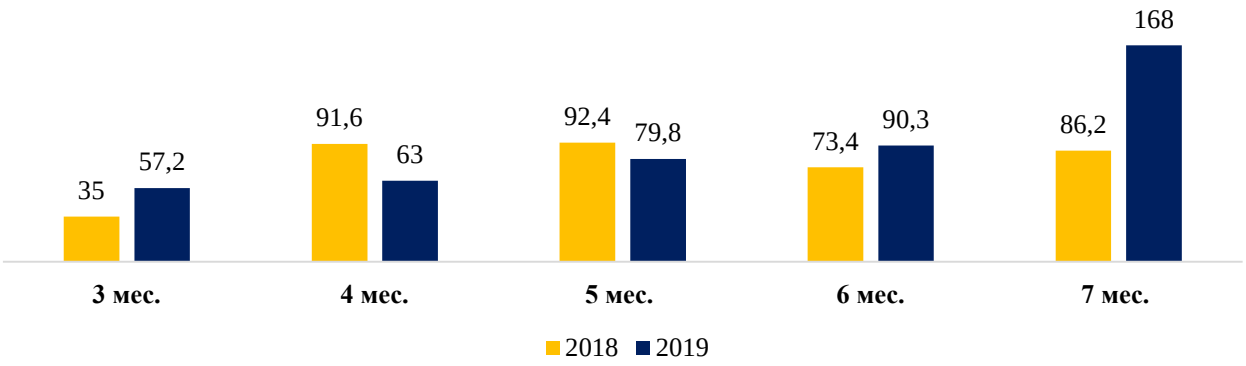

Рисунок 12 - Динамика регистрации случаев ожирения в Алматы, на 100 тыс. человек населения

В общей сложности по итогам 7 месяцев т.г диагноз ожирение поставлен 1850 жителям города против 1686 жителей 6 месяцев (+8,9%). Доля случаев ожирения среди населения Алматы за 7 месяцев т.г. расположились следующим образом:

- дети до 14 лет - 375 случаев, что составляет **20,2%** от общего числа (против **19,3%** за 6 месяцев 2019 г. соответственно);

- подростки от 15 до 17 лет – 115 случаев, что составляет **6,2%** от общего числа (против **6%** за 6 месяцев 2019 г. соответственно);

- взрослые лица от 18 лет и старше - 1360 случаев, что составляет **73,5%** от общего числа (против **74,5%** за 6 месяцев 2019 г. соответственно).

Таким образом прослеживается тенденция омоложение контингента с ожирением преимущественно за счет возрастной категории детей до 14 лет.

В качестве рекомендаций по снижению распространенности ожирения предлагаются примеры контролируемых оценочных исследований в области профилактики ожирения среди детей в Европейском регионе, как указано в таблицах 4 и 5.

Таблица 4 - Примеры контролируемых оценочных исследований в области профилактики ожирения среди детей

Страна и проводимые мероприятия	**Выводы**
Австрия: Многопрофильная программа PRESTO по проведению просветительных мероприятий в школах среди детей в возрасте 10–12 лет (пилотное исследование)	Расширение знаний в области питания, в особенности среди наиболее успевающих учащихся. Показатели ИМТ не изменяются.
Крит, Греция: Проспективное исследование по проведению медико-санитарного просвещения в школах среди детей в возрасте от 6 до 12 лет	ИМТ улучшился в группе наблюдения по сравнению с контрольной группой, хотя уровни ИМТ в обеих группах возросли за этот период вместе с увеличением доли детей с избыточной массой тела.
Дания: Проводимые в течение двух лет консультации по семейным вопросам, планированию покупок и принятию пищи	Масса тела у детей уменьшилась.
Германия: Исследование по профилактике ожирения в Киле (KOPS), мероприятия, проводившиеся в течение 8 лет в школах среди детей, начиная с возраста 5–7 лет	Расширение знаний по вопросам питания, увеличение физической активности, сокращение времени, проводимого перед телевизором. Снижение показателей ожирения (толщина кожной складки, процент жировой массы) по сравнению с контрольной группой.
Германия: Мероприятия на базе школ StEP TWO среди детей в возрасте 7–9 лет	Снижение темпов роста ИМТ, снижение уровня систолического артериального давления.
Израиль: Комплексные, структурированные многопрофильные меры вмешательства среди детей и подростков	Снижение массы тела, уменьшение ИМТ и повышению уровня физической подготовки, особенно в тех случаях, когда родители не страдали избыточной массой тела.

Соединенное Королевство: “Будь умней”: мероприятия в школах и в семье среди детей в возрасте от 5 до 7 лет	Расширение знаний в области питания и потребления фруктов и овощей. Отсутствие значительных изменений в показателях распространенности избыточной массы тела.
Соединенное Королевство: “MAGIC”: 12-недельная программа для дошкольников (3–4 года) по повышению уровня физической активности (пилотное исследование)	Повышение уровня физической активности на 40%. Данных об изменениях в отношении ожирения не имеется.
Соединенное Королевство: “APPLES”: школьные мероприятия среди детей в возрасте 7–11 лет	Некоторое улучшение в отношении рациона питания. Отсутствие изменений в уровне физической активности или ИМТ.

Таблица 5 - Примеры новаторских мероприятий, стратегий и практических действий в Европе, которые могут способствовать профилактике ожирения

Страна	**Мероприятия или стратегии**
Дания	Программа “6 раз в день” (116): увеличение потребления фруктов на рабочих местах и в школах
Франция	Налог на телевизионную рекламу газированных напитков. Запрет на торговые автоматы во всех школах
Германия	Орган контроля за использованием промышленных материалов в школах
Греция	Сетям предприятий быстрого питания запрещено организовывать пункты питания или столовые в школах
Греция и Шотландия, Соединенное Королевство	Нормы питания для школ
Ирландия, Швеция	Ограничения на рекламу по телевидению, ориентированную на детей
Норвегия	Декретный отпуск для поощрения и поддержки грудного вскармливания (118): 98% женщин при выписке из

	роддома кормят детей грудью, 90% продолжают грудное вскармливание через 3–4 месяца, 75% – через 6 месяцев
Российская Федерация	Выращивание овощей на крышах домов (119): примерно 15 огородов на крышах в Санкт-Петербурге вносят значительный вклад в обеспечение фруктами и овощами лиц с низким уровнем доходов на уровне местных сообществ
Швеция	Предоставление бесплатного питания в школах в соответствии с рекомендациями, не носящими обязательный характер
Швейцария	Компании предоставляют рекомендации сотрудникам в отношении избыточной массы тела их детей
Соединенное Королевство	“Холодная вода в школе”: в нескольких школах установлены охладители питьевой воды, и всем детям в школе предлагаются бесплатно бутылки с водой, что способствовало уменьшению сбоев в учебном процессе и повышению концентрации внимания “Борьба с потреблением жиров – борьба за хорошую физическую форму”, телевизионная кампания, ориентированная на все население: высокий уровень информированности, однако лица с низким уровнем образования и группы этнических меньшинств меньше воспринимают призывы к изменению образа жизни. Уровень участия низок даже среди целевых групп Потребление фруктов и овощей будет способствовать сооружению в школе плавательных бассейнов Замена торговых автоматов в школах на молочные бары Субсидирование использования спортивных центров местными школами Дети, покидающие школу на автомобилях, должны выждать 10 минут, прежде чем сесть в машину Налог с продаж продуктов питания категории “люкс”

2.16. Доля общеобразовательных учреждений, реализующих программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней

По итогам 2-го квартала т.г. все 185 общеобразовательных учреждений Алматы, реализовывали программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней.

2.17. Количество лиц, состоящих на наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков

Количество лиц, состоявших на наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков по итогам 6 мес. 2019 года составило 86,1 на 100 тыс. населения против 89,7 в аналогичном периоде 2018 года. Плановое значение по данному индикатору составляет не более 92,86 человек на 100 тыс. населения.

В целом по состоянию на май месяц т.г. в наркологическом учете состояли 6427 человек против 6874 человек в апреле т.г. (+6,5%). Распределение по причинам сложилась следующим образом (рис. 13):

- употребление алкоголя (не является пагубным потреблением) – 4833 человек, что составляет 75,2% от общего количества (против 75,9% в апреле т.г.);

- употребление опиоидов – 679 человек, что составляет 10,7% от общего количества (против 10,8% в апреле т.г.);

- употребление каннабиноидов – 67 человек, что составляет 1,05% от общего количества (против 1,1% в апреле т.г.).

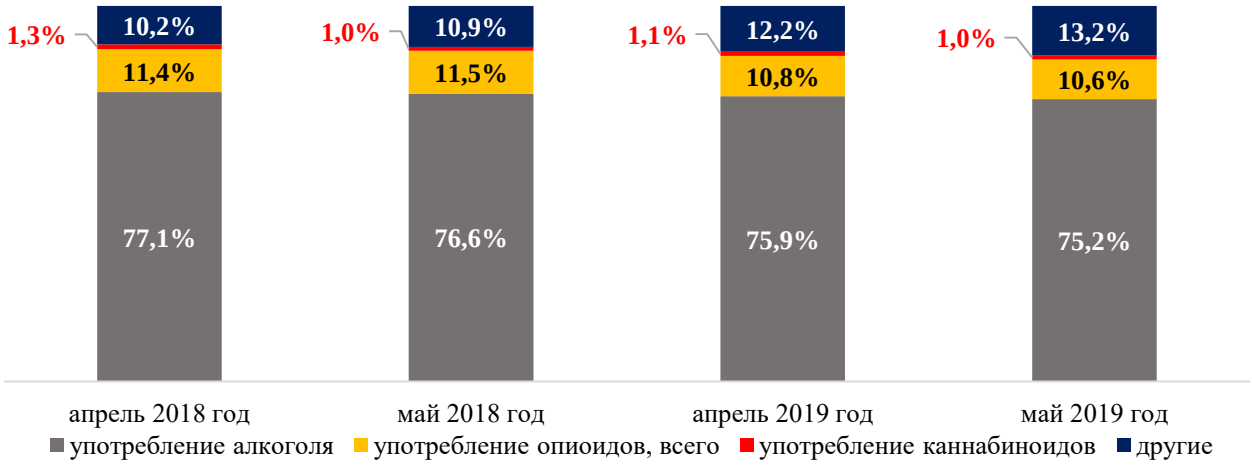

Рисунок 13 - Контингент больных, находящихся на наркологическом учете в Алматы по состоянию на 31.05.2019 г., человек

2.18. Снижение общей смертности горожан

По итогам 6 месяцев 2019 года общая смертность жителей Алматы составила 6,67 случая на 1000 человек населения против 6,37 в аналогичном периоде 2018 года (+4,7%). Плановое значение по данному индикатору за 2019 год составляет 6,42 случая на 1000 человек населения, что выше текущего уровня на 3,9%. При этом, уровень смертности ниже среднереспубликанского показателя на 10,8% (РК – 7,39 на 1000 человек, рис. 14).

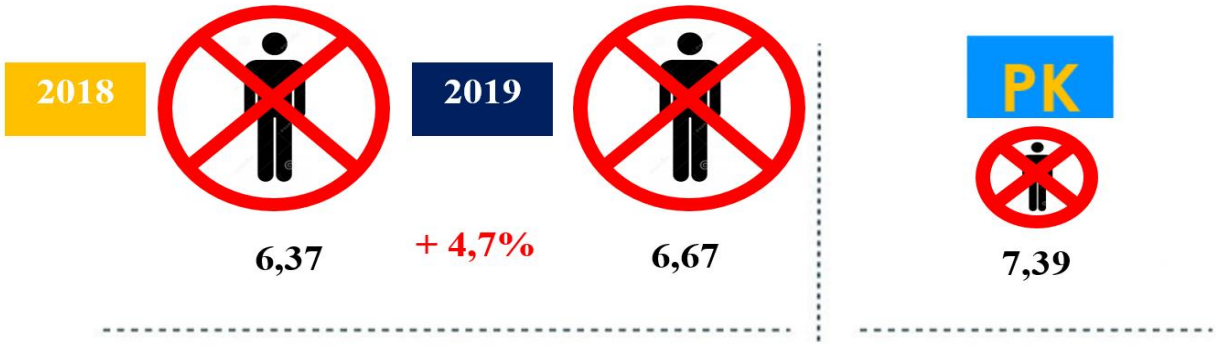

Рисунок 14 – Снижение общей смертности горожан на 1000 нас.

Наибольший показатель смертности за 6 месяцев т.г. отмечается в Алмалинском районе г. Алматы, составивший 8,37 на 1000 населения. При этом, в Алмалинском районе отмечается относительно низкая динамика данного показателя по годам (2018-2019) в сравнении с Наурызбайским, Алатауским, Медеуским районами, где повышение показателя общей смертности с прошлого года составило на 18,6%, 11% и 11,7% соответственно (рис. 15).

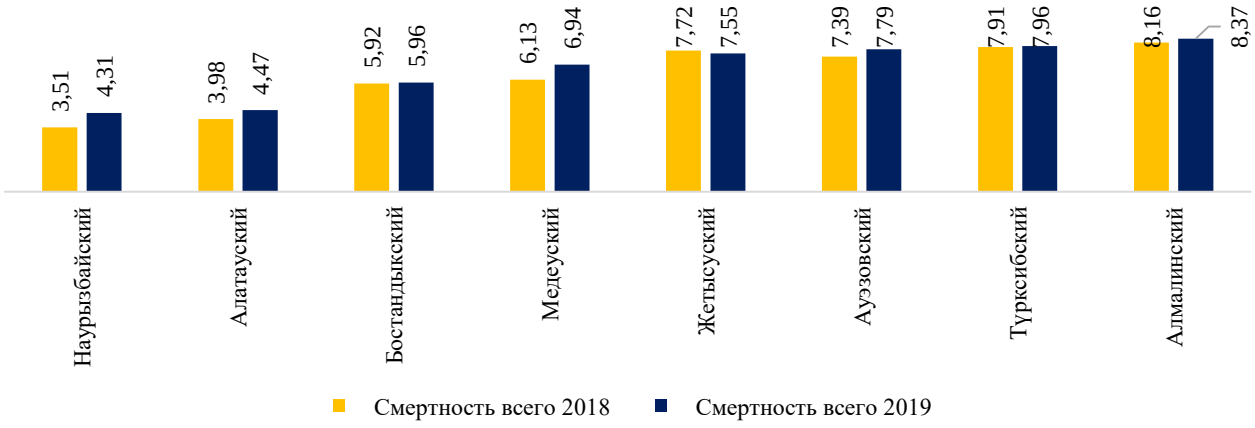

Рисунок 15 – Общая смертность в разрезе районов г. Алматы за 6 месяцев 2018-2019 гг. (на 1000 нас.)

При сохранении текущей динамики общей смертности существует риск не достижения планового значения индикатора по итогам года.

2.19. Снижение материнской смертности по месту жительства

По итогам 7 мес. 2019 года показатель материнской смертности по г. Алматы (по месту жительства) составил 7,5 на 100 тыс. родившихся живыми. Зафиксированы 1 случай материнской смерти в апреле и 1 случай материнской смерти в июле т.г. Текущий показатель на 45% меньше показателя аналогичного периода 2018 года и на 41% ниже среднереспубликанского значения (рис. 16).

Рисунок 16 - Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми

Плановое значение по данному индикатору за 2019 год составляет 9,87 на 100 тыс. родившихся живыми.

2.20. Снижение младенческой смертности по месту жительства

Одним из показателей, определяющих демографическую безопасность региона, является коэффициент младенческой смертности, который характеризует репродуктивный потенциал, условия проживания, качество медицинского обеспечения, уровень развития региона.

Необходимо отметить, что уровень младенческой смертности по итогам 6 мес. 2019 года в РК в целом и в отдельных регионах увеличивается. Так, по итогам 6 месяцев 2019 года младенческая смертность в г. Алматы составила 8,87 случая на 1 тыс. родившихся живыми против 7,88 по сравнению с аналогичным периодом 2018 г. (рис. 17).

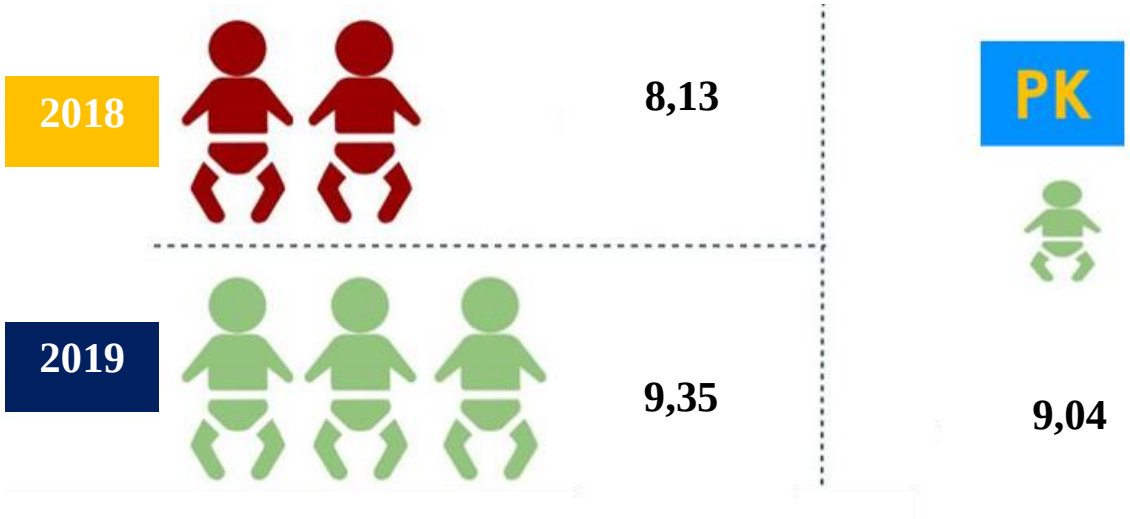

Рисунок 17 - Младенческая смертность на 100 тыс. родившихся живыми

Наименьшие показатели младенческой смертности (менее 9,04) наблюдаются в Алатауском и Ауэзовском районах (рис. 18).

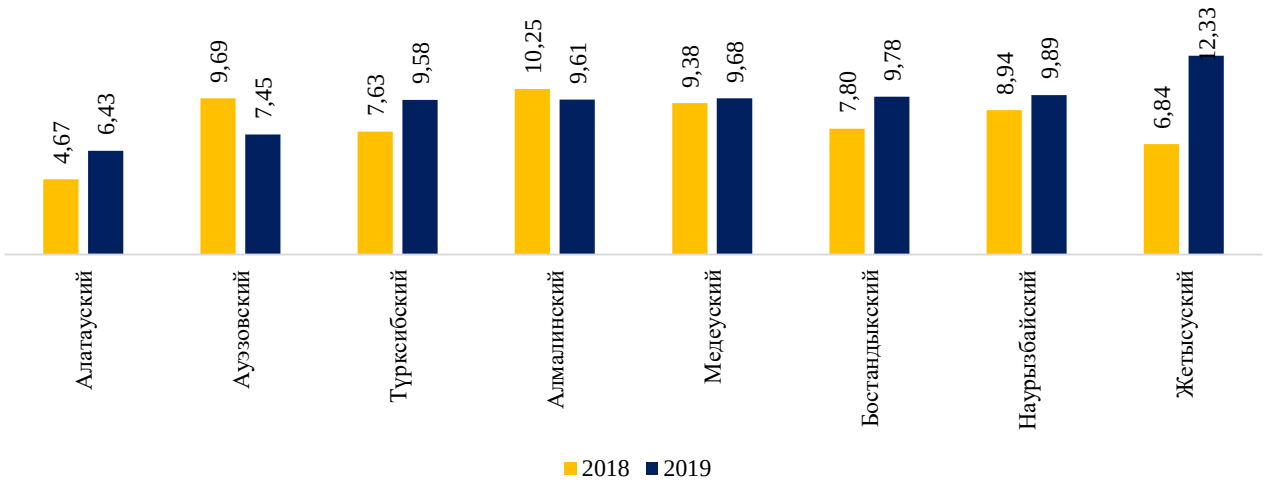

Рисунок 18 - Младенческая смертность в разрезе районов г. Алматы за 7 месяцев 2018-2019 гг. (на 1000 нас.)

Плановое значение по данному индикатору за 2019 год составляет не более 6,84 случая на 1 тыс. родившихся живыми. При сохранении младенческой смертности на текущем уровне существует риск не достижения планового значения по данному индикатору по итогам года.

Для снижения младенческой смертности предлагаются следующие меры:

1) объединение перинатальных центров, родильных домов в многопрофильные клиники для повышения доступности высокотехнологической (дорогостоящей) медицинской помощи и кадров;

2) проведение неонатального скрининга по выявлению наследственных заболеваний;

3) организация работы дистанционного консультативного центра по оказанию медицинской помощи беременным женщинам с акушерской патологией.

2.21. Смертность от болезней системы кровообращения (БСК)

Сегодня болезни системы кровообращения (далее – БСК) занимают львиную долю в общей структуре заболеваемости и первое место среди основных причин смертности населения (29%).

Плановое значение смертности от БСК за 2019 год по г. Алматы составляет не более 176 случаев на 100 тыс. населения, однако по итогам 6 месяцев 2019 года данный индикатор не достигнут и составил 191,16 (рис. 19).

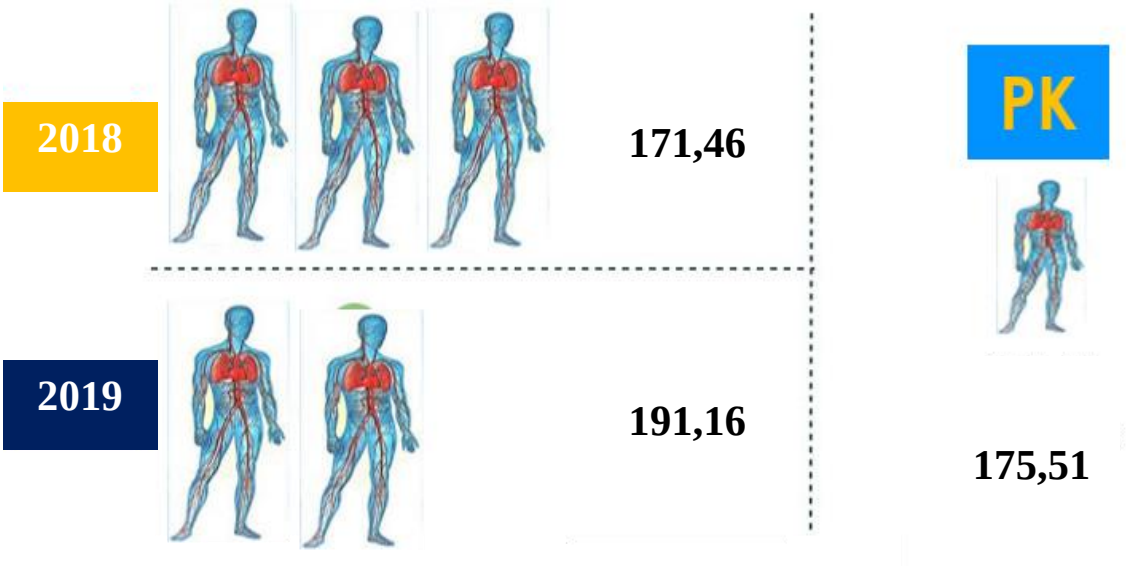

Рисунок 19 - Смертность от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения

К аутсайдерам по наибольшему показателю смертности от БСК можно отнести Алматинский район с показателем в 259,73, Турксибский – 251,76, Ауэзовский – 226,69, Жетысуский – 215,73 на 100 тыс. населения (рис. 20).

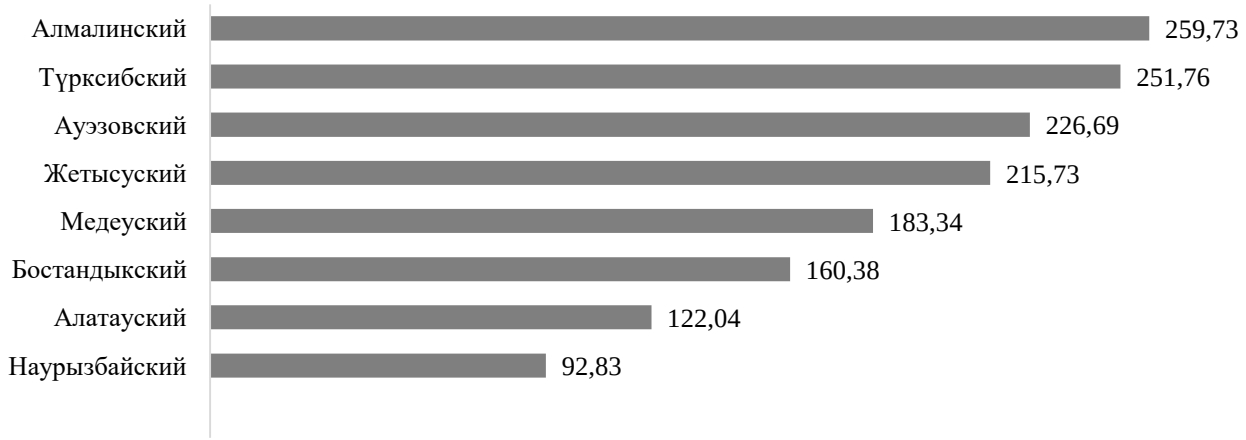

Рисунок 20 - Смертность от болезней системы кровообращения в разрезе районов г. Алматы за период 6 месяцев 2019 год (на 100 тыс. нас.)

В структуре причин смертности от БСК по нозологиям ведущее место занимает ишемическая болезнь сердца, с наибольшим показателем в Алмалинском районе – 150,42 на 100 тыс. населения (рис. 21).

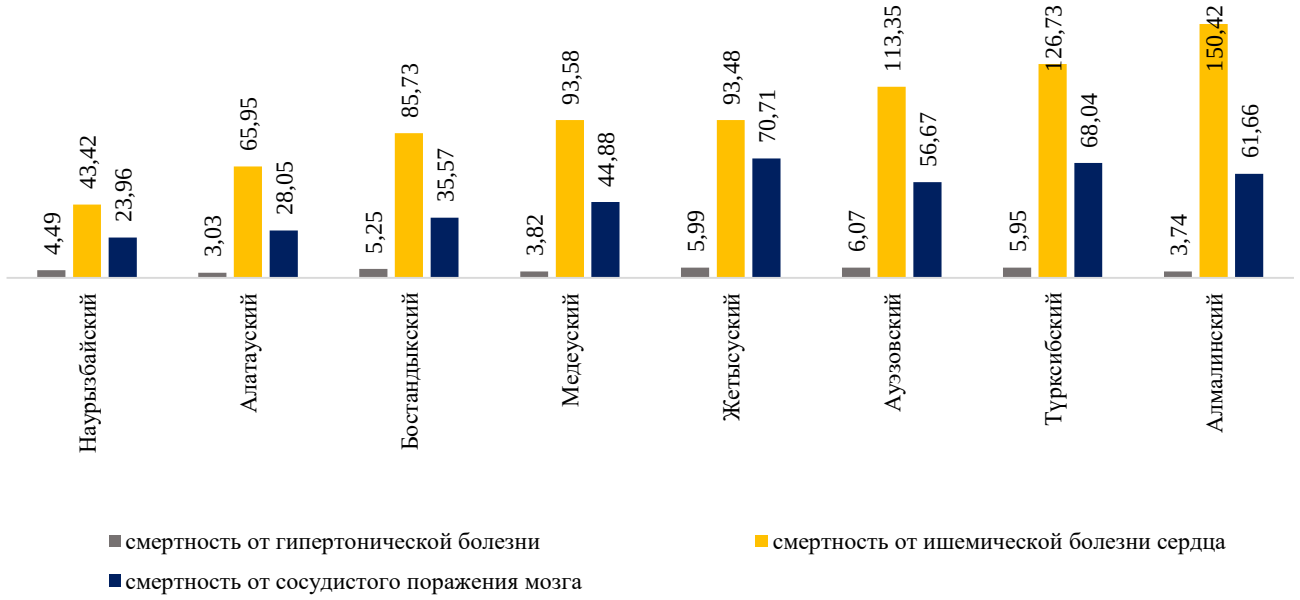

Рисунок 21 - Смертность от болезней системы кровообращения в разрезе нозологий по районам г. Алматы за период 6 месяцев 2019 год (на 100 тыс. нас.)

Рекомендации по достижению настоящего индикатора:

1) организация кардиологической помощи в многопрофильных клиниках для повышения доступности высокотехнологической (дорогостоящей) медицинской помощи и кадров;

2) организация на амбулаторном уровне реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и острый инфаркт миокарда

3) проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения с ежегодным охватом не менее 20% с целью раннего выявления больных с артериальной гипертонией;

4) информирование населения посредством СМИ, социальных сетей о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний;

5) осуществлять своевременную диспансеризацию пациентов и вовлекать в Программу управления заболеваниями по артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности.

2.22. Смертность от злокачественных новообразований

Смертность от злокачественных новообразований (далее – ЗНО) занимает второе место в структуре смертности населения республики.

По прогнозам ВОЗ заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 года во всем мире увеличатся в 1,5-2 раза. Аналогичная тенденция роста заболеваемости раком характерна и для Республики Казахстан, учитывая рост благосостояния и продолжительности жизни населения, а также увеличение выявляемости злокачественных новообразований с внедрением программ ранней диагностики. Согласно исследованиям ВОЗ прогнозируется рост онкологической заболеваемости в основном за счет рака легкого, колоректального рака у мужчин, а также рака молочной железы и рака шейки матки у женщин. Ежегодно в Казахстане от рака умирает порядка 17 000 человек, из которых – 42% лица трудоспособного возраста.

Плановое значение смертности от ЗНО за 2019 год составляет не более 87,84 случаев на 100 тыс. населения (рис. 22), при этом за 6 месяцев 2019 г. данный показатель составил 79,26 - Достигается.

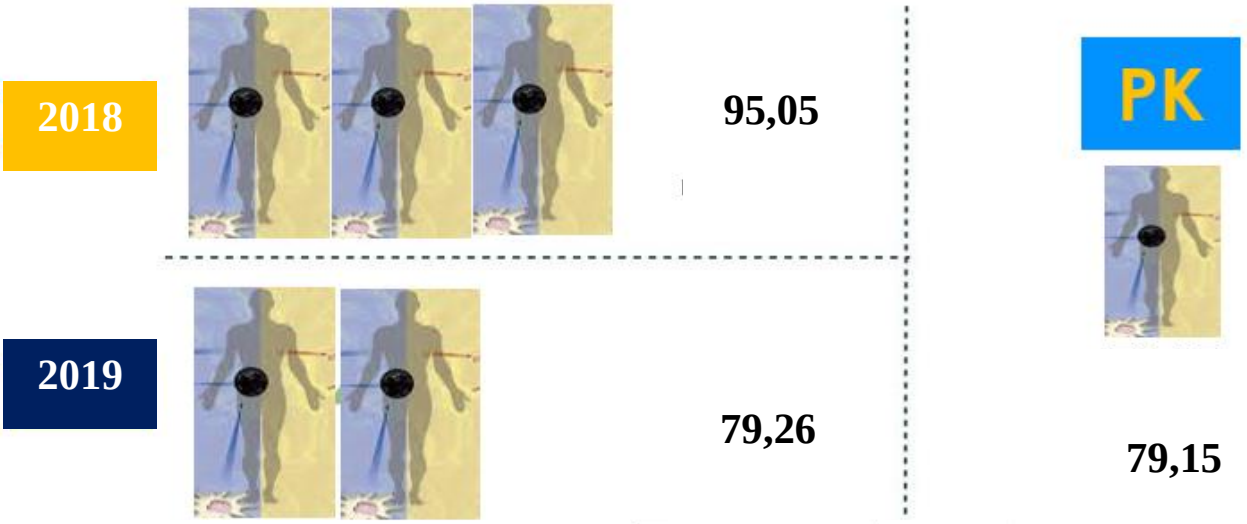

Рисунок 22 - Смертность от злокачественных новообразований по г. Алматы за период 2018-2019 гг. (на 100 тыс. населения)

Общий показатель смертности от ЗНО по г. Алматы за анализируемый период составил 79,26, что на 8,5 ниже планового показателя - 87,84. Следует отметить, что наибольший показатель по смертности от ЗНО по г. Алматы за 6 месяцев 2019 года приходится на Алмалинский район (103,71) который по плотности населения находится на 6 месте из 8 районов (рис. 23).

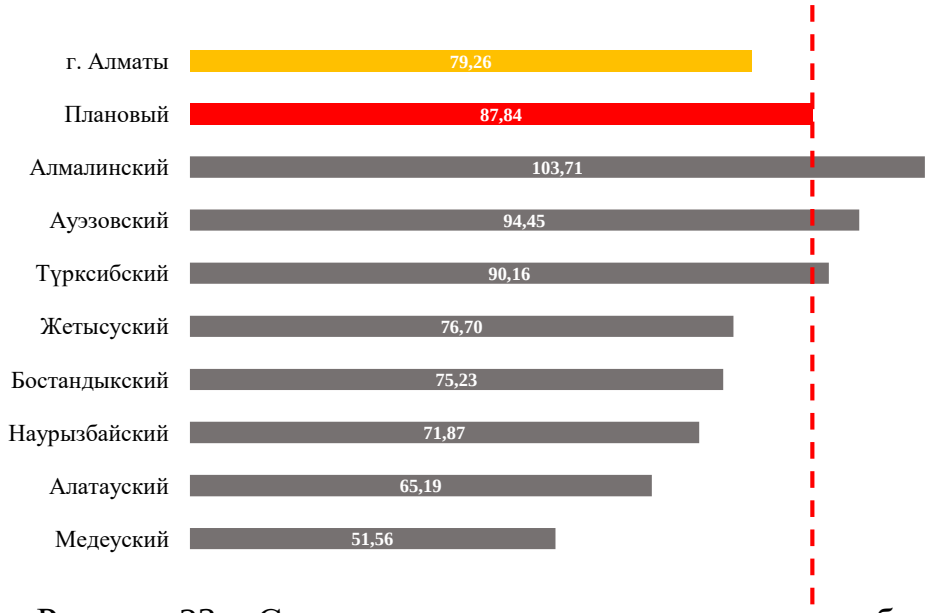

Рисунок 23 - Смертность от злокачественных новообразований в разрезе районов г. Алматы за период 6 месяцев 2019 год (на 100 тыс. нас.)

Анализ причинно-следственных связей между смертностью от злокачественных новообразований и некоторых факторов окружающей среды, выделяет следующие: социальные, экологические, факторы, связанные с профессиональной деятельностью и социально-экономические факторы [33].

Среди социальных факторов приоритетом обладают: возраст населения, вредные привычки, психическое здоровье.

При анализе экологических факторов имеется прямая зависимость между уровнем загрязнения атмосферного воздуха и уровнем смертности от злокачественных новообразований. В структуре загрязнителей атмосферного воздуха по городским территориям основная роль отводится взвешенным веществам (пыли), оксиду углерода, диоксиду азота и формальдегиду. Кроме того, учитываются гигиеническое состояние атмосферного воздуха, питьевой воды и почвы населенных мест.

Профессиональные раковые заболевания концентрируются среди конкретных групп работающего населения, для которых риск развития определенной формы рака может быть значительно выше, чем для общего населения.

Для оценки влияния социальных факторов риска на смертность населения от злокачественных новообразований используются такие детерминанты как: медико-демографические факторы (возраст населения, количество врачей на 1000 населения; число посещений поликлинических медицинских учреждений на одного врача, состояние психического здоровья населения), вредные привычки населения экономические факторы (уровень заработной платы, инвестиции в основной капитал на душу населения).

Таким образом, с целью выявления причинно-следственных связей роста смертности от ЗНО в разрезе районов г. Алматы и определения групп риска рекомендуется провести анализ зависимости уровня смертности населения от факторов окружающей среды. Данное исследование позволит сформировать ряд комплексных мер по выявлению и устранению возможного действия на население г. Алматы канцерогенных и других внешних факторов.

Как видно из таблицы 6, помимо Алмалинского района, общий показатель смертности от ЗНО за анализируемый период в Ауэзовском и Турксибском районах также превышает плановый показатель. К лидерам по наименьшему показателю общей смертности от ЗНО можно отнести Медеуский район с показателем в 51,56.

При сравнении с аналогичным периодом 2018 года, отмечается рост смертности по удельному показателю в Наурызбайском, Жетысуском и Бостандыкском районах,

что составило повышение на 2%, 3% и 1% соответственно. Снижение данного показателя на 2%, 2%, 1% и 2% отмечается в – Алатауском, Медеуском, Турксибском и Ауэзовском районах соответственно (таб. 6).

Таблица 6 – Удельный вес умерших от злокачественных новообразований за период 6 месяцев 2018-2019 гг. в разрезе районов г. Алматы.

Район	**Умершие от злокачественных новообразований (чел)**	
	2018	**2019**
Наурызбайский	5%	7%
Алатауский	9%	7%
Медеуский	11%	9%
Жетысуский	9%	12%
Түрксибский	15%	14%
Алмалинский	15%	15%
Ауэзовский	19%	17%
Бостандыкский	18%	19%
г. Алматы	**100%**	**100%**

Рекомендации по достижению настоящего индикатора:

1) проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения с ежегодным охватом не менее 20% с целью раннего выявления больных ЗНО;

2) информирование населения посредством СМИ, социальных сетей о ранней диагностике и профилактике фоновых (предраковых) и онкологических заболеваний;

3) в неотложном порядке рассмотреть введение программы вакцинации против вируса папилломы человека как элемента комплексного подхода к профилактике рака шейки матки: определить пакет информации (включая пропаганду здорового образа жизни) для подростков, которую можно было бы доносить при осуществлении программ вакцинации против вируса папилломы человека.

2. 23. Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с раком молочной железы

Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком молочной железы составляет 55,7% (увеличение на 4% по сравнению с аналогичным периодом 2018 года), что на 2,3 % выше планового показателя (рис. 24).

Это не высокий показатель, так как в странах ОЭСР по некоторым позициям показатель доходит до 70-80 процентов.

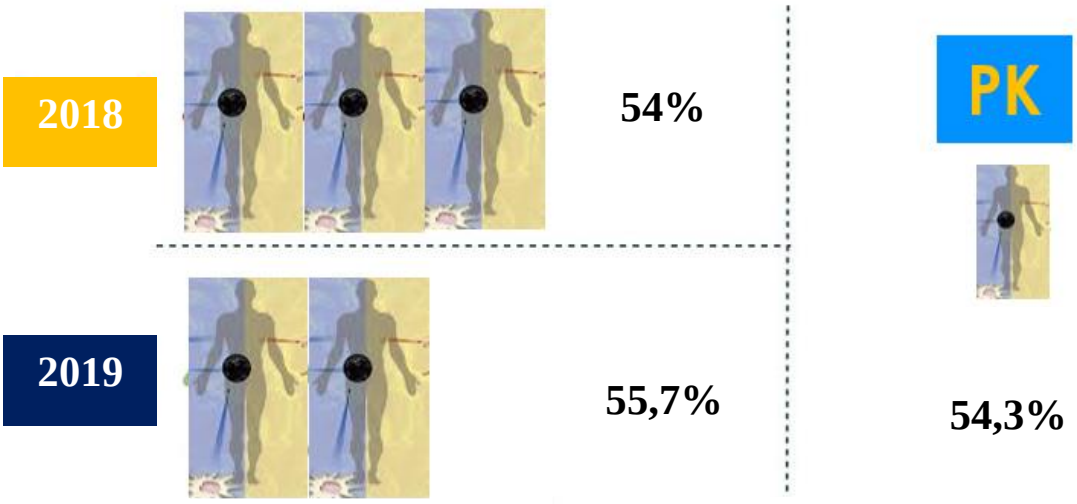

Рисунок 24 - Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком молочной железы

По состоянию на 31.07.2019 г. (табл. 7) рак молочной железы выявлен у 345 женщин. Из них 269 заболеваний выявлено при самообращении, при профилактическом осмотре 2 и 72 в результате скрининг, и 2 случая относятся к синхронно-метахронным ракам. В целом с раком молочной железы в Алматы на учете состоят 5658 человек, более 5 лет 3152 человек (55,7%). Следует отметить, что при скринингах количество случаев выявления рака молочной железы «*Всего»* и «*В I –II стадии»* выросло на 18% и 15% соответственно.

Таблица 7 - Контингенты больных с раком молочной железы, состоящих на учете онкологического учреждения

Период	Самообращение		Профилактическом осмотре		Скрининг	
	всего	из них с I-II стадией	всего	из них с I-II стадией	всего	из них с I-II стадией
2018 год	278	252	3	3	61	59
2019 год	269	237	2	2	72	68
Темп прироста по сравнению с 2018 годом, %	-3%	-6%	-33%	-33%	18%	15%

2. 24. Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с раком шейки матки

Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком шейки матки составляет 52,2% (увеличение на 0,9 % по сравнению с аналогичным периодом 2018 года), что на 2,8% выше планового показателя.

По состоянию на 31.07.2019 г. (табл. 8) рак шейки матки выявлен у 69 женщин. Из них 65 заболеваний выявлено при самообращении и только 3 в результате скрининга, и 1 случай относится к синхронно-метахронным ракам. В целом с раком молочной железы в Алматы на учете состоят 2001 человек, из них более 5 лет 1045 человек (52,2%). При этом, количество случаев выявления рака шейки матки в результате самообращений, профилактических осмотров и скринингов по сравнению с аналогичным периодом 2018 года снизилось.

Таблица 8 - Контингенты больных с раком шейки матки, состоящих на учете онкологического учреждения

Период	Самообращение		Профилактическом осмотре		Скрининг	
	всего	из них с I-II стадией	всего	из них с I-II стадией	всего	из них с I-II стадией
2018 год	94	87	8	8	19	19
2019 год	65	56	0	0	3	2
Темп прироста по сравнению с 2018 годом, %	-31%	-36%	-100%	-100%	-84%	-89%

Необходимо отметить, что рак шейки матки является вторым по распространенности онкологическим заболеванием, которое поражает женщин в Алматы после рака молочной железы.

2. 25. Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с колоректальным раком

Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с колоректальным раком составляет 46,1, что соответствует показателю за аналогичный период 2018 г., и превышает плановый показатель на 0,4%.

По состоянию на 31.07.2019 г. (табл. 9) колоректальный рак выявлен у 89 человек. Из них 61 заболеваний выявлено при самообращении, 3 при профилактическом осмотре и 5 в результате скрининга и 20 случаев относятся к синхронно-метахронным ракам. В целом с раком молочной железы в Алматы на учете состоят 830 человек, из них более 5 лет 383 человек (46,1%). По сравнению с аналогичным периодом 2018 года выявляемость больных с колоректальным раком при профилактических осмотрах и скринингах увеличилась в 3 и 4 раза соответственно.

Таблица 9 - Контингенты больных с колоректальным раком, состоящих на учете онкологического учреждения

Период	Самообращение		Профилактическом осмотре		Скрининг	
	всего	из них с I-II стадией	всего	из них с I-II стадией	всего	из них с I-II стадией
2018 год	96	75	0	0	1	1
2019 год	61	39	3	3	5	4
Темп прироста по сравнению с 2018 годом, %	↑ -36%	↑ -48%	↓ 300%	↓ 300%	↓ 400%	↓ 300%

2. 26. Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (0-1 стадия)

По итогам 7 месяцев 2019 года ранняя выявляемость злокачественных новообразований (0 -1 стадия) в Алматы составила 33,7%, что соответствует показателю за аналогичный период 2018 года. Плановое значение по данному индикатору за 2019 год составляет не менее 32,44%. При сохранении текущей

динамики до конца т. г. плановое значение по данному индикатору будет перевыполнено на 1,3%.

При ранжировании показателя выявляемости злокачественных новообразований в зависимости от стадии заболевания по в Алматы за 7 месяцев 2019 года, следует отметить, что наиболее высокий показатель отмечается при выявлении 1 стадии (701) и 2 стадии (621) против выявления 2 стадии (825) и 1 стадии (819) за аналогичный период 2018 года соответственно (рис 25).

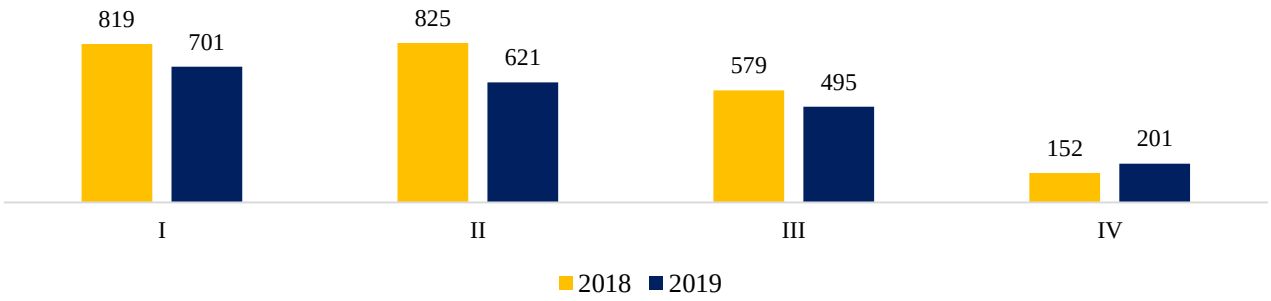

Рисунок 25 - Выявление онкологических заболеваний за период 7 мес. 2018-2019 гг. по стадиям в Алматы, абс. чис.

Абсолютное большинство онкологических болезней за исследуемый период выявляются при самообращений граждан, на его долю приходится 85%, что на 5% ниже показателя за аналогичный период 2018 года. При профилактическом осмотре и скрининге выявляются всего лишь 1,3% и 4,2% соответственно (2018 г. – 1,2% и 3,5%), что говорит о низкой эффективности принимаемых мер по раннему выявлению онкозаболеваний.

В связи с этим, с целью повышения уровня выявляемости путём проведения профилактических осмотров и скринингов **рекомендуется:**

1) адекватное обеспечение материально-техническими ресурсами проведения плановых профилактических медицинских осмотров и скринингов;

2) при проведении проведения плановых профилактических медицинских осмотров и скринингов обеспечить:

– отсутствие пересеченных потоков (движение пациентов осуществляется по одной линии, перемещение из кабинета в кабинет по одной прямой линии);

– разработать и закрепить в каждой организации ПМСП за каждым прикрепленным пациентом маршруты профилактического осмотра / скрининга;

– равномерную нагрузку на врачей – специалистов;

– уменьшение времени ожидания и прохождения профилактического осмотра путем распределения пациентов по дате и времени;

3) разработка шаблонов профилактического осмотра, в соответствии с объемами обследования, полом и возрастом пациентов;

4) с целью повышения солидарной ответственности населения следует внедрить практику письменных уведомлений руководства организаций г. Алматы о непрохождении профилактических медицинских осмотров и скринингов их работниками (по типу организации уведомления о необходимости уплаты штрафов в системе МВД РК);

5) СМС-оповещение населения о необходимости прохождения скрининга.

2.27. Численность прикрепленного населения на 1 ВОП

По итогам 7 мес. 2019 года количество прикрепленного населения на одного ВОП по г. Алматы составило 1645 человек, что на 183 человека ниже показателя аналогичного периода 2018 года (рис 26).

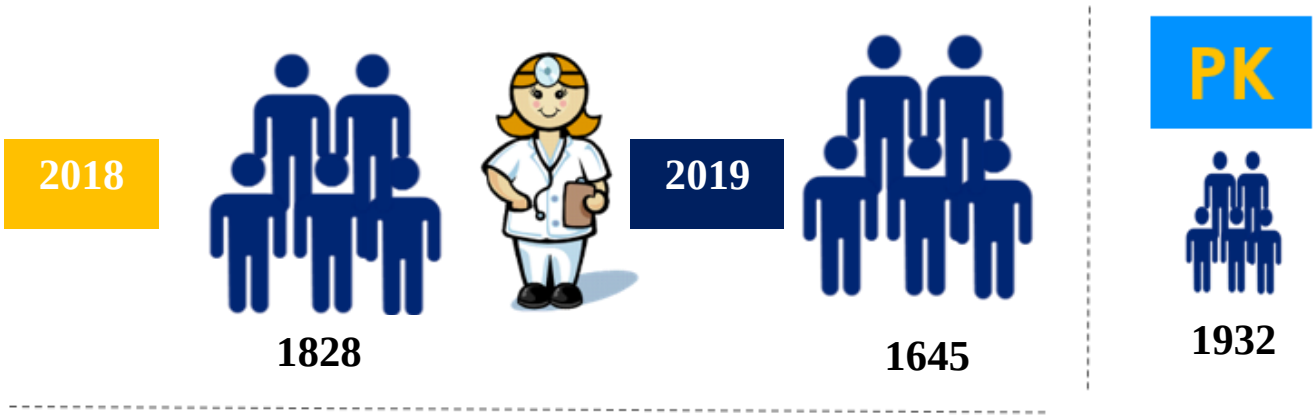

Рисунок 26 – Численность прикрепленного населения на одного ВОП по г. Алматы (чел.)

Плановое значение по данному индикатору за 2019 год составляет не более 1700 прикрепленного населения на одного ВОП, показатель индикатора достигается.

Однако, несмотря на достижение планового показателя, следует отметить медицинские организации, где данный показатель не достигается (рис. 27).

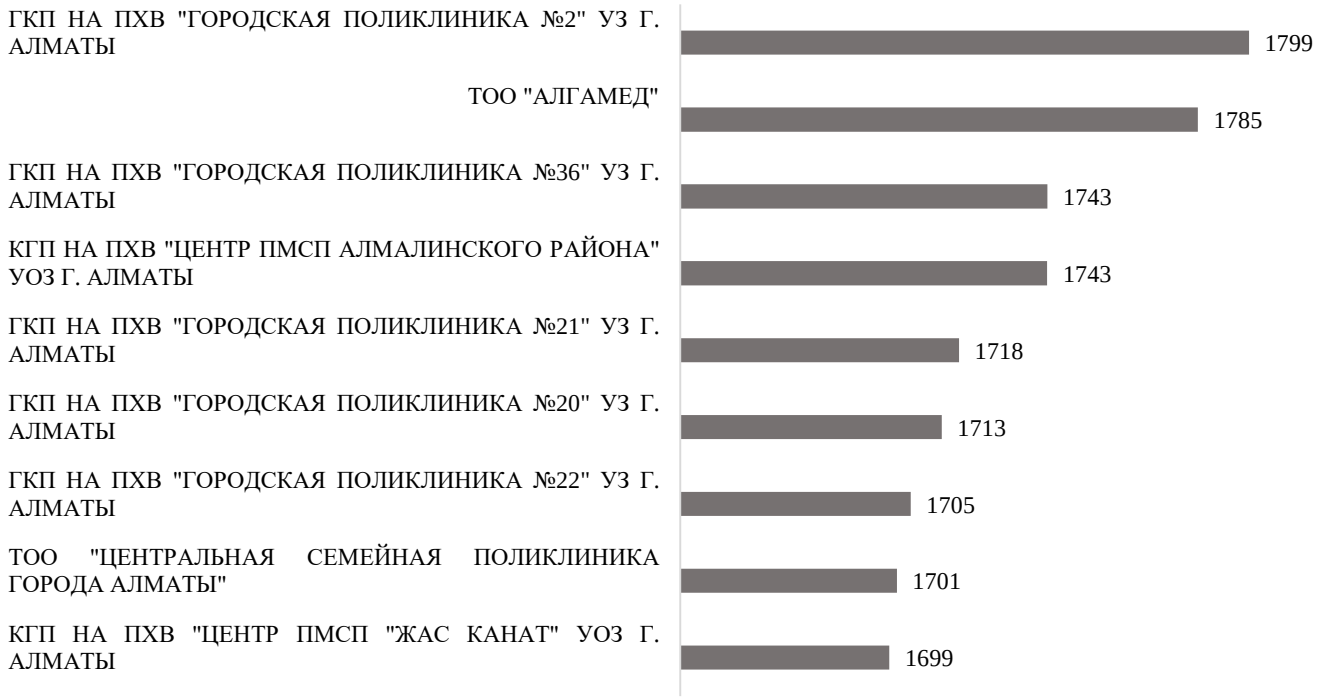

Рисунок 27 – Медицинские организации г. Алматы, не достигшие плановый показатель по индикатору «Численность прикрепленного населения на одного ВОП» (чел.)

2.28. Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП

Данные по объему финансирования ПМСП формируются на ежеквартальной основе.

По итогам 3-х месяцев 2019 доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП в Алматы составила 27%, что соответствует плановому значению на 2019 год. При удержании текущей динамики финансирования ПМСП до конца 2019 года плановое значение по индикатору будет достигнуто. Предлагается поддерживать на текущем уровне долю финансирования ПМСП в рамках ГОБМП.

2.29. Уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в рамках ГОБМП, кроме социально значимых заболеваний

По итогам 7 мес. 2019 года уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в рамках ГОБМП (кроме социально значимых заболеваний), в г. Алматы составил 484 койко-дней на 1 тыс. нас. (с экстр. 829) против 602,4 по итогам аналогичного периода 2018 года (↑ 20%).

Показатель по данному индикатору достигнут, поскольку его плановое значение за 2019 год составляет 862,8 койко-дней, что ниже уровня потребления стационарной помощи по экстраполируемым данным фактического значения 7 месяцев т.г. на 33,8 койко-дней.

2.30. Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС

Данные по количеству населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС, формируются на ежеквартальной основе.

По итогам 3-х месяцев 2019 года доля населения Алматы, за которую ФСМС отчислены взносы на СМС, составила 62,6%, увеличившись к соответствующему периоду 2018 года на 10,6%. Таким образом, по данному индикатору наблюдается перевыполнение годового плана на 25,7% уже по итогам 3-х месяцев. Однако необходимо отметить, что целевое значение по индикатору занижено, так как по итогам 2018 года данный показатель уже превышал 50%. Тем не менее текущий показатель Алматы опережает плановое значение по стране за 2019 год на 36%. Предлагается поддерживать данный показатель на текущем уровне.

2.31. Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике

По оценочным данным за 1-ый квартал т.г. соотношение средней заработной платы одного врача в Алматы к средней заработной плате в экономике составило 0,99 (166,8 тыс. против 168,5 тыс. тенге). Однако соотношение заработной платы одного врача в Алматы к средней заработной плате по городу намного ниже - 0,81. Официальные данные по индикатору будут сформированы по итогам года.

2.32. Доля медицинских организаций, имеющих высокий рейтинг по уровню менеджмента

Данные по медицинским организациям, имеющим высокий рейтинг по уровню менеджмента, будут сформированы по итогам года.

2.33. Доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

По итогам 7 месяцев 2019 года, доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС составила 54,1%, что на 2,1%% выше уровня

планового показателя, составляющего 52%. Общее количество поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП составило 186, из них частные 100.

2.34. Доля врачей ПМСП в общем числе врачей

По итогам 7 месяцев 2019 года доля врачей ПМСП в общем числе врачей в Алматы составила 39,9%, превысив плановый показатель на 8,4%. Согласно представленным Заказчиком сведений о штатных должностях ПМСП в разрезе медицинских организаций по г. Алматы за 7 месяцев 2019 г., общее количество врачей ПМСП составило 1681 человек, что на 54% превышает данный показатель 2018 года за аналогичный период.

2.35. Доля амбулаторного лекарственного обеспечения в общем объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП

Данные по объему АЛО формируются на ежеквартальной основе. По итогам 2-го квартала 2019 года доля АЛО в общем объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП в Алматы достигла 60%, увеличившись к уровню аналогичного периода 2018 года на 2%. При сохранении текущей динамики до конца текущего года плановое значение по индикатору будет достигнуто. Предлагается поддерживать данный показатель на текущем уровне.

2.36. Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими организациями

По итогам 7 месяцев 2019 года обеспеченность АПО в Алматы составила 4,1 на 100 тыс. население. В городе функционируют 75 амбулаторно-поликлинических организаций. При сохранении текущей динамики до конца текущего года плановое значение по индикатору будет достигнуто. Предлагается поддерживать данный показатель на текущем уровне.

Рекомендации по достижению настоящего индикатора:

1) разукрупнение участков ВОП;

2) строительство новых объектов ПМСП по потребности населения согласно Государственному нормативу сети организаций здравоохранения.

2.37. Охват населения электронными паспортами здоровья

По итогам 7 месяцев 2019 года охват населения Алматы электронными паспортами здоровья составил 89,3% (рисунок 28), при этом, плановое значение по

данному индикатору за 2019 год составляет 50%. Таким образом, наблюдается перевыполнение индикатора на 39,3%.

Рисунок 28 - Динамика охвата населения электронными паспортами здоровья, млн. чел.

Общее количество пациентов с заполненными электронными паспортами здоровья составил 1,8 млн человек. Предлагается поддерживать данный показатель на текущем уровне.

Анализ заполнения электронного паспорта здоровья проводится по 72 медицинским организациям, из них 39 государственные и 33 частные.

2.38. Количество реализуемых проектов ГЧП, доверительного управления и приватизации в здравоохранении

По итогам 2-го квартала 2019 года, проекты ГЧП, доверительного управления и приватизации в сфере здравоохранения Алматы реализованы 2 проекта. В доверительное управление передана Городская клиническая больница №1 и

Городская клиническая больница №5. Плановое значение по данному индикатору до конца т.г. составляет 3 проекта. При сохранении текущей динамики существует риск не достижения планового значения по данному индикатору.

В 2018 году по данному индикатору в Алматы реализованы 3 проекта, в частности приватизированы Региональный диагностический центр, Городская стоматологическая поликлиника и Детская стоматологическая поликлиника.

Рекомендации по достижению настоящего индикатора:

1) РАЗУКРУПЛЕНИЕ УЧАСТКОВ ВОП В Г. Алматы (Приложение)

Целью внедрения модели частичного фондодержания на базе поликлиники является финансовое стимулирование специалистов ПМСП к расширению объема помощи и спектра оказываемых услуг, для переориентации потока пациентов на первичный уровень, что соответственно повысит эффективность ПМСП и сдержит тенденцию на консультативно-диагностическую помощь.

Так произведен расчет финансовой экономической выгоды на 1 ВОП число прикрепленного населения не более 1500 человек населения.

Вкладка «Паспорт проекта». В паспорте проекта отображена информация общего характера, все налоговые показатели Республики Казахстан, утвержденные показатели МЗ РК и т.д.

Вкладка «Расчет заработной платы». Данный проект рассчитан из учета одного врача общей практики и прикрепленного к нему трех медицинских сестер. Согласно сайта http://trudbox.kz/statistics средняя заработная плата врача общей практики (далее – Врач) составляет 168 тыс. тенге и медицинской сестры (далее – МС) 93 тыс. тенге. С учетом расчетов месячный ФЗП с отчислениями Врача составляет 212 тыс. тенге и МС 115 тыс. тенге.

Вкладка «Площадь помещений кабинета». Площадь Врача и МС указаны согласно утвержденных санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения».

Вкладка «Расчет эксплуатационных затрат в год». Коммунальные расходы на указанные площади рассчитаны из тарифных показателей, а также с учетом изменений тарифной сетки в 2019 году по городу Алматы. Дополнительно сообщаем, что среднестатистический отопительный сезон по городу Алматы составляет 167 дней. Данный показатель использован для расчета затрат на тепло. Использованы официальные сайты http://www.alts.kz и https://almatysu.kz

Вкладка «Доходы от платных услуг». Согласно предоставленного отчета, подготовленного на коллегию по городу Алматы Клинико диагностические услуги,

составляют 3% от комплексного подушевого норматива (что составляет 25 тенге на 1 прикрепленного человека). Так же МЗ РК, веден Стимулирующий компонент подушевого норматива поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках ГОБМП в размере 100 тенге на 1 прикрепленного человека. Данное поощрение производится за образцовое исполнение должностных обязанностей, высокое качество выполнения работ, в том числе работ особой сложности и срочности, за инициативу, творческую активность и другие достижения в работе.

Вкладка «Отчет о доходах и расходах». Итого согласно проведенных расчетов Чистый налогооблагаемый доход на 1 ВОП составят 15 397 тыс. тенге в год. Данная сумма послужит материальным стимулированием работников ПМСП и внедрением дифференцированной оплаты труда работников.

Не допускается размещать в жилом и общественном здании стационары с круглосуточным пребыванием пациентов, микробиологические (вирусологическую, паразитологическую) лаборатории, отделения магнитно-резонансной томографии.

2) Внесение изменений в НПА МЗ РК на период пилотного проекта.

Таблица 10. Достижение индикаторов и показателей результатов Госпрограммы «Денсаулык» на 2016-2019 годы по городу Алматы

№	Показатели	Ед. изм.	2018		2019		Достижение/не достижение
			план	факт по итогам 2-го квартала	план	факт по итогам 2-го квартала	
Целевые индикаторы							
1	Увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения	лет	75,2/76,2	-	76,2	-	Данные формируются по итогам года
2	Индекс здоровья населения	%	19	-	0,865	-	Данные формируются по итогам года
3	Уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи	%	44	44,2	46	-	Достигнут
Показатели результатов							
4	Сокращение количества ДТП с пострадавшими	абс.	5530	2277	5520	2530 с экстр 4337	Достигнут
5	Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений	на 100 тыс. нас.	56,5	44,10	45,5	46,29	Не достигнут
6	Снижение уровня суицидов среди детей от 15-17 лет	на 100 тыс. нас.	2,2	4,7	2,0	2,0	Достигнут
7	Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6%	%	0,81	0,352	0,43	0,365	Достигнут
8	Снижение заболеваемости ИППП среди детей в возрасте 15-17 лет (маркер – сифилис)	на 100 тыс. нас.	4,0	4	3,4	2,0	Достигнут

9	Смертность от туберкулеза	на 100 тыс. нас.	3,05	2,6	3,7	1,1 с экстр 1,9	Достигнут
10	Снижение заболеваемости туберкулезом	на 100 тыс. нас.	45,1	36,2	34,7	21,1 с экстр 36,1	Не достигнут
11	Заболеваемость туберкулезом среди осужденных	на 100 тыс. осужд	1330	43,20	1300	-	Данные формируются по итогам года
12	Удержание показателя заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями (по 57 нозологиям) на уровне не более 170,1	на 100 тыс. нас.	170,9	67,1	170,1	-	Достигнут
13	Охват граждан занятием физической культурой и спортом	%	39	30	30	-	Достигнут
14	Охват детей и подростков занятием физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ	%	11	9,2	9,5	-	Достигнут
15	Распространенность ожирения	на 100 тыс. нас.	187	73,4	168,9	168,0	Достигнут
16	Доля общеобразовательных учреждений, реализующих программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней	%	100	100	100	-	Достигнут
17	Количество лиц, состоящих на	на 100 тыс.	156	89,7	92,86	-	Достигнут

	наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков	нас.					
18	Снижение общей смертности горожан*	на 100 тыс. нас.	6,3	6,44	6,42	6,67	Не достигнут
19	Снижение материнской смертности по месту жительства	на 100 тыс. род. жив.	4,3/9	13,7	9,87	4,5	Достигнут
20	Снижение младенческой смертности по месту жительства*	на 100 тыс. род. Жив.	6,84	8,13	6,84	8,87	Не достигнут
21	Смертность от болезней системы кровообращения (БСК)*	на 100 тыс. нас.	141	171,46	184	191,16	Не достигнут
22	Смертность от злокачественных новообразований*	на 100 тыс. нас.	95,1	93,37	87,84	79,26	Достигнут
23	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком молочной железы	%	51,2	49,2	53,4	55,7	Достигнут
24	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком шейки матки	%			49,4	52,2	Достигнут
25	Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с колоректальным раком	%			45,7	46,1	Достигнут
26	Ранняя выявляемость злокачественных	%	-	-	32,44	33,7	Достигнут

	новообразований (0-1 стадия)						
27	Численность прикрепленного населения на 1 ВОП	чел.	1800	1771	1700	1645	Достигнут
28	Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП	%	48	-	27	-	Достигнут
29	Уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в рамках ГОБМП, кроме социально значимых заболеваний	койко-дней на 1 тыс. нас.	1071	741,60	862,8	484 с экстр 829	Достигнут
30	Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС**	%	82	52	36,9	-	Достигнут
31	Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике	%	0,95	0,96	1,0	-	Данные формируются по итогам года
32	Доля медицинских организаций, имеющих высокий рейтинг по уровню менеджмента	%	8	6	7,6	-	Данные формируются по итогам года
33	Доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС	%	35,1	48	52	54,1	Достигнут
34	Доля врачей ПМСП в общем числе врачей	%	25,2	27,7	31,5	39,9	Достигнут
35	Доля амбулаторного лекарственного обеспечения в общем	%	59	58	60	-	Достигнут

	объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП						
36	Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими организациями	на 100 тыс. нас.	2,5	2,4	4,0	4,1	Достигнут
37	Охват населения электронными паспортами здоровья	%	20	89	50	89,3	Достигнут
38	Количество реализуемых проектов ГЧП, доверительного управления и приватизации в здравоохранении	ед.	3	1	3	2	Достигнут

* данные по итогам 5 месяцев

** данные по итогам 1-го квартала

28	Достигнуто	5	Не достигнуто	5	Данные отсутствуют

Список используемых источников и литературы

1. POCUS (https://www.pocus.org/pocus-the-future-of-ultrasound-is-here/)
2. i-STAT (https://www.pointofcare.abbott/us/en/offerings/istat/istat-handheld)
3. Woebot (https://www.businessinsider.com/stanford-therapy-chatbot-app-depression-anxiety-woebot-2018-1)
4. HIV test (https://www.dezeen.com/2015/02/13/smartphone-powered-dongle-tests-hiv-syphillis-15-minutes-colombia-engineering/)
5. P.P. Cafe (https://www.theguardian.com/world/2017/nov/08/canada-toronto-restaurant-hiv-aids-kitchen-staff-stigma
6. https://healthmarketinnovations.org/blog/5-innovative-programs-working-hivaids-care)
7. O'Connor, G., Krishnan, N., Fagan-Murphy, A., Cassidy, J., O'Leary, S., Robertson, B. D., ... & Cryan, S. A. (2019). Inhalable poly (lactic-co-glycolic acid)(PLGA) microparticles encapsulating all-trans-Retinoic acid (ATRA) as a host-directed, adjunctive treatment for Mycobacterium tuberculosis infection. *European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics*, *134*, 153-165.
8. Tuberculosis (https://www.devex.com/news/3-innovations-that-could-transform-tb-diagnosis-and-care-91271)
9. Campos, M. O., Claudio Lucas da Nóbrega, A., Miranda, S. M., Ribeiro, M. L., Guerra, T. R., Braghirol, A. M. L., ... & Fernandes, I. A. (2019). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Attenuates Cardiac Sympathetic Drive in Heart Failure: A 123MIBG Myocardial Scintigraphy Randomized Controlled Trial. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*.
10. DiCarlo, L., Moon, G., Intondi, A., Duck, R., Frank, J., Hafazi, H., ... & Zdeblick, M. (2012). A digital health solution for using and managing medications: wirelessly observed therapy. *IEEE pulse*, *3*(5), 23-26.
11. The IFR Recovery Network Prototype (http://chess.wisc.edu/ifrecovery/System/System.aspx)
12. UNICEF Kid Power (https://www.unicefkidpower.org)
13. Nike Pro Hijab (https://www.nike.com/ru/ru_ru/c/women/nike-pro-hijab)
14. Greenway, F. L., Aronne, L. J., Raben, A., Astrup, A., Apovian, C. M., Hill, J. O., ... & Luzi, L. (2019). A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Gelesis100: A Novel Nonsystemic Oral Hydrogel for Weight Loss. *Obesity*, *27*(2), 205-216.

15. Fat-burning injection (http://www.yissum.co.il/technologies/project/6-2013-2894)

16. Bionic pancreas (https://sites.bu.edu/bionicpancreas/clinical-trials/)

17. Glucose monitor (https://www.medtechdive.com/news/abbott-teases-freestyle-libre-potential-beyond-glucose-monitoring/558922/)

18. Li, J., Yawno, T., Sutherland, A., Loose, J., Nitsos, I., Bischof, R., ... & Miller, S. L. (2016). Preterm white matter brain injury is prevented by early administration of umbilical cord blood cells. *Experimental neurology*, *283*, 179-187.

19. 'Smart Pills' Help Doctors Monitor Patients from a Distance (https://www.childrenshospitals.org/Newsroom/Childrens-Hospitals-Today/Articles/2017/01/Smart-Pills-Help-Monitor-the-Health-of-Transplant-Patients)

20. Nguyen, T., Babikian, V., Romero, R., Pikula, A., Kase, C., Jovin, T. G., & Norbash, A. M. (2011). Intra-arterial treatment methods in acute stroke therapy. *Frontiers in neurology*, *2*, 9.

21. Srivastava, S., & Riddell, S. R. (2015). Engineering CAR-T cells: design concepts. *Trends in immunology*, *36*(8), 494-502.

22. Brown, P. (2016). The cobas® EGFR mutation test v2 assay. *Future Oncology*, *12*(4), 451-452.

23. Irenajakopanec syphilis epidemiology in norway, 1992-2008: resurgence among men who have sex with men //BMC infectious diseases. - 2010. - 10:105.

24. Tabrizi S. N., Skov S., Chandeying V. et al. Prevalence of sexually transmitted infections among clients of female commercial sex workers in Thailand // Sex. Transm. Dis. - 2000. - Vol. 27. - P. 358-362.

25. Аравийская Е. Р. Анализ факторов, связанных с рискованным сексуальным поведением в подростковой субпопуляции //Российский журнал дерматологии и венерологии. - 2001. - № 5. - С. 61-65.

26. Лосева О. К., Кравец Т. А. Динамика факторов риска среди подростков. //Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. - 2001. - № 5. - С. 26-27.

27. Таишева Л. А. Профилактика ВИЧ/ИППП среди коммерческих секс-работников на удалённом доступе //Общественное здоровье и здравоохранение. - 2007. - № 3. - С. 62-66.

28. Баринова А. Н. Понятие о группах риска инфекций, передающихся половым путём, и ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. //Российский семейный врач. - 2012. - Т. 16. - № 1. - С. 33-39.

29. Кубанова, А. А. Организация первичной профилактики ИППП на основе изучения сексуального поведения различных групп населения: Пособие для врачей /А. А. Кубанова, О. К. Лосева, И. Н. Бобкова и соавт. - М., 2000. - 21 с.

30. Кузнецова Ю. Н. Инфекции, передаваемые половым путём, у молодёжи социально адаптированных групп / Ю. Н. Кузнецова, Н. В. Кунгуров, Н. М. Герасимова, Н. И. Скидан, А. П. Горбунов // Современные проблемы дерматологии, иммунологии и врачебной косметологии. - 2007. - № 1. - С.15-25.

31. Тихонова Л. И., Сафарова Э. А., Салахов Э. Р. Масштаб распространения, определяющие факторы и последствия врождённого сифилиса в Российской Федерации: результаты оценки в пяти регионах //Вестник дерматологии и венерологии. - 2006. - № 5. - С.41-43.

32. Borer C. B. et al.. Associations of sociodemographic, psychosocial, and behavioral factors with sexual risk and sexually transmitted diseases in teen clinic patients // J Adolesc Health. - 2002. - Aug; 27 (2):102-ll.

33. Денисов А.В, Болдырева В.В, Ломовцев А.Э. с соавт. «Анализ смертности населения тульской области от злокачественных новообразований» // Информационный бюллетень Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тульской области. – Тула, 2014. – 25 с.