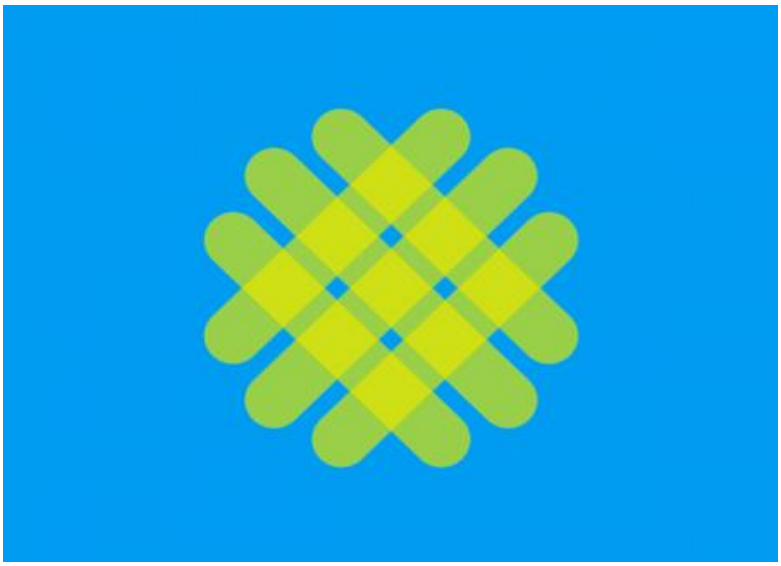

# Итоги реализации Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы по г. Алматы по итогам

**АННОТАЦИЯ**

Данный отчет содержит итоги мониторинга ГПРЗ по результатам 11 месяцев 2019 года по г. Алматы. Отчет оформлен на 61 страницах, содержит 32 рисунков, 8 таблиц, 1 приложение к отчету в формате Excel, использованы 10 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....7
2. Целевые индикаторы....9
2.1. Увеличение ожидаемой продолжительности населения....9
2.2. Индекс здоровья населения....10
2.3. Уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи....10
2.4. Количество ДТП с пострадавшими....15
2.5. Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений....19
2.6. Уровень суицидов среди детей от 15-17 лет....21
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)....23
2.9. Смертность от туберкулеза....26
2.10. Снижение заболеваемости туберкулезом....26
2.11. Заболеваемость туберкулезом среди осужденных....26
2.12. Удержание показателя заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями на уровне не более 170,1 на 100 тыс. населения....28
2.13. Охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом....31
2.14. Охват детей и подростков, занимающихся физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ....32
2.15. Распространенность ожирения....32
2.16. Доля общеобразовательных учреждений, реализующих программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней....35
2.17. Количество лиц, состоящих на наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков....35
2.18. Снижение общей смертности горожан....35
2.19. Снижение материнской смертности по месту смерти....37
2.20. Снижение младенческой смертности по месту жительства....38
2.21. Смертность от болезней системы кровообращения (БСК)....41
2.22. Смертность от злокачественных новообразований....43
2. 23. Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с раком молочной железы....45
2. 24. Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с раком шейки матки....46
2. 25. Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с колоректальным раком....47
2. 26. Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (0-1 стадия)....48

2.27. Численность прикрепленного населения на 1 ВОП .....50
2.28. Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП .....51
2.29. Уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в рамках ГОБМП, кроме социально значимых заболеваний .....51
2.30. Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС .....52
2.31. Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике .....52
2.32. Доля медицинских организаций, имеющих высокий рейтинг по уровню менеджмента .....53
2.33. Доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС .....54
2.34. Доля врачей ПМСП в общем числе врачей .....54
2.35. Доля амбулаторного лекарственного обеспечения в общем объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП .....54
2.36. Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими организациями .....54
2.37. Охват населения электронными паспортами здоровья .....55
2.38. Количество реализуемых проектов ГЧП, доверительного управления и приватизации в здравоохранении .....55
Достижение индикаторов и показателей результатов Госпрограммы Денсаулык на 2016-2019 годы .....58
Список используемых источников и литературы .....61

**Введение**

Качество медицинских услуг является важнейшим компонентом социального самочувствия населения.

В Послании Президента «Рост благосостояния казахстанцев: повышение доходов и качества жизни» определены конкретные задачи по дальнейшему развитию системы здравоохранения.

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.

Так, главной целью Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы является укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны.

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

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 01.11.2019 года по данным Комитета по статистике МНЭ РК численность населения составило 1 902,0 тыс. человек, с темпом прироста за 2019 год 2,55%, при этом плотность проживания населения в среднем по городу составляет 2,7 тыс. человек на 1 кв. км. При этом, наиболее густонаселенным районом в городе является Бостандыкский район, где проживает 18% населения города, второе место приходится на Ауэзовский район – 16% населения города, наименьшее количество населения проживает в Наурызбайском районе – 7% населения города.

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 74 поликлиниками, из них 39 городскими поликлиниками (в том числе 4 ПМСП- Алмалинского, Медеуского района, Кулагер, Жасканат) и 35 частными АПО. Также одним из реальных показателей заботы государства является обеспечение населения лекарственными препаратами.

За 11 месяцев 2019 года в г. Алматы бесплатными медикаментами было обеспечено порядка 172 148 человека на общую сумму более 13,3 млрд. тенге.

По итогам 11 месяцев 2019 года не достигнуты **4** индикатора из 38 индикаторов:

1. Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений на 100 тыс.нас.;
2. Снижение общей смертности горожан на 1000 нас.;
3. Снижение младенческой смертности (случаев на 1000 родившихся живыми);
4. Снижение материнской смертности по месту жительства (случаев на 100 тыс. живорожденных).

В настоящем отчете рассмотрены промежуточные итоги по итогам 11 мес. 2019 года, по итогам года высокий риск не достижения указанных индикаторов государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық», так как не

достижение вышеуказанных индикаторов отмечается в течение 11 мес. 2019 года, кроме индикатора материнская смертность.

Политика в области здравоохранения должна быть направлена на предоставление качественной, доступной медицинской помощи и обеспечение качественными, безопасными лекарственными препаратами.

Приоритетными направлениями развития сферы здравоохранения в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы являются управление общественным здоровьем, профилактика и мониторинг за основными социально значимыми неинфекционными заболеваниями, раннее выявление заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи, пропаганда и поощрение здорового образа жизни, охрана материнства и детства.

**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 1 902,0 тыс. человек с темпом прироста 2,55%, при этом естественный темп прироста в 2019 г составил 18 489 человек;

2) сохранение уровня рождаемости (показатель 10 мес. 2018 г. – 18,45 на 1000 населения, 10 мес. 2019 г – 18,40 на 1000 населения);

3) увеличение материнской смертности по месту жительства на 46% с 9,87 на 100 000 родившихся живыми за 10 мес. 2018 г. до 14,4 на 100 000 родившихся живыми за 10 мес. 2019 г.;

4) увеличение общей смертности на 3% (10 мес. 2018 г – 6,42 на 1000 населения, 10 мес. 2019 г – 6,61 на 1000 населения),

5) увеличение младенческой смертность на 1000 родившихся живыми на 10% с 4,47 за 10 мес. 2018 г. до 8,21 за 10 мес. 2019 г.

В структуре факторов, значительно влияющих на снижение общей смертности выделяют успешную борьбу с преждевременной смертностью (например, снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий, бытового травматизма, суицидов) и поддержание жизни пожилых людей. По Данным Комитета статистики Министерства национальной экономики РК в 2017 году общая смертность разрезе возрастных категорий выглядит следующим образом:

1) в структуре смертности детского населения на первом месте младенческая смертность с тенденцией снижения на 30% за 5 лет, на втором месте детская смертность до 5 лет с тенденцией снижения на 19%, на третьем месте подростковая смертность (15-19 лет) с тенденцией снижения на 27%;

2) в структуре смертности лиц трудоспособного возраста максимальный пик смертности приходится на предпенсионный возраст;

3) в возрасте от 0 до 65 лет больше преобладает смертность среди мужского населения, максимальная разница в 46% между женской и мужской смертностью имеется в возрасте от 20 до 24 лет. В отчете ОЭСР по обзору системы здравоохранения РК7 особое внимание уделяется факту, что лидирующей причиной смертности среди молодежи – лиц от 14 до 29 лет – является «внешние причины», то есть травмы, суициды и дорожнотранспортные происшествия.;

4) доля лиц старческого возраста от 75 лет и старше в структуре общей смертности составляет 38%.

Также необходимо усилить меры:

- по снижению смертности от неинфекционных заболеваний, характерных больше для лиц предпенсионного, пенсионного и пожилого возраста;

- межведомственного характера для снижения смертности, связанной с рисковым поведением;

- по улучшению условий для поддержания качественной жизни лиц пожилого и старческого возраста.

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.

Более того, в 2019 году в Республике Казахстан началась дополнительная иммунизация населения против кори и краснухи. Вакцинации подлежат дети, достигшие возраста 9 месяцев, лица до 30 лет с неизвестным прививочным статусом, ранее не привитые и не переболевшие корью, привитые 5 и более лет назад одной прививкой против кори в очагах инфекции, а также медицинские работники, которые также подлежат вакцинации по эпидемиологическим показаниям.

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.

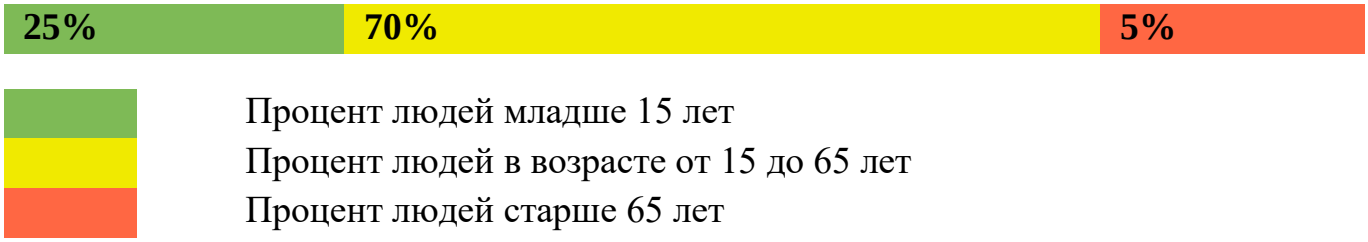


Рисунок 1 – Распределение населения по возрастным группам г. Алматы

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.)

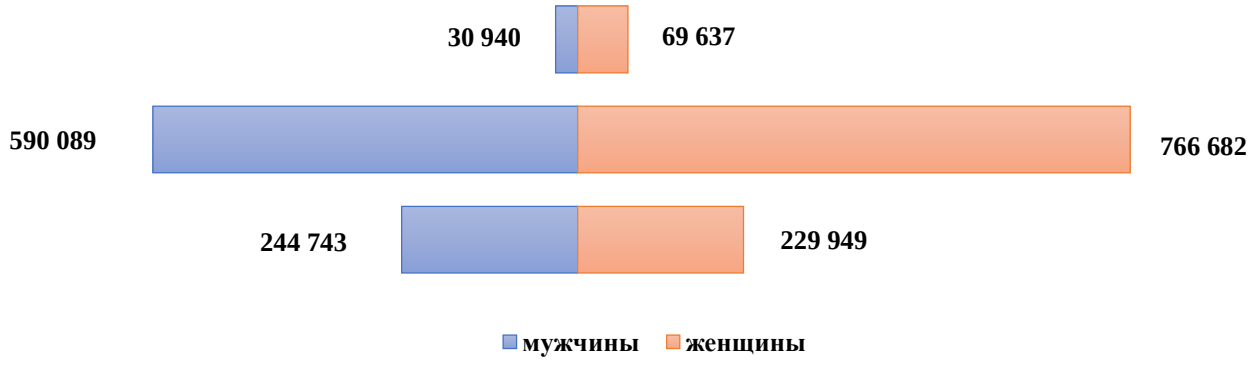


Рисунок 2 – Половозрастная пирамида, абс.

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 примерно 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), что выводит г. Алматы по данному показателю на второе место после г. Нур-Султан (г. Нур-Султан – 76,21 лет).

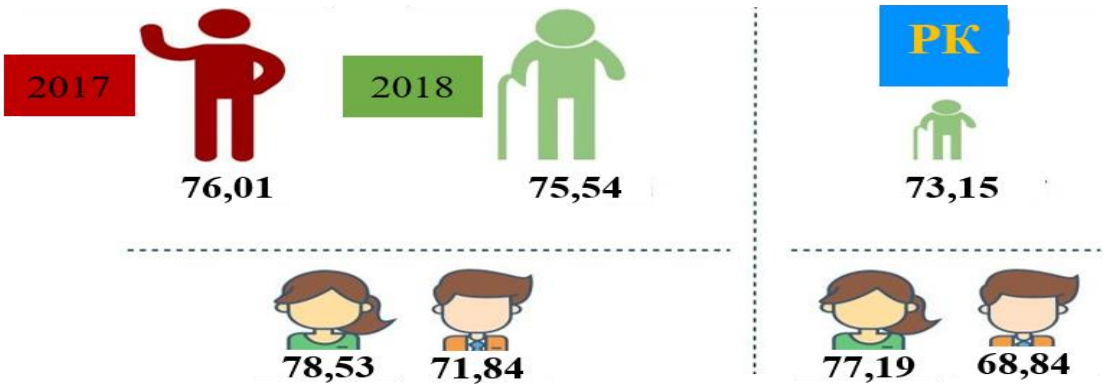


Рисунок 3 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

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.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в г. Алматы выросла с 70,91 в 2010 году до 75,54 в 2018 году. Несмотря на повышение ОПЖ, показатель все же не соответствует уровню дохода. Такие страны ОЭСР, как Чили и Турция, ВВП которых на одном уровне, имеют значение ОПЖ в среднем в пределах 80 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 3-го квартала 2019 года уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в Алматы составил 46,5%, незначительно перевыполнив плановое значение за год (46%).

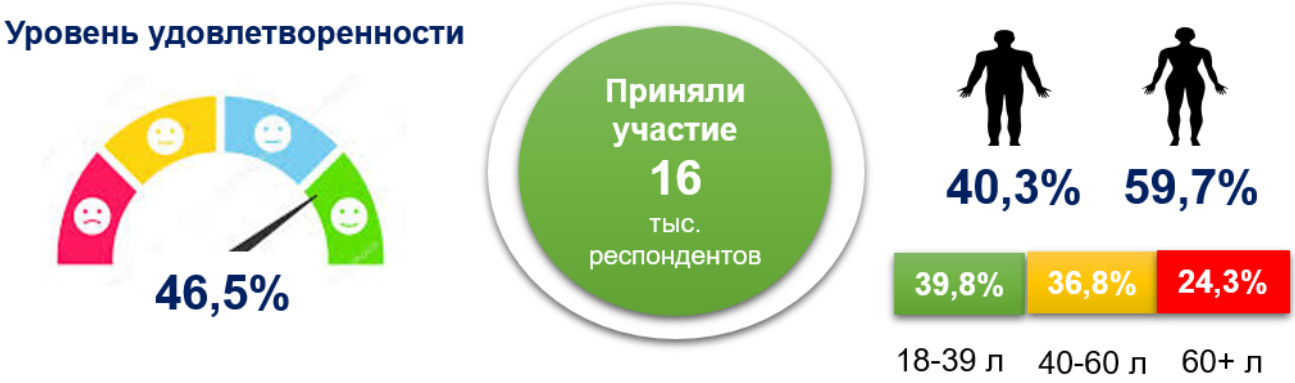


Рисунок 4 – Уровень удовлетворенности населения г. Алматы качеством медицинской помощи

Итоги опроса показали, что удовлетворенность населения качеством медицинской помощи в Алматы за год увеличилась на 2,2% (рис. 4).

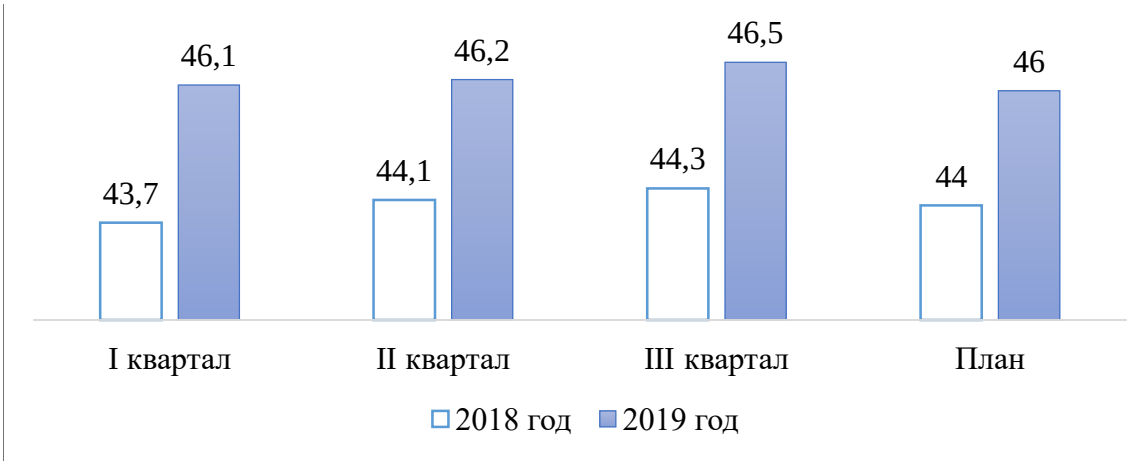


Рисунок 5 – Динамика показателя уровня удовлетворенности населения г. Алматы качеством медицинской помощи по результатам 2018-2019 гг.

Таким образом, как видно из рисунка 5 отмечается стабильность в уровне удовлетворенности населения на уровне планового значения (44%).

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 11 месяцев 2019 года количество ДТП с пострадавшими в Алматы составило 4 190 происшествий, что больше показателя за 10 месяцев т.г. на 199 происшествия (рост на 5%). Отмечается **снижение** количества ДТП в сравнении с 2018 годом на 13 случаев (снижение на 0,4%).

При сохранении текущей динамики (при экстраполировании данных) прогнозный показатель по итогам т.г. составит 4 571 происшествий, что ниже планового значения за 2019 год на 949 единиц ДТП или на 17%.

Таким образом, плановое значение по данному индикатору по итогам года будет достигнут.

Однако данный показатель из года в год является самым максимальным по республике. На город Алматы приходится 28% всех случаев ДТП с пострадавшими по РК. Второе место Алматинская область (15% всех случаев ДТП с пострадавшими), который вдвое ниже показателя города Алматы (рисунок 6).

Рисунок 6 – ТОП 3 регионов с высоким уровнем ДТП

Если по итогам 11 месяцев т.г. средний показатель количества ДТП по стране составил 79,8 происшествий на 100 тыс. человек населения, то в Алматы данный

показатель в 2,8 раза выше и составил 220,3 происшествия на 100 тыс. населения (рисунок 7).

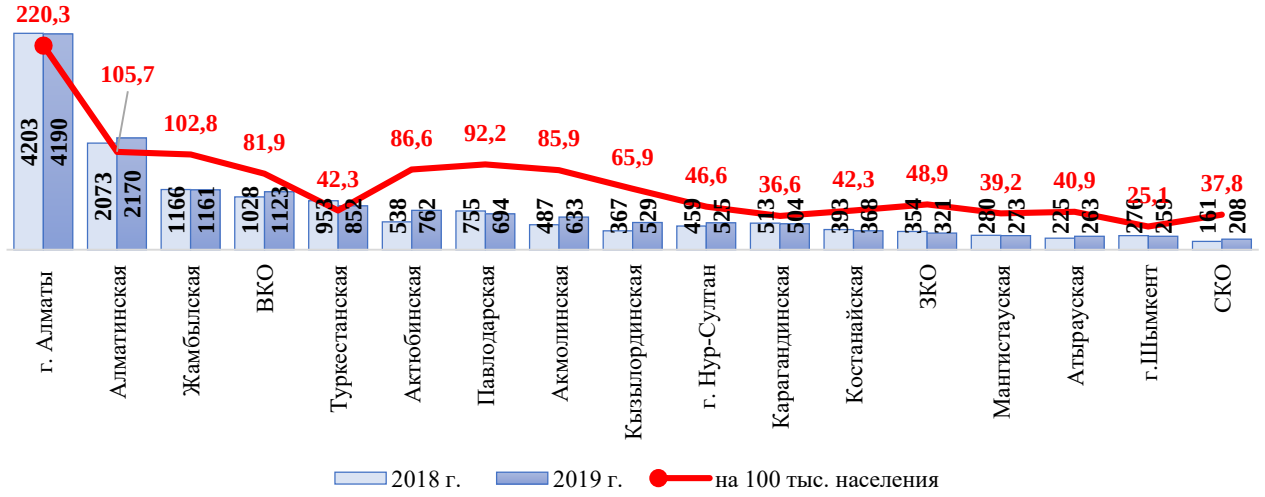


Рисунок 7 - Количество ДТП с пострадавшими на 100 тыс. населения в разрезе регионов Казахстана по итогам 11 мес. 2018 - 2019 гг.

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. При этом, отмечается значительное снижение в сентябре месяце по сравнению с августом месяцем, на который приходился пик ДТП случаев (рисунок 8).

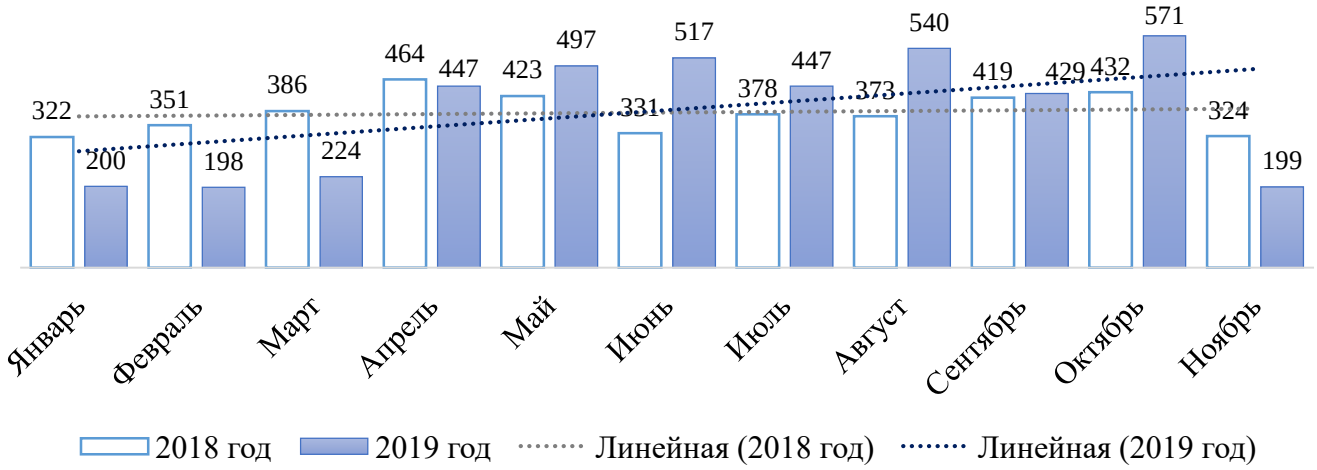


Рисунок 8 - Количество ДТП с пострадавшими в период с января по октябрь 2019 года ежемесячно по г. Алматы

По результатам 11 месяцев т.г. количество раненных в ДТП по состоянию на 30.11.2019 г. снизилось в сравнении с показателем аналогичного периода на 0,5%, при этом отмечается рост количества погибших в 2019 году на 21,1%. (таблица 1).

Таблица 1 – Доля раненных и погибших от общего числа лиц, пострадавших в результате ДТП в г. Алматы за 10 мес. 2018-2019 гг.

| **Город** | **Количество ДТП** | | | **Количество погибших в ДТП** | | | **Количество раненных в ДТП** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **01.01.18-30.11.18** | **01.01.19-30.11.19** | **%, +/-** | **01.01.18-30.11.18** | **01.01.19-30.11.19** | **%, +/-** | **01.01.18-30.11.18** | **01.01.19-30.11.19** | **%, +/-** |
| г. Алматы | 4 203 | 4 190 | **-0,3** | 121 | 147 | **21,5** | 4999 | 4972 | **-0,5** |

Таким образом, на основании данных за 11 мес. 2019 года можно сделать вывод о том, что число аварий больше отмечается во 2-м квартале т.г., меньше – в 1 кв., возможно рост аварийности в период апрель – июнь связан с ремонтными работами на дорогах города, что привело к заторам в городе и в связи с низким покрытием дорог в этот период к росту аварийности на дорогах.

Начало 4 квартала отмечается высоким уровнем аварий на дорогах, что связано с понижением температуры и возможности гололеда.

По данным МВД РК самым аварийным участком по стране является трасса АЛМАТЫ – КОКПЕК – КОКТАЛ (рисунок 9)

Рисунок 9 – Аварийный участок АЛМАТЫ – КОКПЕК – КОКТАЛ

В этой связи, для проведения причинно-следственного анализа необходимо:

1) выявить пик аварийности каждого дня: опасное для горожан время вечерние часы, когда люди возвращаются с работы или дневное/утреннее время, определить пик по дням недели (наибольшее количество ДТП происходит в конце

рабочей недели или в выходные?). После определения пика аварийности каждого дня на время пика аварийности и участки организовать патрулирование дорожной полиции;

2) разделить категорию транспортных средств, задействованных в ДТП (мотоцикл, водители мопедов и приравненных к ним транспортных средств, водители трамваев/троллейбусов, тракторов и других самоходных механизмов, водители легкового, грузового автотранспорта) и стаж управления транспортным средством;

3) количество ДТП, совершенных по вине иностранных граждан/автомашин с иностранными номерами;

4) ДТП с участием пешеходов.

**Рекомендации по достижению настоящего индикатора:**

1) провести анализ участков, перекрестков дорог с наибольшим летальным исходом, на участках, где наибольшая доля ДТП с летальным исходном установить скоромеры, баннеры с указанием уровня летальности в опасной зоне, открытие трассовых медико-спасательных пунктов (ТМСП), расположенных вдоль аварийноопасных участков дорог, а также выработать (совершенствовать) алгоритмы взаимодействия трассовых медикоспасательных пунктов, медицинских организаций, санитарной авиации, скорой неотложной помощи;

2) организовать регулярное обучение сотрудников дорожной полиции, дорожно-эксплуатационных участков, пожарной службы, педагогов оказанию первой доврачебной помощи при травмах и несчастных случаях с применением новых обучающих технологий;

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

4) 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.

5) 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 10 месяцев т.г. показатель смертности от несчастных случаев и травм в г. Алматы составил 46,42 на 100 тысяч населения (рис. 10).

Рисунок 10 - Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений по состоянию на 10 мес. 2018-2019 гг.

При этом, учитывая, что плановый показатель по данному индикатору 2019 года составляет 45,5 на 100 тыс. населения, наблюдается не достижение данного индикатора на 2%.

Число умерших от травм, несчастных случаев и отравлений в анализируемый период (10 месяцев 2019 г) составило 728 человек в т.г., против 694 человек за аналогичный период 2018 года, рост на 5% (рис. 8). В разрезе районов наибольшая доля смертности от несчастных случаев, отравлений и травм приходится на Турксибский район (18% смертей), второе место по уровню смертности от несчастных случаев, отравлений и травм приходится на Ауезовский район (15%), наименьшее количество смертей от несчастных случаев, отравлений и травм приходится на Наурызбайский район (6%).

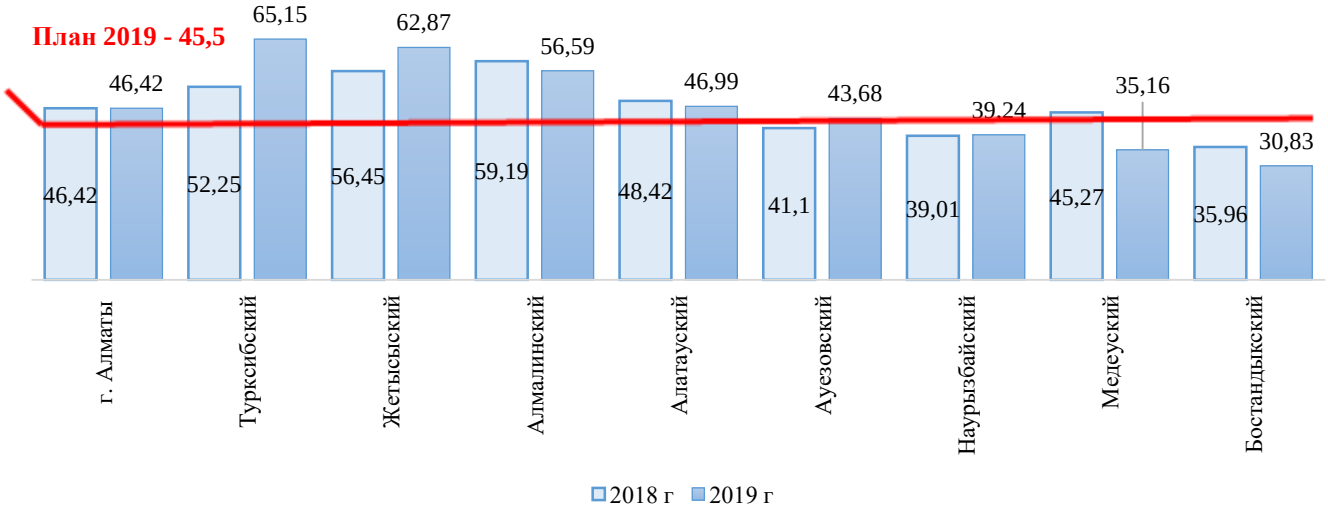


Рисунок 11 - Умершие от несчастных случаев, отравлений и травм по г. Алматы в разрезе районов за период 10 мес. 2018-2019 гг., человек

В сравнении с 2018 годом в т.г. увеличилась доля умерших от убийств на 25%, составив 7% причиной смертности от несчастных случаев, отравлений и травм, при этом смертность от транспортных несчастных случаев снизилась по сравнению с 10 мес. 2018 г на 3%, составив 23% в доле смертности от несчастных случаев, отравлений и травм (табл. 2).

Таблица 2 – Доля умерших от несчастных случаев, отравлений и травм по г. Алматы в разрезе районов и категорий причин за период 10 мес. 2018-2019 гг.

| **Районы** | **от убийств** | | **от самоубийств** | | **случаи отравления алкоголем** | | **случаи утопления** | | **от транспортных несчастных случаев** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **2018 г** | **2019 г** | **2018 г** | **2019 г** | **2018 г** | **2019 г** | **2018 г** | **2019 г** | **2018 г** | **2019 г** |
| г. Алматы | 5% | 7% | 16% | 13% | 4% | 1% | 5% | 3% | 21% | 23% |
| Алатауский | 4% | 4% | 13% | 15% | 0% | 1% | 10% | 3% | 31% | 28% |
| Алмалинский | 7% | 5% | 16% | 19% | 3% | 1% | 4% | 1% | 24% | 20% |
| Ауезовский | 4% | 6% | 16% | 7% | 4% | 0% | 7% | 4% | 18% | 24% |
| Бостандыкский | 2% | 9% | 12% | 9% | 6% | 3% | 5% | 4% | 18% | 25% |
| Жетысыский | 4% | 10% | 12% | 14% | 3% | 2% | 6% | 2% | 19% | 18% |
| Медеуский | 8% | 5% | 23% | 11% | 5% | 2% | 1% | 5% | 12% | 27% |
| Наурызбайский | 9% | 5% | 18% | 11% | 3% | 2% | 3% | 2% | 21% | 25% |
| Турксибский | 6% | 9% | 18% | 16% | 6% | 0% | 3% | 3% | 22% | 22% |

Увеличение доли умерших от убийств за 10 мес. в 2019 году в сравнении с аналогичным периодом прошлого года произошло за счет роста данного показателя преимущественно в Бостандыкском районе в 4 раза, Жетысуском районе в 3 раза и Турксибском районе в 2 раза.

### 2.6. Уровень суицидов среди детей от 15-17 лет

По итогам 11 месяцев 2019 г. в г. Алматы уровень суицидов среди детей от 15-17 лет. составил 1,8 на 100 тыс.нас. В 2018 году суицида среди детей от 15-17 лет зафиксировано не было.

Плановый показатель на 2019 год составляет 2 случая на 100 тыс. населения.

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

По итогам 11 месяцев 2019 года показатель распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет по г. Алматы составил 0,363% на 100 тыс. населения (табл. 3), что равен показателю за 11 месяцев 2018 г. Согласно плановому

значению по итогам года запланировано удержать распространенность ВИЧ-инфекции среди 15-49 летних жителей города на уровне 0,43%.

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) пересмотр и реформирование нормативной базы, а именно в части: ужесточения ответственности за передачу ВИЧ или создание опасности заражения для другого лица; запреты и ограничениям на поездки пациентов в ВИЧ-статусе; проведением обязательного тестирования на основе антиретровирусных препаратов,

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

4) 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.

5) обеспечить 90 % молодежи знаниями, умениями и навыками, необходимыми для защиты себя от ВИЧ-инфекции, а также доступом к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья до 2025 года, чтобы уменьшить число новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин;

6) обеспечить социальную защиту с учетом конкретных потребностей в сфере ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ, а также подверженных риску заболевания или затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции;

7) обеспечить расширение прав и возможностей людей, живущих с ВИЧ, а также всех, кто подвергается риску инфицирования или оказывается затронутым эпидемией, чтобы они понимали свои права и могли получить юридическую помощь

и правую поддержку для обеспечения доступа к правосудию, для отстаивания своих прав и предотвращения нарушения прав человека;

8) обеспечить отход от практики изолированного решения вопросов противодействия СПИДу на основе интеграции в системы предоставления услуг с учетом конкретных нужд и потребностей людей и обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая лечение туберкулеза, рака шейки матки, вирусных гепатитов В и С;

9) обеспечить увеличение инвестиций в сфере противодействия ВИЧ, с выделением четверти (25 %) средств на комбинированную профилактику ВИЧ-инфекции, и 6 % на регулирование социальных факторов, имеющих решающее значение как для распространения, так и для эффективного противодействия эпидемии;

10) устранить гендерное неравенство и искоренить все формы насилия и дискриминации в отношении женщин и девочек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения;

11) обеспечить социальную защиту с учетом конкретных потребностей в сфере ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ, а также подверженных риску заболевания или затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции;

12) обеспечить доступ к комплексным услугам профилактики ВИЧ-инфекции для 90 % людей, подверженных наиболее высокому риску инфицирования, в том числе для работников секс-бизнеса и их клиентов, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, трансгендерных лиц, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и заключенных;

13) охватить доконтактной и постконтктоной профилактикой людей из групп риска.

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

По итогам 11 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. Уровень заболеваемости другими ИППП продолжает оставаться высоким [1,2].

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 [3,4,5].

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 [6].

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 [5,7]. 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» [8]. С этой целью используются различные методики. Наиболее распространённой является построение таблиц сопряжённости и расчёт рисков, отношений шансов [9,10].

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

1) Необходимо включить в программы курсов повышения квалификации для практических врачей, средних медицинских работников, педагогов и социальных работников вопросы полового и семейного воспитания и профилактики ИППП;

2) 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;

3) 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;

4) 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.

Стабилизация эпидемиологической ситуации по туберкулезу достигнута благодаря ежегодной вакцинации против туберкулеза. Ежегодно по стране против туберкулеза вакцинируется более 370 тысяч новорожденных и более 230 тысяч детей в возрасте 6-7 лет.

В соответствии с утвержденным Национальным календарем прививок проводится вакцинация против туберкулеза: новорожденным в возрасте 0-4 дня, детям в возрасте 6-7 лет. Вакцинация против туберкулеза позволила не допустить развитие тяжелых случаев туберкулеза и его осложнений.

Смертность от туберкулеза по итогам 11 месяцев 2019 года по городу Алматы составила 1,9 на 100 тыс. населения, что на 14% ниже данного показателя за аналогичный период 2018 года.

Наибольший показатель смертности от туберкулеза отмечается в Жетысуском районе г. Алматы, который составляет 4,3 на 100 тыс. населения (рис. 12).

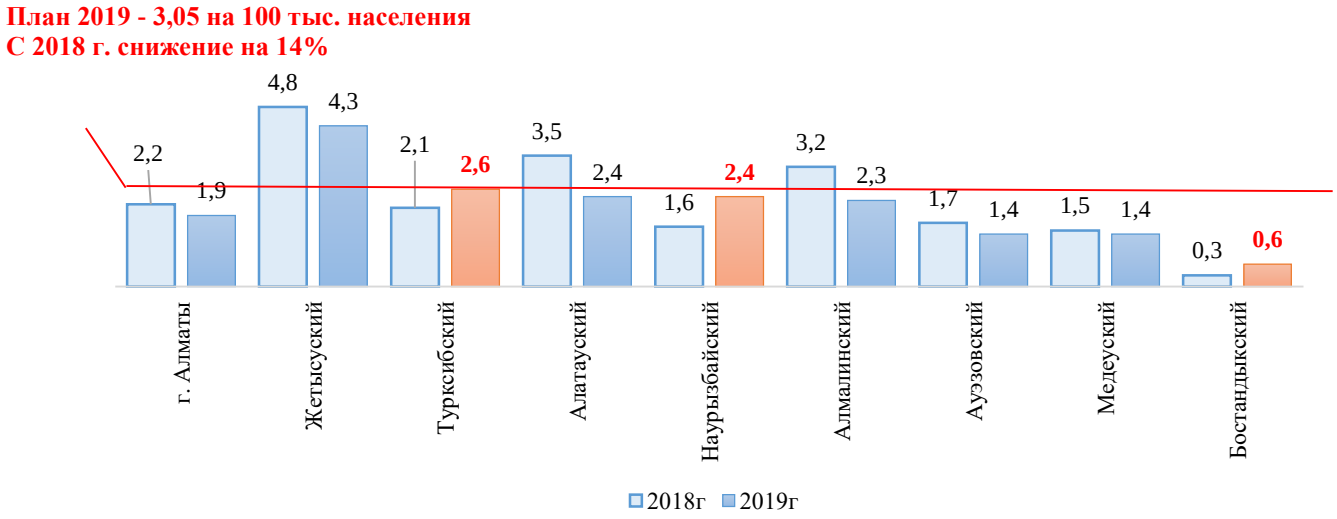


Рисунок 12 - Смертность от туберкулеза за 11 месяцев 2018 - 2019 года г. Алматы (на 100 тыс. нас.)

По итогам 11 месяцев 2019 года отмечается снижения уровня заболеваемости туберкулезом по г. Алматы в среднем на 9,4% в сравнении с аналогичным периодом 2018 года с 32,9 на 100 тыс. населения до 29,8 на 100 тыс. населения (рисунок 13).

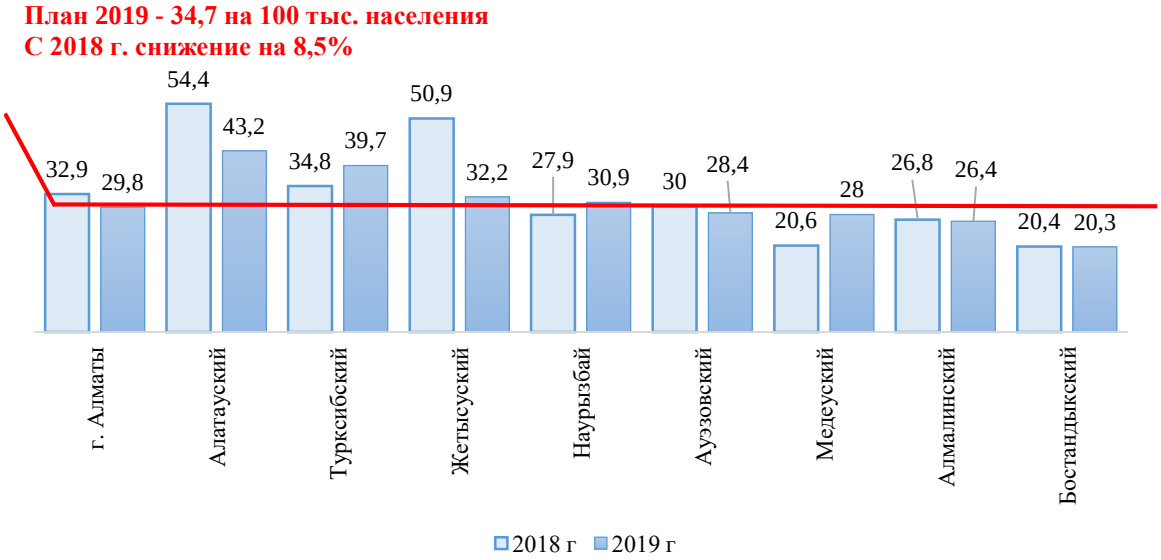


Рисунок 13 – Заболеваемость туберкулезом за 11 мес. 2018-2019 гг. на 100 тыс. населения

За 11 мес. 2019 года по городу Алматы выявлены 575 случаев туберкулеза, где наибольшая доля (64,5%) приходится по причине самообращения граждан, при этом в 5 случаях диагноз установлен посмертно (рис.14).

Рисунок 14 - Выявление новых случаев туберкулеза, всего (чел).

Целевое значение по данному индикатору составляет 34,7 на 100 тыс. населения, при сохранении настоящей динамики индикатор будет достигнет по итогам года.

**Рекомендации** по достижению настоящего индикатора:

1) своевременное выявление и диагностика случаев заболевания с помощью бактериологических исследований гарантированного качества, с акцентом на уязвимые и малоимущие группы населения;

2) периодические пересмотры клинических протоколов диагностики и лечения в соответствии с наилучшей международной практикой, основанной на доказательствах;

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

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

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

6) 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;

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

8) 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 9 мес. 2019 года показатель заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями (ИПБ) составил 110,19 на 100 тыс. человек населения, что больше показателя аналогичного периода 2018 года на 2,2%.

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. 13).

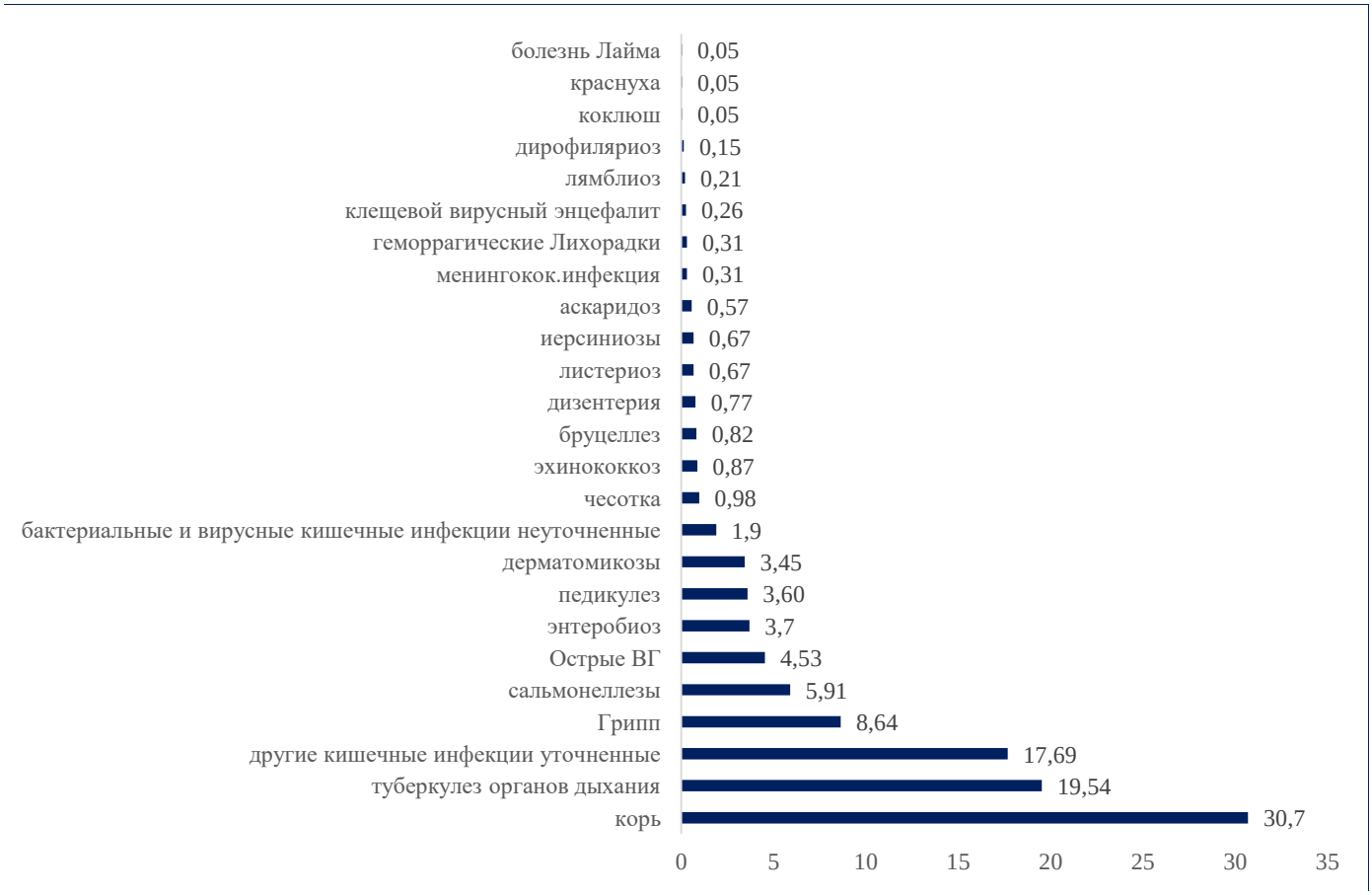


Рисунок 15 - Показатели ИПЗ по основным нозологиям по итогам 9 месяцев 2019 г. на 100 тыс. населения

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 на 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) с целью повышения осведомленности населения в вопросах вакцинации рассмотреть возможность открытия при организациях, оказывающих ПМСП, «Школ вакцинации». Программа обучения в данных школах должна включать информацию о видах инфекционных заболеваний, причинах их возникновения, возможных осложнениях, а также способах профилактики путем вакцинации. Необходимо информировать обучающихся о технологических принципах производства вакцин, холодовой цепи, воздействия на организм и прочее. Программу обучения

необходимо разрабатывать при участии иммунологов, фармацевтов, эпидемиологов, психологов.

2) обеспечение своевременной и качественной вакцинации согласно календарю прививок;

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

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

5) усиление санитарно-эпидемиологического режима в общественных учреждениях.

Более того, укрепление здоровья населения осуществляется, в том числе путем профилактики заболеваний, обусловленных неполноценным и несбалансированным питанием. Оценка пищевого статуса при проведении профилактических мероприятий помогает выявить и скорректировать нарушения питания.

Массовые лабораторные исследования на гельминтозы и при необходимости проведение массовых лечебных мероприятий. При определении сроков и методов их проведения должны учитываться особенности эпидемиологии гельминтозов – приурочивание массовых мероприятий к сезону наименьшей вероятности передачи инвазии и минимального поступления инвазионного материала во внешнюю среду.

Санитарно-гельминтологический надзор эпидемиологически значимых объектов для определения их загрязнения возбудителями геогельминтозов и их обеззараживания.

Оздоровление очагов и микроочагов инвазии.

### 2.13. Охват граждан, занимающихся физической культурой и спортом

По итогам 9 мес. 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 9 мес. 2019 года показатель составил 9,5% против 10% в аналогичном периоде 2018 года. Таким образом, плановое значение по данному индикатору достигается.

**2.15. Распространенность ожирения**

По итогам 11 месяцев 2019 года распространенность ожирения в Алматы составила 168 на 100 тыс. населения против 139,3 по итогам 11 месяцев 2018 г (+ 21,0%).

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 3 - 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 | Расширение знаний по вопросам питания, увеличение физической активности, сокращение времени, проводимого перед |

| | |
|---|---|
| 8 лет в школах среди детей, начиная с возраста 5–7 лет | 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 4 - 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<br>“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<br>Потребление фруктов и овощей будет способствовать сооружению в школе плавательных бассейнов<br>Замена торговых автоматов в школах на молочные бары<br>Субсидирование использования спортивных центров местными школами<br>Дети, покидающие школу на автомобилях, должны выждать 10 минут, прежде чем сесть в машину<br>Налог с продаж продуктов питания категории “люкс” |

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

По итогам 9 мес. 2019 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 9 мес. 2019 года составило 85,7 на 100 тыс. населения против 92,6 в аналогичном периоде 2018 года. Плановое значение по данному индикатору составляет не более 92,86 человек на 100 тыс. населения.

**2.18. Снижение общей смертности горожан**

По итогам 10 месяцев 2019 года общая смертность жителей Алматы составила 6,61 случая на 1000 человек населения против 6,39 в аналогичном периоде 2018 года (+3,4%). Плановое значение по данному индикатору за 2019 год составляет 6,42 случая на 1000 человек населения, что ниже текущего уровня на 3%. При этом, уровень смертности ниже среднереспубликанского показателя на 10%.

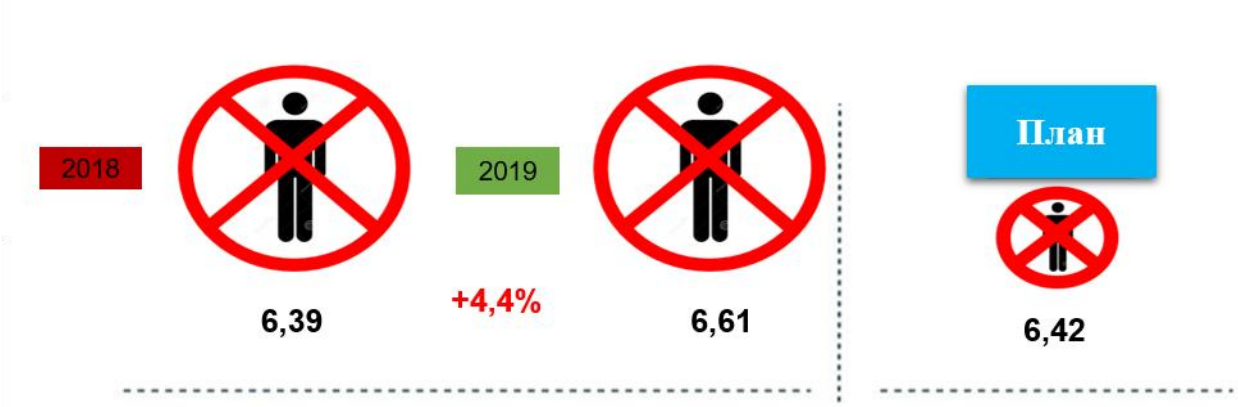


Рисунок 16 – Снижение общей смертности горожан на 1000 нас.

Наибольший показатель смертности за 10 месяцев т.г. отмечается в Алмалинском районе г. Алматы, что составляет 8,09 на 1000 населения (отмечается рост на **3**% по сравнению с аналогичным периодом 2018 года).

Наименьший показатель общей смертности наблюдается в Наурызбайском районе г. Алматы – 4,26 на 1000 населения, однако в сравнении с 2018 годом показатель смертности в данном районе вырос на **13**%.

Высокая динамика роста смертности также отмечается в Медеуском районе – 9% по сравнению с 2018 годом. В целом по городу рост показателя смертности отмечается по всем районам от 1% до 13% (рис. 17).

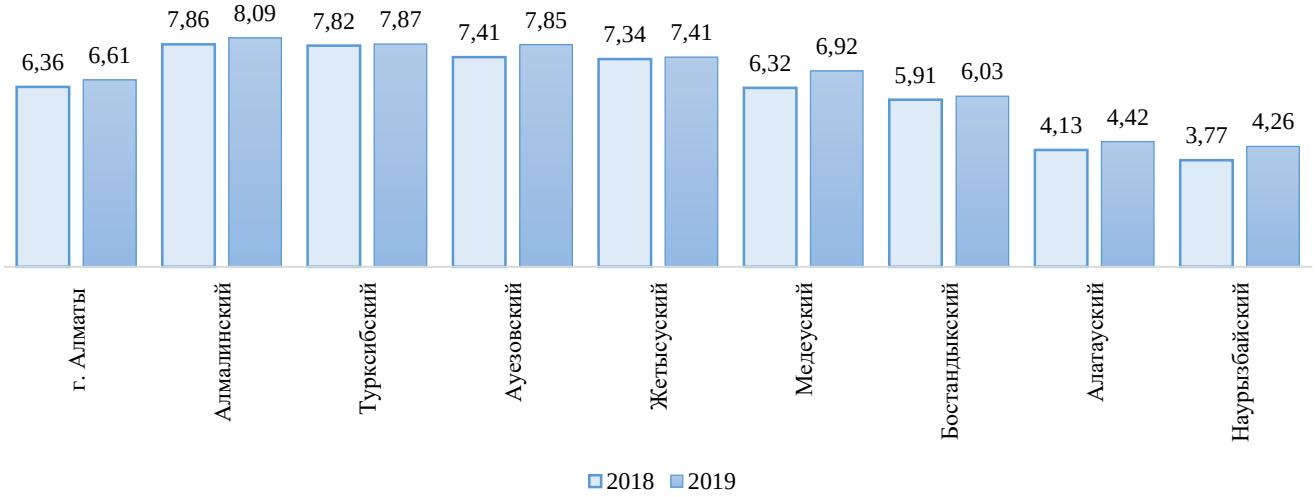


Рисунок 17 – Общая смертность в разрезе районов г. Алматы за 10 месяцев 2018-2019 гг. (на 1000 нас.)

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

На показатель общей смертности влияют показатели смертности от основных заболеваний: болезни системы кровообращения (инсульт), злокачественных новообразований, травм, отравлений, несчастных случаев, болезней органов дыхания. Для снижения показателей смертности в регионе необходимо производить на постоянной основе разбор случаев смерти.

Так, за период 10 мес. 2019 года отмечается снижение числа умерших от болезней системы кровообращения (на 4%), инфекционных и паразитарных болезней (на 19%) и новообразований (на 13%). Одновременно увеличилась смертность по таким классам причин смерти, как болезни органов пищеварения (на 15%), органов дыхания (на 12%), несчастные случаи, отравления и травмы (на 1%)

**Рекомендации по достижению настоящего индикатора:**

1) популяризация навыков по управлению артериальным давлением (измерение), уровнем холестерина, сахара в крови, здорового образа жизни, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний;

2) необходимо открытие ЧКВ- центров на базе Городской клинической больницы №4 и Центральной городской клинической больницы, так как пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС) из отдаленных точек Турксибского и Жетысуского, Бостандыкского районов, расстояние около 20-25км, доставляются в ЧКВ-центр 3-го уровня - Городской кардиологический центр;

3) необходимо открытие кардиохирургического отделения на 5 койках в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии и 5 коек кардиохирургического профиля для дальнейшего долечивания послеоперационных больных в клиниках города. Так, в настоящее время, только в Городской клинической больнице №7 функционирует 5 кардиологических коек для проведения плановой коронарографии, что не покрывает существующую потребность;

4) необходима замена ангиографической установки в связи с 100% износом в ЧКВ Центре Городской клинической больницы №7;

5) популяризации в СМИ мероприятий по информированию населения о факторах риска развития заболеваний органов пищеварения, по вопросам правильного питания, здорового образа жизни, пагубного влияния алкоголя и его суррогатов;

6) увеличить охват вакцинопрофилактики заболеваний вирусным гепатитом А и В.

### 2.19. Снижение материнской смертности по месту жительства

Республика Казахстан находится **на 42 месте** в мире по уровню материнской смертности.

По итогам 10 мес. 2019 года показатель материнской смертности по г. Алматы (по месту жительства) составил 14,4 на 100 тыс. родившихся живыми.

Текущий показатель в 2 раза выше показателя аналогичного периода 2018 года и на 46% выше планового значения на год (рис. 18).

Рисунок 18 - Материнская смертность на 100 тыс. родившихся живыми

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

За 10 мес. 2019 года зафиксированы 6 случаев материнской смертности, в т.ч. 2 случая в перинатальных центрах третьего уровня регионализации, из которых одна смерть по причине заболевания связанная с беременностью и вторая по причине заболевания не связанная с беременностью.

Среди причин материнской смертности отмечается тяжелая преэклампсия (1 случай, 36 недель), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период (1 случай, 12 недель), другие неблагоприятные реакции, не классифицированные в других рубриках (1 случай, 38 недель, смерть на дому).

### 2.20. Снижение младенческой смертности по месту жительства

Республика Казахстан находится **на 79 месте** по уровню младенческой смертности. Казахстан с начала 2008 перешел на критерии живорождения и мертворождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения в соответствии со статьями 6 и 7 Конвенции о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН и ратифицированной Республикой Казахстан 8 июня 1994, Законом Республики Казахстан от 8 августа 2002 «О правах ребенка в Республике Казахстан».

Если ранее учет родившихся детей велся с массы тела **от 1000 граммов,** то с переходом на международные стандарты в учет берутся дети с **500 граммов** и более.

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 10 мес. 2019 года в РК в целом и в отдельных регионах увеличивается. Так, по итогам 10 месяцев 2019 года младенческая смертность в г. Алматы составила 8,21 случая на 1 тыс. родившихся живыми против 7,55 по сравнению с аналогичным периодом 2018 г. (рис. 19).

Рисунок 19 - Младенческая смертность на 1 тыс. родившихся живыми

В 4 районах города отмечается рост коэффициента младенческой смертности по сравнению с 2018 годом: Жетысуйский район рост на 60%, Бостандыкский район рост на 45%, Турксибский район рост на 42%, Медеуский район рост на 17%. (рис. 20).

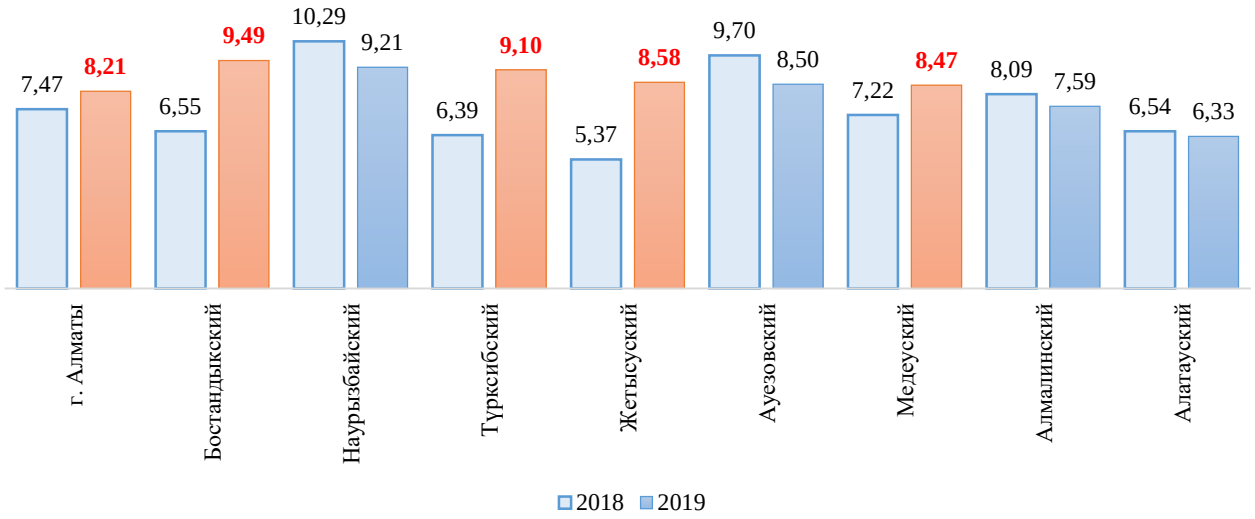


Рисунок 20 - Младенческая смертность в разрезе районов г. Алматы за 10 месяцев 2018-2019 гг. (на 1000 нас.)

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.

Вместе с тем, по данным ТОО «Мединформ» показатель младенческой смертности за январь-октябрь 2019 года составил 5,9 на 1000 родившихся живыми (всего умерло 247 детей до 1 года, всего родившихся живыми – 41 600) (таблица 5)

Таблица 5 - Сведения о мертворожденных и умерших детях в возрасте до 1 года за период январь-октябрь 2019 года

| Масса тела при рождении в граммах | Число родившихся живыми | Число родившихся мертвыми | Умерло в раннем неонатальном периоде (0-6 суток) | Умерло в позднем неонатальном периоде (7-27 суток) | Умерло в постнеона-тальном периоде (28 суток-1год) | Число умерших детей от 0 до 1 года всего | **Всего родив-шихся** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 500- 999 | 219 | 84 | 43 | 34 | 13 | 90 | 303 |
| 1000-1499 | 271 | 35 | 15 | 11 | 6 | 32 | 306 |
| 1500-2499 | 2167 | 56 | 17 | 9 | 18 | 44 | 2223 |
| 2500 и более | 38943 | 81 | 22 | 11 | 48 | 81 | 39024 |
| Всего | 41600 | 256 | 97 | 65 | 85 | 247 | 41856 |

Для снижения младенческой смертности предлагаются следующие меры:

1) информирование населения по поводу своевременного обращения заболевших детей в лечебные учреждения за медицинской помощью;

2) участие медицинских сестер участковой службы в выявлении беременных из социально неблагополучных семей и в постановке их на своевременный учет;

3) улучшения учета и анализа статических даны;

4) совершенствование клинического ведения болезней детского возраста и патронажного наблюдения за детьми на уровне ПМСП;

5) организация перинатального аудита;

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

7) проведение неонатального скрининга по выявлению наследственных заболеваний;

8) организация работы дистанционного консультативного центра по оказанию медицинской помощи беременным женщинам с акушерской патологией;

9) совершенствование пренатальной диагностики.

### 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 (27%).

Плановое значение смертности от БСК за 2019 год по г. Алматы составляет не более 184 случаев на 100 тыс. нас., по итогам 10 месяцев 2019 года данный индикатор достигнут и составил 174,32, что на 5% ниже планового показателя (рис. 21).

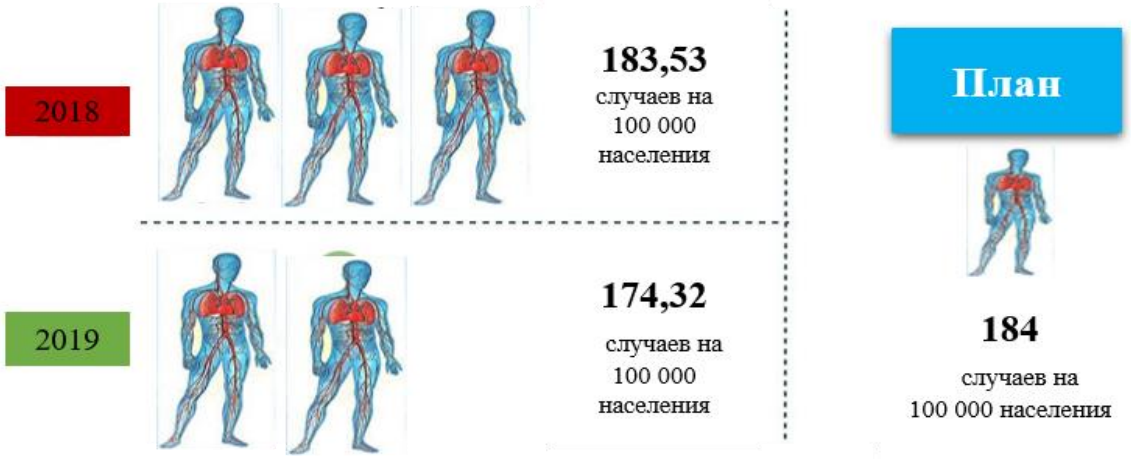


Рисунок 21 - Смертность от БСК на 100 тыс. населения

В разрезе районов показатель смертности от болезней системы кровообращения варьируется от 100,13 до 222,15 на 100 тыс. населения в Наурызбайском и Турксибском районах соответственно.

Показатель смертности от болезней системы кровообращения в Турксибском районе выше показателя по городу на 27%. В 4 районах показатель смертности выше планового и городского значения (рис. 22).

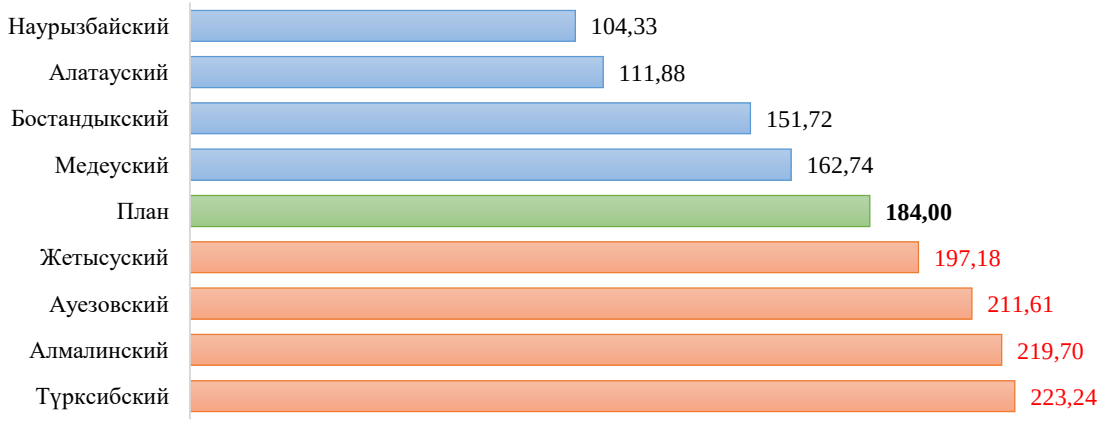


Рисунок 22 - Смертность от БСК в разрезе районов г. Алматы

Начиная с середины XX в. болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое место среди причин смертности во всем мире, при этом хронические формы ишемической болезни сердца (ИБС) являются ведущей причиной смерти.

Нозологическая структура смертности населения по г. Алматы за 10 мес. 2018-2019 гг. не изменилась, сохранив первое место (52%) в структуре БСК смертность от ишемической болезни сердца, где 18% приходится на острый инфаркт миокарда (рис. 23).

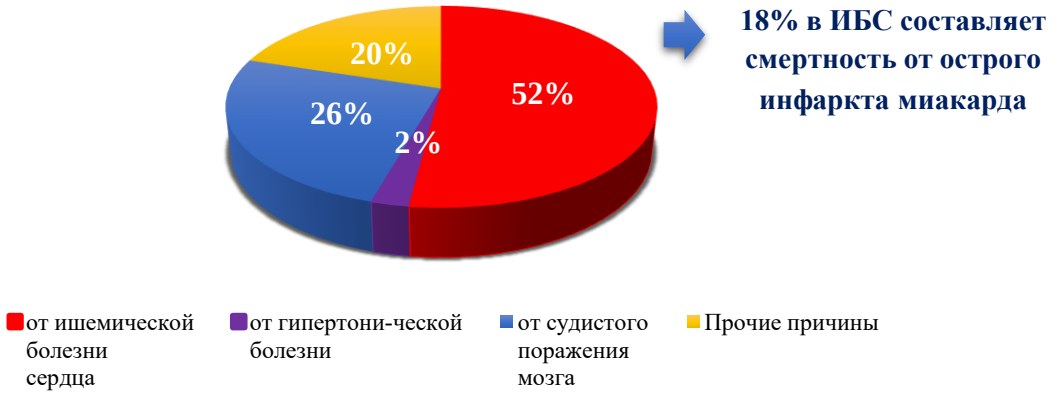


Рисунок 23 - Смертность от болезней системы кровообращения в разрезе нозологий по районам г. Алматы за период 9 месяцев 2019 год (на 100 тыс. нас.)

**Рекомендации по достижению настоящего индикатора:**

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

2) развитие теле-ЭКГ, телемедицины – оказание первой медицинской помощи гражданами с участием докторов посредством смартфонов (переключение вызова 103 на видеовызов смартфона кардиологической бригады);

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

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

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

6) 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 и города Алматы.

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии обусловлены устойчивой тенденцией роста заболеваемости во всем мире, которая и в обозримом будущем продолжит нарастать, что объясняется рядом субъективных и объективных причин старением населения, экологическими и другими факторами.

За отчетный период по г. Алматы впервые выявлено 3 380 онкобольных, умерло от злокачественных новообразований 1289 больных, что составляет 12,4% в общей структуре смертности (вторая причина после БСК). 39% впервые выявленных злокачественных новообразований имеют III-IV стадию заболевания, что обуславливает достаточно высокий показатель одногодичной летальности (54% от общего количества умерших от рака в отчетном году).

Плановое значение смертности от ЗНО за 2019 год составляет не более 87,84 случаев на 100 тыс. населения (рис. 24), при этом за 10 месяцев 2019 г. данный показатель составил 82,19 на 100 тыс. населения.

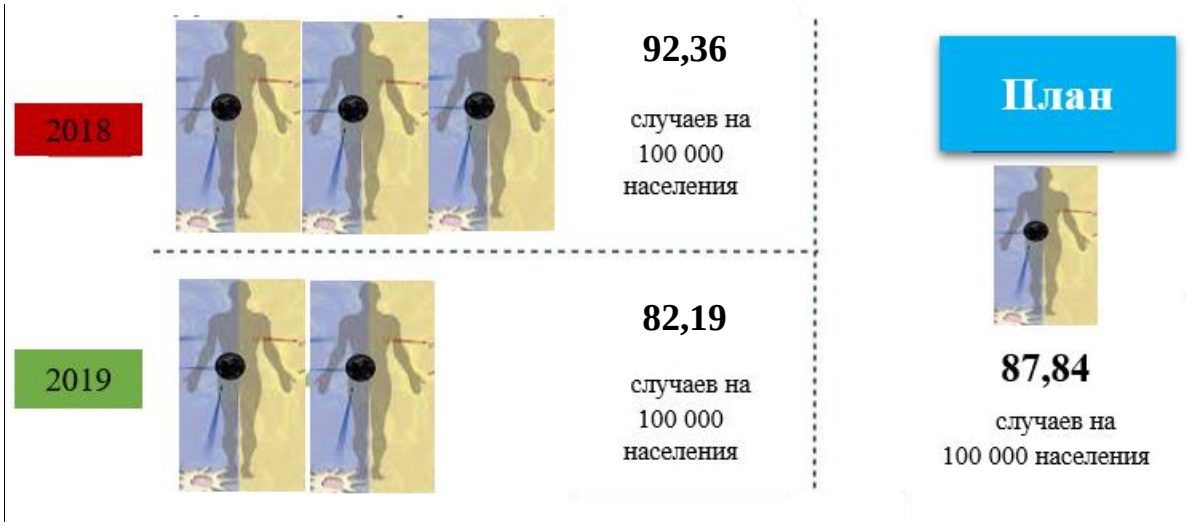


Рисунок 24 - Смертность от злокачественных новообразований по г. Алматы за период 10 мес. 2018-2019 гг. (на 100 тыс. населения)

**Рекомендации по достижению настоящего индикатора:**

1) информирование населения по основным факторам риска возникновения злокачественных новообразований; по вопросам профилактики, онкологической настороженности и раннего выявления онкологических заболеваний; формирования приверженности населения к здоровому образу жизни;

2) инициирование социальной рекламы, телевизионных и радиопередач, видеосюжетов, интервью, публикаций в печатных изданиях по проблемам, связанным с курением, и пропаганде здорового образа жизни, раннего выявления онкологических заболеваний, регулярного прохождения диспансеризации;

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

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

6) 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**

Рак молочной железы (17%) является ведущей онкологической патологией у женского населения.

Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком молочной железы составляет 56,2% (увеличение на 1,1% по сравнению с аналогичным периодом 2018 года), что на 2,8 % выше планового показателя (рис. 25).

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

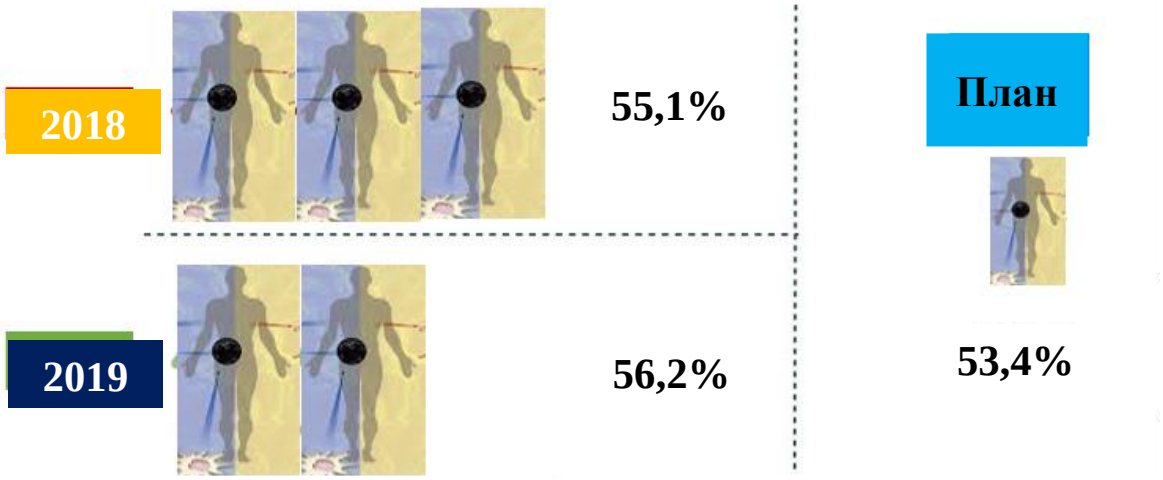


Рисунок 25 - Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком молочной железы

По состоянию на 30.11.2019 г. (табл. 6) рак молочной железы выявлен у 553 женщин (за ноябрь месяц 51 новых случаев). Из них 422 заболеваний выявлено при самообращении (76%), при профилактическом осмотре 1 и 128 в результате скрининга, и 2 случая относятся к синхронно-метахронным ракам.

За отчетный период от рака молочной железы умерло 149 онкобольных, из них 27 умерших до 1 года с момента установления диагноза из числа впервые взятых на учет в предыдущем году. Максимальное число умерших приходится на возрастную группу 55-59 года (28 случаев) и 60-64 года (21 случаев).

Высокий уровень выявляемости путем самообращения граждан говорит о низком качестве проводимых мероприятий по раннему выявлению рака. Однако,

следует отметить, что по сравнению с 2018 годом отмечается снижение числа умерших в возрасте до 45 лет более чем в 2 раза (2018 г – 22 случая, 2019 г – 8 случаев).

Таблица 6 - 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** | 417 | 372 | 6 | 5 | 113 | 107 |
| **2019 год** | 422 | 354 | 1 | 1 | 128 | 122 |
| **Темп прироста по сравнению с 2018 г, %** | 1,20% | -4,84% | -83,33% | -80,00% | 13,27% | 14,02% |

**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 54,6% (увеличение на 2,8% по сравнению с аналогичным периодом 2018 года), что на 5,2% выше планового показателя (рис. 26).

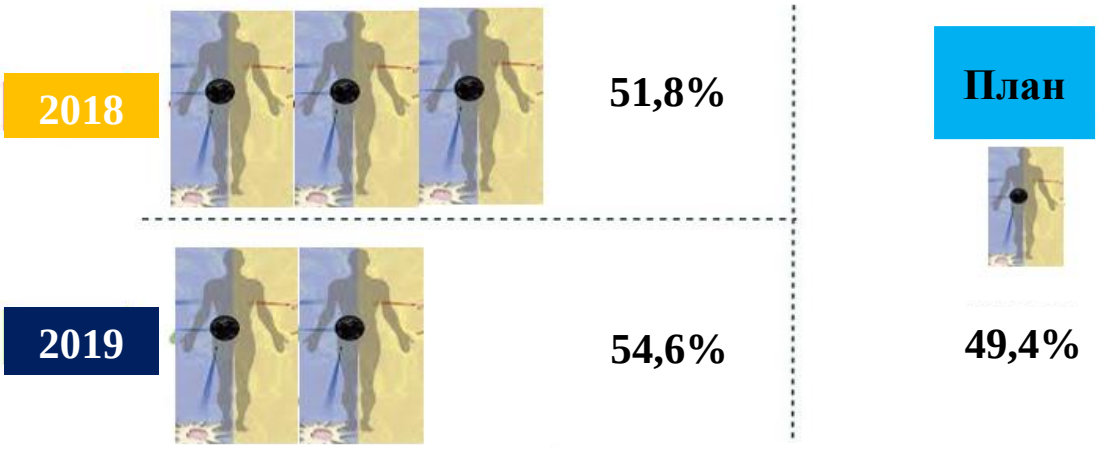


Рисунок 26 - Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с раком шейки матки

За 11 мес. 2019 года впервые взяты на учет с диагнозом рак шейки матки 123 онкобольных. Диагноз злокачественного новообразования был подтвержден морфологически в 99,2% случаях (2018 г. - 100%).

Из 123 впервые выявленных больны 108 случаев выявлены при самообращении (88%) и только 15 в результате скрининга.

На 30.11.2019 года с раком молочной железы на диспансерном учете состоят 2037 человек, из них 1112 человек, живущие более 5 лет.

Таблица 7 - 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** | 154 | 138 | 9 | 9 | 20 | 20 |
| **2019 год** | 108 | 89 | 0 | 0 | 15 | 11 |
| **Темп прироста по сравнению с 2018 г, %** | -29,87% | -35,51% | -100% | -100% | -25,00% | -45,00% |

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

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

За 11 мес. 2019 года отмечается снижение удельного веса онкологических больных, живущих 5 лет и более с колоректальным раком на 0,5% по сравнению с аналогичным периодом 2018 года (рис. 27).

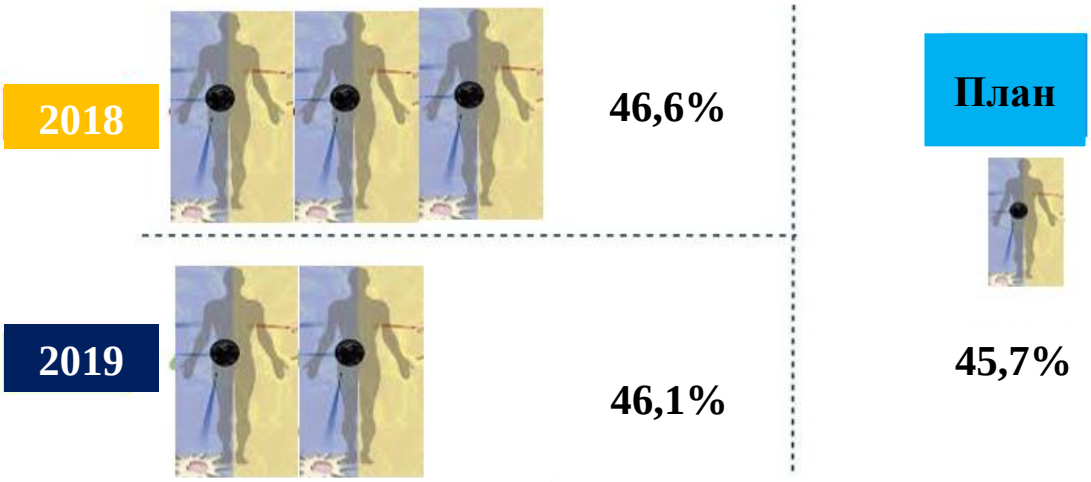


Рисунок 27 - Удельный вес онкологических больных, живущих 5 и более лет с колоректальным раком

За 11 мес. 2019 года впервые взяты на учет с диагнозом колоректальный рак 135 онкобольных. Диагноз злокачественного новообразования был подтвержден морфологически в 93,3% случаях (2018 г. – 96%).

Из 135 впервые выявленных больных 102 случая выявлены при самообращении (76%), 2 случая выявлены путем профилактических осмотров и 8 случаев в результате скрининга, и 23 случаев относятся к синхронно-метахронным ракам.

На 30.11.2019 года с колоректальным раком на диспансерном учете состоят 854 человек, из них 394 человек, живущих более 5 лет.

Таблица 8 - 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** | 141 | 103 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| **2019 год** | 102 | 66 | 2 | 2 | 8 | 7 |
| **Темп прироста по сравнению с 2018 г, %** | -27,66% | -35,92% | | | 100% | 75% |

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

По итогам 11 месяцев 2019 года ранняя выявляемость злокачественных новообразований (0 - 1 стадия) в Алматы составила 33%, 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%.

На 30.11.2019 года состоят на учете в онкодиспансерах г. Алматы 25 398 пациентов, из них живущие 5 и более лет 12 811 человек (50,4%).

Из числа вновь выявленных больных у 89,5% диагноз злокачественного новообразования был подтвержден морфологически, наиболее низкий удельный вес морфологической верификации диагноза наблюдается при опухолях поджелудочной железы (42%), печени (55%), трахеи, бронхов, легкого (58%), костей и суставных хрящей (75%), головного мозга и центральной нервной системы (82%). Распределение впервые выявленных злокачественных новообразований по стадиях: I стадия - 37%, II - 33%, III - 27%, IV – 12% (рис 28).

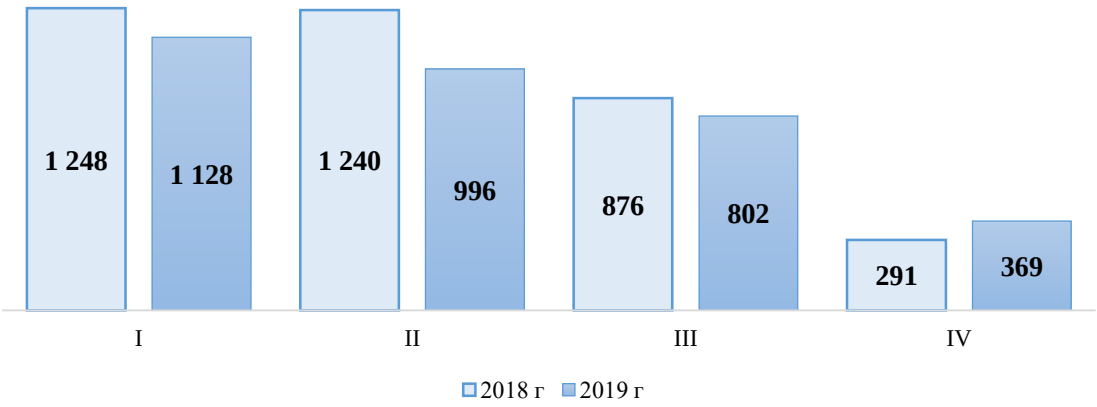


Рисунок 28 - Выявление онкологических заболеваний за период 11 мес. 2018-2019 гг. по стадиям в Алматы, абс. чис.

Абсолютное большинство онкологических болезней за исследуемый период выявляются при самообращений граждан, на его долю приходится 84%, что на 5% ниже показателя за аналогичный период 2018 года. При профилактическом осмотре и скрининге выявляются всего лишь 1% и 5% соответственно (2018 г. – 1% и 4%), 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) тиражировать эффективные методы диагностики злокачественных новообразований (лучевая диагностика; иммунофенотипирование; молекулярные, цитогенетические исследования и др.), в том числе с использованием телемедицинских технологий;

3) проводить телемедицинские консилиумы с целью повышения эффективности диагностики онкологического заболевания;

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

5) внедрить практику проведения «аквариумов» (п.3 рекомендаций к 2.8. *Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, среди детей в возрасте 15-17 лет (маркер – сифилис)*), в качестве участников малых групп можно

привлекать пациентов с отражением их опыта раннего выявления онкологических заболеваний при скрининговых осмотрах.

6) провести массовое анкетирование населения, как дополнительный метод раннего выявления ЗНО, разместив ссылки на анкетирование на онконастороженность под лозунгом «**ПРЕДУПРЕДИ РАК**!». Анкеты для молодого и среднего возраста можно размещать на сайте КГУ "Управление общественного здоровья города Алматы" http://www.almatyzdrav.kz/ с гиперссылкой на *SurveyMonkey*, как один из удобных инструментов опросов, или провести SMS-оповещение о возможности пройти опрос на наличие онконастороженности с возможностью перехода на страницу опроса. Для населения, не обладающего компьютерной грамотностью, можно провести широкомасштабное обследование, путем обзвона и опроса.

### 2.27. Численность прикрепленного населения на 1 ВОП

По итогам 11 мес. 2019 года количество прикрепленного населения на одного ВОП по г. Алматы составило 1629 человек, что на 71 человек ниже планового показателя на 2019 год. Отмечается снижение нагрузки на 1 ВОП с 1773 человек в 2018 году до 1629 человек в 2019 году (рис 29).

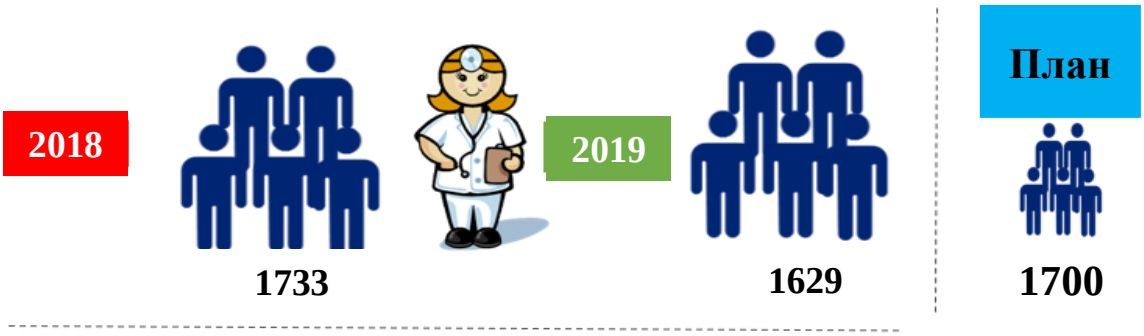


Рисунок 29 – Численность прикрепленного населения на одного ВОП

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

В разрезе медицинских организаций г. Алматы прикрепленное население на 1 ВОП варьируется от 862 человек в ТОО «Поликлиника №55» до 2 052 человек в ТОО "АССИСТАНС КОМПАНИЯ "МЕДИ-СЕРВИС".

Однако, несмотря на достижение планового показателя, следует отметить 13 медицинских организаций, где данный показатель не достигается (рис. 30).

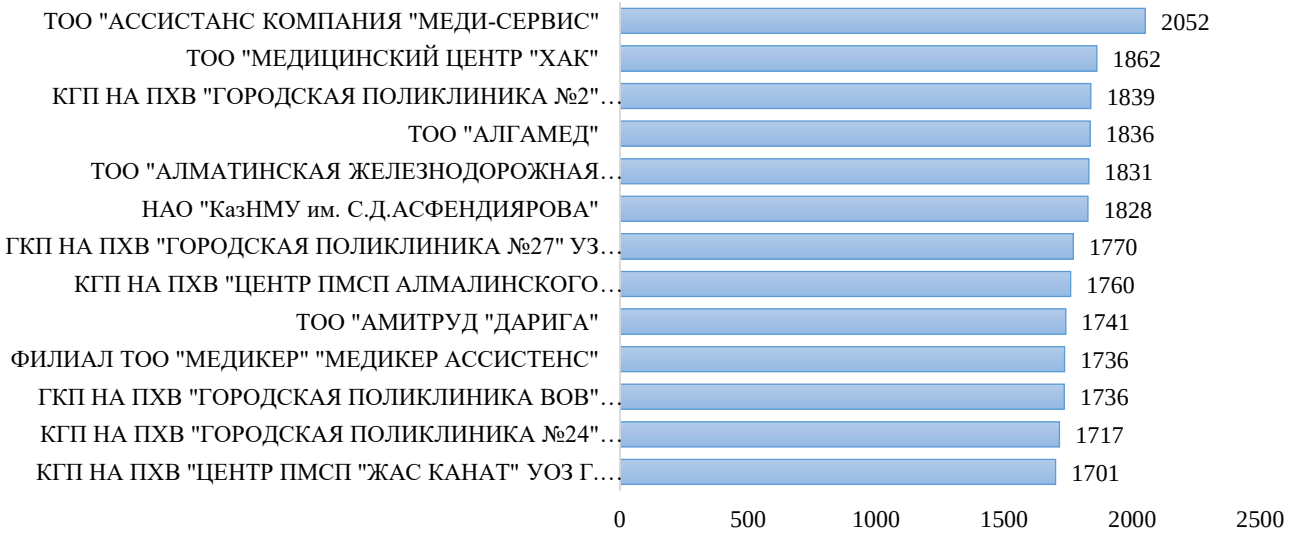


Рисунок 30 – Медицинские организации г. Алматы, не достигшие плановый показатель по индикатору «Численность прикрепленного населения на одного ВОП» (чел.)

В целях не допущения перегруженности ВОП в определенных медицинских организациях и участках целесообразно распределить население по медицинским организациям и участкам равномерно.

### 2.28. Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП

Данные по объему финансирования ПМСП формируются на ежеквартальной основе.

По итогам 9 месяцев 2019 доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП в Алматы составила 28,6%, что превышает значение планового показателя на 5,6%.

Однако, следует отметить, что плановое значение данного показателя за аналогичный период 2018 года занижен в 1,8 раза.

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 11 мес. 2019 года уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в рамках ГОБМП (кроме социально значимых заболеваний), в

г. Алматы составил 753 койко-дней на 1 тыс. нас. (с экстр. 822) против 781 по итогам аналогичного периода 2018 года (снижение на 3,6%).

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 11 месяцев т.г. на 40,8 койко-дней.

Всего по городу Алматы по состоянию на 30 ноября 2019 года развернуты 6007 коек, за 11 мес. 2019 года поступило 226 080 больных, что на 2,9% выше аналогичного периода 2018 года, работа койки в стационарах г. Алматы составила 308 дней (при нормативе 330 дней), средняя длительность пребывания больного (СДПБ) составила 8,3 дней, оборот койки 37, больничная летальность 1,27, простой койки отсутствует.

При этом отмечается, что по сравнению с 2018 годом вышеуказанные качественные показатели имеют тенденцию улучшения, но отмечается рост больничной летальности на 12,2%, снизился оборот койки с 38 до 37.

**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 9 месяцев 2019 года доля населения Алматы, за которую ФСМС отчислены взносы на СМС, составила 69,5%, что превышает плановый показатель в 1,9 раз.

Однако, следует отметить, что данный показатель занижен по сравнению с аналогичным периодом 2018 года в 2,2 раза.

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

По данным акимата г. Алматы наивысшая заработная плата отмечается в Медеуском районе, где средняя зарплата в два раза выше, чем в Наурызбайском районе.

Рисунок 31 – Средняя заработная в разрезе районов г. Алматы

Таким образом, больше всех получают работающие в Медеуском районе – 254,7 тыс. тенге, далее следует Бостандыкский район с 226,3 тыс. тенге и Алмалинский, где получают 196,4 тыс. тенге. Ниже всех в рейтинге расположились Наурызбайский, здесь работодатели в среднем платят 126,9 тыс. тенге и Алатауский – 137,9 тыс. тенге.

С 2012 года реальная зарплата горожан снизилась на 3,7 %. Растет разрыв в уровне доходов, так по данным Стратегии «Алматы 2050» если в 2012 году 10% самых богатых алматинцев зарабатывали в среднем в 4,9 раза больше, чем 10% самых бедных, то теперь разница достигла 6,6 раза.

Данный факт создает риск социального напряжения в городе и ухудшения криминальной обстановки в районах с низким уровнем заработной платы, ростом убийств и самоубийств.

**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 11 месяцев 2019 года, доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС составила 53,8%, что на 1,8%% выше уровня планового показателя, составляющего 52% и является самым высоким по стране.

**2.34. Доля врачей ПМСП в общем числе врачей**

По итогам 11 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 11 месяцев 2019 г., общее количество врачей ПМСП составило 1734 шт ед, из них занято 1614,25 (93,1% укомплектованности), что на 2% раза 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 9 мес. 2019 года доля АЛО в общем объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП в Алматы достигла 60%, при этом отмечается снижение по сравнению с аналогичным периодом 2018 года на 7%. 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 11 месяцев 2019 года обеспеченность АПО в Алматы составила 4,1 на 100 тыс. население.

В городе функционируют 74 амбулаторно-поликлинических организаций, из них 39 организаций на праве хозяйственного ведения, 35 частных медицинских организаций (47%).

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 11 месяцев 2019 года охват населения Алматы электронными паспортами здоровья составил 90% (рисунок 32), при этом, плановое значение по данному индикатору за 2019 год составляет 50%. Таким образом, наблюдается перевыполнение индикатора на 40%.

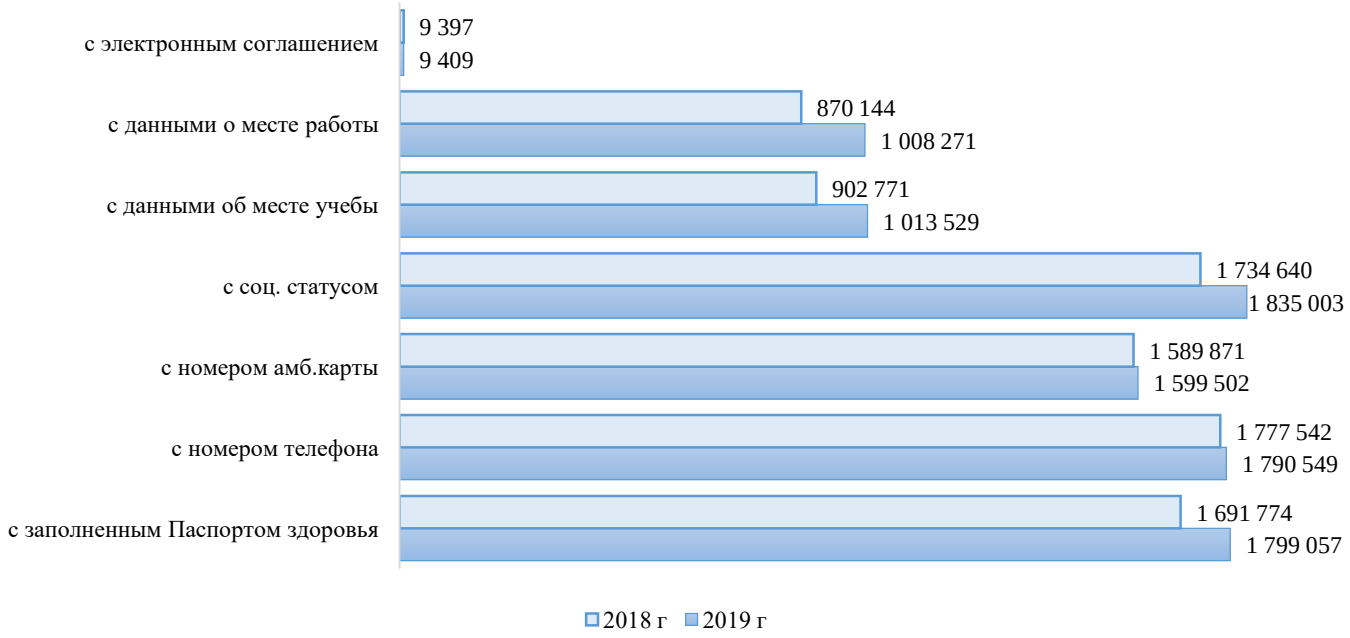


Рисунок 32 - Динамика охвата населения электронными паспортами здоровья, млн. чел.

Общее количество пациентов с заполненными электронными паспортами здоровья составил 1 799 057 человек. Предлагается поддерживать данный показатель на текущем уровне.

Анализ заполнения электронного паспорта здоровья проводится по 73 медицинским организациям, из них 41 государственные и 32 частные.

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

По итогам 11 мес. 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) Разукрупнение 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, введен 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.

*Примечание:* 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.**

## Достижение индикаторов и показателей результатов Госпрограммы Денсаулык на 2016-2019 годы

| № | Показатели | Ед. измерения | 2019 | 2019 | Информации об исполнении за 11 мес. 2019 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | План | Факт 11 мес. | |
| | **Целевые индикаторы:** | | | | |
| 1 | Увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения, лет | лет | **76,2** | | Показатель будет опубликован в марте 2020г. |
| 2 | Индекс здоровья населения | % | **0,865** | | Показатель будет опубликован в марте 2020г. |
| 3 | Уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, % (с 2016г. по новой методике) | % | **46** | ежекварт ально | |
| | **Показатели результатов** | | | | |
| 4 | Сокращение количества ДТП с пострадавшими | количество | **5520** | 4190 с экстр 4571 | Достигнут |
| 5 | Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений на 100 тыс.нас. | на 100 тыс.нас. | **45,5** | 46,42* | Не достигнут |
| 6 | Снижение уровня суицидов среди детей от 15-17 лет на 100 тыс.нас. | на 100 тыс.нас. | **2** | 1,8 | Достигнут |
| 7 | Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6% | % | **0,43** | 0,363 | Достигнут |
| 8 | Снижение заболеваемости ИППП среди детей в возрасте 15-17 лет (маркер - сифилис), на 100 тыс. нас. | на 100 тыс.нас. | **3,4** | 2 | Достигнут |
| 9 | Снижение заболеваемости туберкулёзом на 100 тыс. нас. | на 100 тыс.нас. | **34,7** | 29,8 с экстр 32,5 | Достигнут |
| 10 | Заболеваемость туберкулезом среди осужденных | | **1300** | По итогам года | |
| 11 | Удержание показателя заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями (по 57 нозологиям) на уровне не более 170,1 на 100 тыс. нас. | на 100 тыс.нас. | **170,1** | ежекварт ально | |
| 12 | Охват граждан занятием физической культурой и спортом, % | % | **30** | ежекварт ально | |
| 13 | Охват детей и подростков занятием физической культурой и спортом на базе детско-юношеских спортивных школ, % | % | **9,5** | ежекварт ально | |
| 14 | Распространенность ожирения, на 100 тыс. нас. | на 100 тыс.нас. | **168,9** | 168 | Достигнут |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | Доля общеобразовательных учреждений, реализующих программы по профилактике наркомании и поведенческих болезней, % | % | **100** | ежекварт ально | |
| 16 | Количество лиц, состоящих на наркологическом учете с пагубным потреблением и зависимостью от наркотиков на 100 тыс. нас. | % | **92,86** | ежекварт ально | |
| 17 | Снижение общей смертности горожан на 1000 нас. | на 100 тыс.нас. | **6,42** | 6,61* | Не достигнут |
| 18 | Снижение материнской смертности **по жительству** (случаев на 100 тыс. живорожденных) | на 100 тыс родившихся живыми | **9,87** | 14,4 (6 женщин) | Не достигнут |
| 19 | Снижение младенческой смертности (случаев на 1000 родившихся живыми)**-горстат** | на 1000 родившихся живыми | **6,84** | 8,21* | Не достигнут |
| 20 | Смертность от болезней системы кровообращения (БСК), на 100 тыс.нас. | на 100 тыс.нас. | **184** | 174,32* | Достигнут |
| 21 | Смертность от туберкулеза, на 100 тыс.нас. | на 100 тыс.нас. | **3,7** | 1,9 с экстр 2,1 | Достигнут |
| 22 | Смертность от злокачественных новообразований, на 100 тыс.нас. | на 100 тыс.нас. | **87,84** | 82,19* | Достигнут |
| 23 | 5-летняя выживаемость больных **злокачественными новообразованиями**, % | % | - | - | - |
| 24 | Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более с **раком молочной железы** | % | **53,4** | 56,2 | Достигнут |
| 25 | Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более **с раком шейки матки** | % | **49,4** | 54,6 | Достигнут |
| 26 | Удельный вес онкологических больных, живущих 5 лет и более **с колоректальным раком** | % | **45,7** | 46,1 | Достигнут |
| 27 | Ранняя выявляемость злокачественных новообразований **(1-2 стадия)**, % | % | - | - | - |
| 28 | Ранняя выявляемость злокачественных новообразований (**0-1 стадия**) | % | **32,44** | 33,0 | Достигнут |
| 29 | Численность прикрепленного населения на 1 ВОП, чел. | % | **1700** | 1629 | Достигнут |
| 30 | Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП, % | чел. | **27** | ежекварт ально | |
| 31 | Уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в рамках ГОБМП, **кроме социально значимых заболеваний** | % | **862,8** | 753/ с экстр 822 | Достигнут |
| 32 | Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС, % | % | **36,9** | ежекварт ально | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 33 | Соотношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в экономике | % | **1** | по итогам года | |
| 34 | Доля медицинских организаций, имеющих высокий рейтинг по уровню менеджмента, % | % | **7,6** | по итогам года | |
| 35 | Доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, % | % | **52** | 53,8 | Достигнут |
| 36 | Доля врачей ПМСП в общем числе врачей, % | % | **31,5** | 39,9 | Достигнут |
| 37 | Удельный вес внедренных новых медицинских технологий от числа разрешенных к применению в РК | % | **-** | - | - |
| 38 | Доля амбулаторного лекарственного обеспечения в общем объеме лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП,% | % | **60** | ежеквартально | |
| 39 | Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими организациями на 10 тыс. населения. | % | **4** | 4,1 | Достигнут |
| 40 | Охват населения электронными паспортами здоровья % | % | **50** | 90 | Достигнут |
| 41 | Количество реализуемых проектов ГЧП, доверительного управления и приватизации в здравоохранении | % | **3** | 2 | Достигнут |

**Всего индикаторов 38**

**Не достигнуты – 4 индикатора (10,5%)**

* данные Комитета по статистике МНЭ РК за 10 мес. 2019 г

## Список используемых источников и литературы

1. Irenajakopanec syphilis epidemiology in norway, 1992-2008: resurgence among men who have sex with men //BMC infectious diseases. - 2010. - 10:105.
2. 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.
3. Аравийская Е. Р. Анализ факторов, связанных с рискованным сексуальным поведением в подростковой субпопуляции //Российский журнал дерматологии и венерологии. - 2001. - № 5. - С. 61-65.
4. Лосева О. К., Кравец Т. А. Динамика факторов риска среди подростков. //Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. - 2001. - № 5. - С. 26-27.
5. Таишева Л. А. Профилактика ВИЧ/ИППП среди коммерческих секс-работников на удалённом доступе //Общественное здоровье и здравоохранение. - 2007. - № 3. - С. 62-66.
6. Баринова А. Н. Понятие о группах риска инфекций, передающихся половым путём, и ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. //Российский семейный врач. - 2012. - Т. 16. - № 1. - С. 33-39.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.