

Корпоративный фонд “University Medical Center”



**Современное состояние
«Общественного здоровья
и здравоохранения» как
учебной и научной
ДИСЦИПЛИНЫ**

Исатаева Нагима Мухамедрахимовна,
зам. директора ДОМП, к.м.н.

Общественное здравоохранение

Общественное здоровье – Publik Health – здоровье определенного населения и система мер, направленная на защиту здоровья населения, а особенно в области санитарии и контроля за инфекционными заболеваниями

«Общественное здоровье» – широкий набор действий, включающих не только надзор над деятельностью всех медицинских служб национального здравоохранения, но и изучение многих факторов, влияющих на здоровье людей:

- вопросы окружающей среды, здорового образа жизни,
- подготовка персонала и учреждений здравоохранения,
- организация программ здравоохранения и экономическая поддержка их,
- разработка различных стратегий,
- поддержание принципов социальной справедливости в распределении услуг, связанных со здоровьем.

Новое общественное здравоохранение – комплексная научная дисциплина, включает в себя разные виды групповой, индивидуальной, государственной деятельности на уменьшение бремени болезни и улучшение здоровья



Алматинская конференция 1978 года – концепция, определяющая границы ответственности государства за здоровье населения

В 70-х годах появились такие концепции, как «Здоровье для всех», «Охрана здоровья», «Здоровый город»

Основная современная проблема – обеспечение доступности и качества медицинской помощи

Набор принципов. Алматинская Декларация 1978 года

Предлагает следующее:

1. Отражает и развивается в соответствии с экономическими условиями и характерными социально-культурными и политическими чертами страны и ее общин, развивается и базируется на применении соответствующих результатов социальных, медико-биологических и организационных научных исследований медико-санитарных служб, а также опыта общественного здравоохранения.
2. Нацелена на решение основных медико-санитарных проблем в общине и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации.
3. Охватывает помимо здравоохранения все другие смежные секторы и аспекты развития на национальном и общинном уровне и, в частности, сельское хозяйство, животноводство, обеспечение продовольствием, промышленность, образование, жилищное строительство, общественные работы и средства связи, и требует координации всех этих секторов.

«Критические важные» функции общественного здравоохранения, определенные ВОЗ, Центрами по контролю заболеваниями

11 важных функций общественного здравоохранения:

1. Контроль и анализ ситуации со здоровьем.
2. Надзор, исследование и контроль риска и вредного воздействия в сфере общественного здравоохранения.
3. Санитарно-просветительная работа
4. Социальное участие и наделение граждан полномочиями в сфере здравоохранения.
5. разработка политики, планирование и управленческий потенциал для поддержки деятельности в сфере общественного здравоохранения и руководящая роль государственных органов здравоохранения

Общие принципы относительно роли функций общественного здравоохранения в контексте системы здравоохранения

- **Функции сферы общественного здравоохранения** – это спектр полномочий в системах здравоохранения, лежащих в основе принципов управления отраслью, это та одна роль государства, которую нельзя оставлять на усмотрение рынка.
- **Функции общественного здравоохранения** – это выполнение обязанностей по пропаганде и обеспечению доступа, качества, подотчетности и полномочий населения в сфере здравоохранения с помощью контроля за здоровьем, надзора, регулирования, оценки, социального вовлечения, профилактики и борьбы с заболеваниями и подготовки кадров.

Предмет «Общественное здоровье, здравоохранение»

- Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения.
- Исторические этапы развития отечественного здравоохранения.
- Социальное страхование и социальное обеспечение.
- Состояние здоровья и методы его изучения.
- Организация медицинской помощи населению.
- Планирование, экономика и управление здравоохранением.
- Социально-гигиенические проблемы.

Общественное здравоохранение, как наука

- В **1920 году** при Берлинском университете была организована кафедра социальной гигиены.
- В **1922-23 гг** были организованы ряд кафедр социальной гигиены в бывшем СССР.
- В **1941** году кафедры были переименованы в кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения.
- В начале **XXI** века кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения переименованы в кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья. Была утверждена специальность *«Социальный гигиенист, организатор здравоохранения»*

Общественное здоровье и здравоохранение – наука о воздействии социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по оздоровлению медицинского обслуживания населения.

В отличие от клинических дисциплин, в общественном здоровье и здравоохранении изучается состояние здоровья не отдельных индивидуумов, а человеческих коллективов, социальных групп и общества в целом в связи с условиями жизни.

Основные задачи общественного здоровья и здравоохранения

- Разработка форм и методов организации медицинской помощи населению и управление здравоохранением.
- Подготовка медицинских работников.

Что должен знать и уметь организатор здравоохранения?

- 1) Основы социальной гигиены (социальная медицина)
- 2) Основы законодательства
- 3) Санитарная статистика
- 4) Основы системного подхода
- 5) Основы управления на современном этапе
- 6) Экономика здравоохранения
- 7) Медицинская демография

Функции управления в здравоохранении



Классическое определение общественного здравоохранения (Уинслоу, 1920 г.)

«Наука и искусство предотвращения болезни, продления жизни и охраны здоровья, обеспечения оптимальной жизнедеятельности за счет организованных усилий общества в следующих направлениях:

- 1) оздоровление окружающей среды;
- 2) санитарный контроль;
- 3) контроль массовых инфекций;
- 4) просвещение населения в вопросах здоровья и гигиены;
- 5) организации медицинской помощи и ухода за пожилыми;
- 6) ранняя диагностика и предотвращение опасных болезней;
- 7) развитие социальных услуг, достойного уровня жизни, распределение социальных благ таким образом, чтобы каждый гражданин смог реализовать свое право на здоровье и долголетие»

Новое общественное здравоохранение – это комплексный подход к охране и укреплению здоровья отдельных людей и общества в целом.

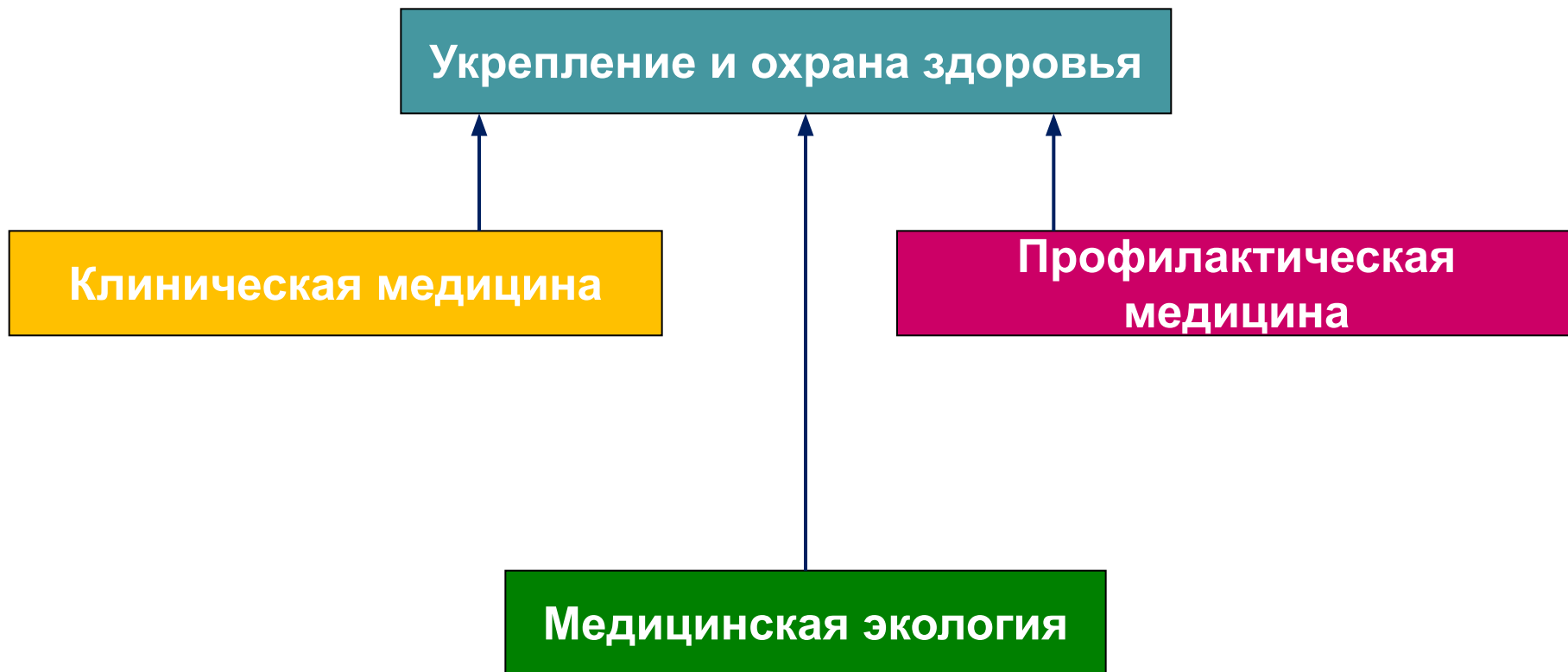
- Новое общественное здравоохранение учитывает демографические, эпидемиологические, политические, социально-экономические, культурные и физические факторы, влияющие на здоровье отдельных людей и населения в целом.



Что же все-таки такое общественное здравоохранение?

- **Главная сущность ОЗ** заключается в организации усилий населения, направленных на укрепление личного и общественного здоровья.
- **Задачей ОЗ** является мобилизация и координация всех возможных ресурсов общества для обеспечения здоровья населения.

Концепция нового общественного здравоохранения



В РК к общественному здравоохранению можно отнести

- ПМСП
- Санитарно-эпидемиологическую службу
- Центры здоровья
- Ведомства народного хозяйства и общественные организации, влияющие на формирование здоровья населения
- Различные объединения граждан

Понятие «здоровье»

- **здоровье** – отсутствие болезней;
- **здоровье и норма** – понятия тождественные;
- **здоровье** – единство морфологических, психоэмоциональных и социально-экономических констант;
- **здоровье** – категория, противоположная болезни (нездоровью).

В 1946 году ВОЗ: «Здоровье, состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или других дефектов»

- В 1977 году ВОЗ расширила понятие добавив «социальную и экономическую продуктивность индивида»
- В 1995 году ВОЗ определило **задачи**:
 - превратить проблемы здравоохранения и условий жизни в аспект политического мировоззрения;
 - обеспечить больным доступную медицинскую помощь;
 - активизировать деятельность в области охраны здоровья;
 - профилактика и контроль отдельных заболеваний.

Это и стало основной базой для разработки принципов нового общественного здравоохранения.

По уставу ВОЗ

Здоровье — это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия.

Однако это определение не может быть использовано для оценки здоровья на популяционном и индивидуальном уровне.

На индивидуальном уровне:

Здоровье – отсутствие выявленных расстройств и заболеваний

На популяционном уровне:

Здоровье – процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

Обобщенное представление понятия «здоровье» на основе различных компонентов

(по В.Н. Максимовой, с дополнениями Шабуновой А.А., д.э.н., 2010)

Компонента здоровья	Характеристика составляющих здоровья
1. Биологический	Биологическое благополучие – нормальная (непатологическая) наследственность, полноценная деятельность всех органов и систем организма.
2. Демографический	Сбалансированность основных характеристик населения в целом и отдельных этнических групп – численности, рождаемости, смертности, плотности, при учете общей заболеваемости и инвалидности.
3. Экологический	Отношения в системе «человек – общество – окружающая среда», характеризующие действие адаптационных и дезадаптационных факторов по отношению к организму.
4. Физический (соматический)	Естественное состояние организма, когда все показатели деятельности органов и систем соответствуют норме, позволяющей вести адекватную трудовую деятельность, не препятствуют активной социальной позиции.

Общественное здоровье и здравоохранение изучает закономерности общественного здоровья.

Основные методы изучения: исторический, экспертный, бюджетный и статистический.

- **Для оценки общественного здоровья используют 4 группы показателей здоровья населения:**
 - медико-демографические;
 - показатели заболеваемости;
 - показатели физического развития;
 - показатели инвалидности
 - Заболеваемости населения

Индикаторы общественного здоровья



Показатели общественного здоровья



Статистика здоровья населения



Уровни здоровья в медико-социальных исследованиях

- **Индивидуальное здоровье** — здоровье отдельного человека.
- **Групповое здоровье** — здоровье социальных и этнических групп.
- **Региональное здоровье** — здоровье населения административных территорий.
- **Общественное здоровье** — здоровье популяции, общества в целом.



Социальные факторы, влияющие на здоровье

С точки зрения ВОЗ, здоровье людей — качество социальное, в связи с чем для оценки общественного здоровья

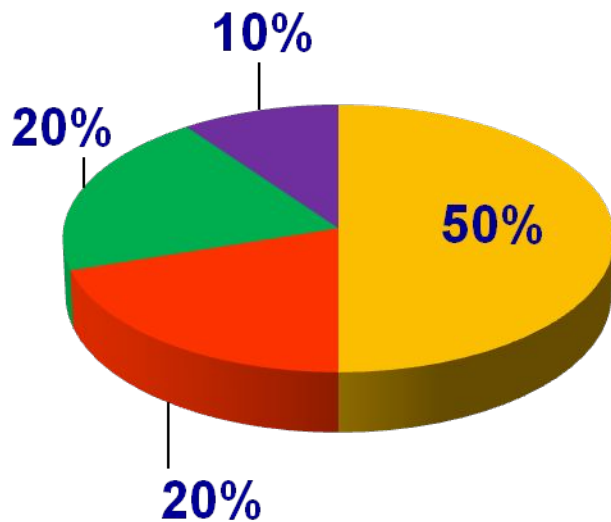
рекомендуются следующие **показатели**:

- отчисление валового национального продукта на здравоохранение;
- доступность первичной медико-санитарной помощи;
- уровень иммунизации населения;
- степень обследования беременных квалифицированным персоналом;
- состояние питания детей;
- уровень детской смертности;
- средняя продолжительность предстоящей жизни;

Неофициальная классификация степеней здоровья

- **Совершенное здоровье**, отличное настроение, сильный иммунитет.
- **Здоров**, но присутствует незначительный ущерб здоровью, практически не мешающий жизнедеятельности (рубцы, пломбы) – не нуждается в лечении.
- **Нормальное состояние**. Здоров, но присутствуют не развивающиеся заболевания (близорукость и дальнозоркость, перхоть, плоскостопие, сутулость) – лечить по возможности.
- **Здоров, но плохое настроение, стресс, ослабление иммунитета**. Рекомендуются быстрее перейти в нормальное состояние.
- **Болен**. Присутствует лёгкое излечимое заболевание. Нет угрозы жизни. Необходимо быстрое лечение или остановка развития заболевания (ОРВИ, насморк, грипп, искривление позвоночника).
- **Хроническое заболевание или инвалидность**.
- **Травма**. Временная потеря некоторой способности. Возможна угроза здоровью (ушиб, порез, вывих, ожог, отморожение, шок, потеря сознания) – первая медицинская помощь. Лёгкие травмы можно полностью вылечить. Тяжёлая травма может привести к потере органа (гангрена).
- **Угроза жизни** (тяжёлое ранение, температура тела выше 42 °С, потеря крови, остановка сердца, дыхания) – срочная медицинская помощь.
- **Клиническая смерть** – реанимация.
- **Биологическая смерть**.

Соотношение различных факторов, влияющих на здоровье (ВОЗ):



- условия и образ жизни, питание
- генетика и наследственность
- внешняя среда, природные условия
- здравоохранение

Здоровье

закладывается в геноме человека от генов родителей. На здоровье также влияют:

- питание;
 - качество окружающей среды;
 - тренировка (спорт, занятия физкультурой, зарядка).
- Факторы,

отрицательно влияющие на здоровье:

- стресс;
- болезни;
- загрязнение окружающей среды;
- курение;
- алкоголь;
- наркотики;
- старение

Международный рейтинг Казахстана

По журналу [Newsweek](#) 61 место в списке «Лучшие страны мира»

(*The world's best countries*):

- Образование - 14 место,
- Здоровье - 82 место,
- Качество жизни - 45 место,
- [Динамизм](#) экономики - 43 место,
- Политическая обстановка - 81 место.

[Economist Intelligence Unit Индекс качества жизни](#) – 96 место.

[ВЭФ](#) (World Economic Forum) в рейтинге мировой конкурентоспособности – 72 место.

На 2010 год [Индекс развития человеческого потенциала](#) (ИРЧП) Казахстана – 66.

Страна вошла в группу с высоким уровнем развития человеческого потенциала (51-75 перцентилей).

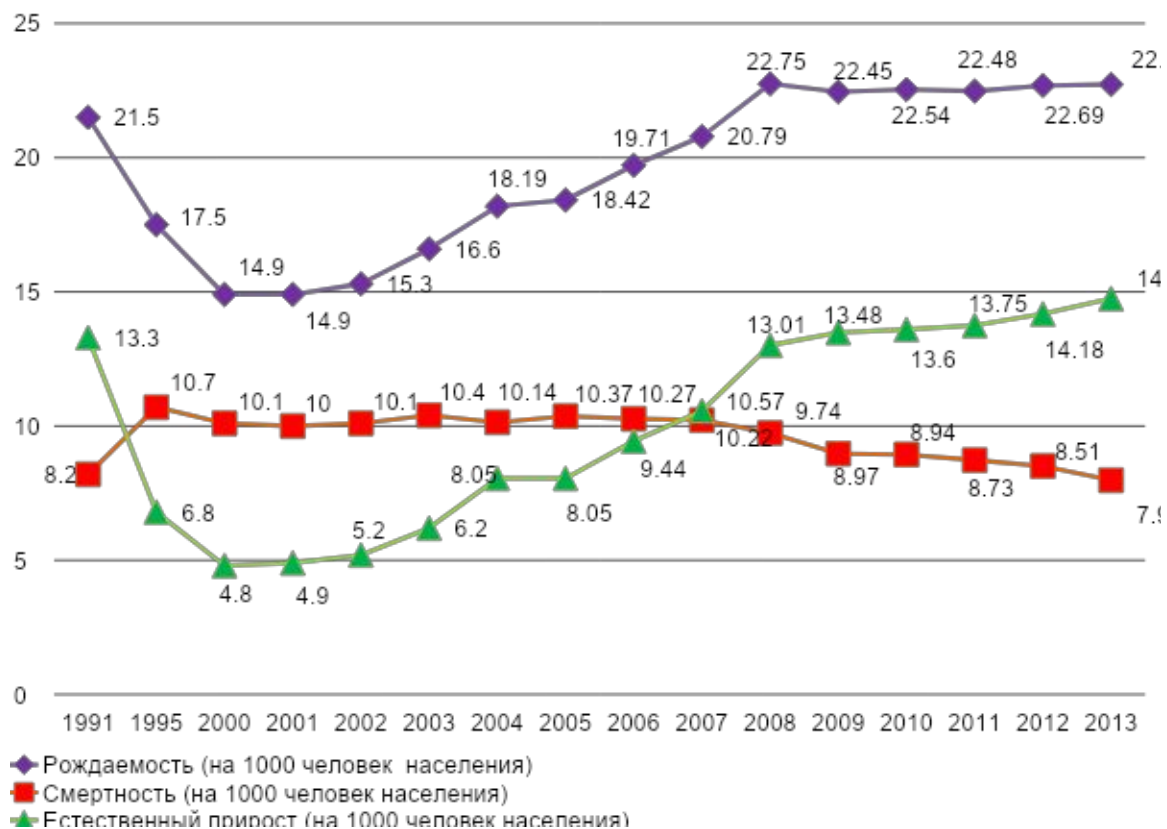
[По ожидаемой продолжительности жизни](#) – 127 место с показателями:

- по стране - 67,0 лет,
- мужчины - 61,6 лет,
- женщины - 72,4 года.

[Международный индекс счастья](#) – 91 место (на [2009 год](#)).

[По уровню младенческой смертности](#) – 107 место.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА 1991, 1995, 2000-2013 гг.



С 1991 года

УВЕЛИЧИЛАСЬ:

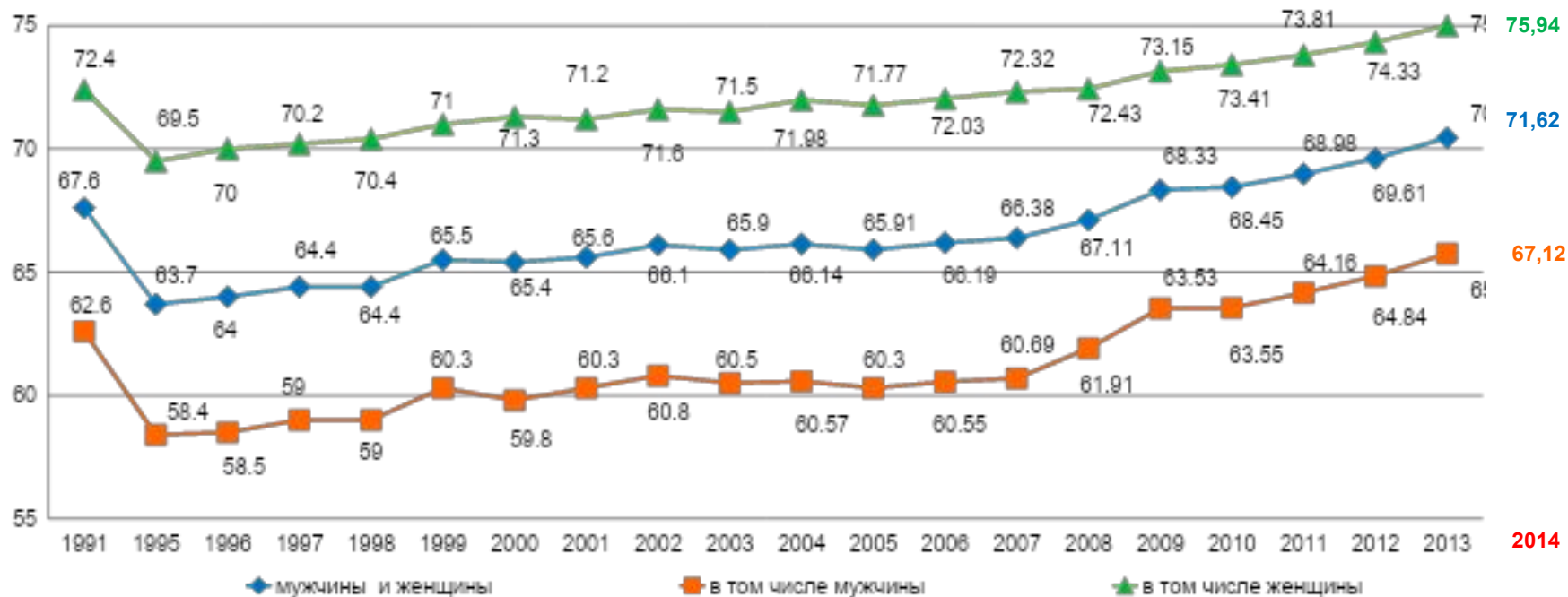
•рождаемость – на **5,7%**

•естественный прирост – на **11%**

СНИЗИЛАСЬ

•смертность – на **2,7%.**

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ РК (1991, 1995, 2000-2013 гг.)



С 1995 года **УВЕЛИЧИЛАСЬ**
ОПЖ:

общая – на **12,4%**

у мужчин – **14,9%**

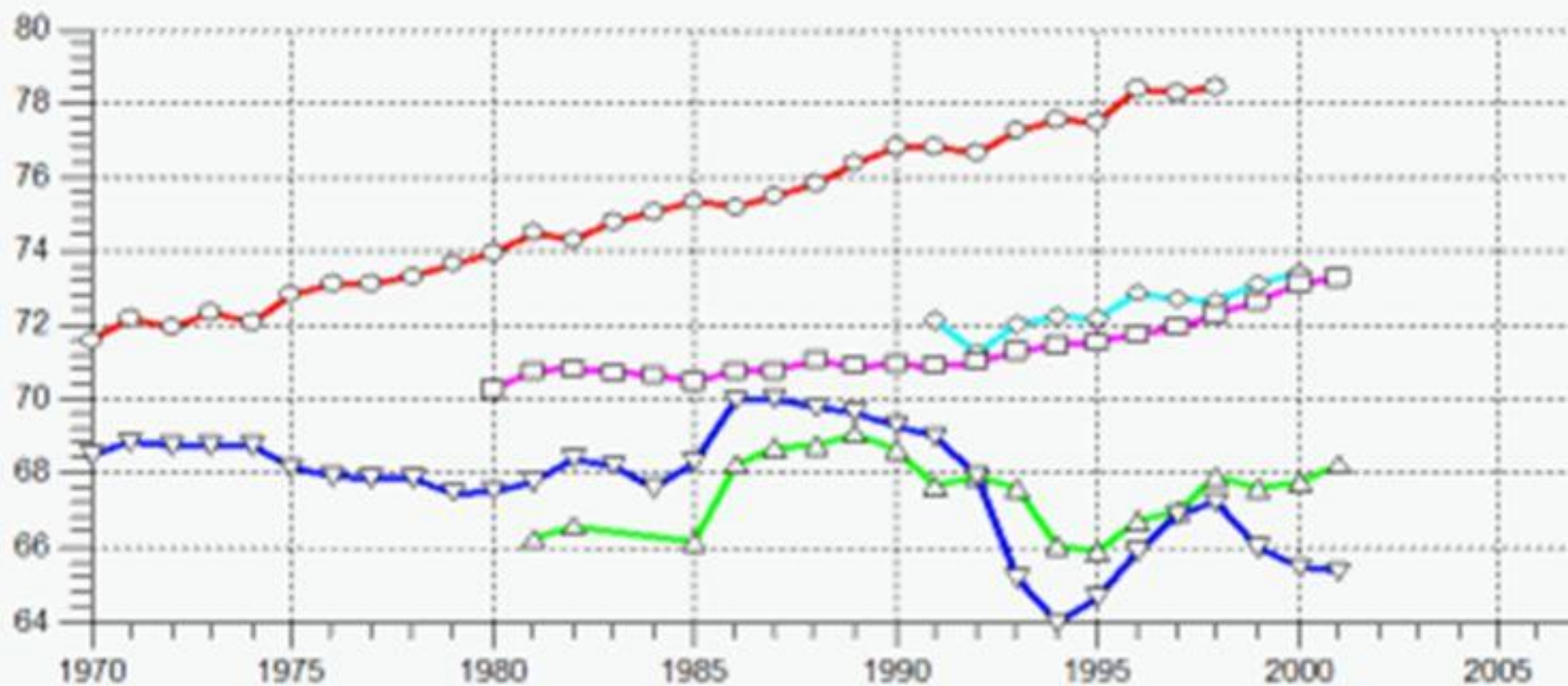
у женщин – на **9,3%**

Имеются гендерные различия в ОПЖ -
женщины живут на 8,82 года дольше
мужчин

Продолжительность жизни

Продолжительность жизни,
годы с рождения

060101 +



—○— Израиль
—△— Молдавия
—▽— Россия

—◇— Македония
—□— Восточная Европа
в среднем

Факторы, определяющие здоровье

Социально-экономические факторы

- условия труда
- жилищные условия
- материальное благосостояние и т.д.

Социально-биологические факторы

- возраст родителей
- пол
- течение антенатального периода и т.д.

Экологические и природно-климатические факторы

- загрязнение среды
- средне-годовая температура
- уровень солнечной радиации и т.д.

Организационные или медицинские факторы

- качество мед. помощи
- доступность медико-социальной помощи и т.д.

«Социальная обусловленность здоровья» – это, прежде всего решающее воздействие социальных факторов и условий

Социальный условия непосредственно обусловлены общественным строем, социально-экономической и политической структурой общества

Социальные факторы – это условия труда, отдыха, питания, жилья, образования, учебы, воспитания, культурные потребности, взаимоотношения между людьми, т.е. качество жизни и другие конкретные проявления общественной и коллективной жизни.

Состав демографической ситуации и влияющие на нее факторы



Общественное и индивидуальное здоровье



Общественное – это здоровье группы людей или всего населения страны.

Зависит не только от самого человека.

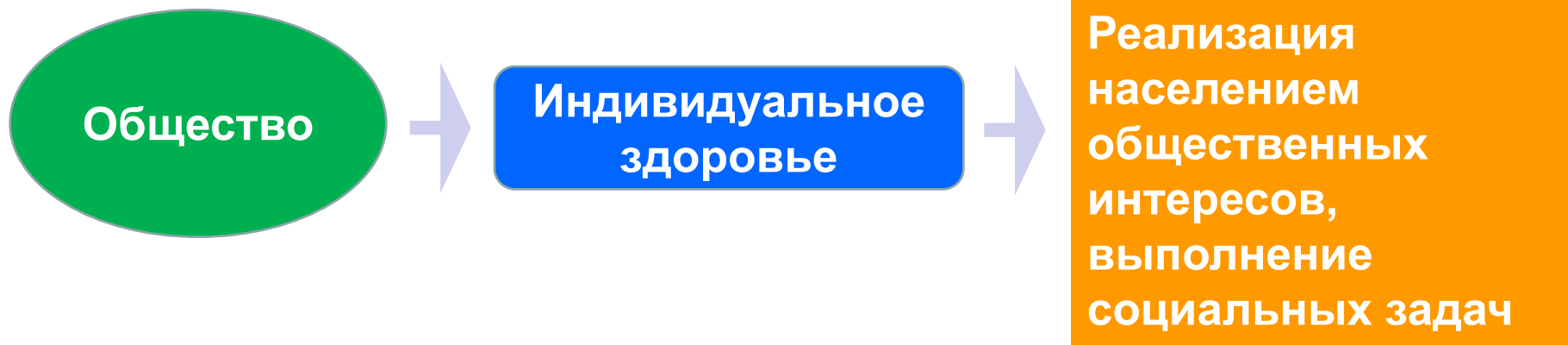
Индивидуальное здоровье – это здоровье одного конкретного человека.

Зависит от него самого, от его мировоззрения, от культуры его здоровья.

Взаимосвязь общественного и индивидуального здоровья

- **Здоровье** – важнейшая характеристика человеческого и трудового потенциала, человеческого капитала и качества жизни.
- Экспертами ВОЗ доказано, что «улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведет к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта».

Здоровье – социальный феномен



Факторы риска инфекционных и неинфекционных заболеваний

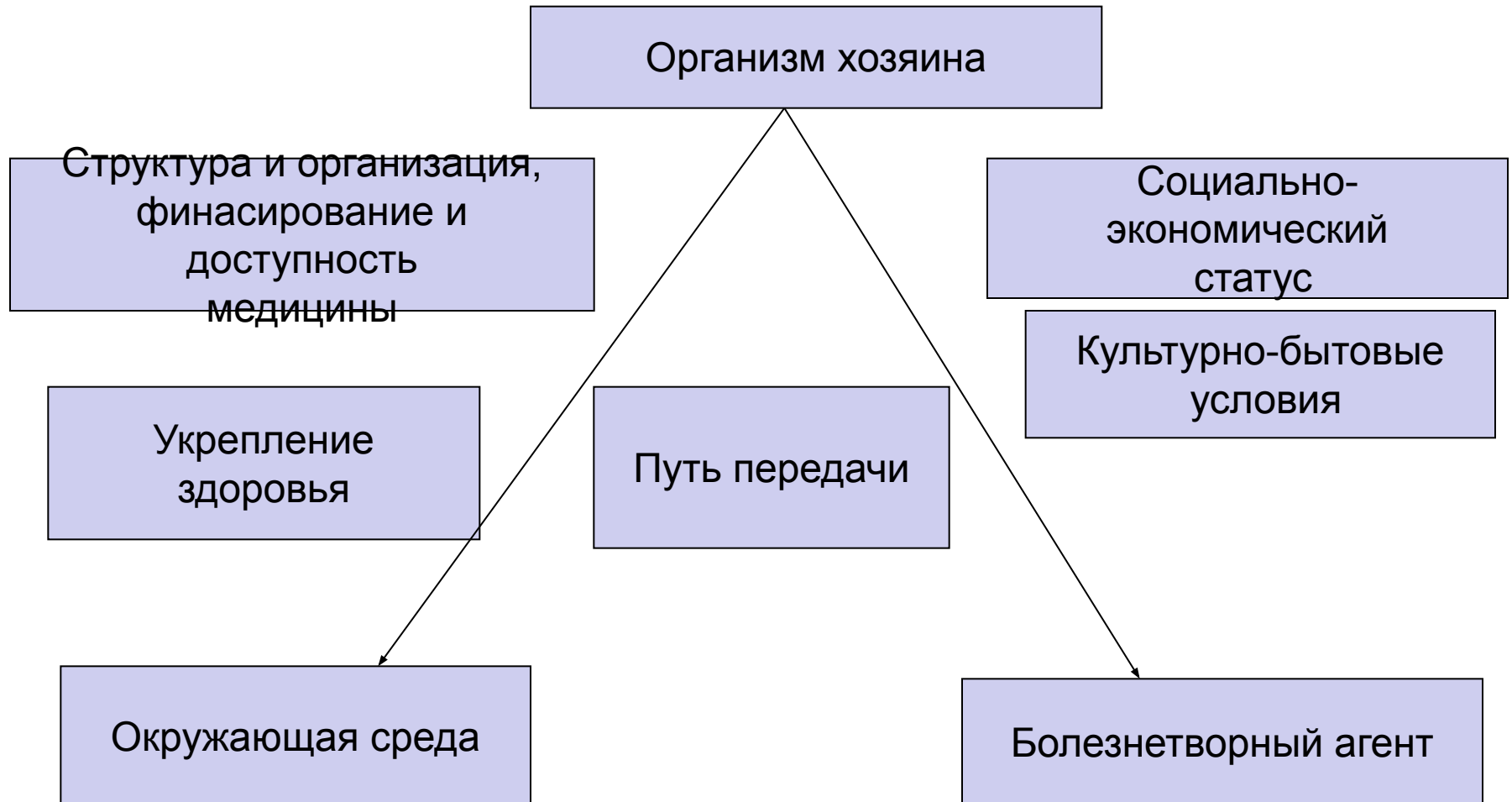
- 1) нездоровый образ жизни** (неполноценное питание, в том числе недостаточное потребление белков, витаминов, растительных жиров, фруктов и овощей, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, наркомания и др.);
- 2) наследственные генетические нарушения** в организме человека;
- 3) неблагоприятные экологические факторы** (загрязнение воздуха, повышенные концентрации химических веществ в питьевой воде и продуктах питания, повышенная радиация);
- 4) неблагоприятные санитарно-гигиенические условия** на рабочих местах у работников производственных предприятий;
- 5) психо-социальный стресс** – неблагоприятная социально-экономическая ситуация.

- **заболеваемость** инфекционными болезнями, иначе **инфекционная заболеваемость**, характеризует степень распространения инфекции; если показатели заболеваемости свидетельствуют о неблагополучии в отношении той или иной инфекции, они сами по себе служат предпосылкой для проведения исследовательских работ и практических мероприятий с целью ограничения или ликвидации инфекции.
- Более подробный анализ заболеваемости в случае инфекционных болезней предполагает выделение и отдельное рассмотрение ее составляющих:
 - **заболеваемость** в разных возрастных группах;
 - распределение заболеваемости по месяцам и временам года (**сезонность**);
 - **заболеваемость** по тяжести течения и исходам;
 - **заболеваемость** по профессиональным и иным социальным группам населения (например, среди наркоманов);
 - **заболеваемость** по районам внутри изучаемой территории;
 - **заболеваемость** по интенсивности эпидемического процесса: эпидемии, вспышки, спорадические заболевания;
 - **заболеваемость** человека в связи с заболеваемостью домашних (сельскохозяйственных) и диких животных;
 - **заболеваемость** в связи с вакцинацией и т. д.

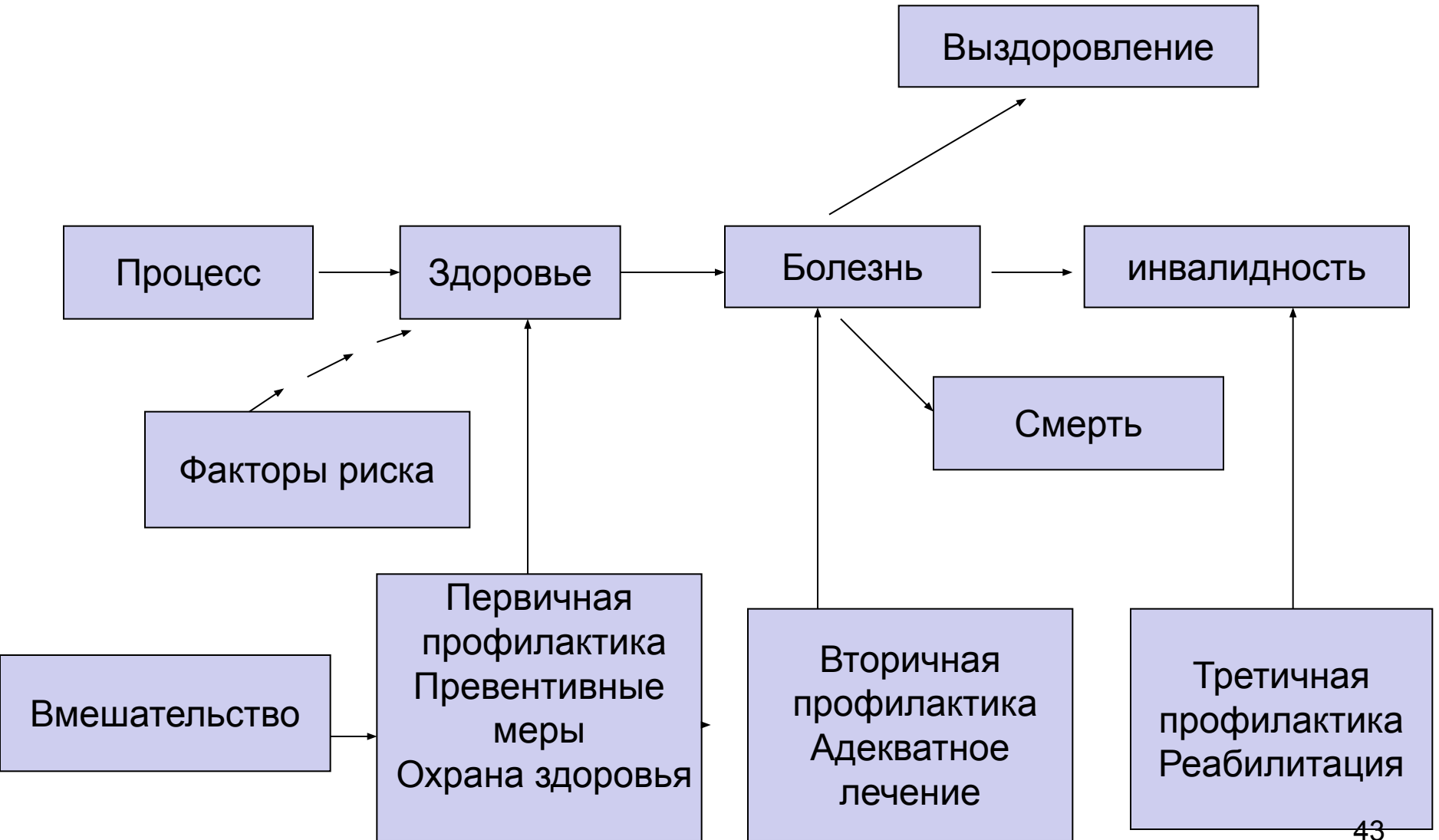
- В Европейском регионе ВОЗ каждый час регистрируется 49 новых случаев и 7 смертельных исходов от туберкулеза. Среди 27 стран мира, на которые приходится 85% случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, 15 – находятся в Европейском регионе.

- В странах Восточной Европы и Центральной Азии лишь 23% лиц, инфицированных ВИЧ, имеют доступ к антиретровирусной терапии – один из наиболее низких показателей в мире.
---- Около 85% смертности в Регионе приходится на неинфекционные заболевания, основными причинами смерти являются сердечно-сосудистые заболевания и рак

Механизм развития заболеваний и патологических состояний (патогенез)



Процесс «здоровье-болезнь» и вмешательства



Профилактика

- Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства
- Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия
- Выделяют индивидуальную и общественную профилактику.

Комплексная программа охраны здоровья

- **Укрепление и охрана здоровья** - комплекс законодательных, социальных и экологических мер, направленных на устранение или ограничение факторов риска, болезней, травматизма и смерти
- **Первичная профилактика** — это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.)
- **Вторичная профилактика** — это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Выявление и эффективное лечение на ранних стадиях заболеваний, предотвращая развития осложнений (лечение диабета, как мера профилактики слепоты)
- **“Третичная профилактика”** как комплекс мероприятий по предотвращению осложнений и инвалидности или нежелательных последствий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности, цель: восстановление оптимальных функций организма после перенесенного заболевания: социальная (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовая (возможность восстановления трудовых навыков), психологическая (восстановление поведенческой активности личности) и медицинская (восстановление функций органов и систем) реабилитацию (реабилитация после инсульта, инфаркта).

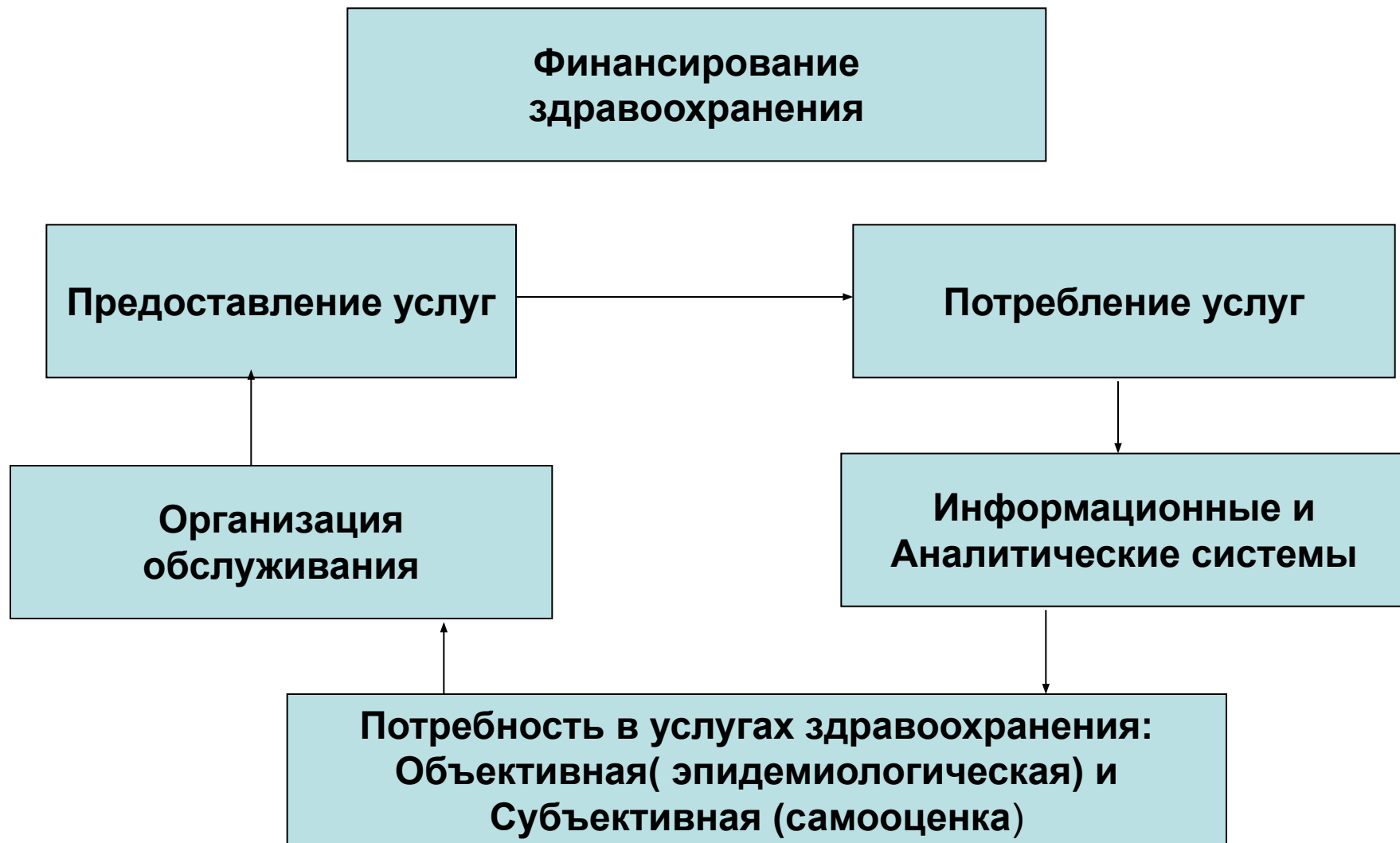
Название болезни	Первичная профилактика	Вторичная профилактика
Корь	Вакцинация У взрослых начало стадии Витамин А	Иммунизация во время эпидемий Лечение осложнений
Холера	Санитарное просвещение Контроль за системой канализации Хлорирование воды	Санитарное просвещение Оральная регидратация
Вирусный гепатит	Гигиена и просвещение Иммунизация групп повышенного риска	Санитарное просвещение Контроль за препаратами крови и инструментарием
Инсульт	Регулярное измерение АД Отказ от вредных привычек	Выявление и лечение АГ Ранняя реабилитация Устранение стрессов



Критерии необходимости вмешательства общественного здравоохранения

- **Общественная озабоченность** – общественные организации, масс-медиа, индивидуальная деятельность
- **Эпидемиологические и клинические потребности** – смертность, заболеваемость, инвалидность, физиологические показатели
- **Доступные медицинские технологии** – эффективность предполагаемых средств, безопасность, опыт, этическая приемлемость, экономические возможности
- **Создание профессиональных стандартов деятельности** – положительные практические результаты
- **Затраты и результаты** – прямые затраты на систему здравоохранения
- **Косвенные затраты** – индивидуальные, семейные, общественные
- **Качество жизни** – укрепление и охрана здоровья

Менеджмент в здравоохранении



Причины неэффективного расходования средств здравоохранения

- постоянно растущие в целом расходы на обеспечение потребностей медицинского обслуживания населения
- инфляция
- увеличение доли людей пожилого и престарелого возраста, являющихся, как известно, одними из основных "потребителей" бюджета здравоохранения
- технологический прогресс, появление и внедрение в систему здравоохранения новых, улучшенных и, как правило, более дорогих технологий способствует значительным успехам медицины и в то же время росту медицинских затрат
- новые лекарственные препараты
- рост заработной платы врачебного и неврачебного персонала

Различные способы измерения эффективности финансирования здравоохранения

Изыскание поступлений

Ключевые вопросы:

Эффективность, стабильность и устойчивость в производстве поступлений; эффективность объединения и перераспределения рисков

Примеры инструментов:

Бремя налогообложения, распределение государственных субсидий, степень охвата страхованием (формальным и неформальным)

Отдача медицинского обслуживания

Ключевые вопросы:

Эффективность отдачи обслуживания на вложенный доллар; доступность; качество; удовлетворенность пациентов и выбор пациентов

Примеры инструментов:

Затраты на единицу оказанных эффективных услуг различными учреждениями; системы оплаты, организационные и управленческие структуры.

Состояние здоровья и результаты работы здравоохранения

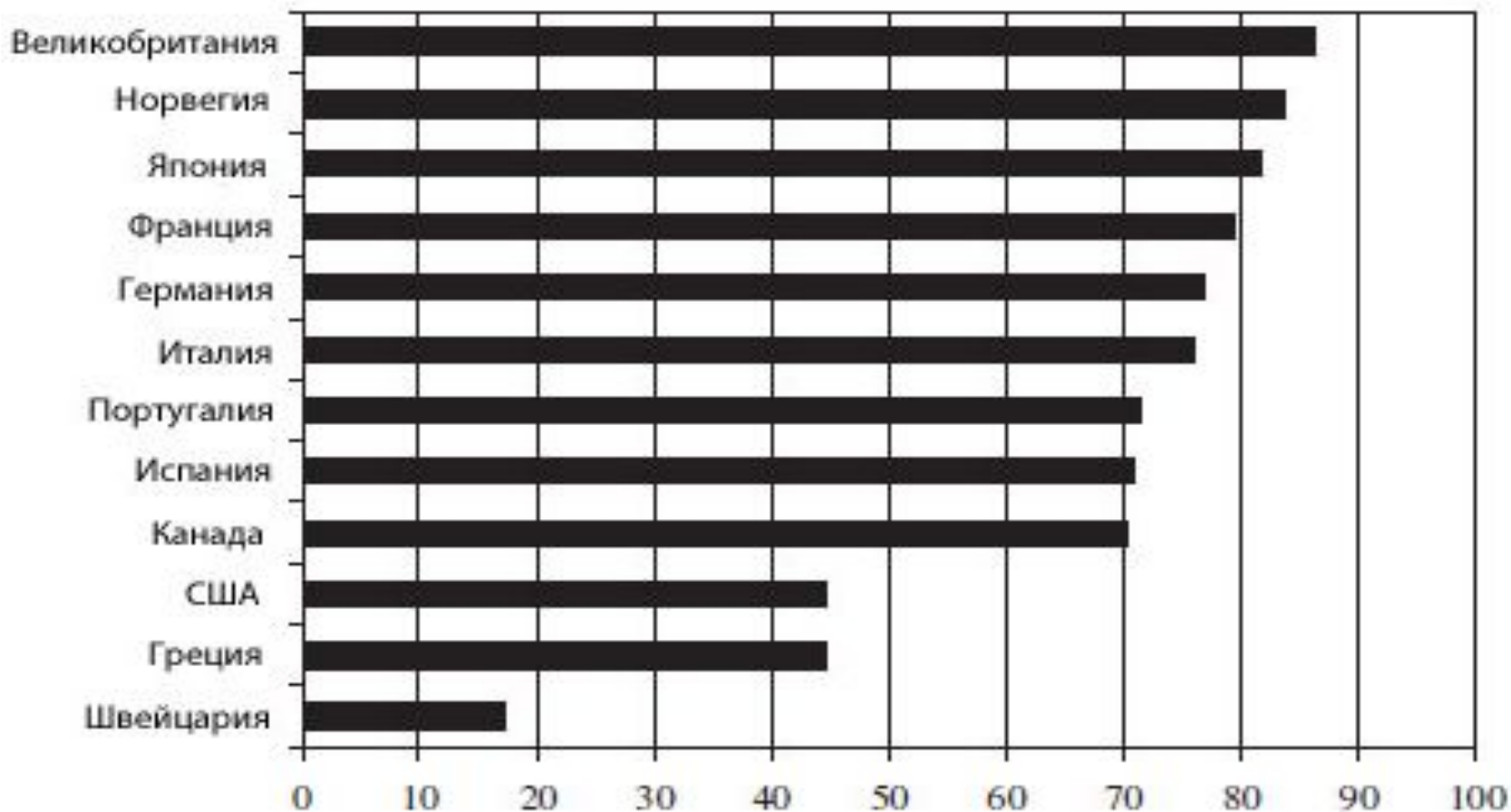
Ключевые вопросы:

Межотраслевые детерминанты здоровья, включая медицинское обслуживание, поведение в быту, статус и образование женщин, водоснабжение и канализация, окружающую среду, питание и изменение образа жизни.

Примеры инструментов:

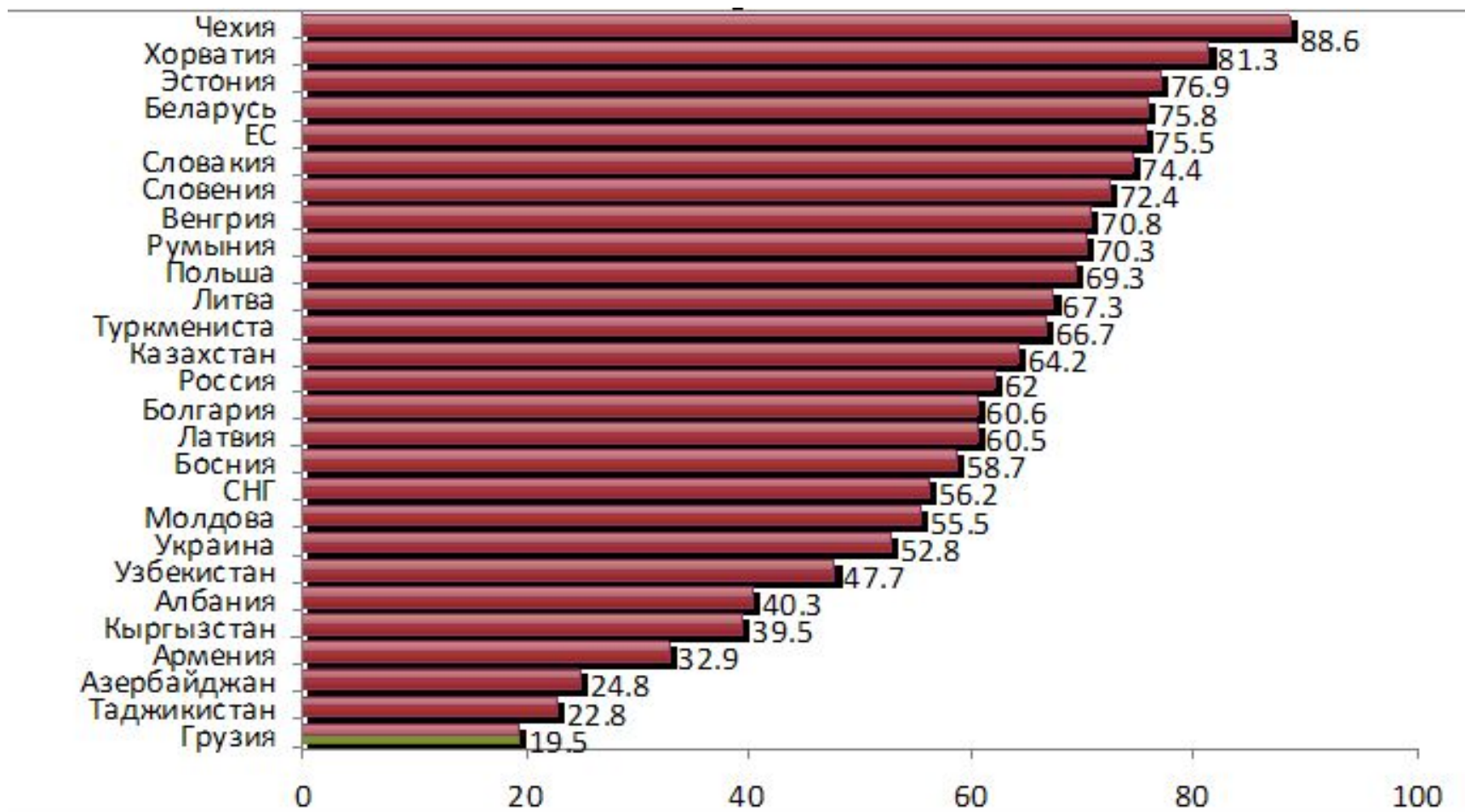
Снижение уровня смертности и патологий (увеличение продолжительности жизни, снижение детской смертности, спасенные годы жизни на один доллар).

Доля государства в совокупных расходах на здравоохранение, %

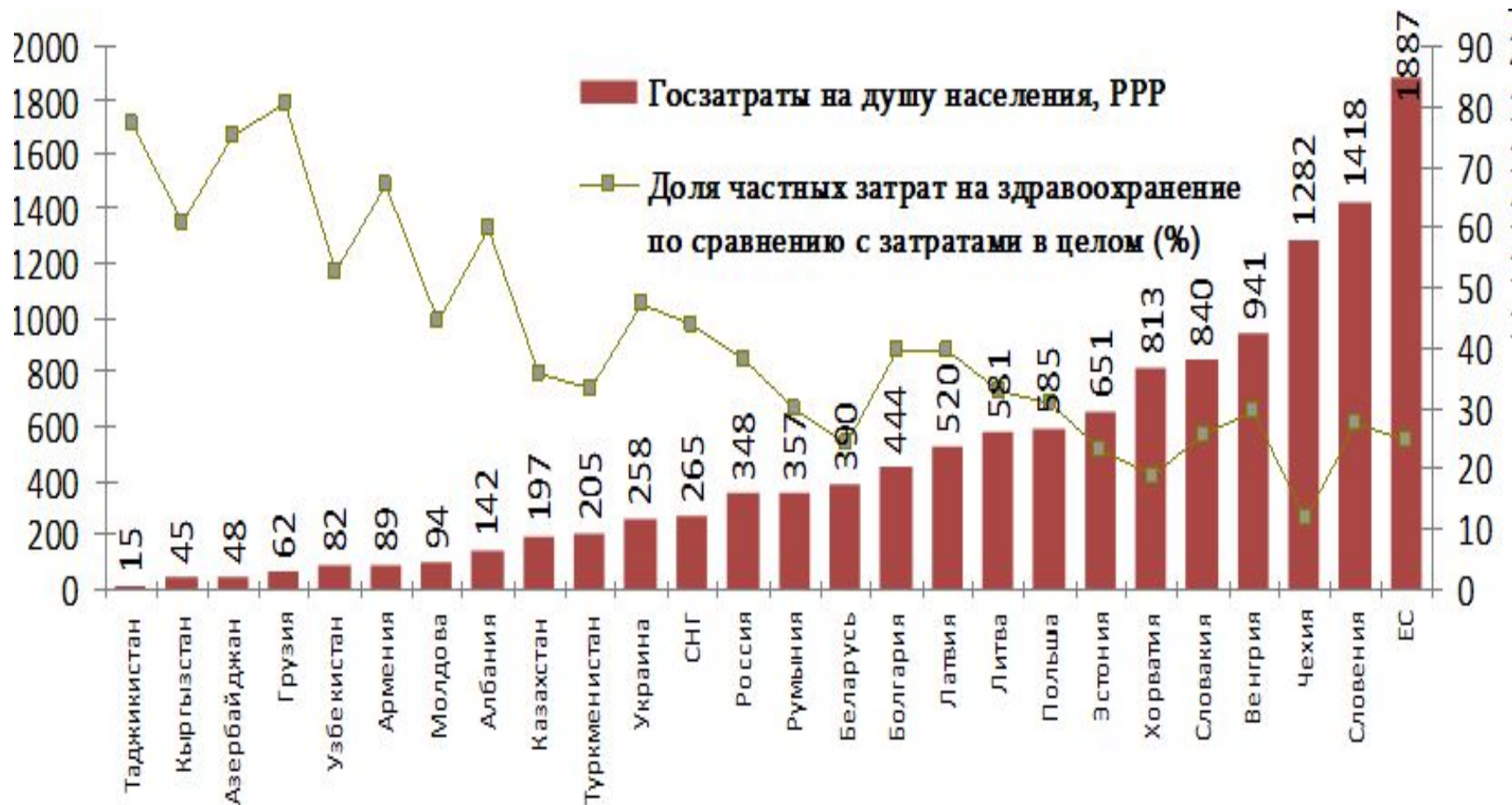


Источник: OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries. Organization for Economic Cooperation and Development, July 2007 (данные за 2004 год)

Доля затрат на здравоохранение в общих государственных расходах (2005 г) ВОЗ



Государственные затраты на душу населения (PPP) и доля затрат с собственного кармана в общих расходах (2005 г)



Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан

Обзор расходов здравоохранения в 2007–2012 годах

Расходы на здравоохранение в 2012 году

1 трлн. 150 млрд. тенге

68 тыс. тенге на 1 жителя = 456 долл. США

3,8 % к ВВП

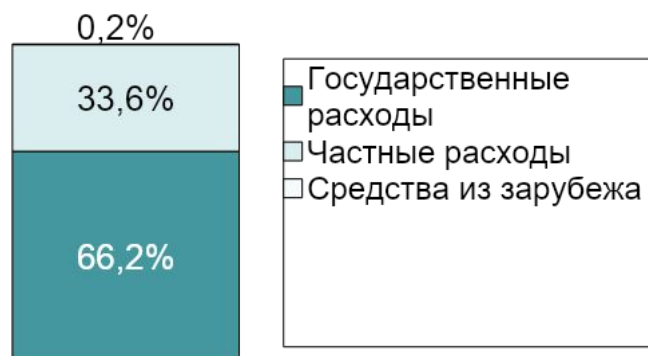
Структура расходов на здравоохранение в 2007-2012 гг., в % к ВВП



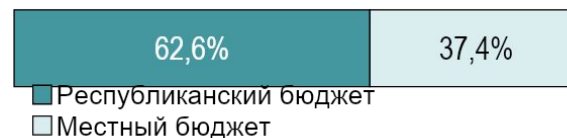
Динамика общих расходов на здравоохранение в номинальном и реальном исчислении к 2007 году, 2010-2012 гг., на 1 жителя, в тыс. тенге



Структура общих расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования (2012 год)



Государственные расходы

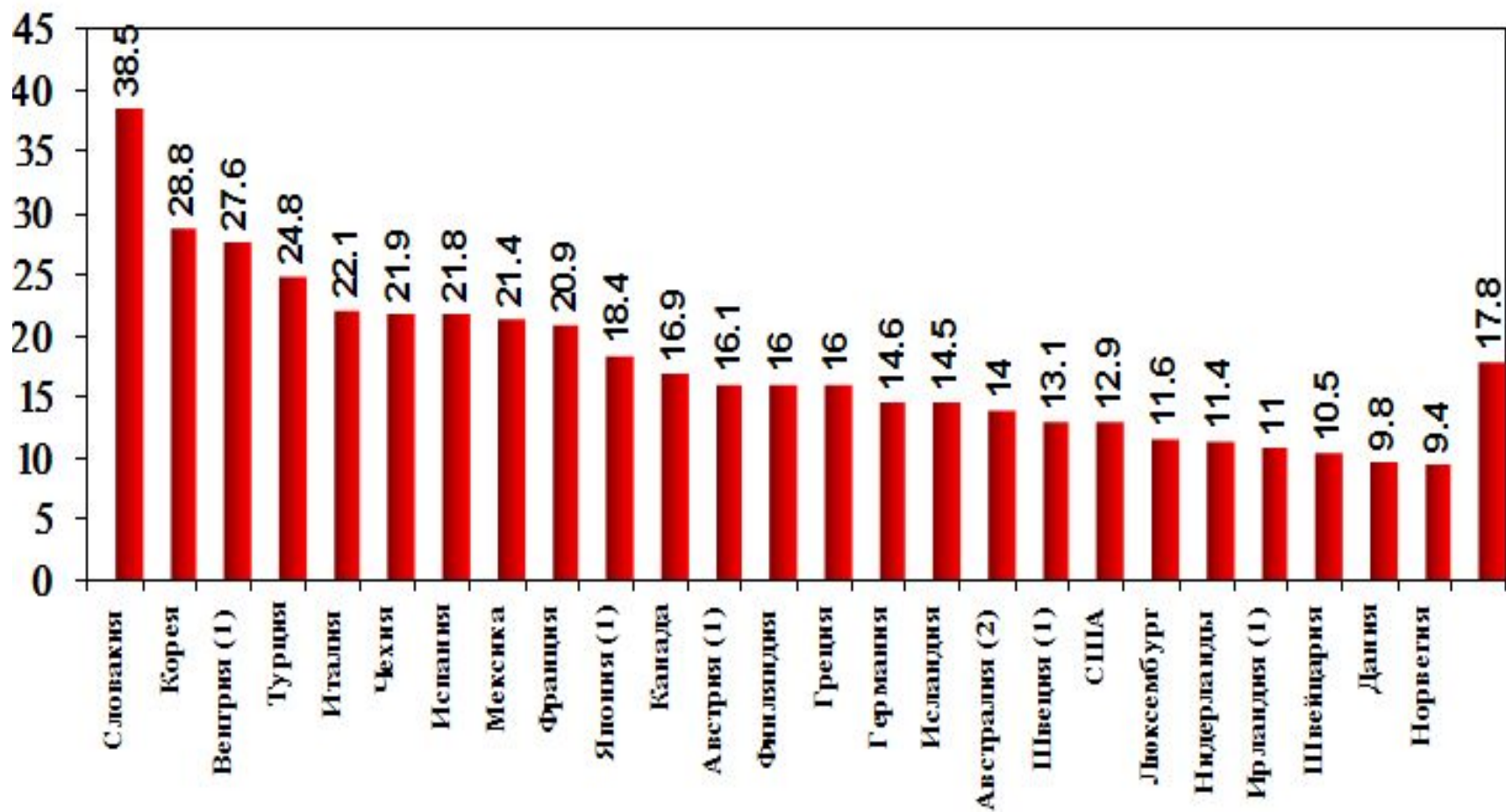


Частные расходы

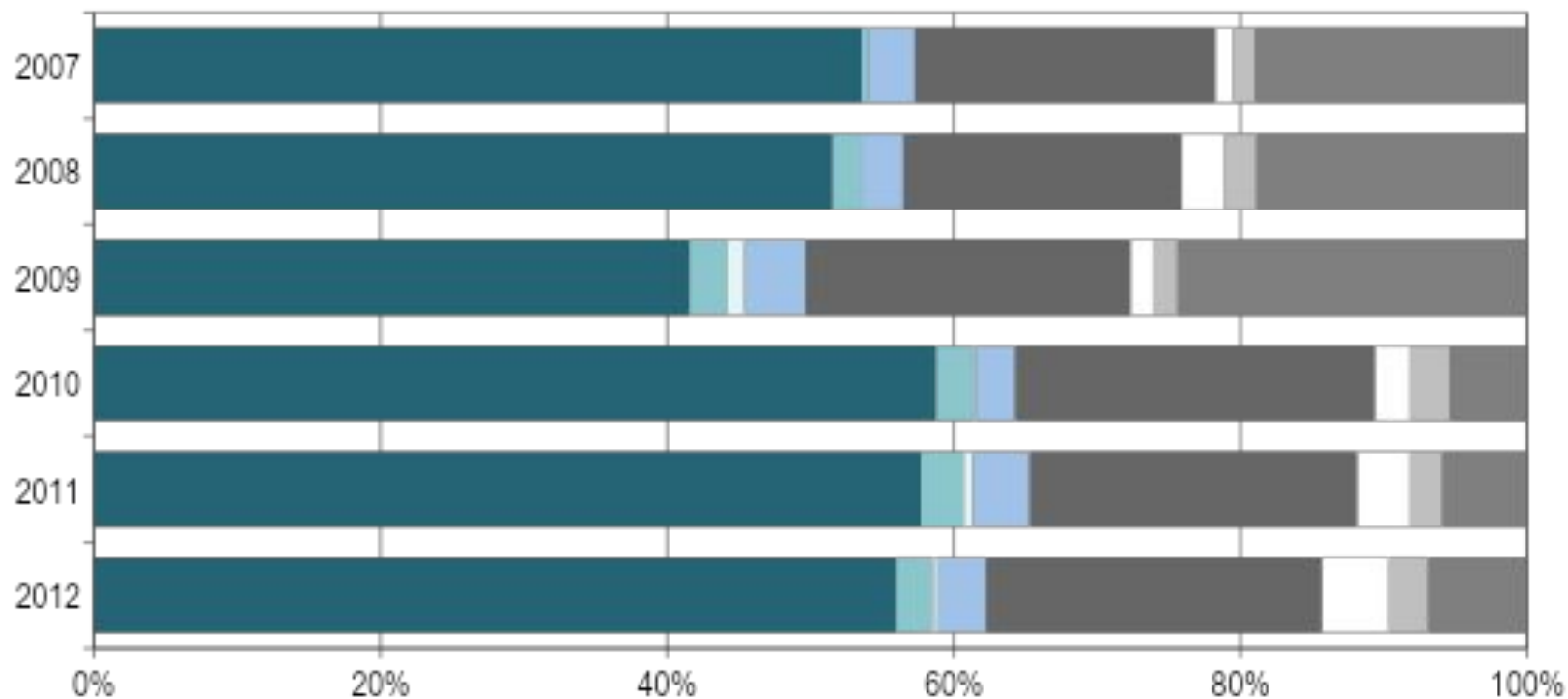


Код	Наименование источников финансирования (доходы схем финансирования)	Расходы в млрд. тенге	Расходы, в %
FS.1	Государственные средства	761,6	66,2
FS.1.1.1	Средства республиканского бюджета	476,9	41,5
FS.1.1.2	Средства местного бюджета	284,7	24,8
FS. 5 - FS. 6	Частные средства	386,1	33,6
FS.5.1	Добровольное страхование граждан	14,8	91% 1,3
FS.6.1	<u>Прочие поступления от домохозяйств</u>	<u>351,5</u>	<u>30,6</u>
FS.6.2	Прочие поступления от корпораций	18,9	1,6
FS.6.4	Прочие частные средства	0,4	0
FS.6.4.1	Доход от основных средств частных организаций	0,5	0
FSR.1.1.1	Государственный займ	2,6	0,2
Всего		1.150	100

Доля расходов на медикаменты из общих расходов на здравоохранение

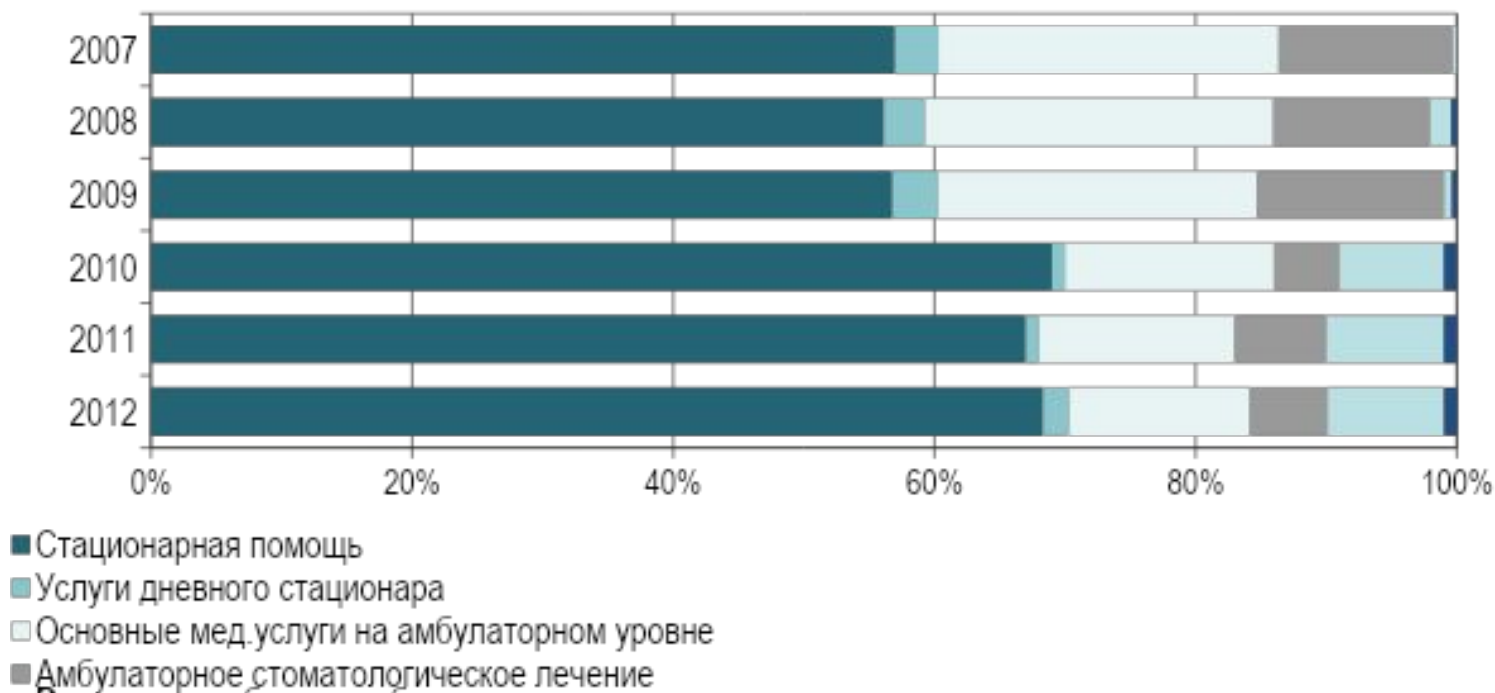


Динамика структуры расходов в разрезе функций здравоохранения (2007-2012 годы, в %)



- НС.1 Услуги лечения
- НС.2 Реабилитационное лечение
- НС.3 Долгосрочный медицинский уход
- НС.4 Вспомогательные услуги
- НС.5 Предоставление медицинских товаров

Динамика структуры расходов по функции "Услуги лечения" (НС. 1.) (2007-2012 годы, в %)



Динамика расходов на некоторые виды медицинских услуг (2010-2012 годы, в млрд.тенге)

Наименование услуг	2010	2011	2012
Медицинские услуги на стационарном уровне	208,2	275,4	350,9
- высокоспециализированная стационарная медицинская помощь	15,0	21,7	43,4
Лечение в дневном стационаре	12,7	15,4	20,6
Медицинские услуги на амбулаторном уровне	145,7	200,0	244,3

Методики, используемые при экономическом анализе эффективности здравоохранения

Оценка эффективности здравоохранения

- Народно-хозяйственная,
- Внутренняя эффективность экономических процессов и мероприятий в здравоохранении

Прямой эффект - увеличение количества и повышение качества услуг.

Косвенный – увеличение выпуска продукции в прочих отраслях народного хозяйства за счёт увеличения потенциала здоровья и роста производительности труда.

Годы жизни с поправкой на инвалидность (DALY)

Единица измерения общего ущерба, связанного с заболеваниями, и эффективности медицинского вмешательства, выражающейся в снижении показателей заболеваемости.

Объединяет потерянные годы жизни из-за преждевременной кончины (ПГЖ) с потерянными годами из-за нетрудоспособности (ПГиН)

Годы жизни с поправкой на качество жизни (QALY)

Единица измерения, отражающая как качество, так и продолжительность жизни, обеспеченные в результате осуществления программ здравоохранения.

Рассчитывается при учете двух и более аспектов состояния здоровья: – болей, функциональных нарушений, психического статуса - способность осуществлять уход за собой, а также социальной полезной деятельности – ведения домашнего хозяйства

Результативность затрат на систему здравоохранения

	2010 год	2011 год	2012 год	Конверсия в денежном выражении**, млрд. тенге
Материнская смертность	22,7	17,4	13,5	
DALY *	6,3	5,6	5,0	31,4
Детская смертность	16,5	14,8	13,5	
DALY *	4,4	8,9	3,7	16,3
Болезни системы кровообращения	404,8	309,6	309,2	
DALY*	243,6	99,2	85,2	4262,7
Цереброваскулярные болезни	6,8	7,5	14,9	
DALY*	28,1	17,3	13,6	390

* потерянные годы здоровой жизни на 1000 населения

** сокращенные потери

Предлагаем проведение исследования по эффективности внедрения клинических руководств

Клиническое руководство «Внебольничная пневмония у детей»

1. Рекомендация: Госпитализация в стационар детей, у которых сатурация крови кислородом составляет $<92\%$.

2. Рекомендация: Оксигенотерапию следует проводить пациентам, у которых насыщение крови кислородом составляет 92% или $<92\%$ на воздухе.

Требуемые вложения: Оснащение пульсоксиметрами приемных покоев, бригад Скорой помощи и пульмонологических отделений стационаров.

Ожидаемый результат: Уменьшение случаев несвоевременной госпитализации детей с внебольничной пневмонией, снижение количества необоснованного назначения оксигенотерапии детям с внебольничной пневмонией, количества необоснованных направлений в реанимационное отделение – снижение затрат на стационарную помощь.

3. Рекомендация: Рентгенография грудной клетки не должна применяться в качестве рутинного исследования для детей, у которых предполагается наличие внебольничной пневмонии.

Вложений не требуется.

Ожидаемый результат: Снижение количества необоснованного рентгенологического обследования детей с внебольничной пневмонией – снижение затрат на рентген-исследования.

Болезни системы кровообращения как социально-гигиеническая проблема

- Болезни системы кровообращения занимают **второе** место в структуре общей заболеваемости (около 16%) и **первое место** — среди причин смерти (уровень смертности составляет более 980 случаев на 100000 жителей)
- интенсивно увеличивается среди мужчин в возрасте 40—50 лет
- Сердечно-сосудистые заболевания занимают сегодня первое место среди причин инвалидности населения. При этом 4% мужчин получают I группу, 60% — II группу инвалидности. У женщин эти показатели немного ниже. Среди причин инвалидности преобладают ишемическая и гипертоническая болезни, сосудистые поражения мозга, ревматизм.

- Распространение избыточного веса и ожирения у детей 11 – 15 лет колеблется по разным странам от 3 -30%, и во всех странах свыше 50% не имеют достаточного уровня физической активности, а среди детей 13-15 лет еще выше %.
- По последним оценкам Всемирной организации здравоохранения, более миллиарда человек на планете имеют лишний вес.
 - Эта проблема коснулась всех слоев населения независимо от социальной и профессиональной принадлежности, возраста, места проживания и пола. В развитых странах мира на лечение ожирения приходится 8-10% от всех годовых затрат на здравоохранение.



Факторы риска возникновения ишемической болезни сердца

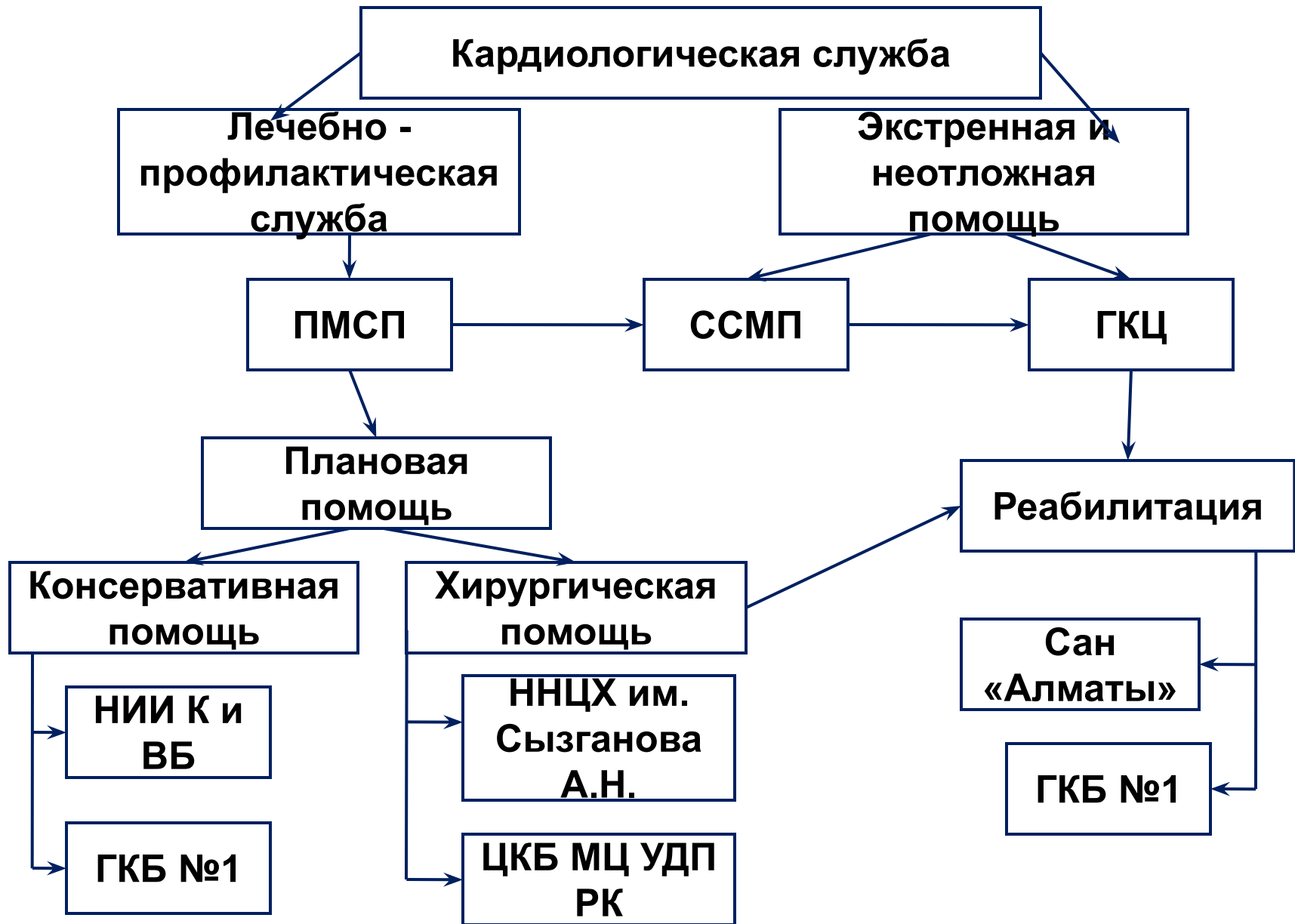
1) социально-культурные

- потребление высококалорийной
- богатой насыщенными жирами и холестерином
- курение
- сидячий (малоактивный) образ жизни
- нервный стресс

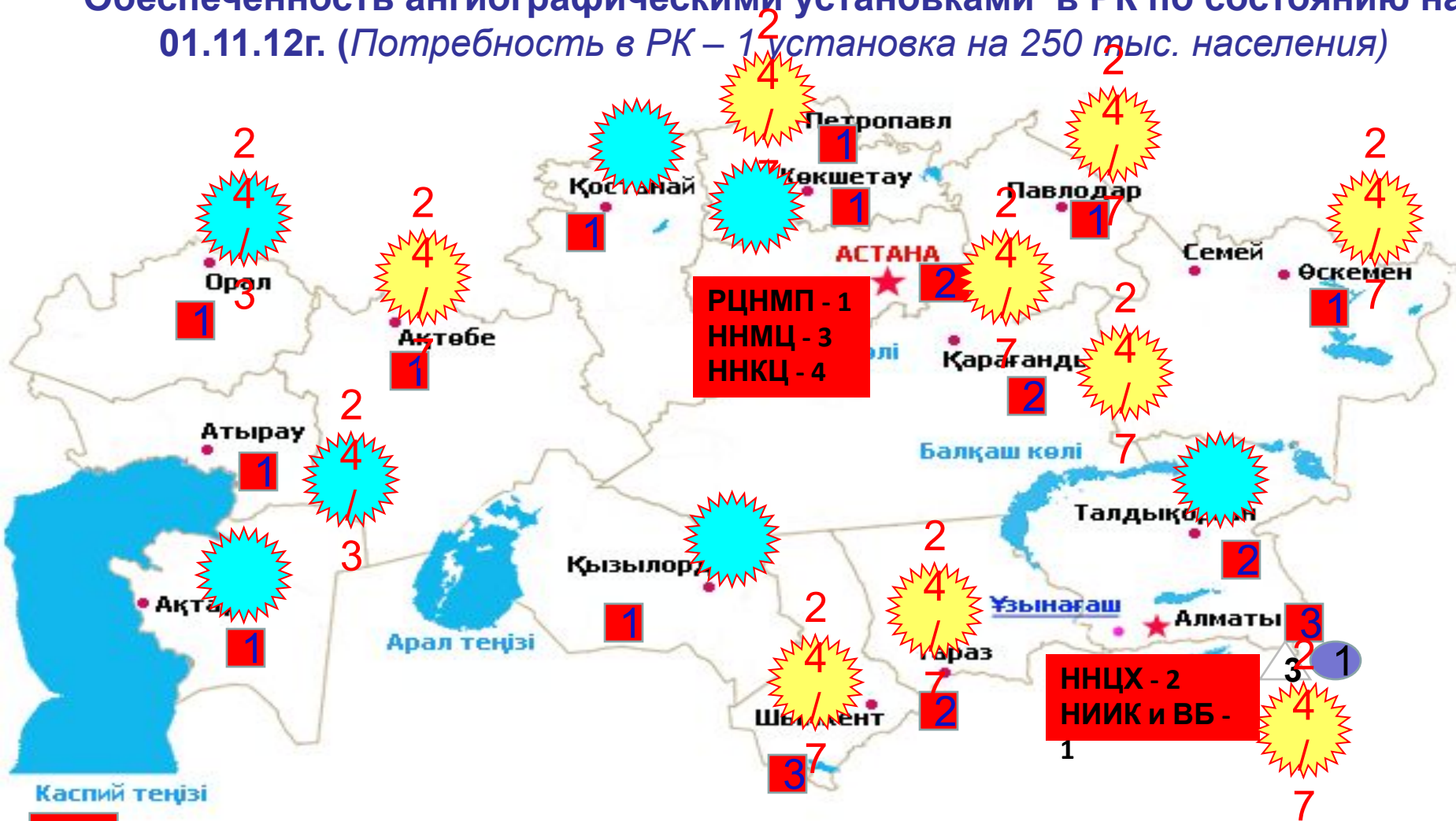
2) “внутренние” факторы риска

- артериальная гипертония
- гиперхолестеринемия
- нарушенная толерантность к углеводам
- ожирение (избыточная масса тела)
- наследственность.





Обеспеченность ангиографическими установками в РК по состоянию на 01.11.12г. (Потребность в РК – 1 установка на 250 тыс. населения)



40 Всего по РК 40 действующих установок

19 Центров в 16 регионах работают в ургентном режиме

8 Центров работают в ургентном режиме 24/7/365

3 Ангиографические установки в частных клиниках «Sema hospital», «Privat clinic», TOO "Burc Medical"

1 г. Алматы Центральная клиническая больница Управления делами Президента РК

Сеть медицинских организаций, оказывающих кардиохирургическую помощь населению РК



□ Всего организовано 41 кардиохирургических центров, из них:

□ 7 центров республиканского уровня - г. Астана (ННМЦ, ННКЦ, НЦНМП, НЦМД); г. Алматы (ННЦХ им.А.Сызганова, НИИКВБ, НЦПиДХ).

□ 11 региональных кардиоцентров: Алматы (2 МО), Актобе, Караганда, Кызылорда, Петропавловск, Павлодар, Талдыкорган, Уральск, Шымкент, Тараз (ЧМС).

□ 11 многопрофильных стационаров – в 10 регионах (в Алматы – ЦКБ УДП РК, ТОО «Burg medical»).

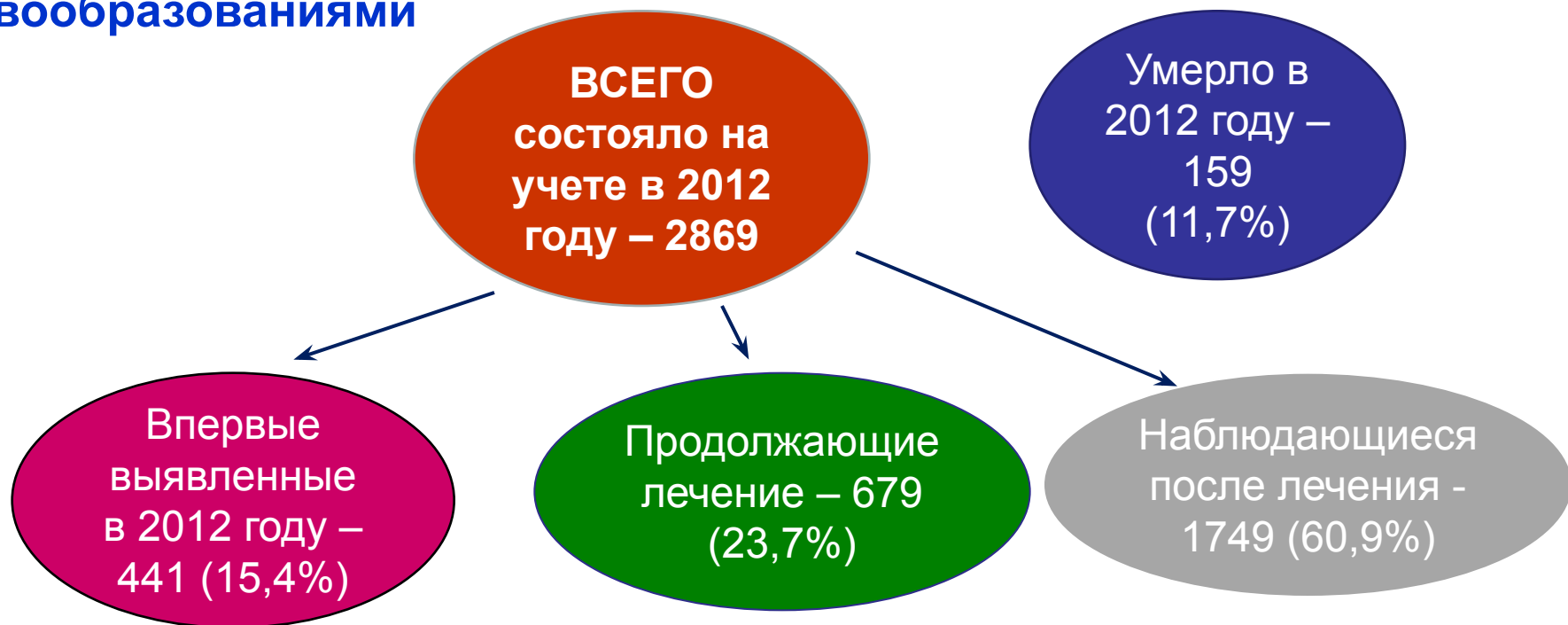
Злокачественные новообразования как социально-гигиеническая проблема

- Второе место в структуре причин смертности населения в экономически развитых странах с 40—50-х годов занимают злокачественные новообразования
- группы 25—34 года смертность несколько выше у мужчин, 35 лет — у женщин, а в возрасте 55—64 лет значительно больше умирает мужчин. В целом смертность мужчин превышает смертность женщин.
- В разных возрастных группах мужчин и женщин имеются и различия в локализации злокачественных новообразований: в возрасте 25—40 лет у женщин преобладает рак половых органов, у мужчин — рак легких и рак желудка.
- Стремительно возросла за последние 25—30 лет смертность от рака органов дыхания, и прежде всего у мужчин старших возрастных групп.

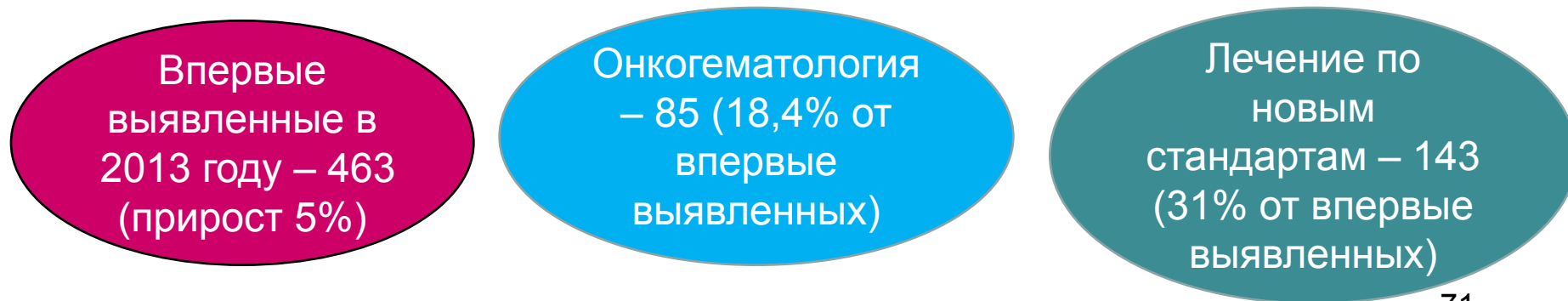
Показатели работы онкологических диспансеров, кабинетов и отделений

- объем и эффективность массовых и индивидуальных профилактических осмотров населения, проводимых в целях раннего выявления злокачественных новообразований и предопухолевых состояний
- удельный вес больных с запущенными формами онкологических заболеваний среди впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями
- осведомленность населения о ранних признаках рака и других опухолей, их излечимости при своевременном обращении за медицинской помощью (метод анкетирования и др.)
- отдаленные результаты лечения
- обеспеченность химиопрепаратами последнего поколения

Контингент детей, больных злокачественными новообразованиями



Прогноз на 2013 год



Целевые индикаторы



Уровни оказания онкологической помощи в РК



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ.
ВСМП

Министерство
здравоохранения РК

РСКДО

Казахский НИИ
онкологии и радиологии

Канцер
регистр

1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ, МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
2. РАЗРАБОТКА ЕДИНЫХ СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММ
3. РАЗРАБОТКА ЕДИНЫХ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ
4. ПОЭТАПНЫЙ ТРАНСФЕРТ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
5. ПОДГОТОВКА КАДРОВ
6. РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
7. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАНЦЕР-РЕГИСТРА

ОБЛАСТНОЙ.
СМП, ВСМП

СКДО

Онкологические
диспансеры

ДНЕВНЫЕ
СТАЦИОНАРЫ

1. КОНТРОЛЬ ЗА ПРОВЕДЕНИЕМ И РЕЗ-ТАМИ СКРИНИНГА
2. КОНТРОЛЬ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕМ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ
3. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДИСПАНСЕРН НАБЛЮДЕНИЕ
4. ВНЕДРЕНИЕ ВСМП
5. РАЗВИТИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
6. РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ
7. НЕПРЕРЫВНОЕ ОБУЧЕНИЕ КАДРОВ
8. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАНЦЕР-РЕГИСТРА

СТАЦИОНА
РЫ
ОБЩЕГО
ПРОФИЛЯ

ОТДЕЛЕНИЯ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ

ОТДЕЛЕНИЕ
ПАЛЛИТАИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ

ЦЕНТР
ЯДЕРНОЙ
МЕДИЦИНЫ

1. КОНТРОЛЬ И ВЫПОЛНЕНИЕ МЕД. ПОМОЩИ
2. НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ НА УТОЧНЯЮЩУЮ ДИАГНОСТИКУ
3. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОНКОБОЛЬНЫХ
4. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ И ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ

ОНКОЛОГИЧЕСК
ИЙ
КАБИНЕТ

МАММОЛОГИЧЕСК
ИЙ
КАБИНЕТ

ПРОКТОЛОГИЧЕС
КИЙ
КАБИНЕТ

1. ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА
2. ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ
3. СВОЕВРЕМЕННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ К РАЙОНКОЛОГУ,
4. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ОНКОКАБИНЕТАМИ
5. ФОРМИРОВАНИЕ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ
6. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
7. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ЖЕНСКОЙ СМОТРОВОЙ
КАБИНЕТ

МУЖСКОЙ СМОТРОВОЙ
КАБИНЕТ

ПАЦИЕНТ

Формы медицинской помощи онкологическим больным

Районколо
г

Пациен

Онкодиспансе

Мультидисциплинарная группа
(хирург, радиолог, химиотерапевт)

в 2011 году

**Круглосуточный
стационар ОД**

(71,3%)

**Дневной
стационар ОД**

(12,3%)

**Кабинет
амбулаторной
Химиотерапии**

(1,2%)

**Симптоматическое
лечение ПМСП**

(15,2%)

- Хирургическое лечение внутренних локализаций
- Лучевая и химиотерапия при среднем и тяжелом состоянии больного
- Комбинированное лечение

- Малые хирургические вмешательства
- Лучевая терапия при удовлетворит. состоянии больного
- Малотоксичные схемы химиотерапии при удовлетворит. состоянии больного

- Гормонотерапия
- Таблетированная химиотерапия, таргетная терапия

- Декомпенсация по основному заболеванию и /или сопутствующей патологии

к 2013 году

**Круглосуточный
стационар ОД**

(50%)

**Дневной
стационар ОД**

(30%)

**Кабинет
Амб.
Химиотерапии**

(10%)

**Симптоматическое
лечение ПМСП**

(10%)

Уровни и формы лечения онкобольных

Район, город

Область (ОД)

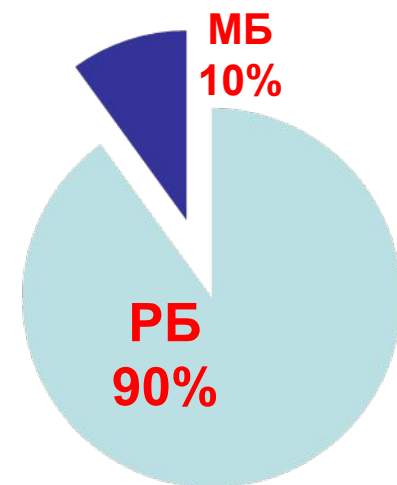
КазНИИОиР

локализации	ПМСП – районный онколог	КАХ (кабинет амб. ХТ ОД)	Дневной стационар	Круглосуточный стационар
КРР, РЛ, РМЖ, РПЖ, РМП	наблюдение, симптоматическая терапия	Таргетная терапия, гормонотерапия аналогами ЛГРГ, бисфосфанаты	Неoadъювантная адъювантная химиотерапия, адъювантная таргетная терапия адъювантная лучевая терапия	Индукционная, химиотерапия, лучевая терапия при метастазах в головной мозг, кости
ОГиШ, мягких тканей, кожа, РШМ, РТМ, РЯ,	наблюдение, симптоматическая терапия		Адъювантная ХТ; адъювантная ЛТ	индукционная химиотаргетная терапия, сочетанная химиолучевая терапия по показаниям
Рак желудка, поджелудочная железа, рак почки,	наблюдение, симптоматическая терапия	Монохимиотерапия фторпиримидинами, таргетная терапия (поджелудочная железа,)		индукционная химиотаргетная терапия, сочетанная химиолучевая терапия по показаниям
Рак пищевода, оп.костей, щитов. Железа, лимфомы	наблюдение, симптоматическая терапия			Индукционная, адъювантная химиотерапия, лучевая терапия

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ



На амбулаторное лекарственное обеспечение необходимо – **7 млрд. тенге**
Фактически в регионах выделяется – **1 млрд. тенге**



Уровни оказания онкологической помощи сельским и городским жителям в РК.

Диагностика ЗН



Доврачебная

смотровой кабинет в СВА и
ГП ЦРБ (средний мед.
персонал)

Активная ранняя диагностика

врач районной поликлиники
врач городской поликлиники

Врачебная по обращаемости

врач районной поликлиники и СВА
врач городской поликлиники

СТАНДАРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Осмотр кожи и слизистых
- Мазок на онкоцитологию
- Пальцевое иссл. прямой кишки

- Маммография
- Мазок на онкоцитологию
- Исследование кала на скрытую кровь

- Осмотр кожи и слизистых
- Мазок на онкоцитологию
- Пальцевое иссл. прямой кишки

ФОРМА ПОМОЩИ

амбулаторно

амбулаторно

амбулаторно

МЕРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ

- Обучение среднего персонала
- Мотивация за каждый выявленный случай раннего рака

- обучение врачей и среднего медперсонала
- мотивация за каждый случай раннего рака;
- повышение информированности населения

- обучение врачей и среднего медперсонала
- мотивация за каждый выявленный случай раннего рака

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА

- пассивное выявление ранних стадий;
- охват только визуальных локализаций;
- низкая квалификация сред.мед. персонала;
- отсутствие мотивации

- активное выявление ранних стадий, как следствие снижение затрат на лечение, повышение качества мед.услуг, удовлетворенность пациентов

- пассивное выявление более 80% больных имеет распространенный процесс (II Б-III, IV стадии)

ЗАТРАТНОСТЬ

НИЗКИЕ

НИЗКИЕ

Уровни оказания онкологической помощи сельским и городским жителям в РК. **Лечение 3Н**



**Спец лечение (СМП)
радикальное
I – III стадия**

**ВСМП
III - IV стадия**

**Симптоматическое лечение
IV стадия**

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Стандартное хир. лечение
- химиотерапия первой линии
- Химиотерапия II и III линии, таргетная терапия
- Лучевая терапия

- Расширенные, комбинированные операции
- Химиоэмболизация
- Комформная ЛТ

- Обезболивание, дезинтоксикационная терапия
- Паллиативное хирургическое лечение

ФОРМА ПОМОЩИ

Круглосуточный и дневной стационар и амбулаторно
Онкодиспансер, КазНИИОиР

Круглосуточный стационар
КазНИИОиР, Онкодиспансер

Амбулаторно, дневной
стационар ПМСП и
круглосуточный ХОСПИС

МЕРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ

- обучение персонала
- улучшение обеспечение лек. препаратами
- обеспечение лучевыми аппаратами
- дифференцированная оплата труда

- обучение персонала
- улучшение обеспечение лек. препаратами
- обеспечение лучевыми аппаратами
- дифференцированная оплата труда

- обучение персонала
- улучшение обеспечение лек. препаратами

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА

средняя

средняя

низкая

ЗАТРАТНОСТЬ

средняя

высокая

низкая

Развитие коечного фонда онкологической службы РК

	2011 г.	2013г.	2015г.
Общее число коек	3618	3970	4875
Стационарные койки	3396	3610	3750
Дневной стационар	222	360	1125
Соотношение стационарных к дневным	94% к 6%	90% к 10%	70% к 30%
Охват спец. ПО лечением среди впервые выявленных ЗН	66%	73%	80%

КОНТИНГЕНТ



пролечено



Уровни оснащения онкологических организаций РК диагностическим оборудованием

	Апп. жидкостной цитологии	УЗИ	Эндоскопия	ИГХ	Рентген		КТ		МРТ		ПЭТ
					Рентген аппараты	Маммограф	16 -40 срезов	64 среза	1.5 Т	3.0 Т	
КазНИИОиР (7 305 МЛН)	30 млн. тг.	аппарат экспертного класса 90 млн	Видеоэндоскопическая система экспертного класса 25 млн	30 млн.	Цифровой на 3 рабочих места 100 млн	Цифровой со стереотаксической приставкой 130 млн		300 млн.тг		600 млн	6 000млн. тг
ООД (18) (26 832 МЛН)	30 млн.тг (540 млн)	аппарат с конвексным, линейным (с пункционным адаптером) 25 млн (450 млн)	Видеоэндоскопическая система 19 млн (342 млн)	30 млн (180 млн)	Цифровой на 3 рабочих места 80 млн (1440 млн)	Цифровой 80 млн. тг. (1440 млн)	180 млн (3240 млн)		400 млн (7200 млн)		12 000 млн. тг.
Районы (225) (22 950 МЛН)		аппарат с конвексным, линейным датчиками 3,5 млн (787,5 млн)	фиброгастроскоп, фибробронхоскоп 8+7,5=15,5 млн (3 487,5 млн)		Стац-ный аппарат на 3 рабочих места 50 млн (11250 млн)	Аналоговый 33 млн.тг (7425 млн)					
57 087 МЛН	570	1 327,5	3 854,5	210	12 790	8 995	3 240	300	7 200	600 80	18 000

Регионализация иммуногистохимических исследований 2011-2015 гг.



Стоимость создания 1-ой иммуногистохимической лаборатории – 30млн. тг.⁸¹

Регионализация высокотехнологической радиологической службы 2011-2015 гг.



По РК на замену и захоронение ИИИ, и сервисное обслуживание парка лучевых аппаратов необходимо 1,55 млрд. тг. (2012-2015 гг.)

Концепция развития ядерной медицины РК на 2011 – 2015 годы



ЗАДАЧИ

1

Разработка и совершенствование нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность центров ядерной медицины, СНиП, предъявляемые при строительстве данных центров, СанПиН, законодательной базы для ускоренного и упрощенного лицензирования РФП в РК.

2

Развитие в РК центров ядерной медицины: в КазНИИОиР г.Алматы, действующий в РДЦ г.Астаны, в РОД г.Семей, с перспективой развития центров ядерной медицины на базе онкологических и других медицинских организаций.

3

Разработка протоколов диагностики и лечения злокачественных новообразований методами ядерной медицины.

4

Организация службы радиационной безопасности и комплексной дозиметрии для радиационного контроля в центрах ядерной медицины.

Концепция развития ядерной медицины РК на 2011 – 2015 годы



ЗАДАЧИ

5

Дальнейшее развитие отечественной радиофармацевтической промышленности на базе ИЯФ и Института атомной энергии НЯЦ РК.

6

Создание единой централизованной организации, занимающейся сервисным обслуживанием ЦЯМ

7

Обеспечение кадрами Центров ядерной медицины

8

Повышение мотивации, укрепление социального статуса сотрудников ЦЯМ.

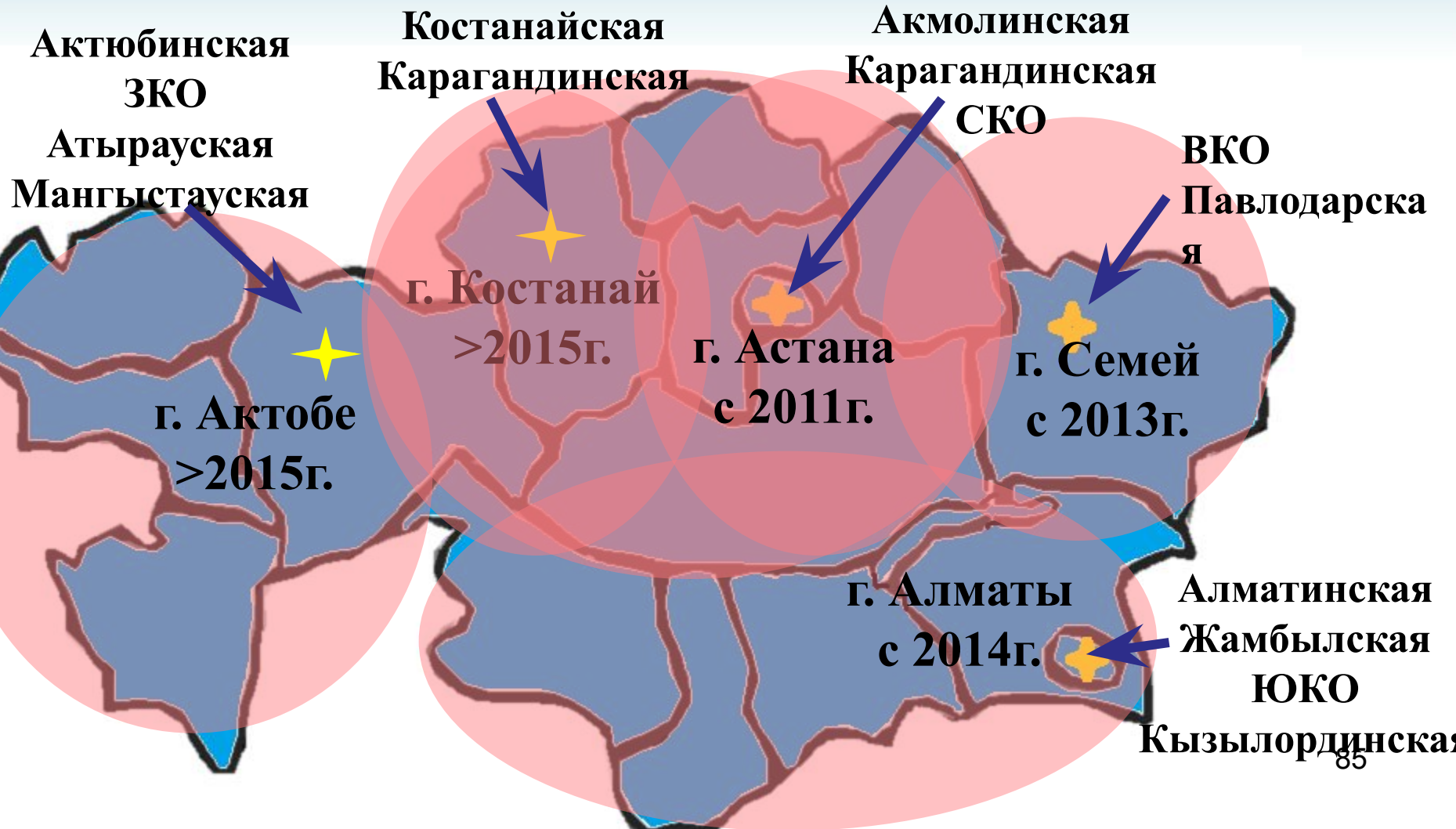
9

Создание медицинского кластера основанного на ядерных технологиях.

Концепция развития ядерной медицины РК
на 2011 – 2015 годы



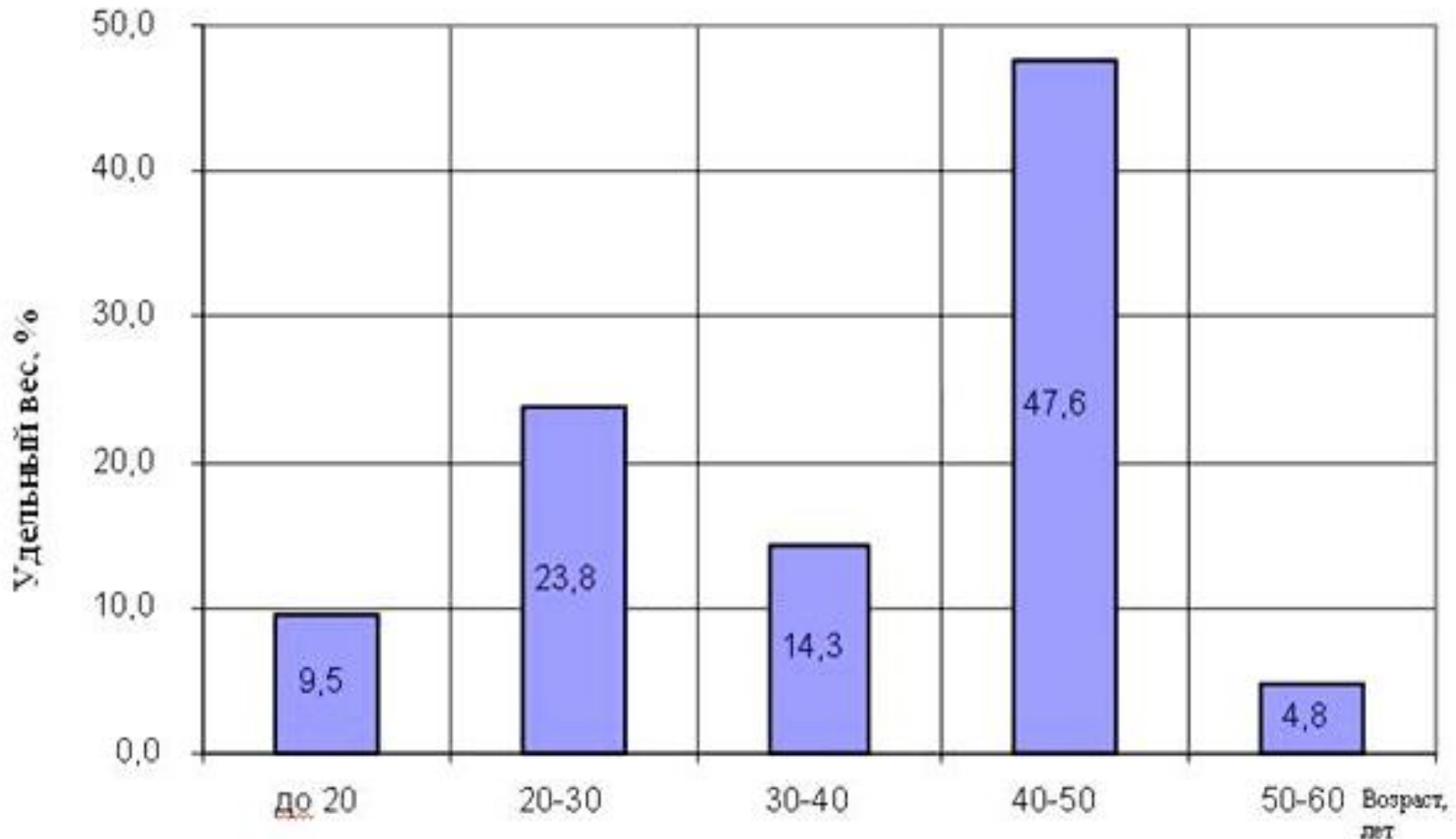
Структура развития ядерной медицины



Травматизм — социально-гигиеническая проблема

- **Третье место** среди причин смертности населения большинства экономически развитых стран занимают несчастные случаи и травмы. Удельный вес смертности от несчастных случаев к настоящему времени возрос на 8—10%.
- интенсивно смертность увеличивалась в последние 20—25 лет (в 1,5—2 раза)
- **Несчастные случаи — главная причина смерти детей, подростков, молодых лиц.** В развитых странах смертность от них занимает первое место среди мужчин в возрастных группах от 1 года до 44 лет. “Эпидемия” травматизма продолжается, к ним нужно добавить случаи убийств, изнасилований, число которых увеличивается с каждым годом. Тревогу вызывает возросший в последние годы транспортный травматизм, составляющий **30—40% от всех несчастных случаев**

Распределение смертельного травматизма по возрасту



Детский дорожно-транспортный травматизм



Медико-социальный анализ травматизма

- обстоятельства несчастных случаев (производственные, бытовые, при пешеходном движении, при повреждении транспортом, спортивные, убийства, самоубийства и др.)
- возрастно-половые особенности, профессии
- характера травм (ушиб, перелом, ранение)
- локализации травм
- места оказания медицинской помощи
- последствий травм (без потери трудоспособности, инвалидность, смерть)

Причины

- Технические
- Организационные
- Санитарно-гигиенические
- Индивидуально-поведенческие

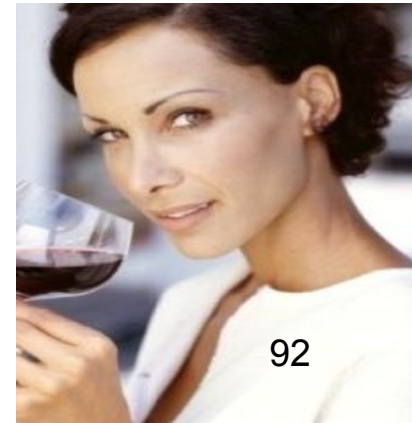
Алкоголизм, курение и наркомания как медико-социальная проблема

- Уровень общей заболеваемости среди злоупотребляющих алкоголем в 1,5 раза выше, преимущественно за счет болезней системы кровообращения, органов пищеварения, отравлений и травм. В структуре общей заболеваемости после болезней органов дыхания у пьющих занимают травмы.
- В стране уровень алкогольных психозов составляет 10,5 случая на 100000, а частота распространенности алкоголизма — 115,3 случая на 100000 жителей.
- Злоупотребление алкоголем сокращает среднюю продолжительность жизни на 20 лет.

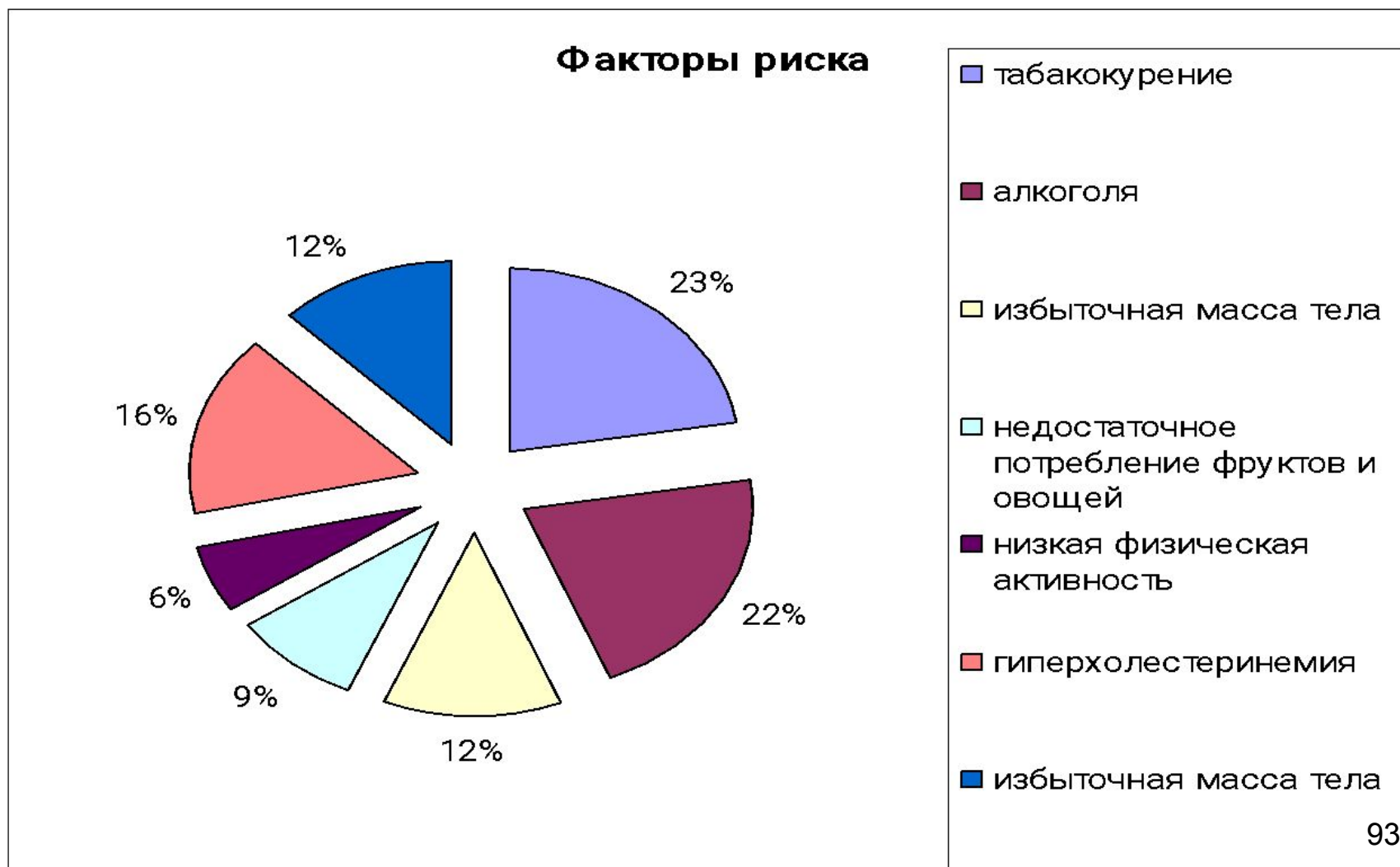
Медико-социальная значимость курения проявляется в показателях общественного здоровья

- **Курение** — причиной возникновения злокачественных новообразований трахеи, бронхов, легких, гортани, пищевода, полости рта. С курением связано 90% заболеваний раком легких. У курящих чаще развиваются сердечно-сосудистые заболевания, обструктивный бронхит и эмфизема легких. Так, инфаркт миокарда у курящих возникает в 3 раза чаще, чем у некурящих.
- причина многих функциональных нарушений: расстройств памяти, внимания, задержки роста и полового развития у подростков, бесплодия, снижения работоспособности
- Среди курящих уровень смертности на 70% выше, чем среди некурящих. Курение приводит к преждевременной смерти, сокращает продолжительность жизни на 8—15 лет.
- **Наркомания и токсикомания** являются медико-социальной проблемой, они оказывают влияние на уровень заболеваемости и смертности. Высок риск заражения ВИЧ-инфекцией у этой группы населения.

- Для Региона характерно самое высокое в мире бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, – 6,5% всех случаев смерти (11% среди мужчин и 1,8% среди женщин).
- Ведущая причина предотвратимой смертности – табак – ежегодно убивает в Регионе свыше 1,6 млн человек. Табак – это единственный легальный потребительский продукт, являющийся причиной смерти при использовании в точном соответствии с тем, как это предусмотрено изготовителем.
- Что касается дорожно-транспортных происшествий, 70% смертельных случаев на дорогах Региона происходит в менее материально обеспеченных странах, причем 40% приходится на долю пешеходов, мотоциклистов и велосипедистов.

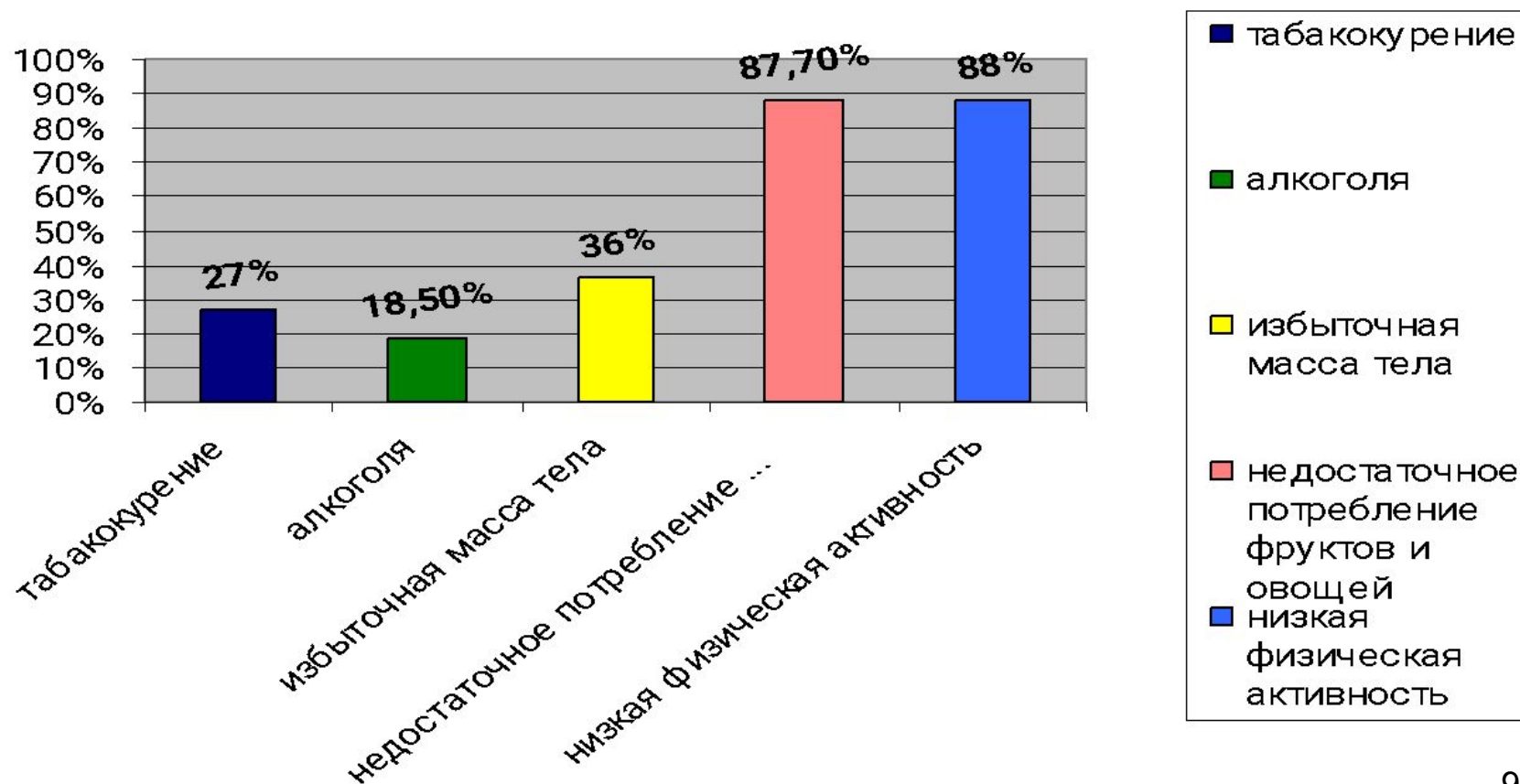


По данным ВОЗ в Казахстане на семь ведущих факторов риска приходится почти 60% общего бремени хронических заболеваний



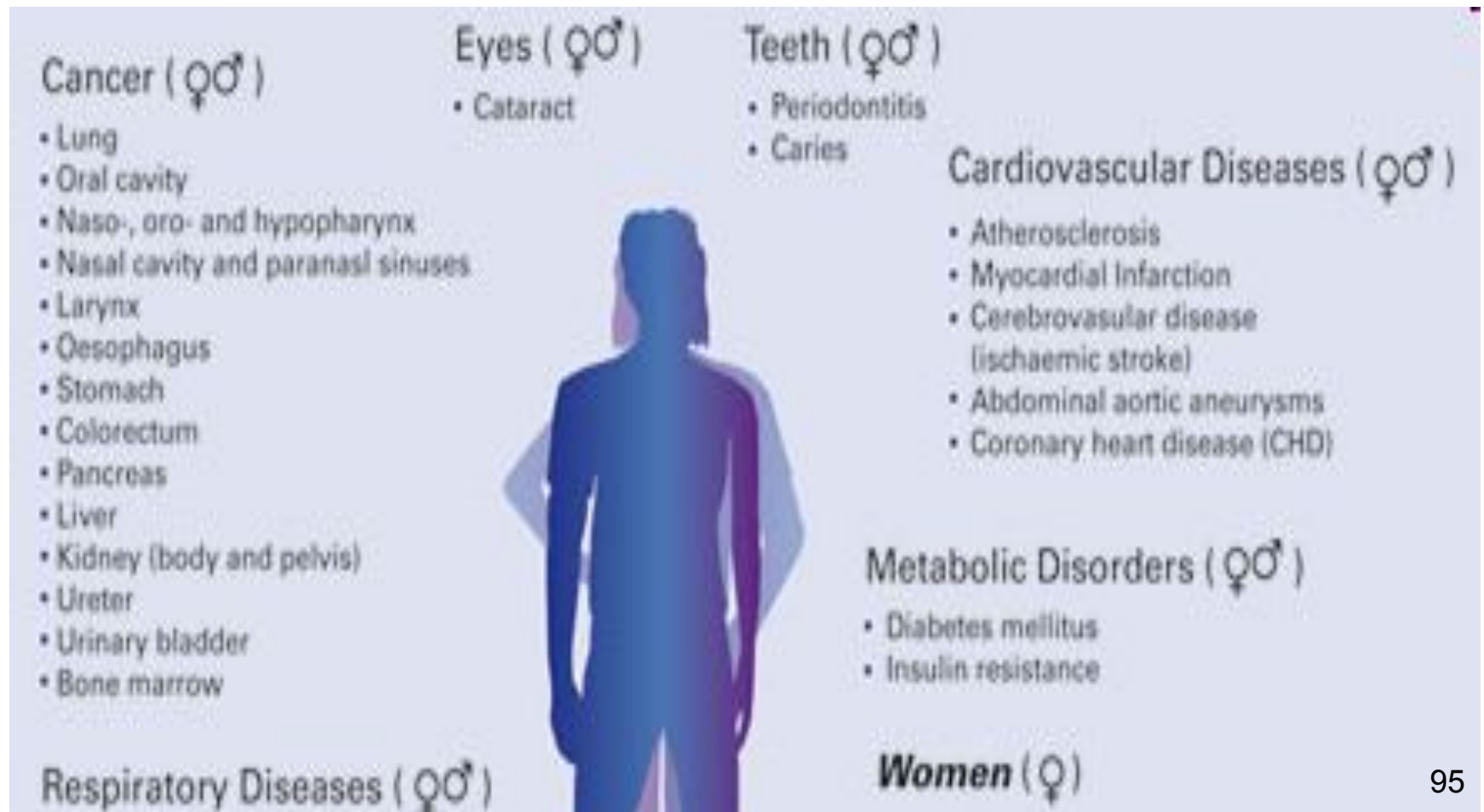
Результаты, проведенных социологических исследований и скрининговых обследований (НЦПФЗОЖ, 2007 г)

Распространенность факторов риска среди населения
РК в 2007г



Ведущая причина предотвратимой смертности – табак – ежегодно убивает в Регионе свыше 1,6 млн человек.

Табак – это единственный легальный потребительский продукт, являющийся причиной смерти при использовании в точном соответствии с тем, как это предусмотрено изготовителем.



В Европейском регионе ВОЗ курят 21% женщин: это больше, чем в каком-либо другом регионе мира, однако все еще значительно меньше, чем распространенность курения среди европейских

мужчин – 59%

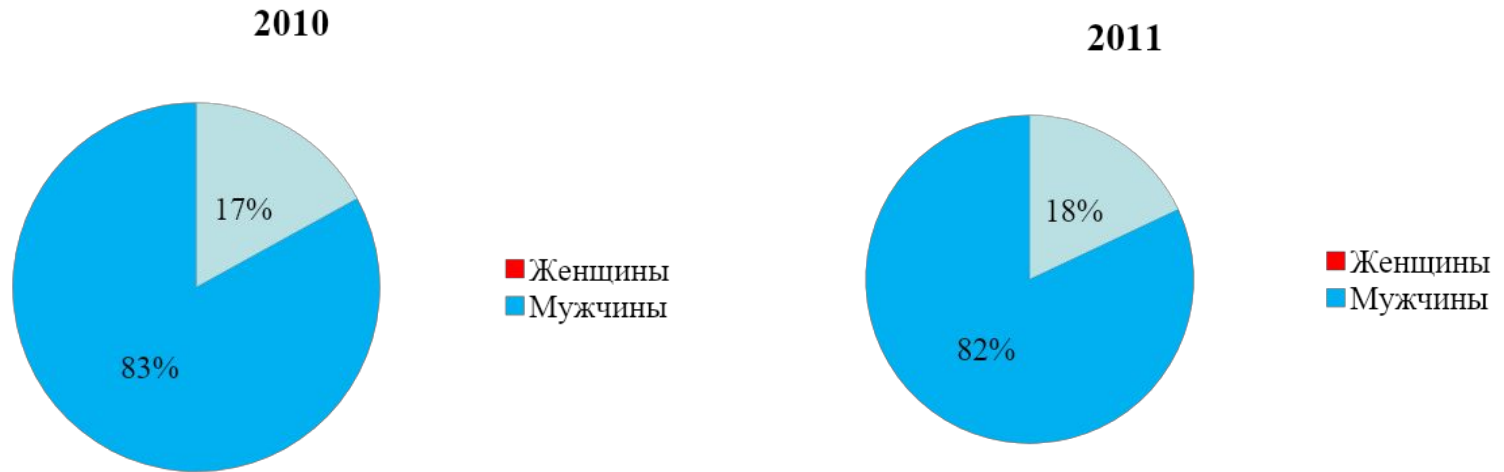


Аэрофотография из Греции, показывающая скопление табачных рекламных и торговых точек в непосредственной близости от школьных учреждений



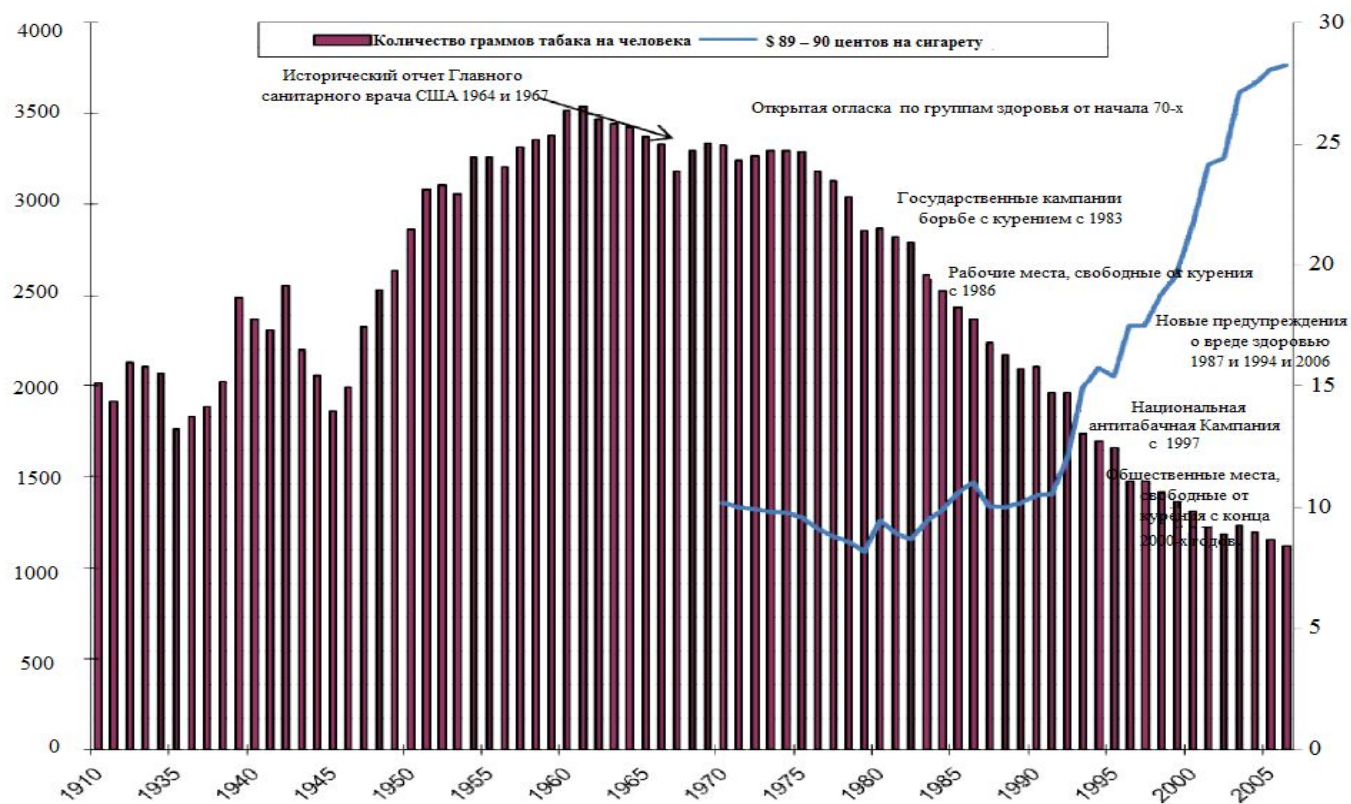


РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛА УМЕРШИХ ОТ РАКА ТРАХЕИ, БРОНХОВ И ЛЕГКИХ В 2010 – 2011 ГОДАХ ПО ПОЛУ (%)



- ❖ В течение 40 лет 8-9 из 10 случаев (80-90%) рака легких, трахеи и бронхов приходится на **курильщиков**. Картина и у мужчин, и у женщин аналогичная.
- ❖ **Курение** – главная причина смертности от онкологических заболеваний в США. Именно оно служит **причиной смерти 30%** онкологических больных.

КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО ТАБАКА (В ГРАММАХ) И ЦЕНА ЗА СИГАРЕТУ В ПЕРИОД С 1910 ПО 2005 ГОДЫ



Becky Freeman
Научный сотрудник и кандидат наук
школы общественного здоровья,
университета Сиднея

Пропаганда здорового образа жизни и профилактическое здравоохранение дешевле и эффективнее медицинского лечения.

А при условии непростого демографического положения, вопрос о сохранении здоровья молодых людей встает все острее.

Смертность от респираторных заболеваний
12%, несколько снизилась, однако остается
серьезной проблемой

25% детей от 13 -14 лет умирают от астмы и
аллергии

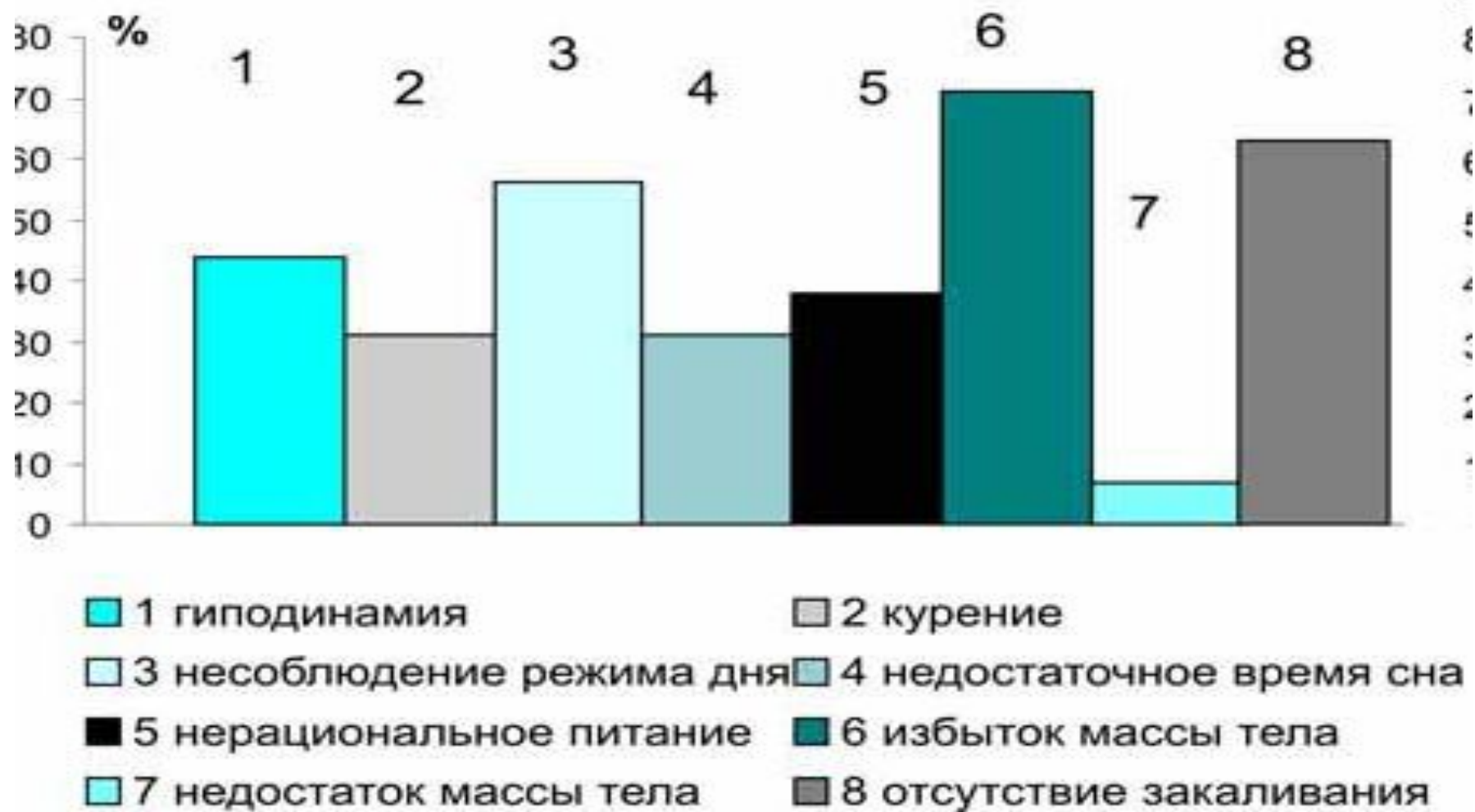


Образ жизни как медико-социальный фактор здоровья

- 1) трудовая деятельность и условия труда
- 2) хозяйственно-бытовая деятельность (вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.)
- 3) рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой
- 4) социализаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками)
- 5) планирование семьи и взаимоотношения членов семьи
- 6) формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса
- 7) медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни)

Понятие о медицинской активности и здоровом образе ЖИЗНИ

- **Медицинская активность** – деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья в определенных социально-экономических условиях.
- **Медико-социальная активность** включает: наличие гигиенических навыков, выполнение медицинских рекомендаций, участие в оздоровлении образа жизни и окружающей среды, умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам, использовать средства народной, традиционной медицины и др.



- **ЗОЖ** — это гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия
- **ЗОЖ** можно рассматривать как основу профилактики заболеваний. Он направлен на устранение факторов риска:
 - низкий уровень трудовой активности
 - неудовлетворенность трудом
 - пассивность,
 - психоэмоциональная напряженность
 - невысокая социальная активность и низкий культурный уровень
 - экологическая безграмотность
 - Гиподинамия
 - нерациональное, несбалансированное питание
 - Курение
 - употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ,
 - напряженные семейные отношения, нездоровый быт, генетический риск и др.



Схема «Здоровый образ жизни»

Здоровый образ жизни

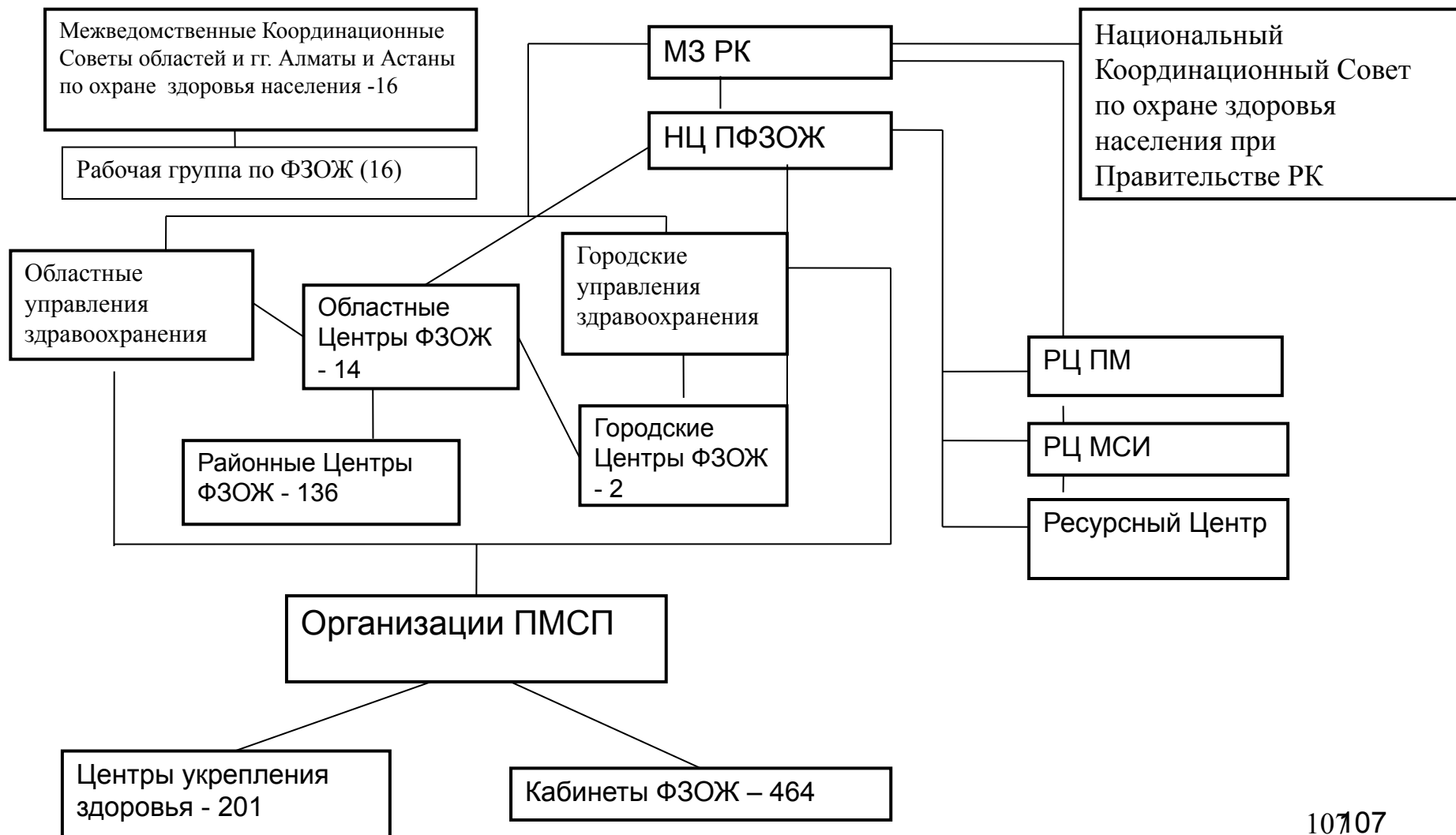


ЧЕЛОВЕК



Нездоровый образ жизни

СТРУКТУРА СЛУЖБЫ ФЗОЖ в РК



Международный опыт

Основные положения	Рекомендации ВОЗ	Страны внедрения	Ситуация в Казахстане
Профилактика ХНЗ	Интегрированная программа СИНДИ, КАРМЕН (1990), Европейская стратегия борьбы с ХНЗ (2006)	Скандинавские страны, Польша, Ирландия, Канада, Великобритания, страны Балтии, Россия, Кыргызстан	Внедрение СИНДИ с 1998 г. Алгоритмы пропаганды ФЗОЖ с 2007 г.
Внедрение скрининговых программ	Скрининг АД, РМЖ, РШМ, рак предстательной железы, толстой кишки, гиперхолестеринемии, гипергликемии	США, Канада, Великобритания, Скандинавия, страны Балтии, Испания, Португалия	Национальная скрининговая программа: 5 скринингов с 2008 г., 4 с 2011 г. +
Сокращение табакокурения	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, 2003	173 стран из 193 стран-членов ВОЗ	Ратификация в 2006 году
Повышение физической активности	Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья, 2010	Австралия, Великобритания, Финляндия, Канада	3 урок физкультуры с 2006 г.
Внедрение услуг, дружественных молодежи	Открытие клиник, дружественных молодежи (КДМ, 90-е годы)	Швеция, Россия, Швейцария, страны Балтии, Молдова, Таджикистан	Внедрение с 2006 г., 18 МЦЗ в 2011 г. 108

Создание учебно-тренингового центра

