

Презентация към глава 2

ЗДРАВНИ ДАННИ И РОЛЯТА ИМ ЗА ИЗМЕРВАНЕ И ОЦЕНКА НА ГЛОБАЛНОТО ЗДРАВЕ

1. Значимост на здравните данни за оценка на глобалното здраве

За оценка на глобалното здраве са нужни преди всичко **надеждни здравни данни**, които да бъдат в основата на политическите и здравни мерки в глобален, регионален и национален план.

Въпреки нарастващото влияние на социалните, политически и икономически фактори върху глобалното здраве, данни за тях не се обхващат достатъчно при рутинните статистически здравни данни.

Други фактори (дъждове, замърсяване, жилищни условия, транспорт), често не се квалифицират като здравна статистика, въпреки че те имат важно значение като причини за влошено здраве.

Отговорните институции и правителствата често се опират на традиционни индикатори за обобщаване на промените в здравния статус при оценка на ефекта от различни интервенции.

Голяма част от наличните здравни данни имат оценъчен характер и не се опират на надеждна основа. Това поставя сериозни предизвикателства при вземане на решения или определяне на приоритети за общественото здраве.

Ето защо, осигуряването на надеждни здравни данни има изключителна важност за глобалното здраве.

2. ИЗПОЛЗВАНЕ И ОГРАНИЧЕНИЯ НА ЗДРАВНИТЕ ДАННИ

I. Използване на статистическите здравни данни

1. Идентифициране на възникващи здравни проблеми	Оценка на здравните въпроси и идентифициране на демографските групи и географските области, където те възникват.
2. Прогнозиране на бъдещите нужди	Проследяване на промените в популационното здраве във връзка с промените в икономиката, околната среда и демографските промени; набиране на данни, подходящи за усилията на планирането в областта на общественото здраве.

3. Подпомагат определянето на приоритети	Идентифициране на видовете и разпределението на здравните проблеми и тяхното влияние.
4. За оценка на бюджетите	Определяне броя на хората, които трябва да бъдат обхванати, техните характеристики, местоположение и тежест на проблемите.
5. Използване на данните от правителствата в социалната сфера	Набиране на статистически данни за образованието, представяне на данни на избиратели, експерти, държавни служители и законодатели, които контролират финансите.

6. Подпомагане на напредъка по поставени цели	Проследяване на тенденциите, оценяване на програми и преработване на програми при необходимост.
7. За целите на международно сравнение на данни	Наблюдение на общественоздравни критични ситуации, проследяване и докладване на здравни статистически данни пред глобалните здравни агенции.
8. Проследяване на напредъка/неуспехите от различни социални групи	Идентифициране на здравните нужди на конкретни социални групи.

II. Ограничения на статистическите здравни данни/ Какво не могат да правят здравните данни?

<p>1. Не могат да участват във вземане на решения относно политики, които влияят върху здравето</p>	<p>След като данните са събрани и анализирани, те се включват в процеса на политическо и институционално вземане на решения като един от множеството фактори, които следва да се отчитат.</p>
<p>2. Не могат да обяснят причинна връзка</p>	<p>Данните за заболяемостта и смъртността сами по себе си не предоставят пътищата за причинна връзка, нито пък обясняват как и защо коефициентите за здраве и болест следват конкретни особености.</p>

3. ВИДОВЕ ЗДРАВНИ ДАННИ

1. Данни за населението:

Брой на хората в популацията и техните характеристики – възраст, пол, етническа принадлежност, религия, урбанизация, географско разпределение и други подобни основни характеристики.

Те са особено важни, тъй като са в основата на изчислението и интерпретацията на другите коефициенти и съотношения. Получават се обикновено по два начина:

- преброяване и**
- регистрация.**

Преброявания – на всеки 10 години.

Събира се информация за: постоянно местоживеене, местонахождение при преброяването, месторождение, продължителност на сегашното местопребиваване, пол, възраст, семеен статус, гражданство, живородени деца, брой деца в семейството, продължителност на брака, образователно ниво, грамотност, икономически статус занятие и др. Други полезни данни: религия, език, националност/етническа принадлежност, живородени и умрели деца през последните 12 месеца, деца без майки, възраст на майката при раждане на първото дете, трудов стаж, доход, жилищни условия, достъп до здравни услуги и др.

2. Витална статистика:

Раждания на живи деца; умирация (вкл. мъртвородени) по пол, възраст и причини; бракове.

В някои страни агенциите по витална статистика регистрират също данни за миграцията (външна и вътрешна), за осиновяванията и за други подобни категории.

Събират се рутинно чрез регистрацията на виталните събития на основата на законното местоживеене в срок близък до събитието съобразно местните закони и практика.

Заедно с преброяванията, те имат съществено значение за оценка на бъдещите ресурси и нужди от услуги, вкл. ресурси за опазване на общественото здравеопазване и за медицинска помощ.

Системите на регистрация в различните страни варират, особено при умираанията на деца до 1 г. (проучване в Ямайка – само 13% от умираанията до 1 г. са били регистрирани), както и по отношение на точността на причините за умираания.

За запълване на недостатъчната витална статистика в много страни се провеждат демографски и здравни проучвания, които предоставят по-голяма част от здравните данни.

3. Здравна статистика:

**Заболяемост по вид, тежест и изход;
данни за заболяванията подлежащи на
задължително съобщаване; слепота,
увреждания, нетрудоспособност;
ракови регистри и т.н.**

**Тази категория данни не е точно
определена и варира в отделните
страни според законодателството.**

Статистиката на здравето и заболяванията, наричана често статистика на заболяемостта, е много полезна от данните за умираанията.

Статистическите индикатори за заболяемостта трябва да описват заболяванията по диагнози, тежест, продължителност, разпределение по територия и време, да представят характеристики на засегнатите лица по възраст, пол, занятие и семеен статус.

Съществуват две основни категории източници на данни за заболяемостта:

- рутинно компилирани отчети и акумулирани от различни агенции;

- специални проучвания, които извличат информация по конкретни въпроси. заболявания и др.

Данните за заболяемостта се използват за:

- контрол на заразните заболявания;
- планиране на превантивни услуги;
- проучвания на социални фактори;
- планиране на лечебните услуги;
- оценка на икономическата значимост на заболяванията;

изследователска работа относно етиология и патогенеза на заболяванията, ефикасност на профилактичните и лечебни мерки;

- национални и международни проучвания на заболяванията и уврежданията.

С въвеждането на Международното здравно регулиране от 2005 г. повечето страни са законно задължени да докладват спешните непредвидени ситуации пред СЗО. Но все още уведомяването в страните се ограничава до някои подлежащи на задължително регистриране заразни заболявания.

4. Статистика на здравните услуги:

Брой и вид на заведенията и наличните услуги; разпределение, квалификации и функции на персонала; характер на предоставяните услуги и коефициенти за тяхното използване; оперативни интервенции в болници и здравни центрове; организация на държавните и частните системи за здравна помощ; цени, механизми за заплащане и друга свързана с това информация.

Тези данни се отнасят до ресурсите и до дейностите и моделите на използване на здравните услуги. Те са особено важни за:

- подкрепа на мениджмънта и координирането на здравните услуги на местно, регионално и национално нива;
- разработване на краткосрочни и дългосрочни планове/политики;
- оценка на ефективността, съответствието на очакванията, ефикасността и равенството;
- поддържане на информация за цените;
- предоставяне на данни, изисквани от държавни и законодателни органи, международни агенции, изследователи и др.

Данните за здравните услуги се компилират на национално ниво и се насочват към СЗО.

След това те стават достъпни чрез информационната система на СЗО – WHOSIS, която предоставя мрежа от основни индикатори за здравните системи и здравния статус.

WHOSIS съдържа раздел със националните здравни индикатори, включващи информация за здравните разходи, обхват на здравната система, епидемиологични и демографски индикатори, което е особено полезно за целите на планиране и сравнителни анализи.

5. Данни за социалните неравенства в здравето: социални фактори, водещи до неравенства в здравето – коефициенти на бедност, нива на образование, заетост; групи по социална, расова и етническа принадлежност, религия и пол и др. За измерване на социалните неравенства в здравето и техните последици за здравния статус, **Комисията по социалните детерминанти на здравето към СЗО** препоръчва в рутинното събиране на данни да бъде включена информация върху следните променливи:

- **Социални неравенства в здравето:** информация за здравните резултати (смъртност от всички причини, смъртност по възраст и по отделни причини, развитие в ранното детство, заболяемост и инвалидност, самооценка на здравето), стратифицирани по най-малко два социално-икономически индикатора (образование, доход, занятие); пол; етническа група/раса,; местоживеене (градско/селско, по географски единици);

- **Последствия от влошеното здраве:**

икономически последици, социални и психологически последици;

Ежедневни условия на живот и социални политики:

= *физическа и социална околна среда* (вода и канализация, жилищни условия, инфраструктура, транспорт, качество на въздуха и почвата, качество и достъпност до хранителни продукти, социална подкрепа и мрежи, обществени институции, паркове, безопасност); .

= условия на работната среда
(вредности в работната среда, стрес и контрол на работата);

= личностни характеристики
(тютюнопушене и употреба на алкохол, физическа активност, диета и хранене);
здравна помощ (обхват, инфраструктура);

= социална защита.

Сред основните фактори за здравните неравенства **Комисията по социалните детерминанти на здравето към СЗО**

посочва:

= Полът (норми и ценности, икономическо участие, сексуално и репродуктивно здраве);

= Раса, религия, имигрантски статус (ниво на толерантност, дискриминация, норми и ценности);

= Социалните неравенства (социално изключване, разпределение на доходите и богатствата, собственост на земя, образование);

= Социално-политически фактори (участие във вземане на решения на ниво на общността, на регионално, национално и глобално ниво; разпределение на политическата сила; граждански права; ниво на насилие; условия за заетост; управление и приоритети на обществените разходи; макроикономически условия).

4. Основни индикатори за измерване и оценка на глобалните проблеми на общественото здраве

Здравето има много измерения и всяко измерение се влияе от множество фактори, част от които са известни, а други не. Това означава, че глобалното здраве не може да бъде характеризирано с един единствен индикатор или даже с една група индикатори. За измерване и оценка на глобалните проблеми на общественото здраве трябва да се използват ***разнообразни по своята статистическа и логическа същност индикатори.***

Според J. M. Last **„здравният индикатор представлява променлива величина, поддаваща се на пряко измерване, която отразява здравното състояние на лицата в определена общност“.**

Идеалните здравни индикатори трябва да отговарят на следните **изисквания**:

- = Валидност** - да измерват наистина това, за което са предназначени;
- = Надеждност** – резултатите от измерването да бъдат същите, ако то се извърши от различни изследователи при сходни обстоятелства;
- = Чувствителност** – да реагират чувствително (да се променят бързо) на промените в конкретната ситуация.

= Специфичност - да отразяват специфичните промени само в конкретната ситуация, а не други промени;

= Приложимост (изпълнимост, осъществимост) - да има добра възможност за събиране или извличане на необходимите данни;

= Уместност - да допринасят за разбирането и осмислянето на въпросния феномен.

В широк план здравните индикатори за измерване и оценка на глобалното здраве се групират по следния начин:

1. Индикатори за смъртност – брутен коефициент за смъртност, средна продължителност на предстоящия живот, детска смъртност, смъртност до 5-годишна възраст, майчина смъртност, смъртност от специфични причини, пропорционална смъртност и др.

2. Индикатори за заболяемост –

заболяемост и болестност, коефициенти за посещаемост на извънболнични заведения, коефициенти за хоспитализация, заболяемост с временна нетрудоспособност и др.

3. Индикатори за инвалидност –

изгубени работни дни по нетрудоспособност, изгубени години живот в добро здраве поради преждевременна смърт и инвалидност и др.

4. Индикатори за хранителен статус (за физическо развитие) – честота на ниско тегло при раждане (под 2500 гр.), антропометрични измервания в различна възраст и др.

5. Индикатори за обезпеченост със здравна помощ – съотношение лекари/население (брой лица на 1 лекар или брой лекари на 1000, 10 000, 100 000 души), съотношение лекари:сестри, обезпеченост с болнични легла (брой легла на 1000, 10 000, 100 000 души) и др.

6. Коефициенти за използването на здравните ресурси – % имунизирани деца, % бременни жени, обхванати с наблюдение, % използващи различни методи на контрацепция, показатели за използваемост на легловия фонд и др.

7. Индикатори за социално и психично здраве – честота на самоубийства, актове на насилие, пътно-транспортни инциденти, злоупотреба с алкохол и лекарства, наркомании, тютюнопушене, затлъстяване.

8. Индикатори за околната среда – замърсяване на въздуха, почвата и водата, радиация, твърди отпадъци, шум, експозиция на токсични субстанции в храната и водата и др.

9. Социално-икономически индикатори – ръст на населението, брутен национален продукт (БНП) и брутен вътрешен продукт (БВП) на глава от населението, съотношения на лицата над 65 г. и до 14 г. към трудоспособната възраст, коефициент на грамотност и др.

10. Индикатори за здравната политика – разпределение на ресурсите (% от БНП или БВП за здраве; обезпечаване с качествена питейна вода, канализация, жилищни условия и хранене, развитие на общините), % от общите здравни ресурси за ПЗП, за болнична помощ и др.

11. Индикатори за качеството на живот – индекс за физическото качество на живота (детска смъртност, СППЖ и грамотност).

12. Други индикатори –индикатори за оценка на реализацията на глобалната стратегия”Здраве за всички през 21-ви век”, индикатори за целите на ООН за устойчиво развитиеи др.

Практически е невъзможно едновременно използване на толкова индикатори. Поради това за оперативни цели се използват най-често три групи добре проучени и лесни за измерване традиционни здравни индикатори:

= Демографски индикатори;

**= Индикатори за заболяемост
и инвалидност;**

**= Индикатори за физическо
развитие.**

1. По-голямата част от тези индикатори имат негативен характер, т.е. измерват общественото здраве чрез отсъствието на здраве (заболяемост, смъртност и др.).

Усилията в последните десетилетия са насочени към разкриване на повече позитивни индикатори. Например, индекс на здравето; индикатори за физическо развитие и дееспособност; показатели за качеството на живота; средна продължителност на предстоящия живот в състояние на добро здраве (Healthy life expectancy) и др.

2. Използваните индикатори имат различна информативна стойност.

Познавателната стойност на индикаторите за глобално здраве се определя от способността им да отразяват съществените различия между отделните страни, области и региони и да се променят в зависимост от социално-икономическите условия и развитие на съответните страни и региони.

С най-висока информативна стойност са следните индикатори:

= Детска смъртност - измерва честотата на умираанията сред децата до 1-годишна възраст на 1000 живородени. Стойностите на този индикатор варират в много широки граници в зависимост от икономическия статус (дохода) на дадена страна. Афганистан, например, има детска смъртност над 130 на 1000 живородени, докато в повечето силно развити страни той е около и под 4 на 1000 живородени.

= Неонатална детска смъртност – измерва честотата на умираанията сред децата до 28-я ден след раждането на 1000 живородени. Този показател има изключително важно значение, тъй като по-голямата част от умираанията до 1-годишна възраст са именно в периода до 28-я ден. Неонаталната детска смъртност също така варира в широки граници. По-бедните страни имат много по-висока неонатална смъртност отколкото по-богатите страни. Например, в Западна и Централна Африка - около 40 на 1000, докато в развитите страни – около и под 4 на 1000.

= *Смъртност под 5-годишна възраст* – изразява вероятността едно новородено да умре преди достигане на 5-годишна възраст на 1000 живородени деца. Този показател корелира много тясно с коефициента за детска смъртност и варира в широки граници. В силно развитите страни той е около 3-5 на 1000, докато в най-бедните страни може да бъде по-висок от 200 на 1000.

= Майчина смъртност – измерва риска за умирање сред жените във връзка с бременността, раждането и следродовия период (до 42-я ден след раждането) и се измерва на 100,000 живородени. Тя е в много силна корелация с икономическото развитие на страните. Например, в Швеция тя е 3 на 100,000 живородени, а в най-бедните страни, където жените имат нисък социален статус и липсват условия за справяне със спешните акушерски състояния, тя може да достигне над 1000 на 100,000 живородени.

= Средна продължителност на предстоящия живот (СППЖ) – среден брой години, които предстои да преживее поколението на новородените, ако сегашните тенденции на повъзрастовата смъртност се запазят непроменени през останалия живот на това поколение. Колкото е по-висока СППЖ, толкова по-добър е здравният статус на населението в дадена страна. Например, в Япония този индикатор е 83 години за цялото население, 87 за жените и 80 за мъжете, докато с най-бедните страни СППЖ е под 50 години. Още по-висока информативна стойност имат показателите за СППЖ, отчитащи предстоящия живот в състояние на добро здраве.

= Смъртност от социалнозначими заболявания. Това понятие има различно съдържание за отделните групи страни, тъй като заболяемостта и смъртността демонстрират съществени различия по страни и региони,

В развитите страни нарастват хроничните заболявания, свързани със застаряване на населението и широко разпространение на рисковите фактори от стила и начина на живот.

В развиващите се страни сериозен обществено-здравен проблем са инфекциозните заболявания, перинаталните и майчини причини и недохранването. Нараства и ролята на хроничните неинфекциозни заболявания.

В глобален мащаб социалнозначими са тези заболявания, които проявяват следните **основни тенденции**:

1. Висока смъртност и неблагоприятна динамика на смъртността, особено в активна възраст.
2. Висок дял в структурата на причините за умирация сред цялото население и особено сред лицата в активна възраст.

3. Висока заболяемост и болестност и неблагоприятна динамика, особено сред лицата в активна възраст.

4. Висок относителен дял в структурата на общата заболяемост и болестност, заболяемостта с временна нетрудоспособност първичната инвалидност и хоспитализираната заболяемост.

5. Висок относителен дял в структурата на разходите за болнично лечение и рехабилитация.

6. Значителни социални, медицински, икономически и психологични щети за самите болни и техните семейства.

7. Значително натоварване на обществените фондове и социалните заведения поради продължителна нетрудоспособност и инвалидност.

При изучаване на глобалните проблеми на здравето, освен индикаторите за смъртност, следва да се използват и **коефициентите за заболяемост, болестност и инвалидност.**

Особено важно значение има понятието „**болестност**”, което измерва шансовете за заболяване и се определя чрез броя лица, страдащи от определено заболяване за определен времеви период или към определен момент, т.е. **периодна и моментна болестност.**

Когато няма уточнения за конкретен период, терминът „болестност“ се разбира като **„момента болестност“**, с която се измерва честотата на стари и нови заболявания или делът от дадена популация с определено заболяване в даден момент. Например, моментната болестност от ХИВ/СПИН в Южна Африка е около 18%, което означава, че около 18% от всички лица на възраст 15-49 г. са ХИВ-положителни.

Заболеваемостта е също много широко използвано понятие. Тя се отнася до новите случаи на заболявания, които се появяват в дадена популация. Заболеваемостта измерва шансовете за заболяване и изразява броя на лицата, заболели от дадено заболяване на 1000, 10 000 или 100 000 души от популацията в риск за даден период от време.

При разглеждане на проблемите на глобалното здраве, **заболяванията се класифицират в три групи:**

= *Инфекциозни заболявания* - причинени от специфичен инфекциозен агент (грип, морбили, ХИВ и др.);

= *Неинфекциозни заболявания* - не се разпространяват чрез инфекциозен агент и протичат хронично (хипертония, коронарна болест на сърцето, диабет и др.).

= *Травми и наранявания* – пътно-транспортните травми, падания, насилие.