

На правах рукописи

Костоусова Евгения Владимировна

**Научно-организационные основы
формирования системы индикаторов оценки
медицинской результативности мероприятий
по борьбе с туберкулезом
в рамках Федеральной целевой программы**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Екатеринбург - 2009

Работа выполнена в Федеральном государственном учреждении
«УРАЛЬСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ»
(г.Екатеринбург).

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Голубев Дмитрий Николаевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук Кузьмин Юрий Федорович

доктор медицинских наук Ножкина Наталья Владимировна

Ведущая организация:

ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации
здравоохранения», г.Москва

Защита состоится ноября 2009 г., в часов, на заседании Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 004.027.01 при учреждении РАН Институте иммунологии и физиологии УрО РАН (620049, г.Екатеринбург, ул. Первомайская, 106).

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной библиотеке УрО РАН (620041, г. Екатеринбург, ул. С.Ковалевской – Академическая, 22/20); с авторефератом – на сайте учреждения РАН Института иммунологии и физиологии УрО РАН - <http://www.iip.uran.ru>

Автореферат разослан 23 октября 2009 г.

Учёный секретарь Совета по защите
докторских и кандидатских диссертаций
доктор медицинских наук, профессор

И.А.Тузанкина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы обусловлена высоким уровнем и интенсивностью распространения в России такого социально- значимого заболевания, как туберкулёз.

По оценкам ВОЗ за 2006 год, расчетное количество случаев туберкулеза в мире составило 9 500 000 (139 на 100 тыс. населения), количество смертей от туберкулеза составило 1 650 000 (25 на 100 тыс. населения), 489 000 случаев множественной лекарственной устойчивости, 35 000 случаев сверхвысокой устойчивости к применяемым препаратам, 709 000 случаев сочетания с ВИЧ. Россия занимает 11-е место среди 22 стран с наиболее высокой распространенностью туберкулеза. 35% всех впервые выявленных больных туберкулезом в европейском регионе регистрируется в РФ [WHO \ НТМ \ ТВ 2008 \ 401].

В России туберкулез ежегодно обуславливает: 3,2% новых случаев инвалидности, 1,5% всех случаев смерти, причем доля умерших в трудоспособном возрасте составляет 67,3% [Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулёзу 2007г.].

Увеличение числа новых случаев туберкулеза вызвано многими факторами, в том числе недостаточной организацией выполнения национальных программ, распространением ВИЧ-инфекции, бедностью, миграционными процессами, нерегулируемой урбанизацией [М.И.Перельман, 2001г., М.В.Шилова, 2005г.].

Неотъемлемым компонентом противотуберкулезной работы являются научные исследования, направленные на совершенствование организации и оценки эффективности мероприятий, разработку методов ускоренной диагностики и сокращения сроков излечения туберкулеза, создание новых профилактических и лечебных методик [Декларация VIII Российского съезда фтизиатров 2007г.].

Исключительная острота данной проблемы сделала неизбежной активизацию и концептуализацию государственной политики в сфере противодействия распространению социально значимых заболеваний. В связи с этим, за последние 10 лет был издан большой комплекс законодательных и нормативно-правовых актов, затрагивающих различные аспекты медико-профилактической деятельности.

Одним из основных инструментов борьбы с туберкулезом стали, начиная с 1998 года, соответствующие Федеральные целевые программы (ФЦП) по туберкулезу. В них определялись задачи по снижению показателя заболеваемости до 50 случаев на 100 тыс. населения, снижению показателя смертности до 12 случаев на 100 тыс. населения. Ни в одной из программ эти результаты в полном объеме достигнуты не были.

Вследствие этого продолжается активный поиск путей и методов решения данной проблемы, адекватных сложившейся ситуации, разработка наиболее существенных индикаторов (показателей), отражающих объем и результативность противотуберкулезных мероприятий.

Так, в программе 2007-2011 гг. определены всего два индикатора результативности выполнения для гражданского населения - смертность от туберкулёза и абациллирование больных туберкулезом. Этого явно недостаточно для принятия точных и своевременных решений по корректировке противотуберкулёзных мероприятий.

Отсутствие эффективно действующего комплекса механизмов и критериев оценки, позволяющих отслеживать эпидемиологическую ситуацию и осуществлять мониторинг результативности мероприятий, является одной из важнейших причин невыполнения задач, решаемых в рамках Федеральных целевых программ.

Таким образом, актуальность темы определяется, во-первых, чрезвычайной остротой эпидемиологической ситуации по такому социально значимому заболеванию, как туберкулез, во-вторых, необходимостью развития и совершенствования механизмов определения результативности и инструментов борьбы с данным видом заболеваний.

Все вышеизложенное и определило **цель** настоящей работы:

Разработать и научно обосновать комплекс индикаторов по совершенствованию оценки медицинской результативности Федеральной целевой программы по борьбе с социально значимыми заболеваниями (подпрограмма «Туберкулез»).

В соответствии с поставленной целью были определены следующие **задачи**:

1. Провести эпидемический анализ ситуации по туберкулезу в России и территориях Урала с 1998 по 2007гг.
2. Оценить медицинскую результативность Федеральной целевой программы борьбы с социально значимыми заболеваниями подпрограммы «Туберкулез».
3. Разработать и научно обосновать комплекс индикаторов оценки медицинской результативности подпрограммы «Туберкулез» Федеральной целевой программы борьбы с социально значимыми заболеваниями.
4. Апробировать комплекс индикаторов оценки медицинской результативности выполнения Федеральной целевой программы борьбы с социально значимыми заболеваниями (подпрограмма «Туберкулез») в Уральском регионе (территориях курации ФГУ УНИИФ Росмедтехнологий).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в РФ и Уральском регионе характеризуется неблагоприятными тенденциями по заболеваемости и смертности.

2. Федеральные целевые программы по борьбе с туберкулезом, ранее принятые в РФ, не обеспечили достижения в полном объеме целей, поставленных перед ними.

3. Применение индикативного подхода в системе государственного мониторинга и управления является одним из перспективных направлений в повышении результативности противотуберкулезных мероприятий.

Научная новизна

Впервые проведен углубленный анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в субъектах Уральского региона с использованием индикаторов деятельности.

Дана научная и практическая оценка медицинской результативности Федеральной целевой программы по борьбе с туберкулезом в России и на Урале.

Впервые выделен и научно обоснован с помощью метода множественной регрессии комплекс индикаторов оценки медицинской результативности подпрограммы «Туберкулез» федеральной целевой программы по борьбе с социально значимыми заболеваниями, который является основой индикативного управления противотуберкулезными мероприятиями.

Практическая значимость работы

Результаты исследования могут быть использованы:

- при разработке и совершенствовании системы индикативного управления противотуберкулезной и другими службами здравоохранения;

- при формировании системы государственного мониторинга медицинской результативности федеральной и территориальных целевых программ по борьбе с туберкулезом и другими социально значимыми заболеваниями;

- при разработке комплекса мер по противодействию распространения туберкулеза и других социально значимых заболеваний;

- для повышения мотивации руководителей к конкретным оперативным действиям по совершенствованию деятельности службы.

Апробация работы.

Результаты работы доложены на научно-практических конференциях: «Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний» (Москва, 2004г.), УНИИФ Росмедтехнологий «Актуальные вопросы мониторинга эпидситуации и деятельности противотуберкулезной службы (Екатеринбург, 2007г.), Всероссийском съезде по заболеваниям органов дыхания (Екатеринбург, 2009г.), на Днях организатора здравоохранения, фтизиатра, на межведомственной комиссии при правительстве Свердловской области (Екатеринбург, 2009г.), на совещании в аппарате полномочного представителя Президента РФ в Уральском федеральном округе (Екатеринбург, 2009 г.). Опубликованы в печати 5 статей, посвященные основным положениям данного исследования, 2 из которых опубликованы в изданиях, рекомендованных ВАК.

Внедрение результатов исследования

На основе комплекса предложенных индикаторов разработана и внедрена система оценки результативности медицинских мероприятий Федеральной целевой программы по борьбе с социально значимыми заболеваниями (подпрограмма «Туберкулез») в территориях Урала (11 субъектов РФ, входящих в зону курации ФГУ «УНИИФ Росмедтехнологий»).

Подготовлены методические рекомендации для организаторов и руководителей здравоохранения, которые внедрены в 11 субъектах РФ.

Результаты исследования внедрены в учебно-педагогический процесс на кафедре «Общественного здоровья и здравоохранения» и кафедре «Фтизиатрии с курсом пульмонологии» ГОУ ВПО УГМА, а также в ФГУ УНИИФ Росмедтехнологий.

Структура диссертации. Диссертация изложена на 97 странице машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (всего 160 источников, из них 35 - зарубежные), 13 рисунков, 49 таблиц, приложения.

Содержание работы

Во **введении** обоснованы актуальность темы исследования, определены цель, задачи, освещена научная новизна, практическая значимость работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** представлен обзор отечественных и зарубежных источников. Анализ литературы сделан по современному состоянию основных направлений и перспектив развития мониторинга динамики распространения социально-значимых заболеваний.

В указанных работах уделяется значительное место анализу причин кризисной ситуации в данной сфере. Основными причинами в организационной сфере называются разрушение в постперестроечный период единой вертикали управления системой здравоохранения и проведения противоэпидемиологических мероприятий.

Отсутствие эффективно действующего комплекса механизмов и критериев оценки, позволяющих отслеживать эпидемиологическую ситуацию и осуществлять мониторинг результативности мероприятий,

является одной из важнейших причин невыполнения задач, решаемых в рамках Федеральных целевых программ.

Во второй главе представлены программа и этапы организации исследования, дано описание базы и методов исследования.

Исследование было ретроспективным. Работа проводилась по плану, представленному в таблице 1.

Таблица 1 - Этапы диссертационного исследования

Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации
1.Разработка программы и плана, определение объекта исследований, аналитический обзор данных литературы, нормативных актов	Аналитический	Научные публикации отечественных и зарубежных исследователей (всего 160 источников, из них 35 - зарубежные), официальные документы, сборники научных статей, авторефераты диссертаций
2.Оценка эпидемической ситуации в территориях курации УНИИФ	Эпидемиологический, статистический	Статистическая информация Комитета РФ по статистике, материалы годовых отчетов фтизиатрических служб территорий курации УНИИФ с 1998-2007гг.
3. Анализ существующей системы мониторинга реализации ФЦП в РФ	Аналитический, статистический, экспертных оценок	Материалы годовых отчетов ПТД по выполнению ФЦП с 1998 по 2007гг. Аналитические обзоры Минздравсоцразвития РФ.
4.Разработка и обоснование индикаторов оценки медицинской результативности ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011г.)» подпрограммы «Туберкулез».	Экспертных оценок, множественной регрессии	Материалы годовых отчетов ПТД по выполнению ФЦП 1998-2007гг., статистическая информация Комитета РФ по статистике.
5.Апробирование и внедрение индикаторов оценки медицинской результативности	Организационного эксперимента	Материалы годовых отчетов ПТД из 11 субъектов РФ территорий курации УНИИФ.

В работе были использованы такие методы как эпидемиологический анализ, аналитический метод, метод экспертных оценок, статистический (метод вариационной статистики), метод организационного эксперимента. Из математических методов был применен метод множественной регрессии с использованием результатов для оценки влияний ресурсных показателей на целевые показатели при анализе деятельности фтизиатрической службы. Обработка результатов производилась с помощью компьютерной электронной программы «Statistica». Общий объём исследования составил 907 единиц исследования.

В главе представлено описание базы настоящего диссертационного исследования, включающей 11 субъектов РФ: 6 субъектов Уральского федерального округа и 5 субъектов Приволжского федерального округа (территории курации УНИИФ), с общим населением 23 877 314 человек.

В третьей главе представлен анализ динамики и социально-демографической структуры эпидемиологических показателей, характеризующих ситуацию по туберкулезу в Российской Федерации и на Урале. Среди основных тенденций в РФ отмечается: снижение значения показателя заболеваемости в 70-80-е гг. XX века до 34,0 на 100 тыс. населения, которое затем сменилось значительным ростом в 2,7 раза с 1993 по 2000 год до 90,7 на 100 тыс. населения, со стабилизацией в первые годы нового столетия. Последние несколько лет показатель заболеваемости колеблется в пределах 82-84 на 100 тыс. населения. Показатель смертности после достигнутого высокого уровня в 2000 году 20,4 на 100 тыс. населения на протяжении последних 8 лет остается на стабильно высоком уровне 20-18 на 100 тыс. населения (рисунок 1).

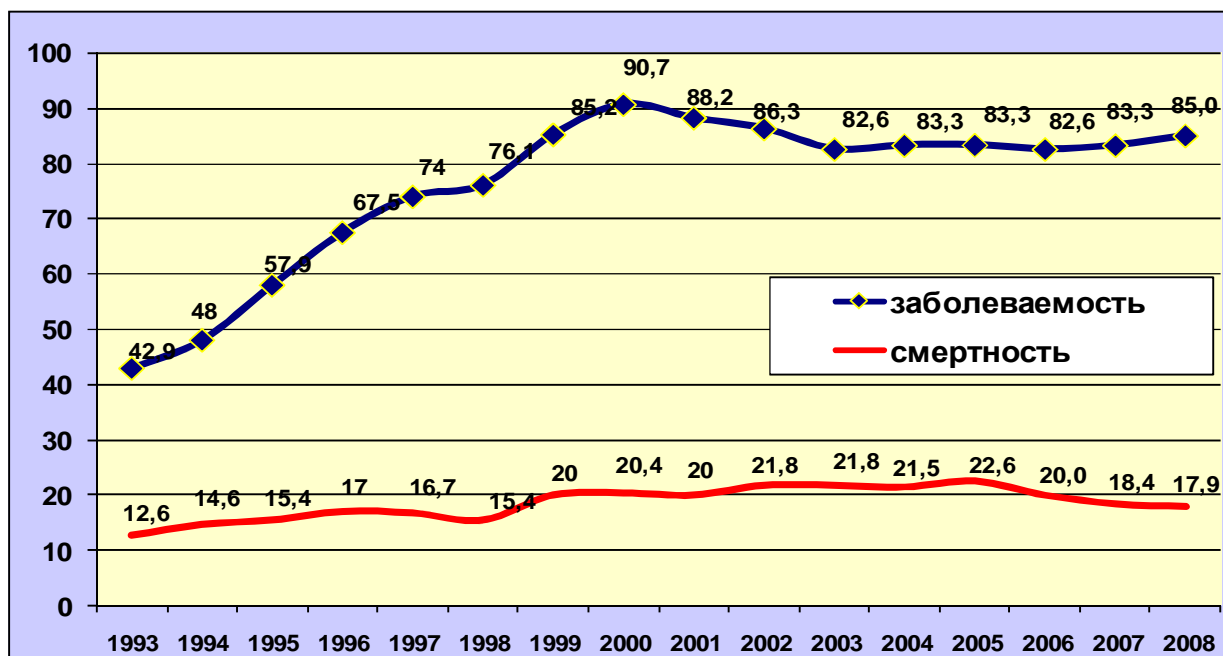


Рисунок 1 - Показатели заболеваемости и смертности при туберкулезе в России 1993-2008 гг. (ф. 8) (на 100 тыс. населения)

К 2005-2006 гг. показатель смертности увеличился более чем в 2,5 раза по сравнению с 1991 годом и составил 22,6 на 100 тыс. населения и 20,0 на 100 тыс. населения, соответственно. Если до 1991 падение смертности от туберкулеза шло на фоне роста уровня общей смертности, то в 90-е годы и в начале XXI века изменения обоих показателей стали сходными, отражая экономические кризисы и общую социально-экономическую обстановку в стране.

В Российской Федерации туберкулезом чаще болеют мужчины: в 2007 году показатель заболеваемости мужчин в России в 2,7 раза выше, чем показатель заболеваемости женщин. Доля умерших от туберкулеза в трудоспособном возрасте составляет 67,3%.

Значительным является распространение туберкулеза с бактериовыделением. Начиная с 2002 года, был отмечен максимум распространенности деструктивных форм туберкулеза легких 82,1 на 100 тыс. населения. Это является признаком избыточного накопления тяжелых форм туберкулеза легких в контингентах.

Доля деструктивных форм туберкулеза легких среди контингентов

существенно различается по субъектам Российской Федерации. Наименьшее значение показателя отмечается в территориях Уральского 35,1% и Центрального 37,8% федеральных округов, наибольшее в – Северо-Западном федеральном округе 49,2% и на востоке страны в Сибирском – 47,2% и Дальневосточном – 47,9% федеральных округах.

Эпидемиологическая ситуация в территориях курации УНИИФ с 1998 по 2008 годы в сравнении с общероссийскими показателями характеризуется следующей динамикой: стабильный рост показателя заболеваемости на Урале, превышающий общероссийский показатель ($p < 0.05$) (рисунок 2).

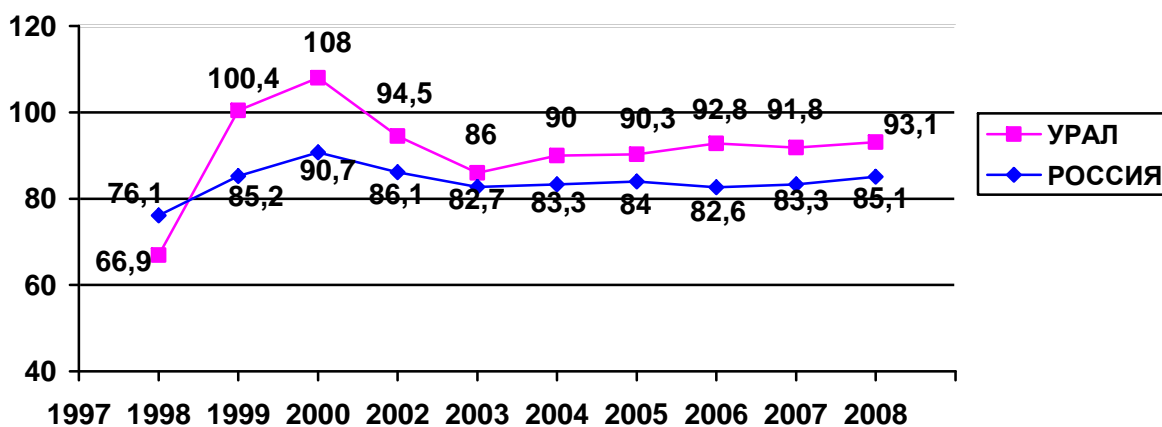


Рисунок 2 - Заболеваемость туберкулезом в России и на Урале 1998-2008 гг. (на 100 тыс. населения)

Наиболее напряженная ситуация по заболеваемости туберкулезом в 2007 сложилась в Курганской, Свердловской, и юге Тюменской области. Заболеваемость туберкулезом в разрезе территорий Урала представлена на рисунке 3.

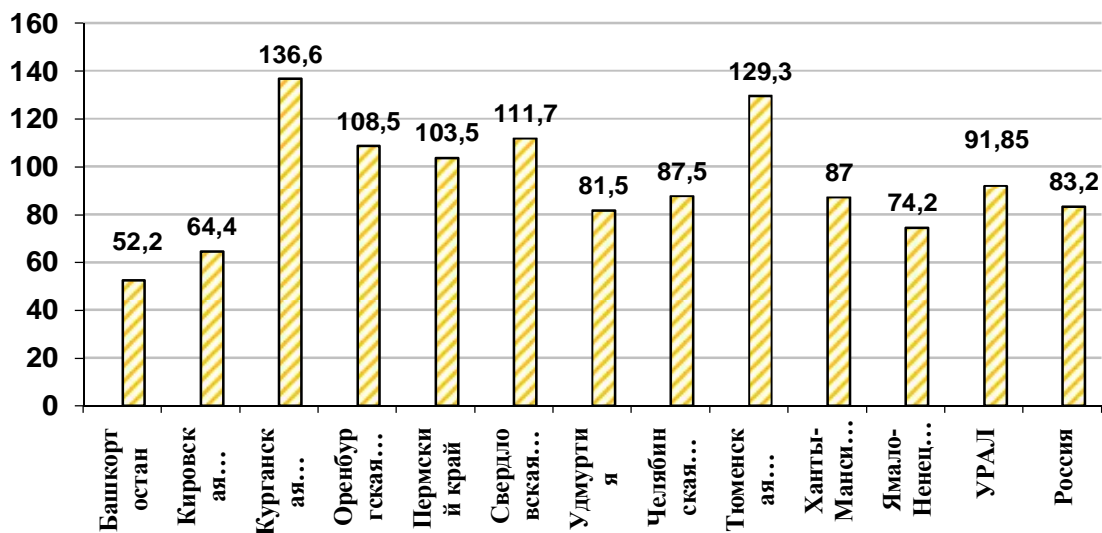


Рисунок 3 - Заболеваемость туберкулезом населения в субъектах Урала в 2007 году (на 100тыс. населения).

Показатель смертности от туберкулеза на Урале в целом повторяет общероссийскую тенденцию: неуклонный рост с 1997 по 2005 год до уровня 22 на 100 тыс. населения, с последующей стабилизацией на достаточно высоких цифрах 19-20 на 100 тыс. населения ($p < 0.05$) (рисунок 4).

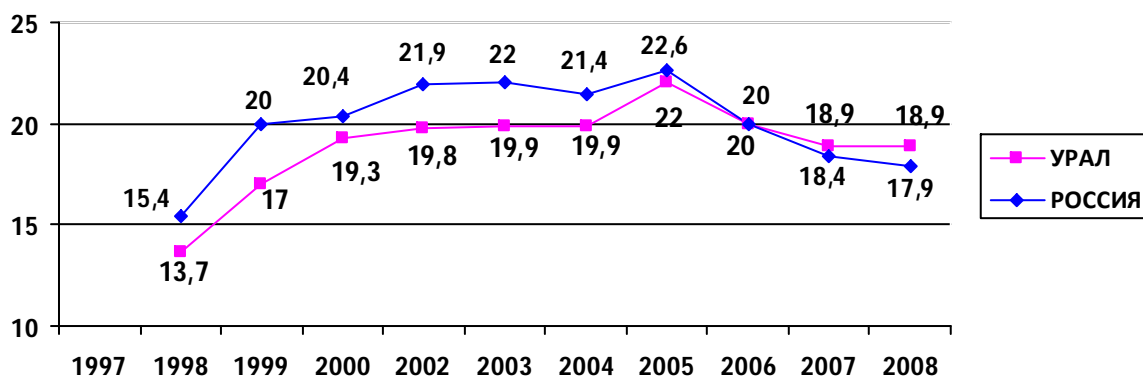


Рисунок 4 - Смертность от туберкулеза в России и на Урале 1998-2008 гг. (на 100 тыс. населения)

Наибольший показатель смертности в 2007 году зарегистрирован в Курганской области и составил 35,3 на 100 тыс. населения и юге Тюменской области 27,5 на 100 тыс. населения (рисунок 5).

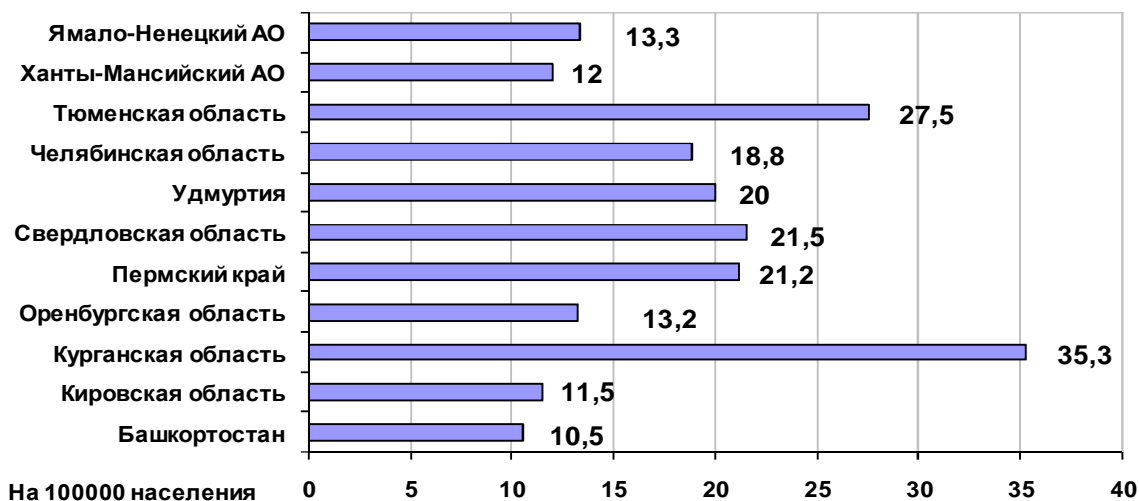


Рисунок 5 - Смертность от туберкулеза населения (включая заключенных) в 2007 году на Урале (на 100 тыс. населения)

Показатель заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением: в России находится на протяжении последних 6 лет на уровне 33-35 на 100 тыс. населения, в то время как на Урале прослеживается тенденция к росту с 28,5 на 100 тыс. населения в 2003 году до 36,4 на 100 тыс. населения в 2008 году.

Показатель распространенности туберкулеза в территориях курации УНИИФ в 2007 году составил 206,7 на 100 тыс. населения. В РФ этот показатель составляет 194,5 на 100 тыс. населения. Наибольшая распространенность туберкулеза отмечена в Курганской и на юге Тюменской области, 309,4 и 286,9 соответственно, в Свердловской области – 258,5 на 100 тыс. населения.

Показатель доли умерших от туберкулеза на первом году наблюдения в ПТД (% от общей смертности) по территории курации имеет тенденции к росту с 16,3 в 2003 году до 19,8 в 2007 году, что говорит о поздней диагностике и выявлении запущенных и распространенных форм туберкулеза.

Таким образом, эпидемическую ситуацию следует оценить как неблагоприятную. Неблагоприятные тенденции сохраняются как в целом по России, так и в Уральском регионе. Результативность

противотуберкулезных мероприятий является недостаточной, не смотря на полноценное финансирование федеральных и территориальных целевых программ.

В четвёртой главе дано определение, способы, методология эпидемиологического мониторинга. Приведены причины слабого функционирования системы мониторинга туберкулеза среди которых: отсутствие полноценной системы индикаторов не позволяет комплексно оценивать эпидемиологическую ситуацию и деятельность противотуберкулезной службы, нуждается в интенсификации организационно-методическая помощь со стороны противотуберкулезных учреждений федерального уровня.

Представлена модель системы мониторинга туберкулеза в Российской Федерации, в которой реализуется механизм 4-уровневого анализа информации о деятельности противотуберкулезных учреждений и эпидемиологической службы (рисунок 6).

Модель системы мониторинга туберкулеза в Российской Федерации

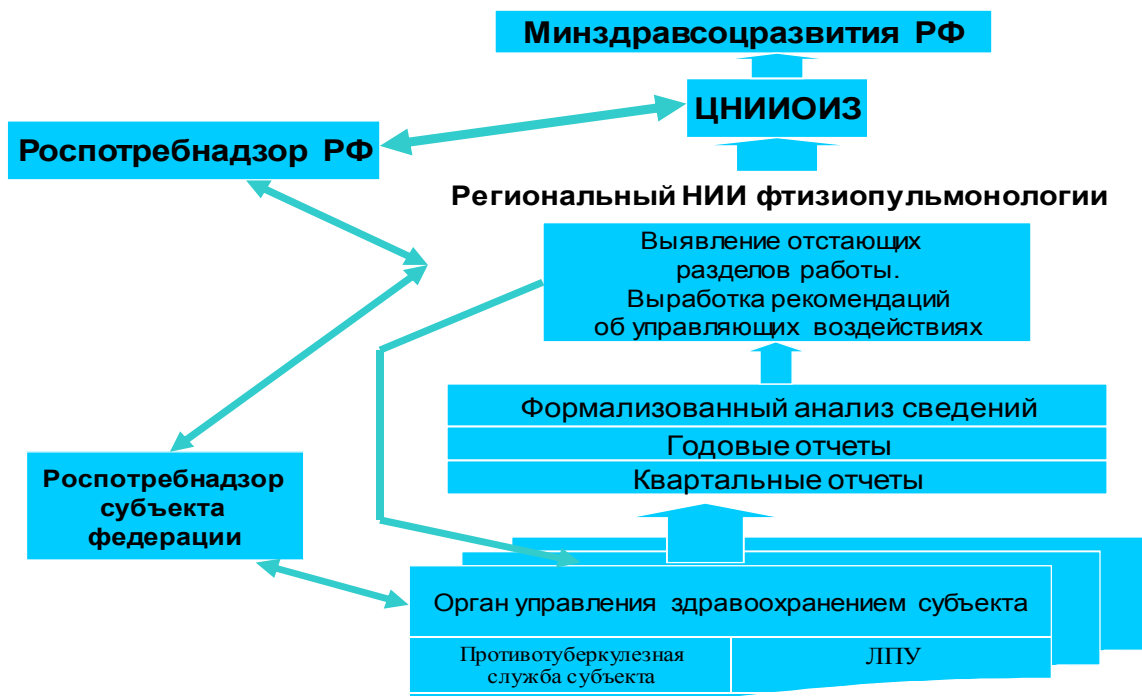


Рисунок 6 - Модель системы мониторинга туберкулеза в РФ.

1-ый уровень – сбор информации, заполнение учетных форм в противотуберкулезных учреждениях муниципальных образований и на уровне субъекта РФ;

2-ой уровень – анализ эпидемиологической ситуации, показателей, поступающих из субъектов РФ, находящихся на территории куриации профильного НИИ;

3-ий уровень – анализ официальных отчетных данных и данных системы мониторинга, подготовка аналитических обзоров в ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава;

4-ый уровень – координация работы по организации деятельности службы и принятие управленческих решений на основе полученной информации и данных мониторинга Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Важнейшей составной частью мониторинговой деятельности является применение индикаторов оценки результативности противотуберкулезных мероприятий. При этом существующие индикаторы должны быть пересмотрены со смещением акцентов на усиление мотивации руководителя к принятию своевременных и действенных решений.

В пятой главе представлен комплекс индикаторов, подлежащих систематическому наблюдению и позволяющих оценить динамику наблюдаемых процессов.

Набор показателей, предложенный в рамках Федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)" ограничивается лишь двумя показателями: смертность от туберкулеза, абациллирование больных туберкулезом. Для комплексной оценки общей медицинской результативности мероприятий в рамках ФЦП необходимо этот перечень расширить и дополнить.

Таблица 2 - Оценка влияния показателей деятельности на целевые показатели

Целевой показатель	Показатель использования средств	Относительный вес влияния показателя	Коэффициенты множественной регрессии
Заболееваемость общая	Закрытие полостей распада	-0,73	R ² =0,66 p<0,01 Std. Error of estimate: 0,157
	Охват всеми методами профилактических осмотров	0,32	
	Госпитализация больных с бактериовыделением	-0,29	
	Выраж проб Манту	0,09	
	Прекращение бактериовыделения	-0,31	R ² =0,82 p<0,004 Std. Error of estimate: 0,11
	Абациллирование контингентов	-0,28	
Заболееваемость фиброзно-кавернозным туберкулезом	Хирургическая активность	-0,35	R ² = 0,68 p<0,02414 Std. Error of estimate: 0,42
	Охват всеми методами профилактических осмотров	-0,36	
	Госпитализация больных с бактериовыделением	-0,35	
	Абациллирование контингентов	0,24	
Распространенность туберкулеза общая	Среднее число дней работы койки в год	-0,23	R ² = 0,99 p<0,01 Std. Error of estimate: 0,003
	Доля вакцинированных БЦЖ к первому году жизни	-0,04	
	Госпитализация больных с бактериовыделением	-0,38	
	Охват всеми методами профилактических осмотров	0,32	
	Абациллирование контингентов	-0,22	
Распространенность туберкулеза с бактериовыделением	Абациллирование контингентов	-0,31	R ² = 0,99 p<0,002 Std. Error of estimate: 0,0005
	Среднее число дней работы койки в год	-0,54	
	Прекращение бактериовыделения	-0,37	
	Хирургическая активность	-0,43	
	Госпитализация больных с бактериовыделением	-0,35	
Смертность от туберкулеза	Закрытие полостей распада	-0,25	R ² =0,99 p<0,00008 Std. Error of estimate: 0,00004
	Прекращение бактериовыделения	-0,28	
	Абациллирование контингентов	0,36	
	Охват всеми методами профилактических осмотров	-0,32	
	Обеспеченность врачами –фтизиатрами	-0,35	
Доля умерших от туберкулеза на первом году наблюдения в ПТД (% от общей смертности)	Обеспеченность врачами –фтизиатрами	-0,41	R ² =0,707 p<0,008 Std. Error of estimate: 0,126
	Среднее число дней работы койки за год	-0,24	
	Охват всеми методами профилактических осмотров	-0,53	
	Абациллирование контингентов	-0,35	

где, R² - коэффициент квадратичной корреляции(коэффициент детерминации);

P – уровень значимости результата;

Std. Error of estimate - стандартная ошибка средней – разницы между моделью и фактическими значениями целевых показателей.

С целью установления наиболее значимых показателей деятельности проанализированы 47 индикаторов, отобранных экспертным методом. С помощью математической обработки, а именно методом множественной регрессии была установлена оценка (вес) влияния показателей деятельности на целевые показатели (таблица 2).

По результатам метода установлено что: наибольшим весом влияния на показатель общей заболеваемости, обладают такие показатели как: закрытие полостей распада, госпитализация больных с бактериовыделением, охват всеми методами профилактических осмотров, прекращение бактериовыделения, абациллирование контингентов.

На заболеваемость фиброзно-кавернозным туберкулезом в наибольшей степени влияют: хирургическая активность, охват профилактическими осмотрами, госпитализация больных с бактериовыделением, абациллирование контингентов.

На общую распространенность туберкулезом влияют: среднее число дней работы койки за год, госпитализация больных с бактериовыделением, охват профилактическими осмотрами, абациллирование контингентов.

При определении веса влияния на такой показатель, как распространенность туберкулеза с бактериовыделением наибольшее влияние обнаружено у показателей деятельности: абациллирование контингентов, прекращение бактериовыделения, среднее число дней работы койки за год, хирургическая активность, госпитализация больных с бактериовыделением.

На смертность от туберкулеза в наибольшей степени влияют: закрытие полостей распада, охват всеми методами профилактических осмотров, обеспеченность врачами-фтизиатрами, прекращение бактериовыделения.

На такой целевой показатель, как доля умерших от туберкулеза на первом году наблюдения в ПТД в наибольшей степени влияют показатели деятельности: охват всеми методами профилактических осмотров, обеспеченность врачами-фтизиатрами, среднее число дней работы койки за год, абациллирование контингентов.

Таким образом, к индикаторам, отображающим результативность мероприятий в рамках ФЦП, могут быть отнесены следующие показатели: закрытие полостей распада, прекращение бактериовыделения, абациллирование контингентов, госпитализация больных с бактериовыделением, среднее число дней работы койки за год, обеспеченность врачами-фтизиатрами, охват всеми методами профилактических осмотров, хирургическая активность.

Преимущество определенных нами показателей состоит в том, что они отражают на определенном этапе деятельность врачей, различных служб и всегда имеют точку приложения для оперативного управления.

Внедрение индикативного управления службой позволило в части территорий добиться улучшения показателей деятельности уже в течение 1 года. После направленных в территории методических рекомендаций по применению индикативного подхода в оценке медицинской результативности, был проведен углубленный анализ ситуации с последующими управленческими решениями.

Охват населения всеми методами профилактических осмотров с целью раннего выявления туберкулеза (% от всего населения) в Республике Башкирия вырос с 63,9 % в 2007г. до 69,0 % в 2008г., в Кировской области с 60,1 % в 2007г. до 64,8 % в 2008г., в Оренбургской области с 66,8 % в 2007г. до 71,9 % в 2008г., в Тюменской области с 71,5 % в 2007г. до 75,8 % в 2008 году ($p < 0.05$).

Произошла положительная динамика такого показателя как охват госпитализацией впервые выявленных больных туберкулезом органов

дыхания с бактериовыделением (% от впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением): в Удмуртской республике с 92,8 % в 2007 г. до 96,5% в 2008 г., в Оренбургской области с 96,1 % в 2007г. до 98,0 % в 2008г., в Тюменской области с 86,9 % в 2007г. до 100,0 % в 2008году ($p < 0.05$).

Закрытие полостей распада у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом органов дыхания (% от впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания) в Кировской области возросло с 61,0 % в 2007 г. до 70,8 % в 2008году ($p < 0.05$).

Хирургическая активность (удельный вес прооперированных больных туберкулезом органов дыхания) (% среди состоящих на учете больных туберкулезом органов дыхания) увеличилась в Республике Башкирия с 6,9 % в 2007 г. до 8,3% в 2008 г., в Кировской области с 7,7 % в 2007 г. до 8,1 % в 2008 г., в Тюменской области с 5,4 % в 2007 г. до 6,4 % в 2008 году ($p < 0.05$).

Динамическое наблюдение за данными индикаторами позволяет руководителю принимать более точные решения, тем самым влиять на уровень и динамику целевых показателей. Все это делает управление лечебно-профилактической деятельностью более результативным и может быть использовано при оценке эффективности противотуберкулезных мероприятий, в том числе в рамках целевых программ.

Выводы

1. Эпидемическая ситуация по туберкулезу как в России, так и в Уральском регионе характеризуется как неблагоприятная. За последние 10 лет отмечается продолжающееся ухудшение основных показателей: заболеваемости в 2,1 раза, распространенности в 1,7 раза, смертности в 1,8 раза. Проводимый комплекс противотуберкулезных мероприятий, как

на федеральном, так и на региональном уровнях не позволил коренным образом изменить неблагоприятные тенденции.

2. По результатам исследования комплекс индикаторов, отображающих результативность мероприятий противотуберкулезной работы, следует отнести следующие показатели деятельности службы: охват всеми методами профилактических осмотров, закрытие полостей распада, прекращение бактериовыделения, абациллирование контингентов, госпитализация больных с бактериовыделением, обеспеченность врачами-фтизиатрами, интенсивность работы койки, хирургическая активность. Относительный вес влияния этих индикаторов на целевые колеблется $\pm 0,22$ до $\pm 0,73$.

3. Динамическое наблюдение за данными индикаторами позволяет руководителю на основе своевременной и достоверной информации принимать более точные решения, тем самым влиять на уровень и динамику целевых показателей в единой государственной системе мониторинга.

4. Разработанная система индикаторов оценки результативности может быть использована при формировании системы государственного мониторинга медицинской результативности ФЦП и территориальных целевых программ по борьбе с туберкулезом.

5. Система мониторинга, основанная на индикаторах деятельности службы (учреждения) позволила повысить результативность противотуберкулезных мероприятий, оперативно выявлять «узкие места» как в работе отдельных ЛПУ, так в и системе здравоохранения, что явилось основой разработки и развития индикативной системы управления противотуберкулезной службой в субъектах РФ и на федеральном уровне.

Практические рекомендации

1. Руководителям системы здравоохранения шире использовать индикативный метод управления отраслью, в том числе медицинскими мероприятиями в рамках ФЦП подпрограмма «Туберкулез».
2. Руководителям органов управления здравоохранения регионов при разработке и принятии региональных целевых программ, направленных на предупреждение и борьбу с социально значимыми заболеваниями, использовать предложенную систему индикаторов.
3. При разработке государственной системы мониторинга туберкулеза использовать систему индикаторов, отображающих результативность мероприятий противотуберкулезной работы для контроля противотуберкулезной работы с целью оптимизации управления фтизиатрической службой.

Список статей, опубликованных по теме диссертации

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК

1. Костоусова Е.В. Проблема туберкулеза в Уральском регионе в 2007 году / Е.В.Костоусова, Д.Н.Голубев, В.А.Подгаева // Уральский медицинский журнал. – 2008. - № 13. – С.93-99.

2. Костоусова Е.В. Оценка результативности федеральной целевой программы по туберкулезу с помощью системы индикаторов / Е.В.Костоусова, Д.Н.Голубев // Омский научный вестник. - 2009. - № 1 (84). - С.53-56.

Публикации в других изданиях, сборниках статей

3. Костоусова Е.В. Проблемы реализации ФЦП «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России» в Уральском федеральном округе / Е.В.Костоусова, Д.Н.Голубев // Сборник научных трудов УНИИФ. – Екатеринбург, 2004. – С. 34-36.

4. Костоусова Е.В. Оценка качества медицинских услуг в ЛПУ и влияния на здоровье населения факторов риска на основе анкетирования пациентов / Е.В.Костоусова, Д.Н.Голубев // Сборник научных трудов УНИИФ. – Екатеринбург, 2008. – С. 33-34.

5. Костоусова Е.В. К вопросу об оценке влияния «факторов риска» на распространение социально-значимых заболеваний: выделение «групп риска», методы сбора данных / Е.В.Костоусова, Д.Н.Голубев // Сборник научных трудов УНИИФ. – Екатеринбург, 2008. – С. 32-33.

Костоусова
Евгения Владимировна

Научно-организационные основы формирования
системы индикаторов оценки
медицинской результативности мероприятий
по борьбе с туберкулезом
в рамках Федеральной целевой программы

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Подписано в печать _____

Формат 60x84/16. Объем 1,5 усл.-печ.л.

Тираж 140 экз. Заказ №

Размножено с готового оригинал-макета

в типографии « М-29 »

620219, г. Екатеринбург, ул. Московская 29