

На правах рукописи

**Шалайко
Татьяна Андреевна**

**ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В
СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ И ПУТИ МОДЕРНИЗАЦИИ
ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА
ФЕДЕРАЦИИ**

14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва, 2007 г.

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Ирина Михайловна Сон

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук, профессор

Галина Георгиевна Орлова

Сергей Евгеньевич Борисов

Ведущая организация – «Московский научно-практический Центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Защита состоится «__» _____» 2007 г. в ____ часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»

Автореферат разослан « 26 » « сентября » 2007 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

кандидат медицинских наук

Евгений Иванович Сошников

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования

В последние годы борьбе с туберкулезом в Российской Федерации уделялось существенное внимание, финансирование мероприятий постоянно возрастает за счет государственного бюджета и бюджетов субъектов Федерации. Планомерно укреплялась материально-техническая и медико-техническая база противотуберкулезных учреждений. Решены вопросы обеспечения потребности в противотуберкулезных препаратах, в том числе и за счет ФЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 гг.)», которая будет пролонгирована на 5 лет (Перельман М.И., 2007). Кроме того, значительные средства были предоставлены в рамках международных программ и проектов (Михайлова Ю.В., 2007).

Вместе с тем, радикального перелома в течении эндемии туберкулеза в стране не достигнуто. Ситуация по туберкулезу в Российской Федерации остается стабильно напряженной, социальный, экономический и медицинский ущерб, наносимый им обществу, все еще значителен.

Россия, где заболеваемость туберкулезом по сравнению с 1990 г. увеличилась более чем в 2 раза, а смертность от него — в 1,5 раза, относится к числу 22 стран с наиболее значительной распространенностью туберкулеза. Ежегодная заболеваемость всеми формами туберкулеза в нашей стране превышает 80 случаев на 100 тыс. населения (Борисов С.Е., 2006).

Причины, которые поддерживают эпидемиологическую ситуацию напряженной, — это интенсивные процессы миграции из стран с высокой заболеваемостью туберкулезом; развитие вспышек туберкулеза в ограниченных коллективах- тюрьмах, приютах; быстрое распространение ВИЧ-инфекции; общее снижение финансирования здравоохранения и сокращение коечного фонда. Кроме того, ухудшение эпидемической ситуации может быть связано с распространением лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, в том числе множественной.

Для Ставропольского края в связи с его приграничным географическим положением проблема борьбы с туберкулезом имеет особое значение. На эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в крае оказывают значительное влияние активные миграционные процессы из республик Северного Кавказа, в которых уровень распространенности туберкулеза выше (Одинец В.С., 2004).

В порядке эксперимента на территории Ставропольского края с 01.01. 2005г. реализуется Федеральный закон №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (от 6.10.2003 г.) Это вызвало необходимость проведения реорганизации, в том числе противотуберкулезной службы, что в свою очередь невозможно без проведения реформы системы ее финансирования.

За последние 10-15 лет была разрушена отраслевая система нормирования труда. Анализ утвержденных в последние годы нормативных документов по труду показывает, что в ряде случаев нарушаются основные требования к формированию штатных нормативов, а отсутствие экономического обоснования предлагаемых нормативов по труду препятствует их внедрению в практику здравоохранения (Шипова В.М., 1998, 2002).

Анализ литературных источников показал, что в России недостаточно проводится научно-исследовательских работ, посвященных поиску путей улучшения управления фтизиатрической службой. Имеются лишь единичные исследования по использованию комплексных и интегральных оценок противотуберкулезной работы (Хрулева Т.С., 1995; Лебедев В.Б., 2000, Сон И.М., 2002; Сазыкин В.Л., 2006). При этом в этих работах не предлагаются пути модернизации противотуберкулезной службы. Все вышеизложенное обосновывает актуальность проведения настоящего исследования.

Цель исследования: выявить особенности распространения туберкулеза в Ставропольском крае и научно обосновать приоритеты совершенствования фтизиатрической службы в условиях разграничения полномочий между различными уровнями законодательной и исполнительной власти.

Задачи исследования:

1. Изучить динамику основных показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Ставропольском крае в 2001-2005 гг.
2. Исследовать достоверность формирования показателя смертности от туберкулеза на территории Ставропольского края.
3. Изучить организацию фтизиатрической службы и финансирование противотуберкулезных мероприятий в Ставропольском крае на современном этапе.

4. Провести исследование по определению нагрузки и нормированию труда врача-фтизиатра на краевом консультативном приеме и городском фтизиатрическом участке.
5. Разработать методические рекомендации по нормированию труда врача-фтизиатра на краевом консультативном приеме и городском участке.

Научная новизна исследования:

– впервые изучена динамика эпидемиологической ситуации по туберкулезу во всех муниципальных образованиях субъекта Федерации, проведено их ранжирование по показателям заболеваемости, распространенности и смертности;

– исследована достоверность формирования показателя смертности от туберкулеза на территории Ставропольского края; определены размеры и причины гипо- и гипердиагностики случаев смерти от туберкулеза и разработаны пути их снижения;

– проведена сравнительная оценка эффективности противотуберкулезных мероприятий в Ставропольском крае в условиях реализации на его территории ФЗ-131 «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;

– описаны особенности модернизации противотуберкулезной службы Ставропольского края в связи с ФЗ, разграничивающим полномочия между различными уровнями власти;

– проведен сравнительный анализ финансирования противотуберкулезных мероприятий в связи с реорганизацией;

– проведен фотохронометраж деятельности врачей-фтизиатров консультативного приема и городского участка;

– рассчитаны нормы нагрузки и нормативы труда врачей-фтизиатров консультативного приема и участковых фтизиатров, даны методические рекомендации по нормированию их деятельности.

Научно-практическая значимость исследования заключается в том, что:

- доказана необходимость мониторинга и сравнительного анализа эпидемиологической ситуации на территории всех муниципальных образований субъекта Федерации;

- обосновано проведение интегральной оценки и определение рангового места территорий по уровням показателей заболеваемости, распространенности и

смертности, что позволяет своевременно определять и прогнозировать тенденции эпидемиологического процесса, финансирование и разрабатывать комплекс мероприятий для ограничения распространения туберкулезной инфекции среди населения;

- исследована достоверность формирования показателя смертности от туберкулеза на территории Ставропольского края, что позволяет объективно оценить эпидемиологическую ситуацию;

- рассчитанные нормы нагрузки и нормативы труда врачей-фтизиатров консультативного приема и участковых фтизиатров служат основой для обоснования штатных нормативов с учетом современной эпидемиологической ситуации и социального состава больных.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Динамические изменения эпидемиологической ситуации по туберкулезу за последние 14 лет, её региональные особенности и основные тенденции.

2. Результаты анализа достоверности формирования показателя смертности населения от туберкулеза.

3. Организационная модель противотуберкулезной службы субъекта Федерации в условиях разграничения полномочий между различными уровнями исполнительной и законодательной власти.

4. Расчетные нормы времени на посещение участкового врача-фтизиатра и врача-фтизиатра консультативного приема, расчетные нормы нагрузки (обслуживания) и норматив должности врача-фтизиатра для оказания медицинской помощи больным туберкулезом.

Внедрение. Результаты исследования внедрены в деятельность Ставропольского краевого клинического противотуберкулезного диспансера. Они использовались при подготовке:

- ежегодных информационных сборников информационно-аналитического центра министерства здравоохранения Ставропольского края «Основные показатели медицинского обслуживания населения Ставропольского края», «Заболеваемость и диспансеризация населения Ставропольского края», «Динамика показателей естественного движения и здоровья населения Ставропольского края», «Информационный бюллетень о результатах противотуберкулезных мероприятий в Ставропольском крае» и др. справочных материалов для органов управления здравоохранением различного уровня (федеральный, краевой);

- пособия для организаторов здравоохранения «Научное обоснование нормирования труда врача-фтизиатра участкового и консультативного приема»;
- пособия для фтизиатров и пульмонологов «Оценка эпидемической ситуации по туберкулезу и анализ деятельности противотуберкулезных учреждений»;
- лекций для аспирантов и клинических ординаторов в ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава.

Апробация результатов исследования. Результаты работы доложены на: совещании руководителей противотуберкулезных служб субъектов Федерации ЮФО (г. Ставрополь. 2006), Российской научно-практической конференции «Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России» (Москва, 2006), Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении» (Москва, 2007), Всероссийском съезде фтизиатров (Москва, 2007), апробационном совете в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (2007).

Публикации: по теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, в том числе в изданиях, рекомендуемых ВАК.

Объем и структура работы.

Материалы диссертации изложены на 190 страницах машинописного текста, отражены в 30 таблицах, 23 рисунках, 21 картограмме и 3 схемах. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы», 3 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, приложений. Список использованной литературы включает 156 источников, из которых 122 отечественных и 34 иностранных авторов.

Содержание работы

Во **введении** обоснована актуальность проведенного исследования, определены цель и задачи, изложены научная новизна, научно-практическая значимость работы, основные положения, выносимые на защиту.

Глава 1 «Организация борьбы с туберкулезом в России и мире в настоящее время» отражает обзор литературных и научных исследований по изучаемой проблеме, включает анализ отечественных и зарубежных источников, характеризует тенденции в изменении эпидемиологической ситуации по туберкулезу в мире и Российской Федерации, отражает основные этапы

организации противотуберкулезной помощи населению и выявляет нерешенные проблемы.

В главе 2 описываются материалы и методы, дается характеристика базы исследования. Базой исследования являлся Ставропольский край, который характеризуется компактностью проживания населения, высоким уровнем организации и качества оказания медицинской помощи, высоким уровнем развития промышленности и сельского хозяйства, а также интенсивными миграционными процессами. Постоянное население края на 1 января 2005 года составляло 2717,9 тыс. человек. Ежегодно в крае регистрируется около 2000 случаев заболевания туберкулезом; исследование проводилось на генеральной совокупности, что обусловило репрезентативность данных, полученных в ходе исследования и достоверность выводов.

Объектом исследования являлись впервые выявленные больные и больные, состоящие на учете в противотуберкулезных учреждениях Ставропольского края в 2001-2005 гг. (схема 1).

Сведения о больных получены из первичных официальных учетных форм. Рассчитывались: интенсивные показатели, характеризующие распространение явления в среде (на 100 тысяч населения или контингентов больных), экстенсивные показатели (клиническая структура впервые выявленного туберкулеза, возрастно-половой состав заболевших туберкулезом, возрастно-половой состав заболевших туберкулезом органов дыхания и внелегочными формами), показатели соотношения (заболевших туберкулезом мужчин и женщин, взрослых и детей, больных туберкулезом органов дыхания и внелегочным туберкулезом). Для оценки динамики основных показателей вычислялись темпы их роста (снижения). Темпы роста (снижения) рассчитывались за один год, суммарные за весь изучаемый период, а также среднегодовые.

Достоверность различий относительных показателей рассчитывалась по критерию Стьюдента.

В ГУЗ «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер» г. Ставрополя функционирует программный комплекс «Контингенты ПТД», «Отчеты о контингентах больных туберкулезом. Форма № 33». База данных содержит сведения о впервые выявленных больных туберкулезом в Ставропольском крае в 1993-2005 гг. в объеме формы 089/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза». Для анализа эпидемиологической ситуации по туберкулезу в городе была

использована база данных КПТД. Всего проанализировано 3737 регистрационных карт впервые выявленных больных.

Для решения поставленных задач использованы также данные официальных статистических отчетов: форма № 8 «О заболеваниях активным туберкулезом», форма № 33 «Сведения о больных туберкулезом», форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении», утвержденных Постановлением Госкомстата России, форма № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», утвержденная приказом Минздрава России и ФОМС, форма 6 «Отчет о движении материальных запасов».

Проведено фотохронометражное исследование работы двух врачей-фтизиатров участковых и двух врачей-фтизиатров консультативного приема в течение двух недель работы каждого. Были разработаны «Словарь видов деятельности и трудовых операций врача-фтизиатра на амбулаторном приеме», таблица «Хронометраж рабочего дня» и «Бланк справочных данных наблюдаемого».

При обработке материалов хронометражных наблюдений все затраты были сгруппированы следующим образом: затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи, и затраты, не имеющие непосредственного отношения к оказанию медицинской помощи больным. Фотохронометражные наблюдения были проведены также при внедиспансерной работе участкового врача. Затраты рабочего времени при оказании медицинской помощи больному дифференцировались, как это принято при нормировании труда врачей амбулаторного приема, на первичное и повторное посещение. Были обоснованы затраты времени на посещение очага туберкулезной инфекции.

В главе 3 были изучены тенденции течения эпидемического процесса туберкулеза в крае с 2001 г. по 2005 год на основании анализа динамики основных показателей: заболеваемости, распространенности и смертности. Кроме того, была проанализирована клиническая структура показателей. Определены территории и районы края с самой напряженной и наиболее благоприятной ситуацией по туберкулезу.

За точку отсчета был взят 2001 год, когда впервые за последние 15 лет было зафиксировано снижение показателя заболеваемости населения края туберкулезом.

За 5 лет территориальный показатель заболеваемости населения туберкулезом снизился на 36,6 % (с 94,8 в 2001 году до 69,4 на 100 тыс. нас. в 2005 году). Среднегодовые темпы снижения составляли 7,3% (рис. 1).

При этом показатель территориальной заболеваемости снижался постепенно, за исключением 2004 г., когда он незначительно вырос (на 1,5%), что, однако, находится в пределах допустимых и естественных колебаний.

Организация исследования

Цель исследования: выявить особенности распространения туберкулеза в Ставропольском крае и научно обосновать приоритеты совершенствования фтизиатрической службы в условиях разграничения полномочий между различными уровнями законодательной и исполнительной власти

Задачи исследования:	Изучить динамику основных показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Ставропольском крае в 2001-2005 годах.	Исследовать достоверность формирования показателя смертности от туберкулеза в территории Ставропольского края.	Изучить организацию фтизиатрической службы и финансирование от противотуберкулезных мероприятий в Ставропольском крае на современном этапе	Провести исследование по определению нагрузки и нормированию труда врача-фтизиатра на краевом консультативном приеме и городском фтизиатрическом участке	Разработать методические рекомендации по нормированию труда врача-фтизиатра на краевом консультативном приеме и городском участке
-----------------------------	--	--	--	--	---

10

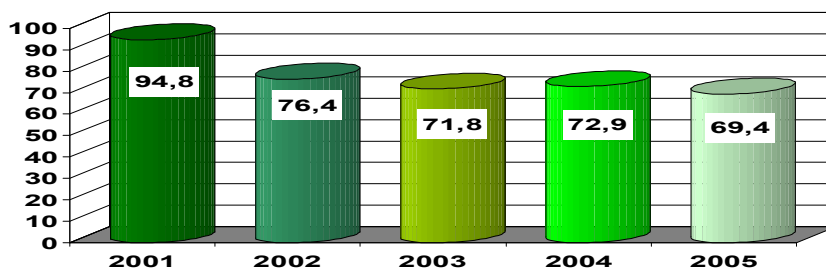
Объекты исследования: Противотуберкулезные диспансеры Больные туберкулезом (в т.ч. впервые выявленные)

Источники информации:	Отчетные формы №8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», № 33 «Отчет о больных туберкулезом» за 1993-2005 гг.	«Контрольная карта диспансерного наблюдения» (5 646 карт)	База данных Краевого ПТД «Контингенты ПТД» за 1997-2005гг.	Таблицы «Хронометраж рабочего дня» врача-фтизиатра (за 20 рабочих дней)	«Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза» (10 274 карт)	Форма № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи», форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении»
------------------------------	---	---	--	---	---	--

Методы исследования: Эпидемиологические Статистические Фотохронометражных наблюдений Интегральной оценки

Рисунок 1

Показатель заболеваемости туберкулезом населения Ставропольского края. 2001-2005гг. (на 100 тыс. нас.)

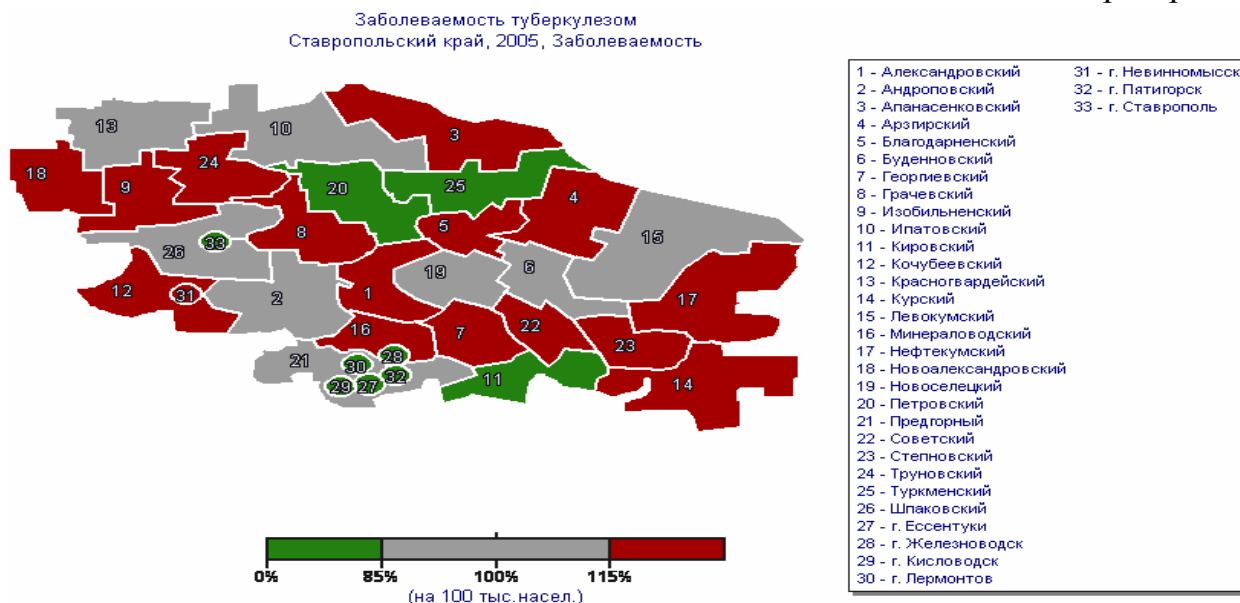


В состав Ставропольского края входит 33 муниципальных образования. Уровень показателя заболеваемости в них варьирует значительно: в 2001 г. наименьший показатель был зарегистрирован в г. Лермонтове (28,2 на 100 тыс. населения), наибольший - в Арзгирском районе (109,3). Разница между наибольшим и наименьшим показателями составляла 3,9 раза. К 2005 г. ситуация изменилась: в 20 районах и городах произошло снижение показателя, а в 13 – рост. Темпы изменения были разными: самыми быстрыми темпами снижалась заболеваемость в Кировском районе (на 14,9% в год), а росла - в Грачевском районе (на 18,8 %).

В 2005 г. наименьший показатель был зарегистрирован в г. Пятигорске (23,4 на 100 тыс. населения), наибольший - в Советском районе (107,2). Разница составляла 4,6 раза.

На картограмме представлено распределение муниципальных образований по уровню показателя заболеваемости в 2005 г. (картограмма 1).

Картограмма 1



В 2005 году в 9 муниципальных образованиях показатель заболеваемости был ниже среднего уровня, в 16 – выше, и лишь в 8 – на среднекраевом уровне.

Мы провели ранжирование территорий по уровню показателя заболеваемости в динамике с 2001 г. по 2005 г. и определили суммарное ранговое место. По итоговому ранговому месту можно с высокой степенью достоверности делать заключение о том, в каких территориях края туберкулез выявляется чаще, а в каких – реже.

Самой благоприятной территорией можно считать район КМВ (гг. Кисловодск – 1 ранговое место, Ессентуки и Пятигорск – 2, Лермонтов – 3, Предгорный район – 4 и г. Железноводск - 6) и г. Ставрополь - 5. Самыми неблагоприятными являются районы: Александровский - 25 ранговое место, Арзгирский – 26, Георгиевский -27, Советский – 28 и Нефтекумский– 29. Можно сделать заключение, что жители городов болеют туберкулезом реже.

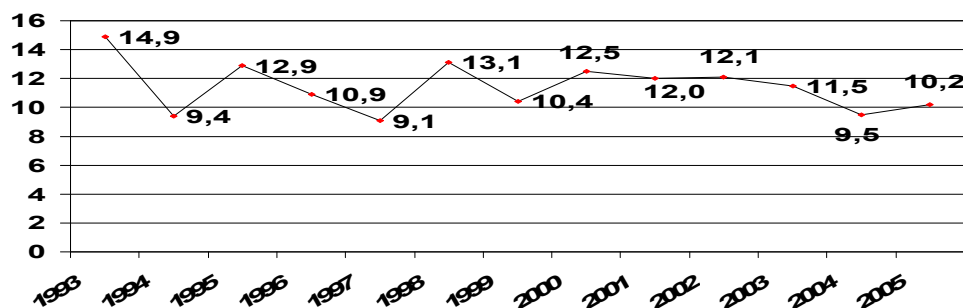
Аналогично был проведен анализ ситуации по туберкулезу органов дыхания, внелегочному, фиброзно-кавернозному и деструктивному.

Динамика показателя заболеваемости туберкулезом детей отличается от таковой среди остального населения, она более благоприятная, что можно объяснить тем, что противотуберкулезная работа среди этой возрастной группы населения проводилась на более высоком уровне и в полном объеме.

Динамика показателя представлена на рисунке 2.

Рисунок 2.

Динамика показателя заболеваемости туберкулезом детей. Ставропольский край. 1993-2005 гг.



Заболеваемость детей в течение 5 лет снизилась на 17,6 %. Темпы ежегодного снижения равны 3,5 %. Рост заболеваемости в 2005 году связан со снижением качества контроля за проведением химиопрофилактики в школах в связи с уменьшением числа медицинских работников в них.

Показатель распространенности туберкулеза изменился следующим образом: 2001 год – 263,9 случаев на 100 тысяч населения; 2005 год – 208,1. Резкое снижение показателя в 2004 году объясняется изменением сроков наблюдения пациентов в группах диспансерного учета в соответствии с положениями Приказа МЗ РФ от 13.03.2003 года № 109.

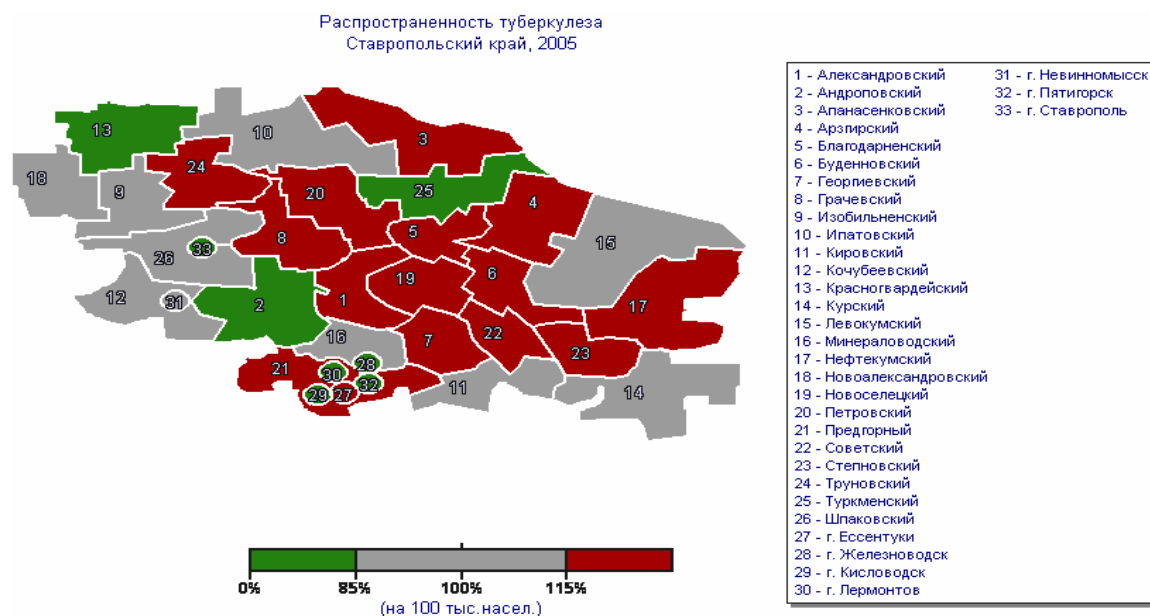
Уровень показателя распространенности варьирует значительно: в 2001 г. наименьший зарегистрирован в г. Лермонтове (141,1 на 100 тыс. населения), наибольший - в Новоселецком районе (492,3). Разница между наибольшим и наименьшим показателями составляла 3,5 раза. К 2005 г. в 28 районах и городах произошло снижение показателя заболеваемости, а в 5 – рост.

Темпы ежегодного снижения показателя распространенности составляли от 0,18 % в Ипатовском до 10,1 % в Кировском районе, темпы роста варьировали от 0,02 % в Труновском до 3,8 % в Грачевском районе.

В 2005 г. наименьший показатель был в г. Лермонтов (96,8 на 100 тыс. населения), наибольший - в Труновском районе (414,3). Разница- 4,3 раза.

На картограмме 2 видно, что в 2005 г. в 7 территориях показатель распространенности был ниже, в 15 – выше, в 11 – на среднекраевом уровне. Наиболее неблагоприятные территории находились в центральных территориях.

Картограмма 2



Итоги ранжирования территорий Ставропольского края по уровню показателя распространенности в динамике с 2001 г. по 2005 г. определили, что туберкулез наиболее распространен в центральных и юго-восточных районах

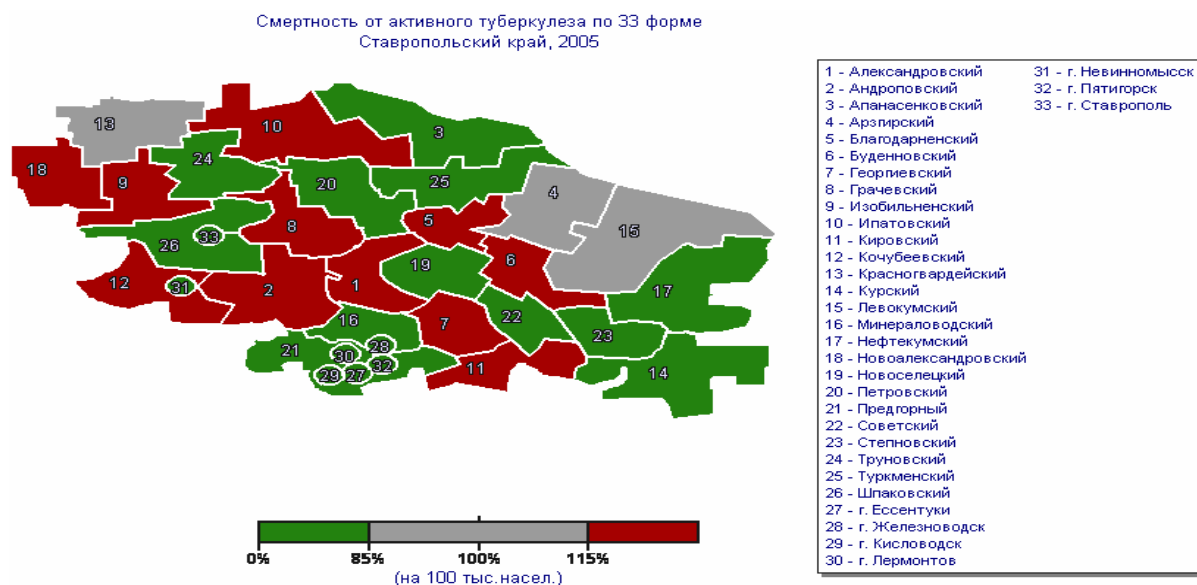
края. Туберкулез менее распространен в районе КМВ (гг. Кисловодск – 1 ранговое место, Лермонтов – 2, Пятигорск – 3, Железноводск - 5) и г. Ставрополь – 4. Более распространен туберкулез в районах: Советский – 26 ранговое место, Георгиевский -27, Труновский - 28, Степновский – 29, Нефтекумский – 30 и Новоселицкий - 31.

Смертность от туберкулеза на 100 тысяч населения в 2001 году составляла 18,7 случаев; в 2002 году – 19,0; в 2003 году – 20,5; в 2004 году – 15,2; в 2005 году – 15,3. Снижение показателя за пять лет составило 22,2 %. Темпы ежегодного снижения, соответственно, 4,4%.

В 2005 г. наименьший показатель был в гг. Лермонтов (смертей не зарегистрировано) и Железноводск (3,8 на 100 тыс. населения), наибольший - в Кочубеевском районе (36,3). Разница составляла 9,6 раза.

На картограмме 3 видно, что в 2005 г. в 11 муниципальных образованиях от туберкулеза умирают чаще, чем в среднем по краю, в 18 – реже.

Картограмма 3



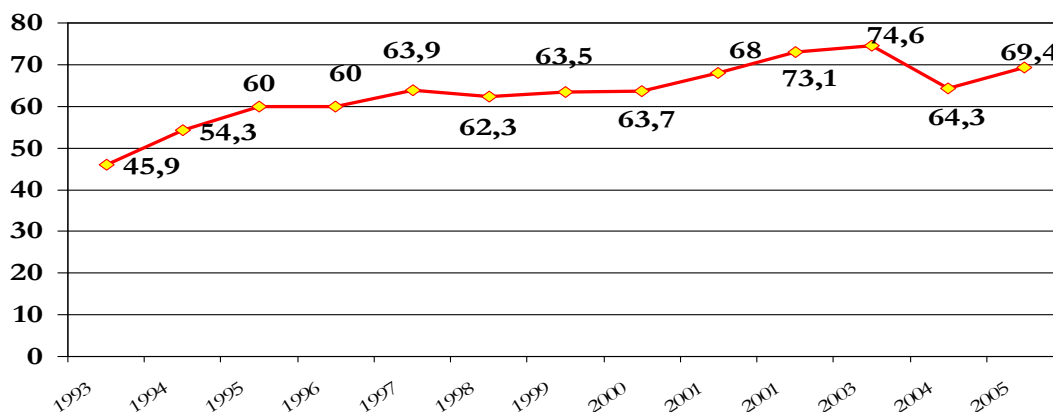
Ранжирование территорий Ставропольского края по уровню показателя смертности в динамике с 2001 г. по 2005 г. выявило, что чаще от туберкулеза умирают жители районов: Александровского - 25 ранговое место, Кировского – 26, Благодарненского – 27, Кочубеевского – 28, Георгиевского - 29 и Нефтекумского – 30; реже – жители района Кавказских Минеральных Вод (гг. Пятигорск – 2, Лермонтов – 3, Железноводск - 4, Ессентуки – 7, Кисловодск – 8) и Красногвардейского района – 1.

Частота выявления случаев заболевания туберкулезом зависит от того, как в субъекте Федерации организуются осмотры населения, насколько медицинский персонал первичного звена здравоохранения заинтересован и владеет методами выявления больных туберкулезом среди населения. С количественной стороны работу по выявлению больных туберкулезом характеризует охват населения обследованиями на туберкулез. Качество этих осмотров характеризуют удельный вес больных, выявленных активно; удельный вес больных, умерших в течение первого года наблюдения и умерших неизвестными противотуберкулезной службе при жизни, доля больных, у которых при выявлении был диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез.

Как видно из рисунка 3, за 5 лет (2001 – 2005 гг.) максимальный охват осмотрами на туберкулез отмечался в 2003 г., когда он был равен 74,6 %.

Рисунок 3

**Охват населения осмотрами на туберкулез.
Ставропольский край.
1993-2005гг. (%)**



Резкое сокращение охвата населения осмотрами на туберкулез в 2004 г. объясняется организационно – методическими причинами. Постановлением Правительства РФ от 25.12.2001 г. № 892 «О реализации Федерального Закона № 77-ФЗ от 18.06.2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» определялась кратность проведения осмотров населения на туберкулез (кроме групп риска) 1 раз в 2 года. Лишь после ввода в действие совместного приказа МЗ СК и ТУ Роспотребнадзора по СК от 21.11.2005 года № 01-05/426 «Об усилении мер по профилактике туберкулеза в СК» удалось изменить ситуацию. Положениями этого Приказа регламентированы ежегодные флюорографические осмотры населения, начиная с 15 лет. Это позволило повысить число обследованных

флюорографическим методом в 2005 г. на 35,4 тыс. человек по сравнению с 2004 г. Число детей, которым проводится туберкулинодиагностика, зависит лишь от численности детского населения в возрасте до 14 лет (2004 год – 403995, 2005 год – 398097), которое имеет тенденцию к снижению.

Одновременно с показателем охвата населения осмотрами необходимо рассматривать их эффективность, которая характеризуется долей больных, выявленных активно. Максимальное значение этого показателя за последние 5 лет отмечалось в 2003 г., когда он был равен 55 %, минимальное в 2001 г. С 2001 г. показатель увеличился с 49,3% до 54,9% в 2005.

Таким образом, пример Ставропольского края подтверждает тесную связь, которая существует между уровнем регистрации туберкулеза и уровнем работы по его активному выявлению. Так, в 2001-2003 гг. охват населения обследованиями на туберкулез рос быстрыми темпами, соответственно увеличивался удельный вес больных, выявленных активно такими же быстрыми темпами. В этот же период произошло достаточно значительное снижение показателя заболеваемости (территориального с 94,8 в 2001 г. до 71,8 в 2003 г.), что свидетельствовало о достаточно высокой эффективности проводимых осмотров. С 2004 г. снижение охвата населения осмотрами на туберкулез сопровождалось ростом показателя заболеваемости и умеренным снижением доли выявленных больных, выявленных активно. В течение 2005 г. охват населения осмотрами вырос на 5 %. Параллельно отмечено умеренно выраженное увеличение доли больных, выявленных при осмотрах, а также снижение показателя заболеваемости туберкулезом.

Свидетельством снижения эффективности работы по раннему выявлению является ухудшение клинической структуры впервые выявленных больных туберкулезом. С 2001 по 2003 год охват осмотрами населения Ставропольского края и удельный вес больных, выявленных активно, значительно вырос, а доля больных фиброзно-кавернозным туберкулезом, соответственно, снизилась. Снижение охвата населения осмотрами в 2004 году привело к росту удельного веса больных фиброзно-кавернозным туберкулезом в 2005 году в 1,5 раза. Такая же обратная зависимость прослеживается между уровнем охвата населения осмотрами, и удельным весом больных с деструктивными формами туберкулеза.

То, что для Ставропольского края характерен высокий уровень организации и эффективности работы по выявлению туберкулеза среди населения, подтверждается и уровнем и динамикой удельного веса больных, умерших от туберкулеза в течение первого года наблюдения и умерших от туберкулеза больных, неизвестных противотуберкулезным учреждениям при жизни. Эти показатели в крае в 2001-2005 гг. стабильно снижались.

МЗ СК 28.09.2004 г. был утвержден приказ № 05-02/291 «О регистрации причин смерти от туберкулеза и посмертной диагностике туберкулеза». Это было связано с тем, что в 2004-2005

гг. в Ставропольском ККПГД внедрялась система мониторинга туберкулеза, в том числе ее составная часть – мониторинг за смертностью. В обмене информацией между специалистами туберкулезной службы и бюро судебно-медицинской экспертизы отмечены позитивные сдвиги.

В большинстве территорий края оплажен обмен информацией, специалисты бюро подают извещения по форме 089-у на случаи посмертной диагностики туберкулеза. Повысилась достоверность формирования показателя смертности за счет того, что специалистами общей лечебной сети без согласования с фтизиатрами в 2004 г. выданы только 5 свидетельств о смерти от туберкулеза, в 2005г. – 4, что в 10 раз меньше, чем в 2003 году.

Из 416 «Свидетельств» с нарушениями были заполнены 71,4 %. При этом выделялось 2 типа нарушений:

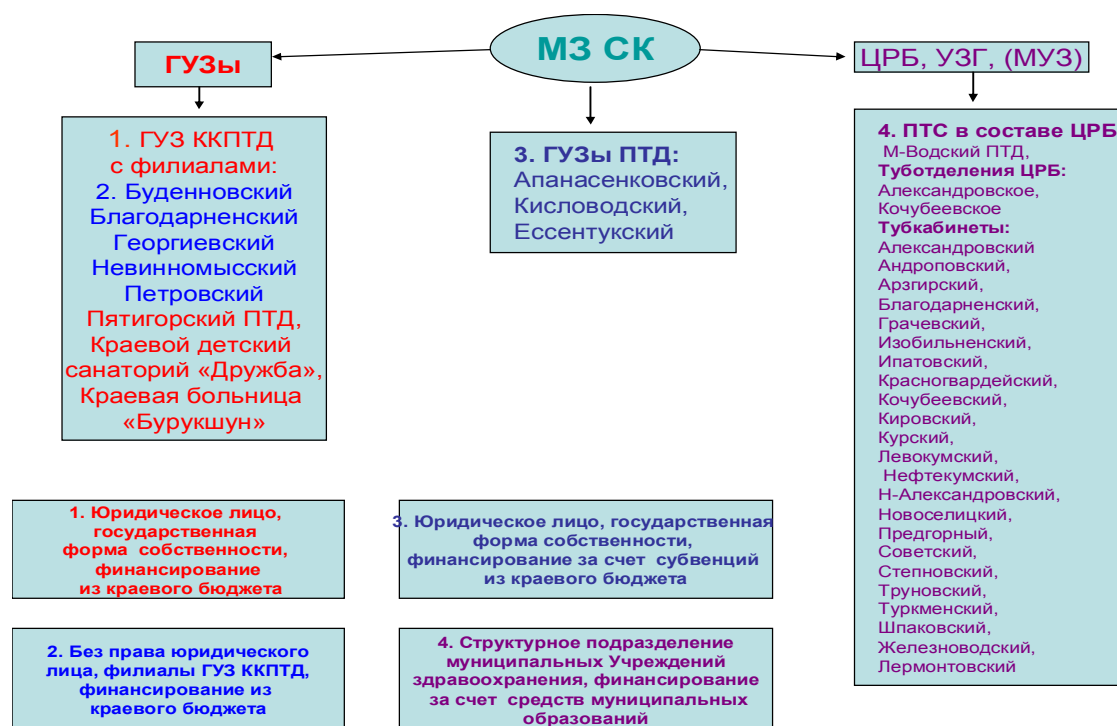
– нарушения, не влияющие на уровень и достоверность показателя, но затрудняющие ведение базы данных. К ним относятся нарушения когда: запись причины смерти заканчивается строками 1а либо 1б; записи по строкам не соответствуют заложенному в них смыслу из-за некорректно оформленных «Свидетельств»; когда пропущены предыдущие строки, но заполнены последующие. Первый тип нарушений отмечается в 79,8 % случаев.

– нарушения, которые влияют на уровень и достоверность показателя, в данном случае завышая его. К ним относятся случаи когда: патологические состояния, указанные как основная причина смерти, таковыми не являются; основной причиной смерти является нетуберкулезное заболевание, которое из-за неправильно оформленной записи шифруется как смерть от туберкулеза; нет расшифровки формы туберкулеза легких. Второй тип нарушений отмечается в 20,2 % случаев. К этому типу нарушений относится гипердиагностика смертей.

Нарушения первого типа, характерные чаще для специализированных туберкулезных учреждений, легко устранимы. Нарушения второго типа более характерны для отделений бюро СМЭ, общесоматических стационаров.

Глава 4 посвящена первым итогам реализации на территории края с 1 января 2005 г. ФЗ-131 «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ». Для обеспечения оказания специализированной медицинской помощи населению были безвозмездно приняты в государственную собственность 17 специализированных муниципальных учреждений здравоохранения (все они в настоящее время являются филиалами медицинских учреждений субъекта Федерации) и имущество 4-х специализированных подразделений учреждений здравоохранения (рис. 4).

Структура противотуберкулезной службы СК после 2005 года



Фтизиатрическая служба края финансируется из трех источников: федерального, краевого и муниципальных бюджетов. Основной статьей расхода являются расходы на противотуберкулезные препараты. В процессе исследования был проведен анализ и сравнение расходов на приобретение противотуберкулезных препаратов (ППП) из разных источников в 2004 и в 2005 гг., после реорганизации фтизиатрической службы.

Общий объем финансовых средств, затраченных в 2004 г. для приобретения ППП 21 млн. 639,9 тыс. руб. При этом из федерального бюджета 16,3 млн. руб. (75,2 % от всей суммы), из краевого – 2,6 млн. руб. (12,2 %), из муниципальных бюджетов – 2,7 млн.руб. (12,6 %). В 2004 г. из местных бюджетов финансирование приобретения ППП осуществлялось в 17 из 33 муниципальных образований и только 6 туберкулезных кабинетов финансировались из местных бюджетов.

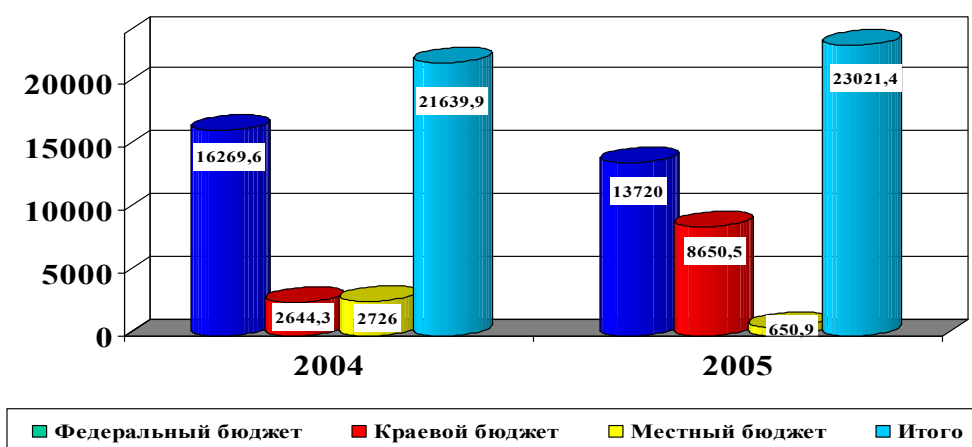
Изменения в федеральном законодательстве повлекли структурные преобразования в финансировании сети лечебно-профилактических учреждений. Министерством здравоохранения СК 04.05.2005 г. был издан приказ №01-05/190 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Приоритетные направления развития здравоохранения в Ставропольском крае на 2005-2006 годы». В соответствии с Приказом ППП за счет Программы должны обеспечиваться только в государственные учреждения здравоохранения (ГУЗ) края, т. е. поставка ППП в тубкабинеты, являющиеся структурными подразделениями центральных

районных больниц, которые в свою очередь являются муниципальными учреждениями здравоохранения (МУЗ), не предусматривалась.

В результате реорганизационных изменений в 2005 году общий объем финансовых расходов на приобретение ПТП в Ставропольском крае увеличился по сравнению с 2004 годом на 6,4 %. При этом отмечалось перераспределение расходов на приобретение ПТП по источникам финансирования: из федерального бюджета оно в 2005 году сократилось на 15,7 %, а его доля в общих расходах уменьшилась с 75,2 % до 59,6%. Выделение средств из краевого бюджета увеличилось только за один год в 3,3 раза. Соответственно доля расходов на приобретение ПТП за счет краевого бюджета возросла с 12,2 % до 37,6 %. Из местных бюджетов в 2005 году было выделено в 4,5 раза меньше, чем в 2004 году. Доля расходов на приобретение ПТП за счет местных бюджетов уменьшилась с 12,2 % до 2,8 %. При этом из местных бюджетов финансирование приобретения ПТП осуществлялось лишь в 15 городах и районах из 33 (рис. 5)

Рисунок 5

Финансирование поставок противотуберкулезных препаратов в противотуберкулезные учреждения системы министерства здравоохранения Ставропольского края в 2004–2005 гг. (в тыс. руб.).



В 2005 году обеспечение противотуберкулезных стационаров края специфическими препаратами улучшилось, преимущественно за счет краевой целевой программы, а снабжение туберкулезных кабинетов ухудшилось за счет всех источников финансирования.

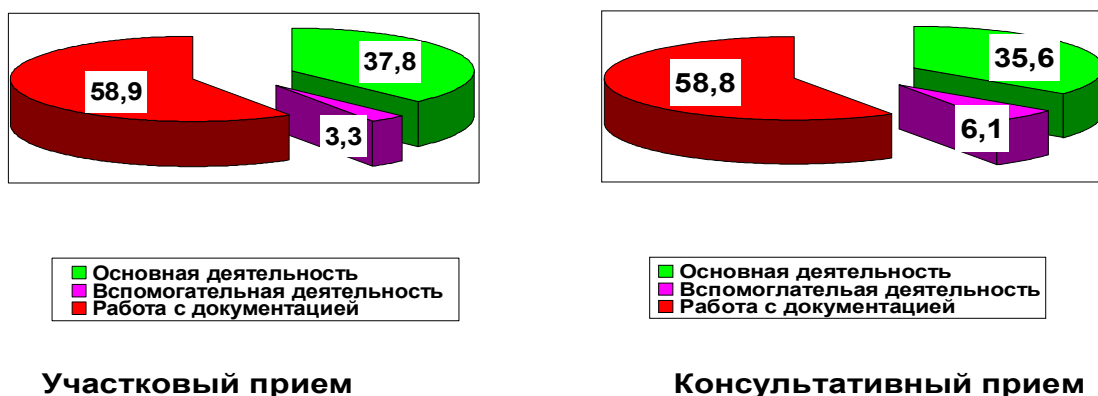
Одним из главных инструментов для решения задач в модернизации противотуберкулезной помощи населению является обоснование норм труда врача-фтизиатра на консультативном и участковом приеме и определение штатного расписания противотуберкулезного диспансера с учетом изменившейся эпидемиологической ситуации и социальных условий. Поэтому **глава 5** посвящена определению трудозатрат врача-

фтизиатра на амбулаторном (консультативном и участковом) приеме на базе противотуберкулезного диспансера.

Средние затраты рабочего времени участкового врача-фтизиатра и врача-фтизиатра консультативного приема представлены на рисунке 6.

Рисунок 6

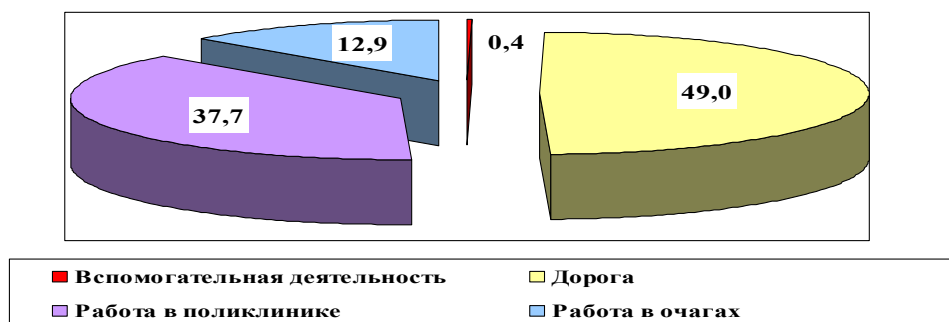
Средние затраты рабочего времени врача-фтизиатра консультативного приема и участкового фтизиатра на приеме (%)



Структура затрат рабочего времени участковых врачей – фтизиатров при работе вне диспансера представлена на рисунке 7.

Рисунок 7

Средние затраты рабочего времени участкового врача-фтизиатра при работе вне диспансера (%)



Экспертный анализ обоснованности затрат рабочего времени врачом-фтизиатром на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи больным туберкулезом позволил выявить, что самая большая доля рабочего времени у врачей приходится на работу с медицинской документацией (от 41,3 % до 60,8%), вследствие чего недостаточно качественно проводится осмотр больных, мало времени отводится на физикальное обследование органов грудной полости. Но в целом рабочее время всеми врачами используется результативно (личное необходимое время в среднем в течение рабочего дня занимает от 3 мин. 16 сек. до 8 мин 15 сек., незагруженного времени не зарегистрировано).

В результате определены нормативные показатели по труду:

- Расчетные нормы времени в среднем на посещение врача-фтизиатра при первичном посещении составляют 26 мин. 26 сек., при повторном – 24 мин. 20 сек.
- Расчетные нормы нагрузки (обслуживания) равны 2,4 посещениям в час и 2 889 посещениям в год.
- Норматив должности врача-фтизиатра для оказания медицинской помощи больным туберкулезом составляет 0,64 должности на 10 000 населения.

Полученные расчетные данные свидетельствуют о том, что в настоящее время максимальная часть рабочего времени врача-фтизиатра приходится на работу с медицинской документацией в ущерб качеству осмотра больных, проведению работы по повышению врачебной квалификации и профилактической работы с пациентами. Все это требует пересмотра объемов и состава документов в работе врача-фтизиатра.

Выводы

1. По результатам итогового ранжирования среди территорий Ставропольского края выделено 3 группы:

- С высоким уровнем благополучия: гг. Пятигорск (1 место), Лермонтов (2 место), Кисловодск (3 место), Ставрополь, Железноводск (4 место), Красногвардейский (5 место) и Туркменский (6 место) районы.
- С низким уровнем благополучия: Нефтекумский (25 место), Георгиевский (24 место), Советский (23 место), Труновский (22 место), Александровский, Буденновский, Кировский (21 место), Апанасенковский (20 место) районы.
- Со средним уровнем благополучия: г. Ессентуки, Предгорный, Ипатовский, Андроповский, Минераловодский, Изобильненский, Петровский, Кочубеевский,

Курский, Шпаковский, Новоалександровский, Грачевский, Степновский, Левокумский, Новоселицкий, Благодарненский, Арзгирский районы, г. Невинномысск (7-20 места).

2. В наиболее неблагоприятных в отношении туберкулеза юго-восточных районах Ставропольского края самые активные миграционные процессы из республик Северного Кавказа и менее благополучная экономическая ситуация. В регионе КавМинВод более благоприятные климатические, экономические условия жизни и более высокий уровень организации медицинской помощи населению (исторически сложившаяся ситуация с кадрами, материально-технической базой).

3. В 2001-2003 гг. охват населения обследованиями на туберкулез рос быстрыми темпами, соответственно увеличивался удельный вес больных, выявленных активно, такими же быстрыми темпами. В этот же период произошло значительное снижение показателя заболеваемости (территориального с 94,8 до 71,8; постоянного населения с 60,3 до 55,8), что свидетельствовало о достаточно высокой эффективности осмотров. В 2004 г. снижение охвата населения осмотрами на туберкулез сопровождалось ростом показателя заболеваемости и умеренным снижением доли больных, выявленных активно. В течение 2005 года охват населения осмотрами на туберкулез вырос на 5%, параллельно отмечено умеренно выраженное увеличение доли больных туберкулезом, выявленных при осмотрах, а также снижение показателя заболеваемости.

4. С нарушениями «Медицинские свидетельства о смерти» были заполнены в 71,4% случаев. При этом выделялось 2 типа нарушений:

– нарушения, не влияющие на уровень и достоверность показателя смертности от туберкулеза, но затрудняющие ведение базы данных и анализ. Первый тип нарушений отмечается в 79,8% случаев;

– нарушения, которые влияют на уровень и достоверность показателя, в данном случае завышая его. К ним относятся случаи когда: патологические состояния, указанные как основная причина смерти, таковыми не являются; основной причиной смерти является нетуберкулезное заболевание, которое из-за неправильно оформленной записи шифруется как смерть от туберкулеза; нет расшифровки формы туберкулеза легких. Второй тип нарушений отмечается в 20,2% случаев.

5. Проведение комплекса организационных мероприятий позволило повысить достоверность формирования показателя смертности от туберкулеза в Ставропольском крае с 2004г. за счет снижения числа нарушений второго типа, допускаемых при заполнении «Медицинских свидетельств о смерти». Показатель смертности снизился с 20,5 на 100 тыс. нас. в 2003 г. до 15,3 в 2005 г.

6. В результате проведенной экспертизы стационарной помощи больным туберкулезом в Ставропольском крае выявлено, что фтизиатрическими койками население края обеспечено несколько хуже, чем в среднем по России; койка для взрослых больных туберкулезом работает недостаточно эффективно, для детей – наоборот, достаточно эффективно; в определенной степени высокая эффективность работы койки связана с более длительными сроками лечения больных туберкулезом, коечного фонда для лечения детей, больных туберкулезом, в Ставропольском крае достаточно, благодаря чему все дети, нуждающиеся в лечении, госпитализируются и лечатся достаточное количество времени.

7. В 2005 году общий объем финансовых расходов на приобретение противотуберкулезных препаратов (ПТП) в Ставропольском крае увеличился по сравнению с 2004 годом на 6,4%. При этом отмечалось перераспределение расходов на приобретение ПТП по источникам финансирования: из федерального бюджета оно в 2005 году сократилось на 15,7%, а его доля в общих расходах уменьшилась с 75,2% до 59,6%. Выделение средств из краевого бюджета увеличилось только за один год в 3,3 раза. Соответственно доля расходов на приобретение ПТП за счет краевого бюджета возросла с 12,2% до 37,6%. Из местных бюджетов в 2005 году было выделено в 4,5 раза меньше, чем в 2004 году. Доля расходов на приобретение ПТП за счет местных бюджетов уменьшилась с 12,2% до 2,8%.

8. Экспертный анализ обоснованности затрат рабочего времени врачом-фтизиатром на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи больным туберкулезом позволил выявить: самая большая доля рабочего времени у врачей приходится на работу с медицинской документацией (от 41,3 % до 60,8%), недостаточно качественно проводится осмотр больных, мало времени отводится на физикальные исследования органов грудной полости, неравнозначная доля времени отводится разными врачами на подготовительную деятельность, что сопряжено с нарушением мер инфекционного контроля. В целом рабочее время всеми врачами используется результативно (личное необходимое время в среднем в течение рабочего дня занимает от 3 мин. 16 сек. до 8 мин 15 сек., незагруженного времени не зарегистрировано).

9. Проведение исследовательской работы по определению нормативных показателей по труду для врачей-фтизиатров, оказывающих медицинскую помощь больным туберкулезом, позволило установить: расчетные нормы времени на посещение врача-фтизиатра при первичном посещении составляют в среднем 26 мин. 26 сек., при повторном – 24 мин. 20 сек.; расчетные нормы нагрузки (обслуживания), равны 2,4 посещениям в час и 2 889 посещениям в год; норматив должности врача-фтизиатра для оказания медицинской помощи больным туберкулезом составляет 0,64 должности на 10 000 населения.

Предложения

1. В тех субъектах Федерации, где отмечается напряженная эпидемиологическая ситуация, необходимо принимать совместный приказ органа управления здравоохранением и ТУ Роспотребнадзора, регламентирующий ежегодный охват флюорографическими осмотрами всего населения, начиная с 15 - летнего возраста, поскольку при наметившейся тенденции к стабилизации эпидемиологической ситуации рост охвата населения осмотрами приводит к увеличению числа больных, выявленных активно, в населении стабилизируется или даже несколько снижается число невыявленных больных туберкулезом, что в последующем приводит к снижению показателя заболеваемости.
2. Анализ эпидемиологической ситуации на территории субъекта Федерации целесообразно проводить на основании динамики отдельных показателей, ее характеризующих, и на основании расчета итогового рангового места, которое с высокой степенью достоверности определяет, в каких территория субъекта туберкулез выявляется чаще, а в каких – реже. Картографирование позволяет представить результаты анализа наглядно.
3. Анализ нормативной базы показал, что в настоящее время отсутствуют инструктивные документы по заполнению «Медицинского свидетельства о смерти» (медицинская документация форма № 106/у – 98, утвержденная приказом МЗ РФ от 07.08.98г. № 241). Поэтому, для того, чтобы повысить достоверность показателя смертности, необходимо вести компьютерный учет смертей от туберкулеза, который предполагает стандартизацию записей патологоанатомического диагноза с расшифровкой его согласно строкам п. 1 (а,б,в) «Свидетельства».
4. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением установить следующие нормы труда врача-фтизиатра:
 - нормы времени на посещение врача-фтизиатра при первичном посещении 26 мин. 26 сек., при повторном – 24 мин. 20 сек.;
 - нормы нагрузки (обслуживания)- 2,4 посещения в час и 2 889 посещений в год;
 - норматив должности врача-фтизиатра для оказания медицинской помощи больным туберкулезом -0,64 должности на 10 000 населения.
5. Пересмотреть вопрос об объеме и составе документооборота в работе врача-фтизиатра.

Список публикаций:

1. Шалайко. Т.А., Одинец В.С. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в городе Ставрополе и Ставропольском крае за последние 40 лет. //Пульс медицины, - Ставрополь, 2005. -№ 3, С. 28.

2. Шалайко Т.А.. Остановить туберкулез. //Пульс медицины, - Ставрополь, 2006. -№ 3, С. 30.
3. Шалайко Т.А.. Преграда туберкулезу. //Пульс медицины, - Ставрополь, -2007. -№ 1, С. 32.
4. Шалайко Т.А., Вороненко В.В. Оценка качества медицинской помощи больным туберкулезом в Ставропольском крае пациентами и медицинскими работниками //Новые организационно- правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России. Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. – М., 2006.- С 85-93.
5. Шалайко Т.А., Вороненко В.В. Мониторинг за смертностью – инструмент повышения результативности противотуберкулезной службы //Новые организационно- правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России. Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. М., 2006. - С 220-224.
6. Шалайко Т.А., Вороненко В.В., Сон И.М., Леонов, С.А Сельцовский П.П., Цыбикова Э.Б., Захарова А.Б., Сазыкина И.Г., Скачкова Е.И. Оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу и анализ деятельности противотуберкулезных учреждений //Пособие для фтизиатров и пульмонологов. - М.: ЦНИИОИЗ, 2007. - 64с.
7. Шалайко Т.А., Вороненко В.В., Сон И.М., Леонов С.А., Одинец В.С. Научное обоснование нормирования труда врача-фтизиатра участкового и консультативного приема. - М.: РИО ЦНИИОИЗ, -2007. - 26с.
8. Шалайко Т.А., Вороненко В.В. Разграничение полномочий между различными уровнями власти (на примере противотуберкулезной службы Ставропольского края) //Новые технологии в современном здравоохранении. Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. – М., 2007.- С 290-293.
9. Шалайко Т.А., Погосова К.Р., Одинец В.С. Анализ работы и организация диспансерного наблюдения больных с туберкулезом глаз по Ставропольскому краю. //Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. Москва, 2007 г.
10. Шалайко Т.А., Одинец В.С., Задремайлова Т.А., Акинина С.А. Роль сопутствующих заболеваний в методе выявления туберкулеза органов дыхания. //Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. Москва, 2007 г.
11. Шалайко Т.А., Сон И.М., Леонов С.А. Нормирование труда врача-фтизиатра на амбулаторном (консультативном) и участковом приеме.// Проблемы туберкулеза и болезней легких. Москва, – 2007 г. №8., С.13-16.