

Министерство здравоохранения Российской Федерации
**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения»**

УТВЕРЖДАЮ



Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России,
академик РАМН, д.м.н., профессор

_____ В.И. Стародубов

«23» октября 2014 года

**ИНДИКАТИВНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



МОСКВА
2014

Аннотация

Представлены индикаторы, отражающие качество оказания медицинской помощи при туберкулезе.

Масштаб использования: противотуберкулезные и другие организации здравоохранения

Методические рекомендации предназначены для руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, организаторов здравоохранения, фтизиатров и врачей других специальностей

Заявитель: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Рецензенты:

В.Ю. Мишин – д-р. мед. наук, профессор, декан факультета пенитенциарной медицины, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздрава России

В.А. Стаханов – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиатрии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Нечаева О.Б., Сон И.М., Гордина А.В.

Индикативное сопровождение организации противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации. М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2014 г. 32 стр.

© Коллектив авторов, 2014

© ФГББУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, 2014

Реферат

Методические рекомендации 31 стр.

Индикативное сопровождение организации противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации

Ключевые слова: социально значимые заболевания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, эпидемиология, индикаторы определения качества медицинской помощи.

Цель методических рекомендаций – разработка индикаторов с целью повышения качества медицинской помощи при туберкулезе. Объект исследования – качество медицинской помощи при туберкулезе в Российской Федерации.

Степень внедрения – система здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Эффективность предложенных методик определяется возможностью их применения в практике повышения качества медицинской помощи при туберкулезе.

Содержание

	Наименование раздела	Страницы
	Введение.	5 – 5
1.	Основные понятия	5 – 8
2.	Инфицированность микобактериями туберкулеза ..	9 – 9
3.	Заболеваемость туберкулезом	10 – 14
4.	Распространенность туберкулеза	15 – 16
5.	Бациллярность больных туберкулезом	17 – 19
6.	Инвалидность по причине туберкулеза	20 – 20
7.	Смертность от туберкулеза	21 – 22
8.	Мониторинг за состоянием и работой медицинских противотуберкулезных организаций субъектов Российской Федерации	23 – 25
9.	Национальная система мониторинга туберкулеза	26 – 29
	Литература	30 – 31

Введение

Проблема качества медицинской помощи имеет приоритетное значение в современных условиях развития отечественного здравоохранения. Под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, позволяющих оценить соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента, ожиданиям медработника, современному уровню медицинской техники и технологии. Это степень соответствия ее результата наилучшему из научно-прогнозируемых.

Настоящие Методические рекомендации регулируют вопросы, связанные с индикативным сопровождением организации противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации.

1. Основные понятия.

1.1 Показатель – обобщенная качественная или количественная характеристика свойств объекта или процесса.

Показатели качества фиксируют наличие или отсутствие определенного свойства и могут выражаться в различных физических единицах измерения, условных единицах измерения (например, в процентах), либо быть безразмерным (например, вероятность наступления ожидаемого события).

Количественные показатели фиксируют меру выраженности, развития определенного свойства. По количеству характеризующих свойств эти показатели могут быть единичными (качество является функцией одного параметра), комплексными (объединять ряд свойств, каждое из которых описывается своим параметром) и интегральными (объединять ряд комплексных показателей).

По возможности оценки показатели делятся на формализованные (имеют количественную оценку, выраженную численным значением) и неформализованные (имеют качественную оценку субъективного характера). Для повышения степени объективности последних применяются экспертные оценки.

Методы измерения показателей: субъективные (экспертный, опросы) и объективные (регистрационные, инструментальные).

Показатели экстенсивные (или показатели распределения) – характеризуют распределение целого на его составные части и выражаются обычно в процентах.

Показатели интенсивные – характеризуют частоту распространения данного явления. Их вычисление производится при помощи пропорций, приводящих абсолютные числа к одному основанию (на 1 000, 10 000, 100 000 и т.д.). Интенсивные показатели, как правило, соотносятся с численностью населения.

Показатели могут быть прогнозируемыми и эксплуатационными (характеризующими явление в определенный отрезок времени). По применению для оценки показатели являются базовыми (абсолютными) и относительными.

1.2. Индикатор (лат. indicator – указатель) – интегральный показатель,

количественно определяющий качественные характеристики различных процессов, либо измеритель, отображающий изменения какого-либо параметра контролируемого процесса или объекта в форме, приемлемой для восприятия человеком.

В отличие от показателя, дающего лишь количественную констатацию, индикатор носит векторный, направленный характер.

Индикаторы определяются также как параметры границ (минимальные и максимальные), в пределах которых система, включающая организационные механизмы, технологические связи, материальные и финансовые потоки, может устойчиво функционировать и развиваться.

Индикаторы деятельности – это показатели, позволяющие оценить, насколько результативно и эффективно медицинские работники, лечебно-профилактические учреждения, страховые компании предоставляют или обеспечивают медицинскую помощь.

Индикаторы могут отражать текущую деятельность и результаты деятельности (непосредственные, ближайшие, отдаленные).

Принципы отбора индикаторов:

- должны основываться на системе статистической отчетности, чтобы не входить в противоречие с существующей системой здравоохранения и не увеличивать временные затраты медицинских работников на их сбор и обработку;

- должны опираться на существующие формы учетно-отчетной документации (при введении дополнительных индикаторов необходимо вносить изменения в существующие статистические формы);

- должны измерять явления на определенном отрезке времени;

- должны разрабатываться на уровне, соответствующем институциональным возможностям пользователя;

- должны иметь понятные формулировки, поскольку индикатор с нечетким определением открыт для толкований и в разное время в разных местах может измеряться по-разному;

- должны быть технически надежными, должно наличествовать краткое описание их назначения, принятое толкование и присущие им ограничения;

- должны рассчитываться на протяжении определенного периода времени.

Необходимо учитывать, что:

- отобранное количество индикаторов должно быть небольшим;

- необходимо отбирать как количественные, так и качественные индикаторы;

- необходимо уделять должное внимание выбору базы или точки отсчета, которая должна подразумеваться в любом показателе.

Структура системы индикаторов:

- индикаторы федерального уровня – позволяют оценить ситуацию по качеству медицинской помощи в целом;

- индикаторы регионального уровня – позволяют оценить ситуацию в субъекте Российской Федерации, выявить ее особенности и приоритетные проблемы;

- индикаторы уровня медицинской организации (далее МО) – разрабатываются на уровне МО из имеющейся модели управления качеством медицинской помощи и оценивают качество на уровне конкретной МО.

Специфика индикаторов медицинской помощи при туберкулезе связана с системным характером самой патологии, и с особенностями организации фтизиатрической службы, результативность работы которой зависит в значительной степени от результативности деятельности других секторов здравоохранения и прежде всего от первичной медико-санитарной помощи, ответственной за своевременное выявление туберкулеза.

Кроме того, инфекционный, хронический характер туберкулеза, изменения чувствительности микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП) требуют целевой оценки работы лабораторных служб, оценки проводимых мероприятий по безопасности в медицинских учреждениях для персонала и т.д.

Таким образом, индикаторы качества противотуберкулезной помощи должны соответствовать специфике направлений деятельности всех звеньев в борьбе с туберкулезом, и отражать измерения достижения генеральной цели – улучшения эпидемической ситуации.

1.3. Индикативное планирование – планирование, оперирующее показателями-индикаторами. Это совокупность параметров (индикаторов) управления отраслью, значений которых индикаторы должны достичь, или коридоры, в рамках которых индикаторы должны находиться для того, чтобы отрасль развивалась, исходя из поставленных целей, а также механизмов воздействия на индикаторы.

Результатом индикативного планирования является индикативный план – документ, регламентирующий:

- прогнозные значения индикаторов предметной области при условиях инерционного или инновационного сценария;

- виды регуляторов, которые должны применять органы исполнительной власти для оказания влияния на динамику индикаторов при инновационном сценарии;

- показатели масштабов и степени глубины применения регуляторов.

Индикативный план может быть либо выполнен, либо не достигнут. Недостижение показателей индикативного плана обуславливает необходимость анализа причин несостоятельности плана и разработки комплекса мер по его корректировке, в том числе в сфере определения нормативов, регуляторов, ограничителей.

Выделяют три формы индикативных планов:

- стратегические долгосрочные – разрабатываются на срок 10-15 лет. Имеют четкую целевую направленность, стратегический характер и

представляют собой демографические прогнозы, комплексные прогнозы основных параметров развития определенной отрасли, субъекта Российской Федерации, МО, развития научно-технического прогресса, показателей качества жизни населения;

- стратегические среднесрочные – разрабатываются на срок 3-5 лет в форме определенных целей и характеризующих их индикаторов на планируемый период, а также основных механизмов и рычагов воздействия для достижения индикаторов;

- текущие краткосрочные – разрабатываются на очередной год и носят конъюнктурный характер.

1.4. Мониторинг (monitor – контролировать, проверять) – специально организованное систематическое наблюдение за состоянием объектов, явлений, процессов с целью их оценки, контроля и прогноза. Это система сбора, регистрации, хранения и анализа ключевых признаков / параметров для оценки состояния объекта в целом. Мониторинг позволяет оценить точность и надежность прогнозных оценок индикативных планов.

2. Базовыми показателями для оценки эпидемической ситуации по туберкулезу в Российской Федерации являются следующие показатели, рассчитываемые по формам федерального статистического наблюдения (ФСН):

- инфицированность микобактериями туберкулеза;
- заболеваемость туберкулезом;
- распространенность туберкулеза;
- бациллярность больных туберкулезом;
- инвалидность по причине туберкулеза;
- смертность от туберкулеза.

3. Ни один из базовых показателей сам по себе не может быть индикатором. Для подтверждения объективности базового показателя, проводится анализ дополнительного комплекса показателей, которые могут являться индикаторами полноты и объективности базового показателя.

4. Для оценки качества оказания противотуберкулезной помощи населению в динамике следует рассчитывать следующие показатели:

- смертность от туберкулеза;
- абациллирование контингентов больных туберкулезом;
- клиническое излечение больных туберкулезом;
- охват профилактическими осмотрами на туберкулез.

Примечание: Показатель «Заболеваемость туберкулезом» не может быть индикатором оказания качественной противотуберкулезной помощи населению, так как зависит прежде всего от социально-экономических условий, а также от свойств МБТ, которые распространены в регионе.

5. Кроме эпидемиологического мониторинга, необходимо проводить мониторинг за состоянием и работой медицинских противотуберкулезных организаций субъектов Российской Федерации.

2. Инфицированность микобактериями туберкулеза

2.1. Инфицированность населения микобактериями туберкулеза (МБТ) – показатель, характеризующий долю лиц, зараженных МБТ, в процентах. Инфицированность населения МБТ - один из важнейших показателей эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

2.2. Инфицированность МБТ не является заболеванием и проявляется положительными тестами на туберкулез (проба Манту с 2 ТЕ, Диаскинтест – проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении). Инфицированность отражает объем резервуара туберкулезной инфекции среди населения. Чем выше уровень инфицированности населения туберкулезом, тем выше уровень заболеваемости туберкулезом. Заболевают туберкулезом 5-10% инфицированных МБТ. Инфицированность и заболеваемость населения туберкулезом возникают и поддерживаются при наличии источника туберкулезной инфекции, существования механизма ее передачи и восприимчивости людей.

2.3. При благоприятной эпидемиологической тенденции показатель инфицированности МБТ снижается, отмечается смещение первичного инфицирования с детского возраста на более старшие возрастные группы населения. Снижение инфицированности происходит при уменьшении числа и массивности источников распространения туберкулезной инфекции. Показатель инфицированности МБТ среди детского населения менее 1% свидетельствует о ликвидации туберкулеза как распространенного заболевания.

2.4. Показатели для оценки инфицированности населения МБТ:

- Инфицированность населения МБТ определяется отношением числа лиц с положительной реакцией на туберкулин (проба Манту, Диаскинтест) к численности населения, которому ставятся туберкулиновые пробы, в процентах (за исключением лиц с поствакцинальной аллергией).

- Показатель риска первичного инфицирования (РПИ) рассчитывается как отношение числа лиц, впервые инфицированных МБТ (по данным формы ГСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»), к числу всех обследованных методом туберкулинодиагностики (по данным формы ГСН № 30 «Сведения о медицинской организации»), в процентах.

- При массовой вакцинации БЦЖ достоверность показателя инфицированности относительна из-за трудности разграничения инфекционной и поствакцинальной туберкулиновой аллергии.

В связи с этим для оценки эпидемиологической ситуации по туберкулезу используют расчетный показатель ежегодного риска инфицирования или заражения: процент лиц в определенных группах населения, у которых методом туберкулинодиагностики установлено первичное инфицирование МБТ в текущем году.

3. Заболеваемость туберкулезом

3.1. Заболеваемость {Desease} – ведущий показатель общественного здоровья, отражающий выявляемость заболеваний среди населения при обращении населения за медицинской помощью, проведении медицинских осмотров населения, изучении причин смерти, проведении комплексных социально-гигиенических исследований.

Показатель «Заболеваемость туберкулезом» – это число впервые зарегистрированных больных с туберкулезом в расчете на 100 000 населения.

Показатель рассчитывается по данным формы ФСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»: число впервые зарегистрированных случаев туберкулеза * 100 000 / численность среднегодового населения.

Также рассчитывается заболеваемость туберкулезом мужчин и женщин, детей в возрасте 0-14 лет, детей в возрасте 15-17 лет, туберкулезом органов дыхания, легких и внелегочным локализациям, на выделяющих МБТ всеми методами, на городское и сельское население (на соответствующее население по полу и возрасту).

Годовой показатель рассчитывается на среднегодовое население на 100 000 человек. В течение года ежемесячные, квартальные показатели рассчитываются на население на 1 января текущего года на 100 000 человек.

3.2. Показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения Российской Федерации рассчитывается по данным формы ФСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»: (число впервые выявленных случаев туберкулеза – число больных, зарегистрированных в подразделениях УИН РФ – число иностранных жителей – число лиц БОМЖ)* 100 000 / численность среднегодового населения.

Доля больных туберкулезом из числа постоянного населения России, в процентах: число впервые выявленных больных туберкулезом из числа постоянного населения * 100 / число впервые зарегистрированных больных туберкулезом.

3.3. Показатель заболеваемости туберкулезом вставших на учет больных рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: число впервые выявленных больных туберкулезом, вставших на учет * 100 000 / численность среднегодового населения.

Доля больных туберкулезом, вставших на учет, среди всех впервые зарегистрированных больных туберкулезом, в процентах: число впервые выявленных больных туберкулезом, вставших на учет (форма ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом») * 100 / число впервые зарегистрированных больных туберкулезом (форма ГСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»).

3.4. Доля больных туберкулезом из числа зарегистрированных в подразделениях УИН РФ / иностранных жителей / лиц БОМЖ среди всех впервые зарегистрированных больных туберкулезом, в процентах: число впервые выявленных больных туберкулезом из числа зарегистрированных в подраз-

делениях УИН РФ / иностранных жителей / лиц БОМЖ * 100 / число впервые зарегистрированных больных туберкулезом.

3.5. Учитывая влияние эпидемии ВИЧ-инфекции на эпидемический процесс при туберкулезе, необходимо рассчитывать показатель заболеваемости туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией (постоянное население): случаи сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных больных туберкулезом (форма ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом») * 100 000 / случаи регистрации в течение года лиц, в крови которых выявлены антитела к ВИЧ, за исключением находившихся в подразделениях УИН (форма ФСН № 61 «Сведения о больных ВИЧ-инфекцией»).

3.6. «Доля больных ВИЧ-инфекцией среди впервые выявленных больных туберкулезом» рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: случаи сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных больных туберкулезом * 100 / все случаи впервые выявленного туберкулеза.

3.7. При первичном выявлении туберкулеза нескольких систем организма больной регистрируется по основной локализации поражения. Если есть поражение органов дыхания и внелегочных систем, то регистрируется туберкулез органов дыхания. Исключение составляет туберкулезный менингит, который является всегда основной локализацией туберкулеза. Милиарный туберкулез при поражении легочной ткани регистрируют как туберкулез органов дыхания. Генерализованный туберкулез также регистрируется как туберкулез органов дыхания, если есть поражение этой системы организма.

3.8. В Российской Федерации случаи повторного заболевания регистрируются как случаи рецидива туберкулеза.

Показатель «Рецидивы туберкулеза» – это число повторно выявленных больных с активным туберкулезом в расчете на 100 000 населения. Рецидивы входят в число случаев заболевания туберкулезом (при расчете показателя заболеваемости) при представлении данных Российской Федерацией в ВОЗ.

Показатель рассчитывается по данным формы ФСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»: число повторно выявленных случаев туберкулеза * 100 000 / численность среднегодового населения.

Годовой показатель рассчитывается на среднегодовое население на 100 000 человек. В течение года ежемесячные, квартальные показатели рассчитываются на население на 1 января текущего года на 100 000 человек.

В случае выявления туберкулеза выявлении внелегочной локализации, после перенесенного туберкулеза органов дыхания, регистрируется рецидив внелегочного туберкулеза.

3.9. При оценке и сравнении заболеваемости туберкулезом необходимо учитывать существующие особенности в организации выявления больных и установления диагноза туберкулеза. Истинное значение показателя заболеваемости отличается от его регистрируемого значения. Эта разница зависит от эффективности выявления больных туберкулезом.

3.10. Заболеваемость не может быть точно измерена существующими доступными диагностическими средствами. Международное сравнение данных по заболеваемости возможно в ограниченных размерах. Уровень заболеваемости туберкулезом зависит от уровня инфицированности населения МБТ, социально-экономических условий, медико-генетических факторов, а также от свойств МБТ, которые имеют распространение в регионе. Показатель заболеваемости туберкулезом зависит от качества выявления, прежде всего в группах высокого риска заболевания, а также от уровня диагностики туберкулеза, профилактической работы в очагах туберкулезной инфекции и т.д.

3.11. Для оценки объективности показателя заболеваемости туберкулезом необходимо анализировать индикаторы качества выявления туберкулеза.

3.11.1. Доля (%) посмертно диагностированных случаев туберкулеза в структуре впервые выявленных случаев рассчитывается по данным формы ФСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»: посмертно диагностированные новые случаи туберкулеза * 100 / все случаи впервые выявленного туберкулеза.

Чем больше показатель, тем хуже работает первичное звено здравоохранения и учреждения общей лечебной сети.

3.11.2. Доля (%) умерших больных от туберкулеза в течение первого года выявления рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: умершие больные от туберкулеза в течение первого года выявления * 100 / все прижизненно диагностированные впервые выявленные случаи (в среднем за 2 года).

Чем больше показатель, тем хуже работает первичное звено здравоохранения и учреждения общей лечебной сети, а также учреждения противотуберкулезной службы.

3.11.3. Доля (%) деструктивных случаев туберкулеза легких в структуре впервые выявленных случаев туберкулеза легких рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: случаи туберкулеза легких в фазе распада * 100 / все случаи впервые выявленного туберкулеза легких.

Чем больше показатель, тем хуже работает первичное звено здравоохранения и учреждения общей лечебной сети.

3.11.4. Доля (%) внелегочных локализаций туберкулеза в структуре впервые выявленных случаев рассчитывается по данным формы ФСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»: впервые выявленные случаи внелегочных локализаций туберкулеза * 100 / все случаи впервые выявленного туберкулеза.

При росте заболеваемости туберкулезом органов дыхания и стабильности или уменьшении показателя заболеваемости внелегочных локализаций доля последних сокращается. При отрицательной динамике показателя можно утверждать о недовыявлении внелегочных локализаций туберкулеза.

3.11.5. Доля (%) туберкулеза мозговых оболочек и центральной нервной системы в структуре впервые выявленных случаев внелегочных форм туберкулеза рассчитывается по данным формы ГСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»: впервые выявленные случаи туберкулеза мозговых оболочек и центральной нервной системы * 100 / все случаи впервые выявленных внелегочных форм туберкулеза.

При стабильности или уменьшении показателя заболеваемости внелегочными локализациями стабильный уровень или рост доли туберкулеза мозговых оболочек и центральной нервной системы указывает на недостатки в выявлении туберкулеза.

3.11.6. Динамика соотношения заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 0-17 лет и взрослых. Смещение соотношения в пользу детей может свидетельствовать о недо выявления новых случаев у взрослых и наоборот.

3.11.7. Доля (%) случаев туберкулеза, выявленных при профилактических осмотрах, в структуре впервые выявленных случаев туберкулеза рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: случаи туберкулеза, выявленные при профилактических осмотрах * 100 / все случаи впервые выявленного туберкулеза.

Чем выше показатель, тем лучше работает первичное звено здравоохранения и учреждения общей лечебной сети, туберкулез выявляется преимущественно в ранних формах без деструкции легочной ткани.

3.11.8. Доля (%) населения, охваченного профилактическими осмотрами на туберкулез рассчитывается по данным формы ГСН № 30 «Сведения о медицинской организации»: случаи осмотренного населения * 100 / численность среднегодового населения.

Чем выше показатель, тем лучше работает первичное звено здравоохранения и учреждения общей лечебной сети, туберкулез выявляется при профилактических осмотрах преимущественно в ранних формах без деструкции легочной ткани.

Охват профилактическими осмотрами рассчитывается на все население, отдельно на детей в возрасте 0-14 лет и 15-17 лет, разными методами (флюорография органов грудной клетки – осмотры взрослых и детей в возрасте 15-17 лет; туберкулинодиагностика – осмотры детей в возрасте 0-14 лет.).

3.12. Индикаторы профилактической работы среди групп высокого риска по туберкулезу.

3.12.1. Заболеваемость контактных (на 100 000 населения) или доля заболевших туберкулезом контактных лиц, среди лиц, состоящих под наблюдением по IV группе диспансерного учета:

- число заболевших туберкулезом из контакта с больными туберкулезом детей в возрасте 0-17 лет / взрослых * 100 000 / численность среднегодового населения детей в возрасте 0-17 лет / взрослых.

- число заболевших туберкулезом из контакта с больными туберкулезом детей в возрасте 0-17 лет / взрослых * 100 / полусумма контактных лиц, состоящих под наблюдением на конец года за два года в возрасте 0-17 лет/взрослых.

3.12.2. Заболеваемость туберкулезом медицинских работников противотуберкулезных учреждений: число заболевших туберкулезом медицинских работников * 100 000 / число медицинских работников, состоящих под наблюдением по IVБ группе диспансерного учета (полусумма состоявших на учете на конец года за два года).

3.12.3. Охват химиопрофилактикой контактных лиц: число контактных лиц, получивших химиопрофилактику * 100 / число контактных лиц, состоящих под наблюдением и подлежащих химиопрофилактике / пробному лечению.

3.12.4. Доля (%) заболевших детей из числа детей, состоящих по VI группе диспансерного учета, рассчитываются по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: число заболевших детей из VI группы ДУ * 100 / число детей, состоящих по VI группе ДУ (полусумма состоявших на конец года за два года).

3.13. Показатели эффективности лечения впервые выявленных больных к 12 месяцу лечения:

3.13.1. По прекращению бактериовыделения: число больных, прекративших выделять МБТ к 12 месяцу лечения * 100 / число пролеченных впервые выявленных больных, ранее выделяющих МБТ.

3.13.2. По закрытию полостей распада рассчитываются по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: число больных, у которых рентгенологически более не определяется наличие деструкции легочной ткани к 12 месяцу лечения * 100 / число пролеченных впервые выявленных больных с ранее определяемой деструкцией легочной ткани.

4. Распространенность туберкулеза

4.1. Распространенность {Prevalence} – показатель, отражающий количество лиц с определенным патологическим состоянием или заболеванием в определенной популяции, в определенный период времени. Регистрация распространенности предусматривает учет всех случаев заболеваний (в совокупности), выявленных у населения в данный исследуемый период времени и в предыдущий диапазон ряда последовательных лет.

Показатель «Распространенность туберкулеза» – это число больных активным туберкулезом, состоящих на учете на окончание года, на 100 000 населения. Показатель рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом».

Годовой показатель распространенности туберкулеза рассчитывается на население на 1 января следующего за отчетным года на 100 000 человек: число случаев активного туберкулеза, состоящих на учете на окончание года * 100 000 / численность населения на начало следующего года / конец отчетного года.

Показатель рассчитывается отдельно для детей в возрасте 0-14 лет, детей в возрасте 15-17 лет, по туберкулезу органов дыхания и внелегочным локализациям, по фиброзно-кавернозному туберкулезу легких.

4.2. Показатель «Распространенность туберкулеза» отражает уровень заболеваемости туберкулезом, тяжесть его течения, качество лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения больных. Значение имеет своевременность обследования больных туберкулезом и направления больных на врачебную комиссию для решения вопроса о наличии или отсутствии активности туберкулезного процесса, перевода больных в группы учета неактивного туберкулеза.

4.3. Для прогноза эпидемической ситуации по туберкулезу и расчета потребности в антиретровирусных препаратах важным показателем становится показатель «Доля больных ВИЧ-инфекцией среди больных туберкулезом», рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: случаи сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года * 100 / число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года.

4.4. Число больных активным туберкулезом ежегодно дополняется впервые выявленными больными туберкулезом и пришедшими из мест лишения свободы, а также приехавшими из других территорий.

Число больных активным туберкулезом уменьшается за счет клинически излеченных, умерших по разным причинам, а также покинувших территорию вследствие смены жительства или выбывшим в места лишения свободы.

4.5. Индикаторы результатов диспансерного наблюдения за больными.

4.5.1. Частота рецидивов из III группы учета: число повторно возникающих случаев туберкулеза у лиц, состоящих на учете в III группе диспан-

серного учета * 100 000 / численность среднегодового населения. При этом имеет значение динамика данного показателя во времени.

4.5.2. Большое значение имеют показатели госпитализации больных туберкулезом, так как от этого зависит доля больных, лечившихся под контролем медицинских работников: число госпитализированных больных туберкулеза * 100 / число больных, туберкулезом, состоящих на учете на конец года.

По такой же формуле рассчитываем, сколько больных лечилось в условиях дневных стационаров и в санаториях.

4.5.3. Доля (%) умерших больных в стационаре: число больных, умерших в стационаре * 100 / число больных, состоявших на учете, умерших от туберкулеза.

4.5.4. Доля (%) прооперированных больных туберкулезом: всего / при туберкулезе органов дыхания / при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких: число прооперированных больных * 100 / число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года.

При туберкулезе всех локализаций, при туберкулезе органов дыхания и при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких необходимо рассчитать (по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом») долю впервые выявленных больных среди всех прооперированных больных соответствующих групп: число прооперированных впервые выявленных больных * 100 / число прооперированных больных туберкулезом.

4.6. Показатели, характеризующие временную нетрудоспособность:

4.6.1. Среднее число дней временной нетрудоспособности при туберкулезе (по данным формы ФСН № 16 - ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности»): число дней временной нетрудоспособности / число случаев временной нетрудоспособности.

4.6.2. Число случаев временной нетрудоспособности на одного больного туберкулезом: число случаев временной нетрудоспособности (по данным формы ФСН № 16 - ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности») / число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года (по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»).

4.7. От качества проведения диагностики, лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения больных туберкулезом, своевременности их направления на врачебную комиссию для решения вопроса о наличии или отсутствия активности туберкулезного процесса зависит уровень показателя клинического излечения больных туберкулезом и темпы снижения / роста показателя «Распространенность туберкулеза».

Показатель «Клиническое излечение больных туберкулезом» рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: число больных туберкулезом, переведенных в III группу диспансерного учета * 100 / число больных, состоящих на учете с активным туберкулезом (подсумма больных с активным туберкулезом на конец года за два года – предыдущий и отчетный).

5. **Бациллярность больных туберкулезом**

5.1. Показатель «Бациллярность больных туберкулезом» – это число больных активным туберкулезом, бактериовыделение у которых было определено (микроскопия, посевы на твердых и жидких средах), состоящих на учете на окончание года, на 100 000 населения. Показатель рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом». Годовой показатель бациллярности больных туберкулезом рассчитывается на население на 1 января следующего за отчетным года на 100 000 человек: число случаев активного туберкулеза с бактериовыделением * 100 000 / численность населения на начало следующего года / конец отчетного года.

5.2. Показатель «Бациллярность больных туберкулезом» отражает уровень заболеваемости и распространенности туберкулеза, тяжесть его течения, состояние бактериологических лабораторий, применение современных методов бактериологической диагностики и их качество.

5.3. Наибольшую опасность для окружающих представляют больные туберкулезом легких с массивным бактериовыделением (МБТ определяются методом прямой микроскопии с окраской по Цилю-Нильсену), поддерживающие резервуар туберкулезной инфекции.

При скудном бактериовыделении (определяются единичные колонии при посеве материала) опасность заражения окружающих меньше, так же как и при выделении МБТ не с мокротой, а с мочой или гноем.

Заражение туберкулезом возможно и от больных, которые формально не являются бактериовыделителями, то есть у них не зафиксировано выделения МБТ в период забора материала.

5.4. Риск распространения туберкулезной инфекции зависит от материально-бытовых условий, уровня культуры населения, привычек больного и контактирующих с ним людей. Объектом санитарной профилактики необходимо считать не только источник туберкулезной инфекции, но и формирующийся вокруг него эпидемический очаг.

5.5. Очаг туберкулезной инфекции:

место пребывания бактериовыделителя (место проживания больного, включая небольшой населенный пункт с тесно общающимися жителями; учреждение, в котором он работает, учится или находится на воспитании; стационар, в который госпитализируется больной);

окружение больного туберкулезом (семья больного; группы людей, с которыми он общается).

Объем и тактика профилактических мероприятий в очаге зависит от степени эпидемической опасности и прогноза риска распространения туберкулезной инфекции. Принадлежность очага туберкулеза к определенной эпидемической группе определяет участковый фтизиатр при участии эпидемиолога территориального органа санитарно-эпидемиологического надзора.

Работа в очаге туберкулезной инфекции состоит из этапов:

1. Первичное обследование и проведение ранних мероприятий.
2. Динамическое наблюдение.

3. Подготовка к снятию с учета и исключение из числа очагов туберкулеза.

Задачи профилактической противозидемической работы в очаге туберкулезной инфекции:

- предотвращение инфицирования здоровых людей;
- предупреждение заболевания инфицированных МБТ лиц;
- повышение санитарной грамотности и общей гигиенической культуры больного и контактирующих с ним лиц.

Противозидемическую работу в очагах туберкулеза проводят участковые фтизиатры совместно с эпидемиологами территориальных органов санитарно-эпидемиологического надзора, в отдаленных населенных пунктах – под их методическим руководством работу выполняют специалисты первичной амбулаторно-поликлинической сети здравоохранения.

6. Точность диагностики бактериовыделения во многом зависит от качества сбора материала, условия его хранения, своевременности доставки в бактериологическую лабораторию, наличия современных методов определения МБТ в бактериологической лаборатории, наличия достаточного количества реактивов и т.д.

5.6. Для оценки качества работы бактериологической службы противотуберкулезных учреждений можно использовать показатели:

5.6.1. Доля (%) бациллярных форм туберкулеза в структуре впервые выявленных случаев туберкулеза легких, определенных методом бактериоскопии: $\text{число бациллярных форм, определенных методом бактериоскопии у впервые выявленных больных туберкулезом легких} * 100 / \text{число впервые выявленного туберкулеза легких}$.

Доля (%) бациллярных форм туберкулеза в структуре впервые выявленных случаев, определенных любым методом: $\text{число бациллярных форм, определенных любым методом} * 100 / \text{число впервые выявленного туберкулеза}$.

Доля (%) МБТ+ культуральным методом независимо от результатов микроскопии при туберкулезе легких: $\text{число случаев выявления МБТ культуральным методом} * 100 / \text{число впервые зарегистрированных больных туберкулезом легких}$.

Показатели рассчитываются по данным формы ФСН № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом».

5.6.2. Доля (%) первичной множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза: $\text{число случаев с первичной множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) МБТ (выявлена в течение первого месяца от начала лечения)} * 100 / \text{число сделанных исследований на лекарственную устойчивость МБТ у впервые выявленных больных в течение первого месяца лечения}$.

Доля (%) общей множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза на конец отчетного года: $\text{число случаев с множественной}$

лекарственной устойчивостью (МЛУ) МБТ на конец года * 100 / число сделанных исследований на лекарственную устойчивость МБТ.

Показатели рассчитываются по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом».

5.7. Наибольшее значение имеет множественная лекарственная устойчивость (МЛУ-ТБ), которая определяется как одновременная устойчивость к изониазиду и рифампицину (двум наиболее эффективным препаратам), независимо от наличия или отсутствия устойчивости к другим ПТП.

Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ-ТБ) – это вид МЛУ-ТБ, сочетанная устойчивость к изониазиду, рифампицину, фторхинолону и любому из резервных инъекционных препаратов (канамицин и/или амикацин и/или капреомицин), независимо от наличия устойчивости к другим ПТП.

Клиническая картина лекарственно-устойчивого туберкулеза у больного появляется, когда популяция лекарственно-устойчивых МБТ превосходит популяцию МБТ, чувствительных к ПТП.

5.7.1. Доля (%) первичной МЛУ-ТБ: число случаев с первичной множественной лекарственной устойчивостью МБТ * 100 / число больных с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза органов дыхания, выделяющих МБТ.

5.7.2. Доля (%) общей МЛУ-ТБ: число случаев с множественной лекарственной устойчивостью МБТ * 100 / число больных, состоящих на учете на конец года с туберкулезом органов дыхания, выделяющих МБТ.

5.7.3. Заболеваемость первичной МЛУ-ТБ: число случаев с первичной множественной лекарственной устойчивостью МБТ * 100 000 / численность среднегодового населения.

5.7.4. Распространенность МЛУ-ТБ: число случаев с множественной лекарственной устойчивостью МБТ * 100 000 / численность населения на начало следующего года.

Показатели рассчитываются по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом».

5.8. От качества проведения бактериологической диагностики, лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения бациллярных больных, своевременности их направления на врачебную комиссию для решения вопроса о наличии или отсутствия бактериовыделения зависит уровень показателя абациллирования больных туберкулезом и темпы снижения / роста показателя «Бациллярность больных туберкулезом».

Показатель «Абациллирование больных туберкулезом» рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: число больных, прекративших выделять микобактерии туберкулеза в окружающую среду * 100 / число больных ранее выделявших микобактерии туберкулеза в окружающую среду (полусумма больных с МБТ+ на конец года за два года – предыдущий и отчетный).

6. Инвалидность по причине туберкулеза

6.1. Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушений здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

6.2. Показатель «Инвалидность по причине туберкулеза» – это число больных активным туберкулезом, имеющих инвалидность по причине туберкулеза, состоящих на учете на окончание года, на 100 000 населения. Показатель инвалидности по причине туберкулеза рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом». Годовой показатель инвалидности по причине туберкулеза рассчитывается на население на 1 января следующего за отчетным года на 100 000 человек: число случаев активного туберкулеза с инвалидностью по причине туберкулеза на конец года * 100 000 / численность населения на начало следующего года.

6.3. Показатель «Доля инвалидов среди больных туберкулезом» определяется в процентах к числу больных туберкулезом, состоящих на учете на конец отчетного года: число пациентов с инвалидностью по причине туберкулеза на конец года * 100 / число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года.

Высокая доля инвалидов в структуре больных туберкулезом указывает на низкие результаты лечения и плохую организацию диспансерного наблюдения больных туберкулезом.

6.4. Показатель инвалидности по причине туберкулеза отражает уровень заболеваемости и распространенности туберкулеза, тяжесть его течения, качество лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения больных, а также социально-экономическую ситуацию в регионе.

7. Смертность от туберкулеза

7.1. Смертность {Death rate} – демографический показатель естественного движения поколений, который во взаимодействии с показателем рождаемости отражает состояние воспроизводства населения.

Показатель «Смертность от туберкулеза» – это число лиц, умерших от туберкулеза в течение года, в расчете на 100 000 населения. При расчете показателя смертности от туберкулеза учитываются случаи смерти от туберкулеза по данным Росстата.

Расчет: число случаев смерти от активного туберкулеза и его последствий * 100 000 / численность среднегодового населения.

Годовой показатель рассчитывается на среднегодовое население на 100 000 человек. В течение года ежемесячные, квартальные показатели рассчитываются на население на 1 января текущего года на 100 000 человек.

7.2. При регистрации смерти от туберкулеза миллиарный туберкулез и генерализованный процесс, в отличие от регистрации случаев заболевания туберкулезом, даже при наличии поражения легочной ткани не регистрируются как туберкулез органов дыхания, а должны быть зафиксированы как причины смерти от других форм туберкулеза.

7.3. Определение показателя смертности от туберкулеза, используемое ВОЗ, практически совпадает с определением, применяемым в Российской Федерации. В статистических изданиях ВОЗ рассматривается именно смертность от туберкулеза (“TB Mortality rate”), которая в соответствии с причинами смерти, описанными в Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), определяется как число смертей, вызванных туберкулезом (коды A15-A19), исключая смерти больных сочетанной инфекцией ТБ-ВИЧ.

Оценка числа смертей, вызванных туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией в стадиях 4Б, 4В и 5, представляется отдельно как смерть от ВИЧ-инфекции (код B20.0).

Умерших от туберкулеза больных с сочетанным заболеванием ВИЧ-ТБ на стадиях ВИЧ-инфекции 1-4А регистрируют как причина смерти – туберкулез (A15-A19), так как эти стадии соответствуют коду Z21 – «Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

7.4. Среди умерших от туберкулеза необходимо выделить долю состоявших на учете, в процентах; проанализировать показатель в динамике: число больных туберкулезом, умерших от туберкулеза и состоявших на учете (форма ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом») * 100 / число умерших от туберкулеза (данные Росстата).

7.5. Показатель смертности от туберкулеза отражает уровень заболеваемости и распространенности туберкулеза, тяжесть его течения, качество выявления, диагностики, лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения больных туберкулезом.

7.6. Определенную информативность имеет индикатор «Соотношение показателей «заболеваемость туберкулезом» и «смертность от туберкулеза» в динамике. Уменьшение соотношения может быть вызвано как ухудшением организации противотуберкулезной помощи на разных этапах, так и недостатками в регистрации туберкулеза по разным причинам.

При увеличении доли поздних стадий ВИЧ-инфекции (4Б, 4В и 5) и численности больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции заболеваемость туберкулезом может расти или темпы снижения заболеваемости туберкулезом могут уменьшиться. При этом смертность от туберкулеза или темпы снижения смертности от туберкулеза – уменьшаться. В результате соотношение «заболеваемость / смертность» будет расти.

С ростом доли больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции часть больных, умерших от туберкулеза, будет фиксироваться как смерть от ВИЧ-инфекции. Поэтому важным становится показатель «Общая летальность больных туберкулезом» и его динамика (показатель рассчитывается по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»): $\text{число больных туберкулезом, умерших по разным причинам} * 100 / \text{число лиц состоящих на учете с активным туберкулезом (полусумма больных с активным туберкулезом на конец года за два года – предыдущий и отчетный)}$.

Кроме того, необходимо выделить среди больных туберкулезом, умерших по разным причинам и состоявшим на учете, долю умерших от туберкулеза и долю умерших по другим причинам (в том числе имеющих ВИЧ-инфекцию), в процентах; проанализировать динамику показателей: $\text{число больных туберкулезом, умерших от туберкулеза} / \text{умерших от прочих причин} / \text{умерших пациентов, имеющих ВИЧ-инфекцию} * 100 / \text{число умерших больных туберкулезом по разным причинам}$.

7.7. Смертность от ВИЧ-инфекции больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции (4Б, 4В и 5) с проявлениями микобактериальной инфекции: $\text{число умерших от ВИЧ-инфекции больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции (4Б, 4В и 5) с проявлениями микобактериальной инфекции} * 100 000 / \text{численность среднегодового населения}$.

Показатель рассчитывается по данным формы ФСН № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией».

8. Мониторинг за состоянием и работой медицинских противотуберкулезных организаций субъектов Российской Федерации

8.1. Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации Минздрав России утверждает письмо о формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, где рекомендуются объемы медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе по специальности «Фтизиатрия».

Проводится мониторинг соответствия объемов медицинской помощи в субъектах Российской Федерации утвержденным Минздравом России нормативам.

8.2. Минздрав России утверждает Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом, который регистрируется в Минюсте России. Порядок утверждает правила организации деятельности противотуберкулезных учреждений и подразделений, в том числе их оснащение и штаты.

Проводится мониторинг соответствия противотуберкулезных медицинских организаций субъектов Российской Федерации утвержденному Порядку оказания медицинской помощи больным туберкулезом, в том числе по структуре службы, ее оснащению, штатному расписанию.

8.3. Показатели, характеризующие обеспеченность противотуберкулезной службы кадрами:

8.3.1. Обеспеченность врачами фтизиатрами: число врачей фтизиатров (данные формы ФСН № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках») * 10 000 / численность населения на начало следующего года.

Расчет может быть сделан также на 100 000 населения.

8.3.2. Доля врачей фтизиатров, имеющих квалификационную категорию и сертификаты специалиста, в процентах (данные формы ФСН № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках»):

число врачей фтизиатров, имеющих квалификационную категорию * 100 / число врачей фтизиатров;

число врачей фтизиатров, имеющих высшую квалификационную категорию * 100 / число врачей фтизиатров;

число врачей фтизиатров, имеющих сертификат специалиста * 100 / число врачей фтизиатров.

8.3.3. Укомплектованность врачами фтизиатрами (данные формы ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации»), в процентах: число занятых должностей * 100 / число штатных должностей.

Соотношение, близкое к 100%, свидетельствует об удовлетворительной укомплектованности учреждения врачебными кадрами. Однако высокий показатель укомплектованности может быть связан с высоким коэффициентом совместительства.

8.3.4. Коэффициент совместительства («К»): число занятых должностей / число врачей физических лиц.

Также определяется коэффициент совместительства для среднего медперсонала, младшего медперсонала и других специалистов.

Оптимальным считается коэффициент, близкий к 1,0. При коэффициенте совместительства более 1,3 в учреждении имеется существенный недостаток специалистов, снижающий качество оказания медицинской помощи населению.

8.4. Для оценки работы круглосуточных стационаров противотуберкулезных медицинских организаций используются следующие показатели:

8.4.1. Число больных туберкулезом на 1 стационарную туберкулезную койку: число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года (данные формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом») / число туберкулезных коек на конец года (данные формы ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации» и формы ФСН № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций» при проведении мониторинга на уровне субъекта РФ).

При числе больных туберкулезом менее 4,0 в субъекте Российской Федерации высока вероятность неэффективной работы туберкулезной койки, показатель говорит о госпитализации непоказанных для госпитализации на туберкулезную койку больных и о необоснованных повторных госпитализациях.

8.4.2. Средняя занятость койки в днях (данные формы ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации» и формы ФСН № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций»): число проведенных больными койко-дней / число среднегодовых коек (полусумма числа коек на начало и конец года).

Норматив работы туберкулезной койки составляет 338 дней в году.

8.4.3. Оборот койки: число использованных больных (полусумма поступивших, выписанных и умерших больных) / число среднегодовых коек.

Оборот койки зависит от средней длительности лечения.

8.4.4. Средняя длительность госпитализации в днях: число койко-дней / число использованных больных.

Норматив средней длительности госпитализации на туберкулезной койке составляет 93,8 дней.

8.4.5. Число операций на 1 хирургическую койку: число операций (данные формы ФСН № 14 «Сведения о деятельности стационара» / число среднегодовых хирургических коек (данные формы ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации»).

8.5. Для оценки работы дневных стационаров противотуберкулезных учреждений используются следующие показатели (данные формы ФСН № 14 ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения»):

8.5.1. Средняя занятость места в днях: число дней лечения / число мест.

Норматив работы места дневного стационара при 6-дневной рабочей неделе составляет 300 дней в году.

8.5.2. Оборот места: число пролеченных больных / число мест.

Оборот койки зависит от средней длительности лечения.

8.5.3. Средняя длительность лечения в днях: число дней лечения / число мест.

8.6. Показатели, характеризующие работу поликлиники (данные формы ФСН №30 «Сведения о медицинской организации»).

8.6.1. Функция врачебной должности: число посещений, включая профилактические / число занятых штатов врачей фтизиатров в поликлинике.

Норматив функции врачебной должности для врача фтизиатра:

врач фтизиатр, ведущий консультативный прием, на 1 занятую должность в поликлинике – 2 000 посещений;

врач-фтизиатр участковый на 1 занятую должность в поликлинике – 3 000 посещений.

8.6.2. Доля профилактических посещений к врачу фтизиатру, в процентах: число профилактических посещений * 100 / общее число посещений, включая профилактические.

8.6.3. Кроме того, врачам фтизиатрам участковым выделяется время на посещения очагов туберкулеза, активные посещения больных на дому и стационар на дому, посещения больных при вызове на дом, на консультации пациентов в стационарах разных профилей, организационно-методическую и внедиспансерную работу.

9. Национальная система мониторинга туберкулеза

9.1. Существующая потребность в объективных методиках оценки различных стратегий реформ здравоохранения и эпидемиологической обстановки привела к созданию систем мониторинга, как наиболее эффективного и оперативного инструмента для решения проблем здравоохранения на доказательной основе, при условии высокой достоверности первичных данных. Методы клинической эпидемиологии с учетом результатов мониторинга позволяют найти оптимальные подходы к достижению качественной, доступной и эффективной программы оказания медицинской помощи населению.

9.2. Эпидемиологический мониторинг – это система слежения за эпидемическим процессом, призванная и способная обеспечить разработку соответствующих эпидемической ситуации эффективных тактических и стратегических решений по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями.

Важнейшим назначением мониторинга являются разработка научно обоснованных рекомендаций, а также выбор главного направления эпидемиологически обоснованных мероприятий.

Содержание эпидемиологического анализа, помимо оценки общих вопросов эпидемиологии, предполагающих количественную характеристику объема и темпов распространения инфекции, должно быть направлено на изучение детальных механизмов развития эпидемического процесса, в том числе непосредственных движущих сил и факторов внешней среды. К задачам эпидемиологического анализа относится также предвидение (прогнозирование) эпидемической ситуации. Полученные с его помощью результаты дают основу для выработки управляющих решений.

Эпидемиологический мониторинг – это оперативная, непрерывно действующая мобильная система динамического слежения за эпидемическим процессом. Она состоит из непрерывной цепи коррелирующих действий. Каждое получение новой информации обуславливает принятие соответствующих мер.

9.3. Организацию государственного эпидемиологического мониторинга туберкулеза на уровне субъекта Российской Федерации осуществляет противотуберкулезная медицинская организация, которой приказом руководителя здравоохранения субъекта Российской Федерации вменено осуществление функций управления, контроля и мониторинга за всем комплексом противотуберкулезных мероприятий в субъекте Российской Федерации. Для этого в составе организации создается организационно-методический отдел с Центром мониторинга туберкулёза.

Основными функциями Центра мониторинга туберкулеза субъекта Российской Федерации являются:

- эпидемиологический мониторинг ситуации по туберкулёзу в субъекте Российской Федерации;
- мониторинг мероприятий по выявлению и качеству диагностики туберкулеза во всех медицинских организациях первичной медико-

санитарной помощи (далее - ПМСП), лечебно-профилактических организациях общей лечебной сети (далее - ЛПО ОЛС);

- мониторинг организации и качества лечения больных туберкулёзом в учреждениях ПМСП и ЛПО ОЛС;

- мониторинг и контроль за организацией лечебно-диагностических мероприятий и диспансерного наблюдения в медицинских организациях по профилю «фтизиатрия»;

- оперативный мониторинг и контроль прерываний курсов химиотерапии туберкулёза и организация мероприятий по предотвращению прерываний курсов химиотерапии, привлечению больных к лечению, в том числе - при взаимодействии с другими ведомствами и медицинскими организациями других субъектов Российской Федерации;

- мониторинг межведомственного взаимодействия противотуберкулезной службы, ЛПО ОЛС, Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации, Росздравнадзора, миграционной службы, службы ветнадзора, полиции, общественных организаций и др. по противодействию распространения туберкулеза в субъекте Российской Федерации.

В рамках своих функций Центр мониторинга туберкулёза субъекта Российской Федерации обеспечивает:

- эпидемиологический мониторинг;

- мониторинг организации лабораторной диагностики микобактерий туберкулеза;

- мониторинг противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза; контроль обследования контактных лиц;

- мониторинг лекарственного обеспечения больных туберкулезом и в связи с туберкулезом;

- мониторинг ресурсного обеспечения противотуберкулезной службы;

- мониторинг медико-социальной помощи больным туберкулезом.

Данный мониторинг осуществляется для предоставления соответствующих данных и рекомендаций органам управления здравоохранением субъекта Российской Федерации для последующего принятия управленческих решений по совершенствованию противотуберкулёзных мероприятий в субъекте Российской Федерации и своевременного реагирования при неблагоприятном развитии эпидемиологической ситуации по туберкулёзу.

9.4. Научно-исследовательские институты фтизиатрического профиля выполняют функцию контроля и мониторинга за всем комплексом противотуберкулезных мероприятий в субъектах Российской Федерации.

9.5. На федеральном уровне единое информационное пространство по проблеме туберкулеза обеспечивает Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации при ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России посредством создания

и развития Национальной системы мониторинга туберкулеза, основными компонентами которой являются:

– мониторинг мероприятий по предотвращению распространения туберкулеза, оказанию медицинской и социальной помощи при туберкулезе, включая оценку качества оказания медицинской помощи;

– эпидемиологический мониторинг;

– мониторинг ресурсного обеспечения противотуберкулезной помощи населению, включая финансово-экономический мониторинг;

– мониторинг лекарственного обеспечения;

– мониторинг лабораторной диагностики при выявлении и лечении туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети и противотуберкулезной службы;

– мониторинг эффективности федеральной целевой программы, целевых программ субъектов Российской Федерации, целевых муниципальных и международных программ по противодействию распространения туберкулеза в Российской Федерации.

Центр выполняет функции федерального организационно-методического подразделения по мониторингу противодействия распространению туберкулеза на территории Российской Федерации.

Центр, в пределах своей компетенции, взаимодействует с федеральными органами исполнительной и законодательной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, профессиональными объединениями и ассоциациями, с различными государственными учреждениями, медицинскими и другими организациями независимо от их формы собственности, ведомственной принадлежности, государственными внебюджетными и международными фондами.

Центр имеет право:

- - запрашивать и получать из организаций, оказывающих медицинскую и социальную помощь населению, информацию о выявлении, лечении, реабилитации больных туберкулезом и профилактике туберкулеза;

- - участвовать в рассмотрении предложений о мероприятиях по планированию и формированию научных исследований и внедрению новых медицинских технологий по вопросам противодействия распространению туберкулеза;

- - организовывать и проводить циклы повышения квалификации кадров по вопросам противодействия распространению туберкулеза.

Центр обязан в пределах своей компетенции принимать участие в подготовке и рассмотрении проектов нормативных правовых актов, а также инструктивных и методических документов.

9.6. Качество, доступность и эффективность программ здравоохранения зависят от выбранной концепции построения национальной информационно-аналитической системы мониторинга (НИАСМ) в данном случае за туберкулезом.

Единая концепция НИАСМ социально обусловленных заболеваний предусматривает стандартизацию представления информации, наличие подразделений мониторинга для информационной поддержки реализации НИАСМ с соответствующим материальным обеспечением и контролем качества выполнения функциональных обязанностей их сотрудников, что будет гарантировать высокую достоверность первичных данных. НИАСМ должна охватывать все учреждения специализированной помощи населению и быть частью системы Государственной статистики.

Структурирование исходной информации в НИАСМ должно обеспечивать ее сопоставимость с международными данными, а также давать возможность проведения научных аналитических исследований путем формирования массивов информации по запросам, заданным в соответствии с поставленными задачами.

Принцип системности сбора информации предусматривает механизм трехуровневого анализа информации о случаях заболевания:

1) анализ развития заболевания, основанный на данных полицейских регистров больных в специализированных учреждениях;

2) анализ эпидемиологической ситуации на муниципальном уровне, основанный на данных единого регистра больных социально обусловленной патологией, отчетных форм и дополнительных аналитических таблиц, заполняемых в специализированных учреждениях;

3) анализ бремени болезни социально обусловленной патологии для общества, основанный на данных отчетных форм и дополнительных аналитических таблиц, заполняемых в головных специализированных учреждениях. Этот принцип реализуется сжатием информации при поступлении ее на вышележащий уровень анализа информации до необходимого и достаточного ее объема для анализа и принятия управленческого решения, находящегося в области полномочий учреждений данного уровня.

НИАСМ, являясь элементом системы управления здравоохранением, должна реализовать обратную связь в информационном обмене, то есть нижележащие иерархические уровни в системе здравоохранения должны своевременно получать результаты сравнительного анализа эпидемической ситуации среди прикрепленного населения специализированных учреждений, населения муниципального образования или населения субъекта Российской Федерации на фоне населения соответствующего уровня, а также результаты сравнительного анализа обеспеченности материально-техническими и трудовыми ресурсами учреждений соответствующего иерархического уровня в системе здравоохранения.

Литература

1. Михайлова Ю.В., Скачкова Е.И., Матинян Н.С., Шестаков М.Г. Национальная стратегия борьбы с туберкулезом в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 4. С. 33-35.
2. Нечаева О.Б., Сон И.М., Эйсмонт Н.В. Перспективы и возможности развития противотуберкулезной службы Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2012. № 1 (23). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/391/30/lang_ru.
3. Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Бирагова О.К. Индикаторы качества оказания медицинской помощи при туберкулезе // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2012. № 6 (28). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/449/30/lang_ru.
4. Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Кучерявая Д.А. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. 2013. № 12. С. 40-49.
5. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов: постановление Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074. [Интернет]. 2012. URL: <http://www.rg.ru/2012/10/26/zdorovie-dok.html> (Дата обращения 18 октября 2013 г.).
6. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598. [Интернет]. 2012. URL: <http://base.garant.ru/70170948/> (Дата обращения 30 октября 2013 г.).
7. О создании Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации: приказ Минздравсоцразвития России от 02 марта 2007 г. № 143. [Интернет]. URL: <http://rudocctor.net/medicine/bz-gw/med-qmdal.htm> (Дата обращения 23 августа 2013 г.).
8. О создании Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации: приказ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию от 20 декабря 2007 г. № 2690. [Интернет]. URL: <http://base.garant.ru/4186213/> (Дата обращения 23 августа 2013 г.).
9. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294. [Интернет]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162178/ (Дата обращения 16 июня 2014 г.).
10. О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов: письмо Минздрава России от 8 ноября 2013 г. № 11-9/10/2-8309. [Интернет].

URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_154635/ (Дата обращения 3 июля 2014 г.).

11. Оценка эпидемической ситуации по туберкулезу и анализ деятельности противотуберкулезных учреждений (Пособие для врачей). М.: ЦНИИОИЗ. 2009. 56 с. [Интернет]. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/Posobie_otsenka_epidsit_tb.pdf

(Дата обращения 23 августа 2013 г.).

12. Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации: приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. №932н. [Интернет]. URL:

<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70240750/> (Дата обращения 18 октября 2013 г.).

Авторы:

Ольга Брониславовна Нечаева – доктор мед.наук, профессор;

Ирина Михайловна Сон – доктор мед.наук, профессор;

Александра Вадимовна Гордина

Индикативное сопровождение организации противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации.

М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2014 г. 32 стр.

Подписано в печать 03.11.14
Формат 60x84. Объем 1.4 ул.п.л
Тираж 300 экз. Заказ 01/11-14

Отпечатано в типографии
РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ
127354, г. Москва, ул. Добролюбовья, д.11