



Основные выводы

■ По оценкам в 2003 г. расходы на мероприятия по борьбе с туберкулёзом в Российской Федерации составили 245 млн. долл. США. Это эквивалентно приблизительно 30% от стоимости всех мероприятий по борьбе с туберкулёзом в 22 странах с наибольшим числом случаев туберкулёза (80% от всех случаев туберкулёза в мире). В Российской Федерации выявляется 2% от всех случаев туберкулёза в мире и 4% от всех случаев в 22 странах с наибольшим числом случаев туберкулёза.

■ Исследование, проведённое в 4-х областях (Ивановская, Орловская, Самарская и Владимирская), показало, что только треть инфраструктуры противотуберкулёзных стационаров используется для лечения активных инфекционных случаев туберкулёза.

■ Профиль госпитализированных пациентов показал, что использование только 45% противотуберкулёзных коек может быть обосновано с клинической точки зрения и позиций общественного здравоохранения. Остающиеся койки используются как социальные или остаются незанятыми.

■ Финансирование стационара основывается на нормативах, а не на реальных потребностях.

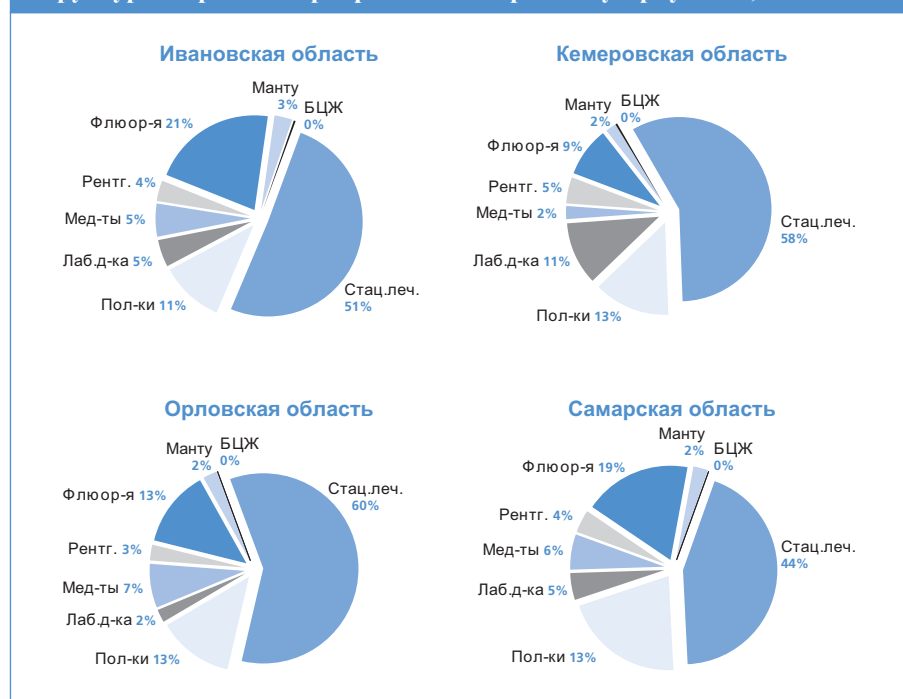
■ В Российской Федерации вполне обоснован постепенный переход от стратегии оказания стационарной помощи больным туберкулёзом к более широкому использованию амбулаторной помощи. Для этого потребуются усиление существующего амбулаторного звена противотуберкулёзной службы и общей лечебной сети, а также предоставление социальной поддержки больным туберкулезом с целью повышения мотивации к лечению. Кроме того, данные меры потребуют изменений принципов финансирования борьбы с туберкулёзом и более гибкого использования средств на региональном уровне.

Повышение экономической эффективности борьбы с туберкулёзом в Российской Федерации: роль стационарной помощи

Российская Федерация находится на 12 месте по количеству больных с впервые выявленным туберкулезом. В России выявляют 2,3% от расчетного годового числа случаев туберкулёза в мире, в то время число жителей составляет 3,6% от мирового населения [1]. Противотуберкулёзная служба состоит из развитой сети НИИ, диспансеров, больниц, санаториев и туберкулёзных кабинетов. В стране насчитывается 80 246 специализированных туберкулёзных коек (106 646 коек, включая санаторные) [2]. В 2003 г. на учете состояло 378 820 больных активным туберкулёзом, из которых, у 95 183 больных диагноз туберкулеза был установлен впервые в жизни в 2003 г.¹[3]. По данным последнего опубликованного глобального отчёта ВОЗ по туберкулёзу, результаты выявления и лечения туберкулёза в России остаются достаточно низкими. В регионах, применяющих стратегию DOTS, в 2003 г. было выявлено лишь 40% от расчетного числа случаев туберкулёза (цель - 70%) и эффективность лечения этих больных составила 67% (цель - 85%) [1].

Рис. 1

Структура затрат на мероприятия по борьбе с туберкулёзом, 1999 г.



¹Зарегистрированы в гражданской ПТС. Общее число впервые выявленных больных туберкулезом, зарегистрированных в 2003 г – 118 564 (включая пенитенциарную систему и другие министерства).

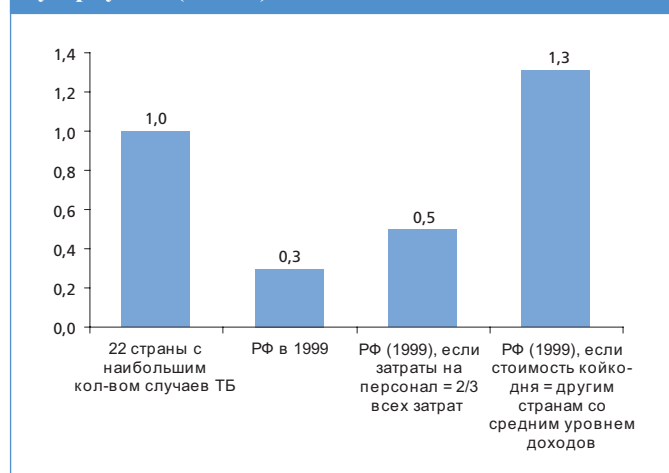


По оценкам, общие расходы на противотуберкулёзные мероприятия в Российской Федерации в 2003 г. составили 245 млн. долл. США² [1]. Это составило примерно 30% от общих затрат на противотуберкулёзные мероприятия в 22 странах с наибольшим числом случаев туберкулёза (80% от всех случаев туберкулёза в мире), хотя в Российской Федерации выявлялось только 4% от всех случаев туберкулёза, выявленных в этих странах в 2003 г. [4]. Недавние исследования показали, что более 50% от общих затрат на противотуберкулёзные мероприятия расходуется на стационарную помощь ([6], График 1), и что впервые выявленные больные с положительным результатом бактериоскопии мазка и/или культуры находятся в стационаре 4-6 месяцев. Данные исследования также показывают, что затраты на койко-день в России в 9 раз меньше, чем в других странах со схожим уровнем доходов [4]. Более того, при сохранении существующей стратегии борьбы с туберкулёзом и приведении затрат на стационарную помощь в соответствие с таковыми в других странах, заработная плата медицинских работников должна увеличиться в 4 раза, а общие затраты на противотуберкулёзные мероприятия вдвое.

Амбулаторная служба в странах со схожим с Россией уровнем доходов более развита и позволяет достигать лучших результатов при более низких затратах. Доминирующая доля затрат на стационарную помощь в структуре общих расходов на противотуберкулёзные мероприятия свидетельствует о том, что основной резерв для повышения экономической эффективности мероприятий по борьбе с туберкулёзом – это сокращение использования стационарной помощи.

Рис. 2

Общие затраты на противотуберкулёзные мероприятия в РФ при различных сценариях и в сравнении с суммарными расходами на противотуберкулёзные мероприятия в 22 странах с наибольшим количеством случаев туберкулёза (1999 г.).



² основываясь на фактических расходах, включая расходы на стационарную помощь и профилактические осмотры

Настоящий информационный бюллетень содержит данные анализа использования стационарной помощи для лечения больных туберкулёзом для решения следующих вопросов:

- Каковы характеристики больных, находящихся на лечении в стационарах противотуберкулёзной службы, и каковы причины их госпитализации?
- Какие возможности существуют для снижения уровня использования стационарной помощи?
- Какие подходы необходимы для снижения уровня использования стационарной помощи, при условии сохранения качества медицинской помощи и результатов лечения?

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ: КТО И ПОЧЕМУ ЕЁ ПОЛУЧАЕТ?

Для изучения использования коек в противотуберкулёзной службе были проведены исследования в 4-х областях России: Ивановской, Орловской, Самарской и Владимирской (методологию исследования см. [7]). Стандартный вопросник применялся для изучения использования всех туберкулёзных коек в области в указанный день (в крупных областях на репрезентативной выборке коек). Исследование должно было ответить на два вопроса:

- Какие группы больных находятся на лечении на имеющихся туберкулёзных койках?

Рис. 3

Использование туберкулёзных коек в соответствии с российскими группами диспансерного учёта (2003-2004 гг.).*



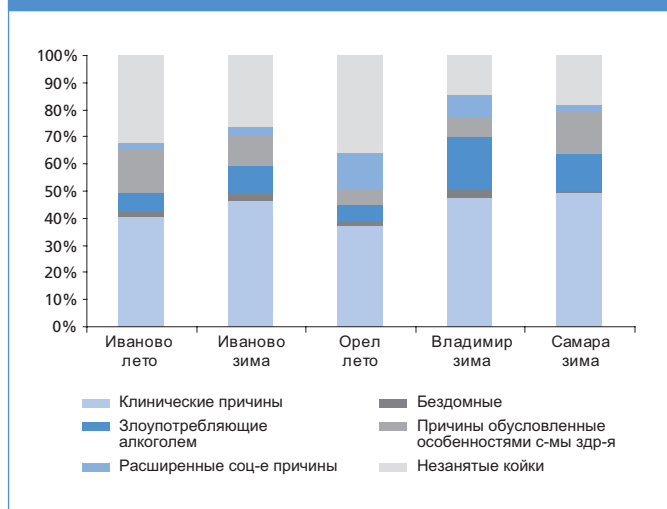


- Каковы причины госпитализации этих больных? График 3 представляет использование коек в соответствии с российской классификацией случаев туберкулёза:
- Процент коек, занятых больными активным туберкулёзом (диспансерные группы IA или IB) с положительным результатом бактериоскопии мазка и/или культуры на время исследования было примерно одинаковым во всех регионах: 25-30% (IA) и 5-7% (IB) коек;
- В целом, около 20% коек заняты больными с активным туберкулёзом с отрицательным результатом бактериоскопии мазка и/или культуры на время исследования, данные варьировались между областями (7-23%);
- Около 20% коек также было занято больными с неактивным туберкулёзом или больными внелёгочным туберкулёзом (диспансерные группы II-VII); данные также варьировались между регионами (18-32%). Количество больных внелёгочным туберкулёзом среди них было невелико;
- В целом, около 20% коек были не заняты (8-37%). В каждом регионе, по меньшей мере треть коек была или незанята, или занята больными неактивным туберкулёзом, а в двух регионах эта цифра превышала 50%.

Процент коек, необходимых по клиническим, организационным, социальным критериям, а также с позиций общественного здравоохранения³ показан на графике 4. Результаты показывают, что использование

Рис. 4

Процент туберкулёзных коек, используемых в соответствии с пятью критериями госпитализации (2003-2004 г.г.)



³ Предполагается, что средняя занятость койки, в соответствии с международными стандартами, должна быть 80% (в Российской Федерации считается допустимой средняя занятость койки 90%).

40-50% коек обосновано с клинических позиций и позиций общественного здравоохранения⁴. Другие причины госпитализаций включили в себя социальные факторы (5% пациентов были бездомными, 5-20% злоупотребляли алкоголем), и причины обусловленные особенностями системы здравоохранения⁵ (5-10%). В целом, использование 64-86% основывается на пяти группах критериев (график 4).

РЕКОМЕНДАЦИИ

Результаты исследования в Ивановской, Орловской, Самарской и Владимирской областях показали, что в то время как значительная часть коечного фонда стационаров противотуберкулезной службы в Российской Федерации используется по клиническим показаниям и критериям общественного здравоохранения, другая, также значимая, часть используется по социальным показаниям. Учитывая высокие затраты на противотуберкулезные мероприятия и уровень их эффективности, существует потенциал для повышения экономической эффективности данных мероприятий. Учитывая результаты дискуссии во время семинара во Владимире (см. вставку), были сделаны следующие рекомендации для повышения экономической эффективности мероприятий по борьбе с туберкулёзом:

1. В Российской Федерации вполне обоснован постепенный переход от стратегии интенсивного использования стационарной помощи больным туберкулёзом к более широкому применению амбулаторной помощи.
2. Необходимо произвести оценку коечного фонда противотуберкулёзных учреждений в каждой области, включая информацию о развернутых койках, необходимом числе коек, числе коек, подлежащих перепрофилированию. При проведении оценки особое внимание необходимо обратить на следующие аспекты:
 - Потребность в койках для больных с МЛУ туберкулёзом и ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом;
 - Потребность в койках для больных, госпитализированных по социальным показаниям;
 - Наличие коек в общей лечебной сети, потенциально доступных для лечения больных туберкулёзом.
3. Необходимо оценить объём финансовых средств для обеспечения приоритетного развития амбулаторной помощи больным туберкулёзом на региональном уровне и сопоставить данные затраты с потенциальной

⁴ Клинические критерии/ критерии общественного здравоохранения обосновывающие госпитализацию = один или более из: а) в настоящее время положительный результат бактериоскопии мазка и/или культуры; б) Туберкулёз с МЛУ; в) неудовлетворительное общее состояние (не ходячий больной или требуется интенсивная терапия); г) предоперационная подготовка/постоперационное ведение.

⁵ Причины обусловленные особенностями системы здравоохранения, обосновывающие госпитализацию: амбулаторная помощь недоступна и/или при выписке возможен отрыв от лечения.



экономической выгодой от перепрофилирования противотуберкулёзных коек.

4. Основываясь на данных вышеуказанной оценки, необходимо разработать план и бюджет перепрофилирования туберкулёзных коек (в приюты, отделения сестринского ухода, дневные стационары) наряду с укреплением амбулаторной службы и оказанием социальной поддержки.
5. Необходимо разработать более чёткие показания и сроки госпитализации для больных туберкулёзом.
6. Необходимо обеспечить целевое вложение сэкономленных в процессе перепрофилирования коек средств в амбулаторную помощь и социальную поддержку.
7. Противотуберкулёзная служба должна постепенно применять финансовые стимулы для эффективного выявления и лечения туберкулёза.
8. Придать большую гибкость в распоряжении бюджетами стационаров противотуберкулёзной службы на региональном и муниципальном уровнях.
9. Существующая система финансирования, основанная на численности коечного фонда, должна быть постепенно изменена на использование показателей результата (количество выявленных или излеченных больных), что создаст дополнительные стимулы для повышения экономической эффективности и улучшения результатов лечения.

КОММЕНТАРИИ

Изменение подходов к организации медицинской помощи больным туберкулёзом может сэкономить значительные средства, и, таким образом, повысить экономическую эффективность мероприятий. Постепенное введение системы экономического стимулирования позволит обеспечить переход от дорогостоящей стационарной помощи к менее затратной и, при определенных условиях, более эффективной амбулаторной помощи. Данный процесс может быть ускорен с помощью средств займа Всемирного банка и Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией. Эти ресурсы позволят укрепить амбулаторную службу, улучшить работу лабораторий, участвующих в диагностике туберкулёза, усовершенствовать систему социальной поддержки больным туберкулёзом, привлечь неправительственные организации к работе по борьбе с туберкулёзом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Global Tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Geneva, World Health Organization.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Форма № 47: “Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения”, 2003.

3. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Форма № 33: “Сведения о больных туберкулёзом”, 2003.
4. World Health Organization. Cost-effective TB control in the Russian Federation: report of the second project workshop, St Petersburg, Russia, 18-20 June 2002. World Health Organization, TB control programme for the Russian Federation.
5. Atun et al. Barriers to sustainable TB control in the Russian Federation health system; Bulletin of the WHO, March 2005, 83(3).
6. Hutubessy et al. The cost and cost-effectiveness of tuberculosis control in the Russian Federation: evidence from Ivanovo, Kemerovo, Orel and Samara. Submitted for publication.
7. Floyd et al. Health systems efficiency in the Russian Federation: the case of tuberculosis control. Submitted for publication.
8. Шейман И. Реформа управления и финансирования здравоохранения, Москва: Русь; 1998.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Мы благодарим специалистов и руководителей противотуберкулёзной службы Ивановской, Орловской, Самарской и Владимирской областей за их вклад в подготовку данного материала. Данное исследование было профинансировано Министерством международного развития Великобритании (DFID).



ВСТАВКА: ПРИМЕР ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Стационарная помощь больным туберкулезом во Владимирской области оказывается в семи специализированных противотуберкулезных учреждениях. Кроме того, в девяти учреждениях общей лечебной сети функционируют туберкулезные отделения. В целом, коечный фонд составляет 696 круглосуточных коек и 113 коек дневного стационара. В этих учреждениях работает 75 врачей и 304 средних медицинских работника.

Данные, полученные при изучении работы противотуберкулезных стационаров, обсуждались на совещаниях в Москве (январь 2004 г.) и в г. Суздаль Владимирской области (июнь 2004 г.) [7]. Среди участников совещаний были специалисты Министерства здравоохранения и социального развития, федеральных НИИ туберкулеза и других исследовательских институтов, руководители региональных противотуберкулезных учреждений и органов управления здравоохранением, учреждений общей лечебной сети и сотрудники ВОЗ (представители Офиса Специального Представителя Генерального Директора ВОЗ в России, Москва; и штаб-квартиры ВОЗ, Женева).

КАКОВЫ ГЛАВНЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ РЕФОРМЫ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ?

Были определены шесть главных факторов, объясняющих широкое использование стационарной помощи в Российской Федерации:

- Финансирование больниц, основанное скорее на бюджете предыдущих лет, нежели на реальных потребностях;
- Негибкая система финансирования, недопускающая перераспределения средств между бюджетными статьями;
- Отсутствуют стандарты для оценки деятельности противотуберкулезного стационара;
- Значительная численность персонала, который необходимо трудоустроить при сокращении коек;
- В амбулаторных учреждениях отсутствуют условия для проведения лечения после стационарного этапа. В частности, необходима переподготовка кадров и усиление материально-технической базы;
- Отсутствие средств для поощрения больных (продуктовые наборы) и обеспечения доступности лечения (компенсация транспортных расходов), необходимых для повышения приверженности больных к лечению.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Краткосрочные рекомендации

Участники совещаний пришли к заключению, что во Владимирской области есть предпосылки для перепрофилирования специализированных туберкулезных коек. Например, туберкулезные койки могут быть перепрофилированы в социальные, для лечения больных

с социальными проблемами и ограниченным доступом к медицинской помощи. В случае отсутствия возможности перепрофилирования, необходимо сократить количество коек. Участники предложили сократить количество коек во Владимирской области на 10%, преимущественно в малозагруженных учреждениях, плохо оснащенных больницах, не отвечающих минимальным санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Также были даны следующие рекомендации:

- Необходимо более четко определить длительность госпитализации. Существующие нормативные положения и руководства не определяют четко этот период;
- Существует необходимость в разработке долгосрочной стратегии, как для противотуберкулезной службы, так и для учреждений общей лечебной сети, вовлеченных в борьбу с туберкулезом. Сюда должна войти оценка неиспользуемых мощностей общей лечебной сети. Например, во Владимире существует теоретическая возможность использования инфекционных коек общей лечебной сети для лечения больных туберкулезом;
- Необходимо создание альтернативы стационарной помощи в виде приютов, отделений сестринского ухода и учреждений типа хосписов;
- Параллельно с этим, необходимо укрепление амбулаторных служб (обучение, введение стандартизированных процедур, укрепление материально-технической базы) совместно с оказанием социальной поддержки в виде продуктовых наборов и оплаты транспортных расходов для усиления приверженности к лечению.

Среднесрочные и долгосрочные рекомендации

Были даны следующие среднесрочные и долгосрочные рекомендации:

- Интегрировать амбулаторную помощь для больных туберкулезом в систему общей лечебной сети;
- Реформировать систему финансирования противотуберкулезных мероприятий, включая предлагаемый более гибкий механизм управления бюджетом стационарных учреждений противотуберкулезной службы, а также выделение средств на систему поощрений, что позволит сократить срок пребывания больных в стационаре и укрепить роль амбулаторных служб [8]. Существующая система финансирования, основанная на числе занятых коек, должна быть изменена и при формировании бюджета должны использоваться показатели эффективности (количество выявленных или излеченных больных);
- Социальные службы должны быть больше вовлечены в оказание как стационарной, так и амбулаторной помощи социально дезадаптированным больным с незаразными формами туберкулеза.

Контактная Информация

Виеслав Якубовяк, Всемирная
организация здравоохранения
или Кэтрин Флорид, Штаб-квартира ВОЗ
Программа по борьбе с туберкулезом
в Российской Федерации
119034 Москва
ул. Остоженка 28
тел.: 7 (095) 787 - 2116
факс: 7 (095) 787 - 2149
эл. почта: w.jakubowiak@who.org.ru