

Оригинальная статья  
УДК616-03:08

**ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНДИКАТОРОВ  
ГОСПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ДО 2020 ГОДА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ**

*О.Б. НЕЧАЕВА*

*ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения»  
Минздрава РФ, город Москва*

**PROSPECTS AND REALIZATION OPPORTUNITIES OF THE TUBERCULOSIS INDICATORS OF THE STATE  
PROGRAMME OF HEALTHCARE DEVELOPMENT OF THE RUSSIAN FEDERATION UP TO 2020**

*O.B. Nechaeva*

**Резюме**

Индикаторы, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р в государственной программе развития здравоохранения до 2020 года по разделу «туберкулез», недостижимы и должны быть скорректированы. Предложены следующие индикаторы:

- охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез: рост с 65,7% в 2012 году до 68,4% в 2015 году, до 72,5% в 2020 году;

- смертность от туберкулеза: снижение показателя с 12,5 на 100 000 населения в 2012 году до 10,4 на 100 000 населения в 2015 году, до 8,2 на 100 000 населения в 2020 году;

- абациллирование контингентов больных туберкулезом: рост показателя с 42,5% в 2012 году до 44,0% в 2015 году, до 46,2% в 2020 году;

- клиническое излечение больных туберкулезом: рост показателя с 34,9% в 2012 году до 36,4% в 2015 году, до 38,9% в 2020 году.

Прогноз по показателю «заболеваемость туберкулезом»: снижение показателя с 68,1 на 100 000 населения в 2012 году до 57,7 на 100 000 населения в 2015 году, до 45,9 на 100 000 населения в 2020 году.

Стационарное звено противотуберкулезной службы по значимости и объемам выполняемых мероприятий существенно преобладает над амбулаторным, что противоречит современным подходам к организации лечебного процесса. Противоречие усиливается отсутствием опыта работы противотуберкулезных учреждений по стандартам и внешнего контроля качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом со стороны страховых компаний. Учреждения, которые занимаются оказанием противотуберкулезной помощью населению, преимущественно маломощные и имеют не достаточно современную материально-техническую

базу, что в перспективе не позволит в полном объеме выполнять федеральные стандарты оказания медицинской помощи больным туберкулезом.

**Ключевые слова:** эпидемическая ситуация, туберкулез, ВИЧ-инфекция, множественная лекарственная устойчивость, противотуберкулезные учреждения

Prospects and realization opportunities of the tuberculosis indicators of the state programme of healthcare development of the Russian Federation up to 2020

O. B. NECHAEVA

Central Research Institute for Organization and Computerization in Public Healthcare, Ministry of Healthcare, Russian Federation, Moscow

**Resume**

Indicators, established by decree of the government of the Russian Federation from 24.12.2012 г. № 2511-р in government program of healthcare development until 2020 year in direction "tuberculosis" could not be achieved and should be reviewed.

The following indicators are presented:

- population coverage with preventive examinations for tuberculosis: increase from 65,7% in 2012 to 68,4% in 2015 and to 72,5% in 2020 year;

- tuberculosis mortality: decrease from 12,5 per 100 000 of population in 2012 to 10,4 per of 100 000 in 2015 and to 8,2 per 100 000 of population in 2020 year;

- abacillation of tuberculosis patients: increase from 42,5% in 2012 to 44,0% in 2015 and 46,2% in 2020 year;

- clinical recovery of tuberculosis patients: increase from 34,9% in 2012 to 36,4% in 2015 and 38,9% in 2020 year.

The forecast for the indicator of the "incidence of tuberculosis": decrease from 68,1 per 100 000 of population in 2012 to 57,7 per 100 000 of population in 2015 and 45,9 per 100 000 of population in 2020 year.

In-patient facilities of antituberculosis service in value and scope of activities significantly prevails over ambulatory, which is in contrary with modern approaches to arrangement of the treatment process. The contradiction is enhanced by lack of experience of TB facilities in complying with standards and external quality assessment by insurance companies. Most of the medical centres, which provide TB related services to population, are small and poorly equipped. In future this will not allow to fully comply with federal standards of medical services for tuberculosis patients.

**Key words:** epidemical situation, tuberculosis, HIV-infection, multi drug resistance, antituberculosis establishments

### Введение

В нормативно-методической базе, регламентирующей оказание противотуберкулезной помощи населению, за последние годы произошли существенные изменения. Утвержден новый Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации [1], существенно меняющий структуру противотуберкулезных учреждений. В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ [5] медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, которые в настоящее время не утверждены на уровне Минздрава России. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи рассчитана на 2013-2015 годы [2]. Туберкулез и ВИЧ инфекция до 2016 года не включены в базовую программу обязательного медицинского страхования.

К критериям доступности и качества медицинской помощи отнесен показатель «смертность населения от туберкулеза». Указом Президента России № 598 [4] Правительству Российской Федерации необходимо обеспечить снижение смертности от туберкулеза к 2018 году до 11,8 на 100 000 населения. На выполнение Указа направлено распоряжение Правительства Российской Федерации [3], утвердившее Государственную программу развития здравоохранения Российской Федерации.

### Материал и методы

Проведен анализ данных государственного статистического наблюдения (ГСН) (формы №8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», №33 «Сведения о больных туберкулезом», №30

«Сведения о медицинской организации», №47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций», №61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией»). В анализе использованы показатели смертности Росстата. Показатели рассчитаны на среднегодовое население (2010-2012 годы с учетом переписи населения 2010 года).

### Результаты и обсуждение

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р [3] утверждены Целевые индикаторы и показатели Госпрограммы развития здравоохранения РФ до 2020 года, в том числе по разделу «туберкулез» (рисунок 1). Анализ выполнения этих показателей представлен ниже.

В подпрограмме 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» с целью повышения доли больных, у которых туберкулез выявлен на ранней стадии утвержден еще один целевой индикатор по туберкулезу.

Показатель: «охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез»: рост к 2015 году – до 73,88%, к 2020 году – до 81,08% населения.

В 1985-1986 годах в России отмечался максимальный охват профилактическими осмотрами на туберкулез – 75,3-75,4%. В 2012 году он составил: всего населения всеми методами – 65,7% (2011 год – 64,4%); детей в возрасте 0-14 лет туберкулинодиагностикой – 88,6% (2011 год – 90,4%); подростков и взрослых флюорографией органов грудной клетки – 58,3% (2011 год – 56,6%);

Одновременно сокращается выявляемость туберкулеза – с 0,86 на 1 000 осмотренных в 2007-2008 годах до 0,61 на 1 000 осмотренных в 2012 году. Число больных туберкулезом, выявленных при флюорографических обследованиях, сократилось с 55 161 в 2008 году до 42 577 в 2012 году, то есть на 12 584 человека (на 22,8%).

Снижение выявления туберкулеза происходит на фоне значительного обновления парка флюорографических установок. В настоящее время флюорографические исследования выполняются преимущественно на цифровых установках (2005 год – 18,9%; 2012 год – 73,9%) флюорографами, работающими менее 10 лет (2005 год – 38,3%; 2012 год – 76,6%), что должно было привести к повышению качества.

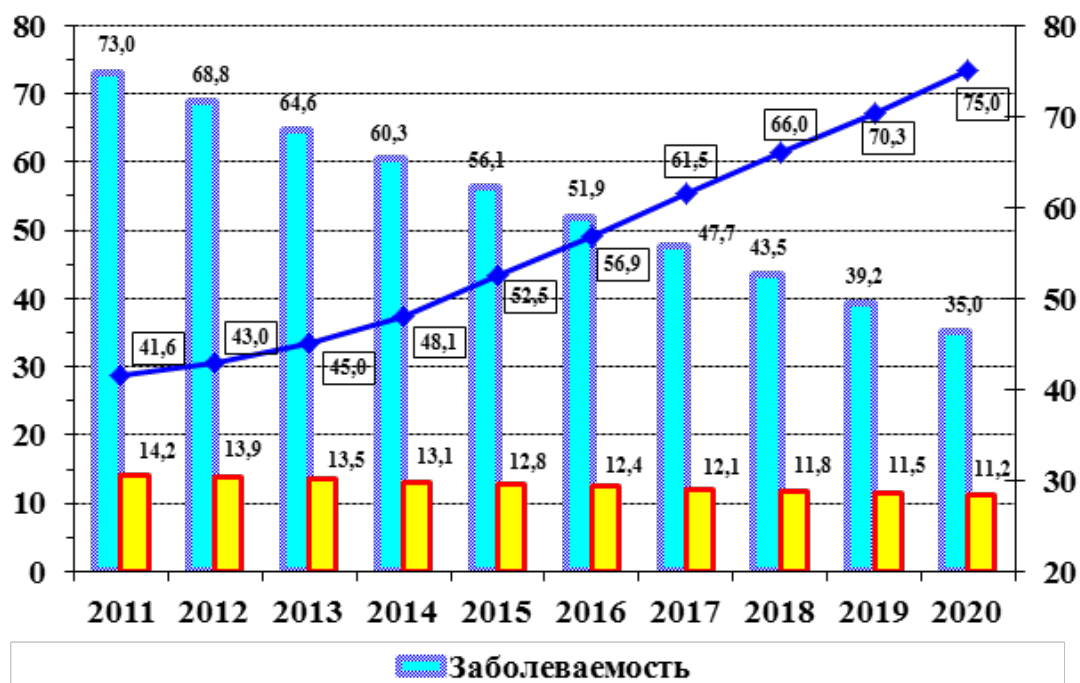


Рисунок 1. Целевые индикаторы и показатели Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации на 2013-2020 годы.

Причиной снижения выявляемости больных при профилактических осмотрах может быть то, что в субъектах РФ осматриваются в основном одни и те же контингенты – работающие, учащиеся, студенты, которых проще привлечь на осмотры. С группами риска по заболеваемости туберкулезом врачи первичного звена работают не достаточно. Однако статистические данные, которые могли бы выявить существенные проблемы, вызывают сомнения в своей достоверности. Участковые врачи, как правило, не знают численность длительно не осматриваемого населения. При этом в 2011 году субъекты РФ предоставили данные о том, что не осматрено флюорографически два и более года всего 5,9% населения в возрасте 15 лет и старше, в 2012 году – 5,4%.

Вызывают сомнения и отчетные данные по охвату населения профилактическими флюорографическими осмотрами. В 2012 году было сделано на пленочных флюорографах (12 407,9 тыс.) и цифровых аппаратах (55 138,2 тыс.) всего 67 546,1 тыс. флюорографических исследований с профилактической целью. При этом охвачено профилактическими флюорографическими обследованиями 70 307,6 тыс. человек (форма ГСН № 30), то есть на 2 761,5 больше, чем было выполнено исследований. Между тем число обследованных лиц никак не может быть больше числа исследований.

Видимо многие учреждения здравоохранения

в форме ГСН №30 показывают не только свою работу, но и обследования, сделанные другими учреждениями лиц, не прикрепленным к отчитываемому учреждению. При исполнении приказа Минздравсоцразвития от 5 февраля 2010 года № 61 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным туберкулезом» субъекты РФ отчитались за 71 905,2 тыс. выполненных флюорографических обследований (2012 год).

Наблюдается низкий охват населения обследованием методом флюорографии органов грудной клетки в Архангельской (42,4% от взрослых и подростков), Брянской (45,0%), Владимирской (36,5%), Калужской (36,1%), Ленинградской (39,2%), Московской (31,2%), Мурманской (44,8%), Томской (38,3%), Тульской (37,8%) областях, городе Санкт-Петербург (38,5%), Камчатском (38,3%) и Приморском (44,0%) краях, республиках Кабардино-Балкарской (39,1%), Карачаево-Черкесской (43,1%), Карелия (36,4%) и Чеченской (22,2%). Низкие показатели зарегистрированы в Центральном (53,3%) и Северо-Западном (45,5%) федеральных округах.

**Показатель: «заболеваемость туберкулезом»: снижение показателя к 2015 году – до 56,12 на 100 000 населения, к 2020 году – до 35,0 на 100 000**

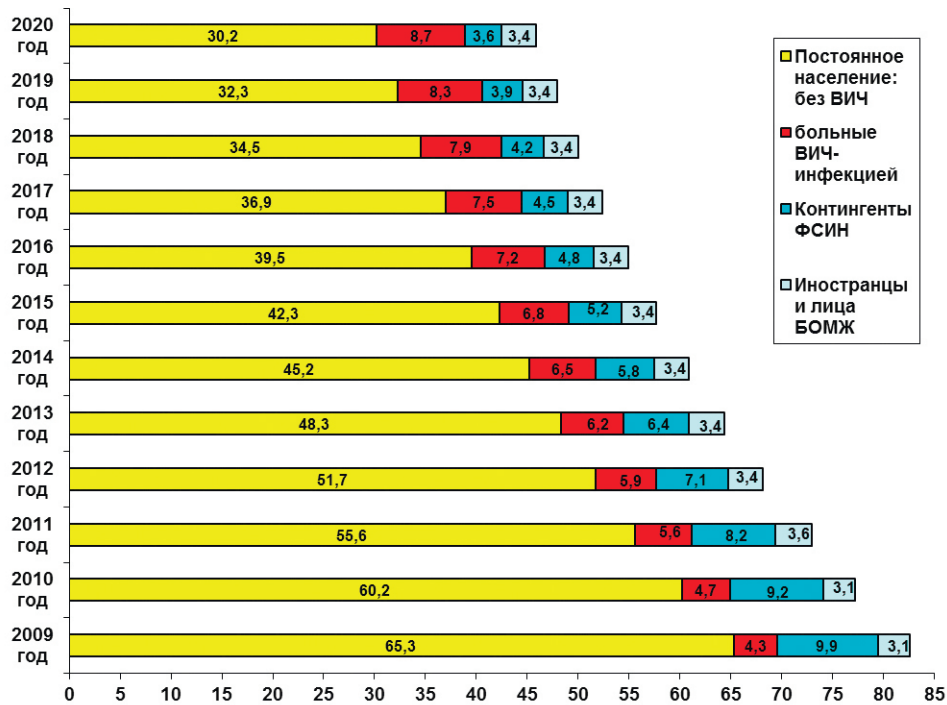
**населения.**

Минимальный показатель заболеваемости туберкулезом в России отмечался в 1991 год – 34,0 на 100 000 населения. При формировании этого показателя не учтены заболевшие в местах лишения свободы (заключенных и подследственных начали включать в показатель общей заболеваемости туберкулезом с 1995 года). В те годы среди заболевших не было иностранцев, а лица БОМЖ находились в местах лишения свободы.

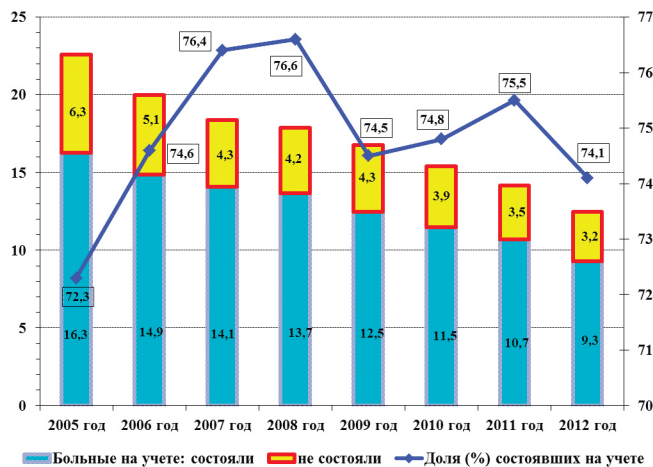
Эпидемия ВИЧ-инфекции начала влиять на эпидемическую ситуацию по туберкулезу только в XXI

веке. В 2012 году каждый десятый (10,7%) впервые выявленный и вставший на учет больной туберкулезом имел ВИЧ-инфекцию. К 2020 году до 20-25% впервые выявленных больных будут иметь одновременно с туберкулезом ВИЧ-инфекцию (рисунок 2). И это не позволит достигнуть утвержденного распоряжением Правительства РФ уровня индикатора.

Вместе с тем, показатель «заболеваемость туберкулезом» не может являться индикатором развития здравоохранения, так как зависит прежде всего от уровня социальных программ и только потом от работы системы здравоохранения.



**Рисунок 2.** Прогноз общей заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации к 2020 году (на 100 000 населения).



**Рисунок 3.** Смертность от туберкулеза в Российской Федерации (на 100 000 населения).

**Показатель: «смертность от туберкулеза»: снижение показателя к 2015 году – до 12,8 на 100 000 населения, к 2020 году – до 11,2 на 100 000 населения.**

Минимальный показатель смертности от туберкулеза в России был в 1989 году – 7,4 на 100 000 населения.

С 2005 год, когда отмечался пик показателя (22,6 на 100 000 населения), смертность от туберкулеза снизилась к 2012 году на 44,7% (рисунок 3). Смертность уменьшается быстрыми темпами, с 2005 года по 2012 год число умерших от туберкулеза сократилось в 1,8 раза.

Из всех умерших от туберкулеза состоявших на учете больных в 2012 году в стационаре умерло 70,9% (2010 год – 68,7%). Среди умерших бактериовыделение имели 79,0% больных (2010 год – 79,4%), МЛУ-ТБ – 33,9% (2010 год – 28,3%). Летальность в стационаре при туберкулезе органов дыхания составила в 2012 году 6,4%; вскрытие проведено в 69,9% случаев смерти в стационаре; расхождение в диагнозе отмечено в 3,3% случаев.

Доля туберкулеза, как причины смерти, в структуре смертности населения России от инфекционных и паразитарных болезней сокращается: 2005 год – 82,8%; 2010 год – 67,1%; 2012 год – 56,0%; так же как и в структуре смертности населения России от всех причин: 2005 год – 1,40%; 2010 год – 1,08%; 2012 год – 0,94%.

Среди больных, умерших от туберкулеза, уменьшается доля туберкулеза органов дыхания

и нарастает доля других локализаций туберкулеза (2005 год – 10,8%; 2010 год – 13,3%; 2012 год – 13,9%). Это связано с ростом числа генерализованных форм туберкулеза на фоне снижения иммунитета по разным причинам, прежде всего при сочетании туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Одновременно нарастает доля других причин смерти, кроме туберкулеза, среди умерших больных туберкулезом, состоявших на учете в противотуберкулезных учреждениях: 2005 год – 40,4%; 2010 год – 46,0%; 2012 год – 50,8%. В 2012 году почти в трети случаев (30,1%) умершие от других причин больные туберкулезом имели ВИЧ-инфекцию. Более чем в половине случаев (53,5%) умирали от других причин бактериовыделители. Каждый шестой умерший не от туберкулеза (15,4%) имел МЛУ-ТБ.

Среди состоявших на учете больных туберкулезом умерли от туберкулеза и умерли от других причин при сочетании туберкулеза и ВИЧ-инфекции (как правило, от прогрессирования туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции) в 2009 году – 20 359 человек, в 2012 году – 17 450 человек. Это подтверждает существенное уменьшение смертности от туберкулеза, даже несмотря на то, что часть случаев смерти больных регистрируется не как смерть от туберкулеза, а как смерть от ВИЧ-инфекции.

Показатель: «абациллирование контингентов больных туберкулезом»: рост показателя к 2015 году – до 52,5%, к 2020 году – до 75,0%.

Максимальные показатели абациллирования контингентов в советские времена, в 1986-1987 годах,

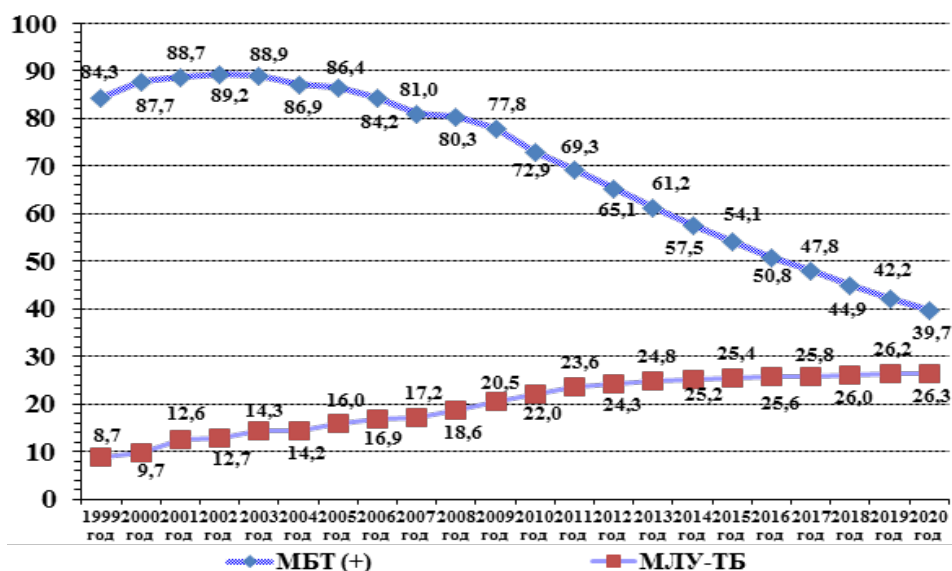


Рисунок 4. Прогноз развития МЛУ-ТБ в Российской Федерации к 2020 году (на 100 000 населения).

составляли 36,0%.

В последние годы существенно выросли показатели абациллирования среди контингентов больных, выделяющих МБТ: 2006 год – 33,7%; 2011 год – 41,6%; 2012 год – 42,5%. Особенно радует показатель абациллирования при МЛУ: 2006 год – 8,5%; 2011 год – 18,1%; 2012 год – 19,8%. Это результат централизованной закупки достаточного количества противотуберкулезных препаратов (ПТП) резервного ряда за счет средств федерального бюджета.

На снижение показателя распространенности туберкулеза с бактериовыделением абациллирование контингентов больных туберкулезом стало влиять больше, но в последние два года динамики показателя абациллирования практически нет. Если в 2005 году снижение численности больных МЛУ-ТБ происходило в основном за счет смерти больных, то в настоящее время смерть больных от разных причин и абациллирование одинаково влияют на снижение распространенности МЛУ-ТБ. Соотношение абациллированных больных и умерших от разных причин бациллярных больных туберкулезом, состоявших на учете, составило в 2005 году 1,4; в 2010 году – 2,2; в 2012 году – 2,3; при МЛУ-ТБ: 2005 год – 0,3; 2010 год – 0,7; 2012 год – 1,0.

Сложности достижения установленного распоряжением Правительства РФ показателя абациллирования контингентов будут связаны с ростом распространенности МЛУ-ТБ. К 2020 году до 65-70% больных, выделяющих МБТ, будут иметь МЛУ-ТБ (рисунок 4).

Высокая доля больных с МЛУ среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих МБТ, к окончанию 2012 года, наблюдалась во многих субъектах РФ и составляла в Архангельской области с Ненецким АО (57,0%), Калужской (53,0%), Нижегородской (50,6%), Новгородской (54,3%), Новосибирской (53,5%) и Псковской (57,4%) областях; республиках Алтай (55,7%), Мордовия (53,7%), Тыва (56,4%) и Хакасия (51,2%).

Среди впервые выявленных больных с МЛУ в 2009-2012 годах имеет место стабилизация показателя на уровне 4,0-4,1 на 100 000 населения.

Мы считаем, что необходимо внести индикатор «клиническое излечение туберкулеза», как один из важнейших индикаторов работы противотуберкулезных учреждений, в список целевых индикаторов и показателей Госпрограммы развития здравоохранения РФ.

**Показатели клинического излечения туберкулеза в**

советские времена не превышали 20%. Недостаточно быстро растут показатели клинического излечения туберкулеза и в последние годы (2005 год – 28,5%; 2010 год – 32,6%; 2012 год – 34,9%). Соотношение переведенных в III группу диспансерного учета и умерших от разных причин больных туберкулезом, состоявших на учете, составило в 2005 году 2,2; в 2010 году – 2,8; в 2012 году – 3,0. То есть влияние излечения больных на снижение показателя «распространенность туберкулезом» увеличивается.

Однако темпы улучшения показателей излечения туберкулеза замедлились: в 2012 году к 12 месяцам лечения у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания полости распада закрылись в 61,5% случаев (2005 год – 37,2%; 2010 год – 61,0%), абациллировано 70,1% больных (2010 год – 69,0%).

**Таким образом, существенной положительной динамики роста показателей излечения туберкулеза в 2010-2012 годах не происходит. Эффект наличия противотуберкулезных препаратов закончился, нужны новые организационные мероприятия – работа по стандартам, развертывание замещающих стационар технологий, специализированных отделений и т.д.**

Негативное влияние на улучшение показателя излечения туберкулеза оказывает значительное количество больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Среди состоящих на конец 2012 года больных туберкулезом зарегистрировано значительное число больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Свердловской (2 248 человек), Иркутской (1 945 человек), Кемеровской (1 042 человек), Московской (1 106 человек), Оренбургской (884 человек), Самарской (912 человек) и Челябинской (872 человек) областях, городах Москва (891 человек) и Санкт-Петербург (855 человек), Алтайском (839 человек) и Пермском краях (606 человек). В этих 11 субъектах РФ состоит на учете 12 200 больных с сочетанной патологией – 59,6% от всех больных, зарегистрированных в России (20 454 чел.). Больные ВИЧ-инфекцией должны дольше наблюдаться в I группе диспансерного учета и это отрицательно повлияет на показатель клинического излечения.

Таким образом, индикаторы, заложенные в государственную программу развития здравоохранения до 2020 года по разделу «туберкулез», недостижимы при сохранении современных подходов в реализации противотуберкулезных мероприятий

и эпидемических тенденций и должны быть скорректированы.

Для ускорения роста показателя клинического излечения туберкулеза необходимо обеспечить повышение эффективности использования имеющихся ресурсов. Рассмотрим эффективность использования стационарных коек в противотуберкулезных учреждениях.

В структуре противотуберкулезной службы стационарное звено существенно преобладает над внебольничным, что не отвечает современным требованиям к лечебному процессу. Например, в дневные стационары госпитализированы в 2012 году 6,5% впервые выявленных больных туберкулезом и 5,2% больных, состоящих на учете на окончание года. Одновременно отмечаем: при выявлении заболевания у 40,7% больных туберкулезом легких нет ни деструкции легочной ткани, ни бактериовыделения (по форме туберкулеза такие больные могут лечиться в условиях дневного стационара); на окончание года больных с такими малыми формами было 42,8%.

Причина недостаточного развития замещающих стационар технологий – во многих субъектах РФ число круглосуточных туберкулезных стационарных коек превышает потребность в них. Число больных туберкулезом на 1 туберкулезную койку для взрослых сократилось с 4,0 в 2005 году до 3,4 в 2012 году; на 1 туберкулезную койку для детей в возрасте 0-17 лет – с 1,2 до 1,0. Если число больных на 1 койку менее 4,0, то можно утверждать, что в туберкулезный стационар госпитализируются непоказанные больные, имеют место необоснованные повторные госпитализации.

При этом туберкулезная стационарная койка для взрослых в 2012 году работала 313,7 дней; для детей – 314,4 дней. Средняя длительность госпитализации в 2012 году составила 86,7 дней на туберкулезной стационарной койке для взрослых и 94,0 – на койке для детей. При туберкулезе органов дыхания длительность госпитализации составляла: взрослых – 97,9 дней; детей – 131,9 дней.

В связи с передачей муниципальных учреждений здравоохранения в собственность субъектов Российской Федерации и проведением их реорганизации, происходит сокращение численности юридических лиц и увеличение мощности учреждений: 2005 год – 466 противотуберкулезных диспансеров (ПТД) и 105 туберкулезных больниц (ТБ), 2011 год – 286 ПТД и 71 ТБ, 2012 год – 249 ПТД (в 219 из них есть круглосуточные туберкулезные

стационары) и 46 туберкулезных больниц (в 11 из них есть поликлиники). Однако учреждения, которые занимаются противотуберкулезной помощью населению, преимущественно маломощные и имеют плохое оснащение, что в перспективе не позволит в полном объеме выполнять федеральные стандарты.

Из 249 ПТД имеют стационары в 88,0% случаев. При этом в ПТД есть для диагностики бактериологические лаборатории в 41,4%; биохимические лаборатории – в 4,4%; кабинеты функциональной диагностики и ЭКГ – в 61,8%; кабинеты ультразвуковой диагностики – в 43,0%; кабинеты эндоскопии – в 38,2%; флюорографические кабинеты – в 39,8%. Цитологических (2,0%) и серологических (2,8%) лабораторий практически нет, так же как и патологоанатомических отделений (4,8%). В ПТД для лечения больных туберкулезом есть физиотерапевтические кабинеты в 63,1% случаев. Редко имеются аптеки (23,7%) и АСУ (5,2%). Наиболее часто имелись рентгеновские отделения/кабинеты (95,2%) и клиничко-диагностические лаборатории (94,0%). Неясно, каким образом противотуберкулезные диспансеры, не имеющие даже рентгеновского кабинета и клиничко-диагностической лаборатории, получили лицензию для осуществления стационарного лечения больных туберкулезом.

Существенно не меняется влияние хирургических методов на излечение туберкулеза. В 2012 году прооперировано 5,8% больных туберкулезом органов дыхания (2005 год – 4,1%; 2010 год – 5,3%) и 6,4% больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (2005 год – 4,6%; 2010 год – 4,7%).

Из числа госпитализированных больных туберкулезом органов дыхания в 2012 году пролечено с помощью клапанной бронхоблокации всего 783 больных (0,5% от числа госпитализированных), в том числе 277 бронхоблокаций сделано впервые выявленным больным и 238 – больным с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. В 2010 году пролечено клапанной бронхоблокацией 451 больной.

Нельзя не отметить, что за истекший 2012 год обеспеченность врачами фтизиатрами уменьшилась: с 5,5 до 5,4 на 100 000 населения. С 2005 года по 2012 год Россия безвозвратно потеряла 1 293 врачей фтизиатров. Большая часть врачей фтизиатров имеют сертификаты (96,6%) и обладают аттестационными категориями (62,8%), чаще – высшей категорией (38,4%). Занято 92,9% должностей врачей фтизиатров в стационаре и 88,9% – в поликлинике. Коэффициент совмещения врачей фтизиатров составил в

2012 году 1,7. Нет притока молодых врачей в противотуберкулезную службу.

#### **Заключение**

Индикаторы, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р в государственной программе развития здравоохранения до 2020 года по разделу «туберкулез», недостижимы и должны быть скорректированы. Предлагаем следующие индикаторы:

- охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез: рост с 65,7% в 2012 году до 68,4% в 2015 году, до 72,5% в 2020 году;

- смертность от туберкулеза: снижение показателя с 12,5 на 100 000 населения в 2012 году до 10,4 на 100 000 населения в 2015 году, до 8,2 на 100 000 населения в 2020 году;

- абациллирование контингентов больных туберкулезом: рост показателя с 42,5% в 2012 году до 44,0% в 2015 году, до 46,2% в 2020 году;

- клиническое излечение больных туберкулезом: рост показателя с 34,9% в 2012 году до 36,4% в 2015 году, до 38,9% в 2020 году.

Прогноз по показателю «заболеваемость туберкулезом»: снижение показателя с 68,1 на 100 000 населения в 2012 году до 57,7 на 100 000 населения в 2015 году, до 45,9 на 100 000 населения в 2020 году.

#### **Список литературы**

1. Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации, утвержденный приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 932н (зарегистрирован в Минюсте РФ 07.03.2013 г. № 27557) URL: <http://www.kptd.ru/?op=con&mid=56&param=2,491,1,1>

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» URL: <http://www.government.ru/gov/results/21208>

3. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р, утвердившее Государственную программу развития здравоохранения Российской Федерации URL: <http://правительство.рф/gov/results/22177/>

4. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» URL: <http://www.rg.ru/printable/2012/05/09/zdorovjedok.html>

5. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» URL: <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>