

Комментарий к статье О.Б.Нечаевой

В.Б. Галкин

ФГБУ «СПбНИИ Фтизиопульмонологии» Минздрава России, Санкт-Петербург

COMMENTS

V.B. Galkin

Выбор адекватных индикаторов эффективности Программ, направленных на снижение распространенности туберкулеза, - не простая задача. Как справедливо указывает автор статьи, «заболеваемость туберкулезом ... зависит прежде всего от уровня социальных программ и только потом от работы системы здравоохранения». Однако, альтернативы показателям заболеваемости и смертности как основных индикаторов эффективности Госпрограммы по туберкулезу нет. Эти же показатели выбраны основными критериями оценки эффективности стратегии ВОЗ, лежащей в основе Глобального плана «Остановить туберкулез» на 2006-2015 гг., а также на период после 2015 года.

Утверждение автора, что индикаторы «недостижимы и должны быть скорректированы», несколько преувеличено. Напротив, положительная динамика показателя смертности от туберкулеза значительно превышает расчетную: целевой показатель 2020 года (11,2 на 100000) может быть достигнут уже по итогам 2013 года.

В качестве обоснования недостижимости целевого уровня заболеваемости (35,0 на 100000) представлен прогноз динамики показателя до 2020 года. Так как методика прогноза не указана, то не совсем понятно, как учтены в этом прогнозе результаты запланированных мероприятий. Если рассчитанный тренд основан лишь на эпидемических тенденциях, наблюдаемых до начала Госпрограммы, то их её реализация как раз и должна привести к нарастанию темпа снижения показателя до уровня ниже прогноза (45,9 на 100000).

В отношении целевых индикаторов Подпрограмм нельзя не согласиться с автором, что они вызывают сомнения в адекватности.

В подпрограмме 1 «Профилактика заболеваний» с целью «повышения доли больных, у которых туберкулез выявлен на ранней стадии» утвержден целевой индикатор «охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез». Причем одной из «наиболее важных задач в рамках развития медицинской профилактики и диспансеризации населения» указана «организация дифференцированных скрининговых исследований в субъектах Российской Федерации в зависимости от уровня распространенности туберкулеза». Во-первых, в условиях внедрения еще не утвержденной системы «дифференцированных» подходов к определению нормативной доли

населения, подлежащих обследованию, показатель может измениться непредсказуемо, в том числе в сторону снижения. Во-вторых, как указывает и автор статьи, многие учреждения здравоохранения не могут адекватно отразить объемы профилактических обследований населения в отчетных формах, в том числе в отношении обследований, проведенных вне отчетывающегося учреждения. В-третьих, показатель охвата – «валовый» критерий, он не отражает качество проведения этих исследований, реализующееся в доли выявления больных на ранней стадии.

В подпрограмме 2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи ...» целевым индикатором установлена доля абацилированных больных туберкулезом от числа больных туберкулезом с бактериовыделением. Действительно, за много лет его применения этот показатель среди контингентов активных групп диспансерного учета не поднимался выше 50%, и вероятность достижения 75% уровня нереальна. Этот уровень достижим для показателя прекращения бактериовыделения среди впервые выявленных больных, который также является стандартным показателем эффективности лечения. Следует отметить, что в последние 10 лет снято требование длительности наблюдения больных на бациллярном учете не менее года, что способствует росту показателя. Однако, в таком случае сомнительна корректность его расчета: в числителе появляются случаи, не включенные в знаменатель, и при малом числе наблюдений показатель может составлять более 100%. Корректнее проводить расчет на количество бациллярных больных, состоявших на учете в течение года, но тогда показатель уменьшится. Кроме того, абациллирование (прекращение бактериовыделения) – промежуточный критерий эффективности лечения, не обязательно сочетающийся с выздоровлением. Более корректным, как и предлагает автор, является показатель клинического излечения. Однако, учитывая, что и перевод в 3 группу учета тоже может осуществляться в течение отчетного года, более рациональным представляется выбор показателя клинического излечения впервые выявленных больных, аналог которого – доля эффективного исхода курса химиотерапии – является общепринятым критерием эффективности противотуберкулезных программ.