

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 614.2

ЦЕЛЕВЫЕ ИНДИКАТОРЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ ДО 2020 Г.

О. Б. НЕЧАЕВА, С. А. СТЕРИКОВ, Н. В. ХУРИЕВА

THE TARGETS AND INDICATORS OF RUSSIA'S STATE PUBLIC HEALTH PROGRAM UP TO 2020

O. B. NECHAEVA, S. A. STERLIKOV, N. V. KHURIEVA

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

В результате изучения целевых индикаторов и показателей Программы развития здравоохранения до 2020 г. по противотуберкулезной помощи населению можно сделать вывод о возможности их выполнения в целом по Российской Федерации. Сложности выполнения индикаторов связаны: с низким уровнем организации выявления туберкулеза в ряде субъектов Российской Федерации; с продолжающимся развитием эпидемии ВИЧ-инфекции; с недостаточным развитием бактериологической диагностики лекарственной чувствительности возбудителя туберкулеза к противотуберкулезным препаратам; с неравномерностью финансирования противотуберкулезных мероприятий по субъектам Российской Федерации – годовое финансовое обеспечение одного больного туберкулезом различается в 40 раз, в том числе на приобретение ПТП – в 63 раза. Без финансовой помощи со стороны федерального бюджета на приобретение противотуберкулезных препаратов резервного ряда и расходных материалов для микробиологических исследований диагностировать множественную лекарственную устойчивость и излечить больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя за счет средств субъектов Российской Федерации невозможно.

Ключевые слова: туберкулез, противотуберкулезные организации, финансирование здравоохранения, множественная лекарственная устойчивость, ВИЧ-инфекция, Государственная программа развития здравоохранения России, целевые индикаторы, показатели.

Studying the targets and indicators of the Public Health Development Program up to 2020 concerning anti-tuberculosis (anti-TB) care to the population may lead to the conclusion that they may be fulfilled in the Russian Federation as a whole. The difficulties in fulfilling the indicators are associated with the low level of tuberculosis detection in a number of subjects of the Russian Federation; the continuing development of the HIV epidemic; the inadequate development of bacteriological diagnosis of the drug sensitivity of the tuberculosis pathogen to anti-TB drugs; the nonuniform funding of anti-TB measures in the subjects of the Russian Federation – the annual financing per tuberculosis patient differs by 40 times, including that of the purchase of anti-TB drugs by 63 times. Having no federal financial assistance in purchasing reserve anti-TB drugs and consumables for microbiological tests, it is impossible to diagnose multidrug resistance and to cure patients with multidrug-resistant tuberculosis at the expense of the budgets of the Russian Federation's subjects.

Key words: tuberculosis, tuberculosis institutions, public health financing, multidrug resistance, HIV infection, Russia's state public health development program, targets, indicators.

Последние годы характеризуются постепенной стабилизацией эпидемической ситуации по туберкулезу в России [2]. Однако значения основных показателей существенно превышают те, которые были достигнуты в 50-80-е годы XX в. Стабилизация не носит устойчивого характера из-за распространения множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП) и увеличения числа людей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Несмотря на то что число туберкулезных стационарных и санаторных коек уменьшается, снижение заболеваемости и распространенности туберкулеза приводит к сокращению числа больных. Это снижение рассматривается как недостаточно эффективная работа койки. Одновременно развития

стационарзамещающих технологий в противотуберкулезных организациях системы здравоохранения не происходит.

По данным 2012 г. выявлены существенные различия финансирования противотуберкулезных мероприятий в различных субъектах Российской Федерации как по текущим расходам, включая приобретение медикаментов и продуктов питания для больных, так и по улучшению материально-технической базы противотуберкулезных организаций, преимущественно маломощных и не обладающих необходимыми для диагностики и лечения туберкулеза подразделениями [1].

Указом Президента России от 7 мая 2012 г. № 598 [5] Правительству Российской Федерации необходимо обеспечить снижение смертности от туберкулеза к 2018 г. до 11,8 на 100 тыс. населения.

На выполнение Указа было направлено распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р [11], утвердившее Государственную программу развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. Большая часть целевых индикаторов и показателей, утвержденных в данном распоряжении, недостижимы и должны были быть скорректированы. Новые индикаторы и показатели Программы [8] утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 (табл. 1). Большая часть индикаторов противотуберкулезной помощи населению приведена в постановлении в соответствии с потребностями и возможностями здравоохранения России.

Ведущим целевым индикатором по основному мероприятию 2.1 «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом» является показатель «смертность от туберкулеза». Учитывая, что соотношение показателей «заболеваемость/смертность» не стоило сокращать, как это было сделано ранее, показатель прогнозируемой заболеваемости туберкулезом в 2015-2018 гг. стал больше, чем в 2013 г., и соответствует показателю смертности от туберкулеза. Показатель смертности от туберкулеза в 2015-2018 гг. выше, чем регистрируемый показатель в 2013 г. Таким образом,

в 2015-2018 гг. утверждены показатели заболеваемости туберкулезом и смертности от туберкулеза больше, чем те показатели, которые были зарегистрированы в 2013 г. Это обусловлено в том числе нюансами кодирования причин смерти при наличии сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в класс «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» включена болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека ВИЧ – В20-24. При наличии поздних стадий ВИЧ-инфекции (4Б, 4В и 5) в случае смерти пациента при наличии туберкулеза (A15-A19) основной причиной смерти кодируется ВИЧ (B20-B24). При наличии бессимптомного инфекционного статуса, вызванного вирусом иммунодефицита человека (Z21), в случае смерти от туберкулеза основной причиной смерти кодируется туберкулез (A15-A19). Вследствие регистрации причины смерти B20-B24 при наличии поздних стадий ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом растет показатель смертности от ВИЧ-инфекции и сокращается показатель смертности от туберкулеза.

Среди постоянных жителей, вставших на учет, в 2013 г. 12,1% больных имели ВИЧ-инфекцию. Растет показатель заболеваемости туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, среди постоянного

Таблица 1

Целевые индикаторы Государственной программы развития здравоохранения России до 2020 г.

Целевые индикаторы и показатели	Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 г. № 2511-р		Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294			
	2013 г.	2015 г.	2020 г.	2015 г.	2018 г.	2020 г.
Основное мероприятие 2.1: Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным туберкулезом						
Смертность от туберкулеза (на 100 тыс. населения)	11,3	12,8	11,2	11,9	11,8	11,2
Заболеваемость туберкулезом (на 100 тыс. населения)	63,0	56,12	35,0	65,4	64,8	61,6
Соотношение показателей «заболеваемость/смертность»	5,6	4,4	3,1	5,5	5,5	5,5
Охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез (%)	65,8	73,88	81,08	68,4	70,9	72,5
Абдукцирование контингентов больных туберкулезом (%)	43,2	52,5	75,0	44,4	45,4	46,2
Доля контингентов ФСИН среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом (%)	10,2	–	–	9,8	9,2	8,8
Основное мероприятие 2.2: Совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С (в части ВИЧ)						
Доля лиц, инфицированных ВИЧ, состоящих на диспансерном учете, от числа выявленных (%)	69,7	–	–	72,2	74,8	75,2
Доля лиц, инфицированных ВИЧ, получающих АРВТ, от числа лиц, состоящих на диспансерном учете (%)	30,6	–	–	29,3	29,7	29,8
Доля контингентов ФСИН среди впервые зарегистрированных лиц с ВИЧ (%)	10,9	–	–	12,5	11,8	11,3
Охват пар матер – дети химнопрофилактикой ВИЧ в соответствии с действующими стандартами (%)	85,1	96,5	99,0	85,5	85,8	85,9
Ожидаемая продолжительность жизни лиц с ВИЧ, получающих АРВТ в соответствии с действующими стандартами (лет)	–	62,2	65,7	–	–	–

населения России: 2009 г. – 4,4; 2012 г. – 5,9; 2013 г. – 6,5 на 100 тыс. населения.

Максимальный показатель заболеваемости туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, среди постоянного населения в 2013 г. отмечался в Уральском (14,9 на 100 тыс. населения), Сибирском (13,6) и Приволжском (7,3) федеральных округах (ФО), из субъектов Российской Федерации – в Иркутской (27,0), Кемеровской (21,8), Ленинградской (14,8), Оренбургской (16,8), Самарской (17,6), Свердловской (20,1), Тюменской (19,8) и Ульяновской (14,6) областях, а также в Алтайском крае (16,7).

Среди состоявших на окончание 2013 г. больных туберкулезом больше всего пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Свердловской (2 467 человек), Иркутской (2 089 человек), Кемеровской (1 336 человек), Московской (1 109 человек), Новосибирской (811 человек), Оренбургской (890 человек), Самарской (1 043 человека) и Челябинской (840 человек) областях, городах Москве (828 человек) и Санкт-Петербурге (931 человек), Алтайском (958 человек) и Пермском краях (711 человек). В этих 12 субъектах РФ состоит на учете 14 013 больных с сочетанной патологией – 62,1% от всех больных, зарегистрированных в России (22 576 человек). В данных субъектах Российской Федерации влияние ВИЧ-инфекции на эпидемическую ситуацию по туберкулезу будет нарастать, если не будут проводиться в должном объеме профилактические мероприятия.

Среди состоявших на учете умерших от туберкулеза сокращается число больных, которые имели ВИЧ-инфекцию: 2009 г. – 1 148 человек, 2012 г. – 1 152 человека, 2013 г. – 918 человек. Одновременно растет число больных туберкулезом, которые имели ВИЧ-инфекцию и умерли от других причин: 2009 г. – 2 562 человека, 2012 г. – 4 140 человек, 2013 год – 4 917 человек.

Всего от ВИЧ-инфекции в стадиях 4Б, 4В и 5 умерли больные, имевшие микобактериальную инфекцию: 2009 г. – 3 069 человек, 2012 г. – 4 290, 2013 г. – 5 841.

Если суммировать число умерших от туберкулеза (Росстат) и умерших от ВИЧ-инфекции в стадиях 4Б, 4В и 5 при наличии микобактериальной инфекции (форма № 61 – сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией), а затем пересчитать полученные данные на 100 тыс. населения, то получится, что с 2005 по 2012 г. отмечалось ежегодное снижение данного показателя (с 23,4 до 15,5 на 100 тыс. населения). В 2013 г. показатель практически не изменился (15,4), а в последующем он может нарастать в связи с ростом числа и доли больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции.

Снижение показателя смертности от туберкулеза в России в 2013 г. произошло преимущественно за счет увеличения регистрации смертности от ВИЧ-инфекции больных туберкулезом. Число умер-

ших от туберкулеза сократилось на 1 776 человек (соответственно 17 966 и 16 190 умерших от туберкулеза в 2012 и 2013 г.), а число больных туберкулезом, умерших от ВИЧ-инфекции, выросло на 1 551 человека (соответственно 4 290 и 5 841 человек).

Выполнение индикаторов и показателей по совершенствованию противотуберкулезной помощи населению зависит и от выполнения основного мероприятия 2.2 «Совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С (в части ВИЧ)» (табл. 1). Важным является полноценное обеспечение антиретровирусными препаратами пациентов с ВИЧ в поздних стадиях, а также проведение химиопрофилактики ВИЧ у детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией. Предполагается, что как и в 2013 г., 30% пациентов с ВИЧ будут получать антиретровирусную терапию.

Для химиопрофилактики туберкулеза у лиц с поздними стадиями ВИЧ-инфекции в 2013 г. были закуплены ПТП основного ряда на сумму 25,8 млн руб. (данные представлены субъектами России как ориентировочные), что составило 3,4% от стоимости всех приобретенных ПТП основного ряда.

Следует отметить, что химиопрофилактика туберкулеза проводится далеко не во всех показанных случаях. Так, среди впервые вставших на учет больных ВИЧ-инфекцией в 2013 г. ее проводят только в 6,6% случаев (2007 г. – 2,3%; 2012 г. – 4,9%), у больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете, – в 4,8% случаев (2007 г. – 2,2%; 2012 г. – 4,6%). Лица с ВИЧ 4Б, 4В и 5 стадий, которые в обязательном порядке подлежат проведению химиопрофилактики туберкулеза, составляют 14,5% от состоявших на учете в центрах СПИДа пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Выросла доля детей, родившихся от матерей, имевших ВИЧ-инфекцию, от числа детей, родившихся живыми в роддомах России. В 2007 г. доля таких детей составила 0,5%, в 2011–2012 гг. – 0,7%, в 2013 г. – 0,8%. На окончание 2013 г. у матерей с ВИЧ-инфекцией родилось 111 660 детей, в том числе в текущем году – 14 420 детей.

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям [9] детям, рожденным матерями с ВИЧ-инфекцией, получавшим трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (во время беременности, родов и в период новорожденности), в родильном доме проводится щадящая первичная иммунизация, если у них молекулярными методами не обнаружены нуклеиновые кислоты ВИЧ.

Трехэтапная химиопрофилактика антиретровирусными препаратами в 2013 г. проведена у 85,1% детей, рожденных матерями с ВИЧ-инфекци-

цией. Для сравнения: в 2007 г. такая профилактика проведена в 79,9% случаев, в 2012 г. – 85,5%). Доля детей, привитых против туберкулеза в роддомах, ежегодно снижается – с 89,1% в 2005 г. до 86,2% в 2013 г. Имеются основания полагать, что детей, родившихся от матерей с ВИЧ, по-прежнему в роддомах преимущественно не прививают, соответственно, в перспективе возможен рост заболеваемости туберкулезом среди не привитого БЦЖ детского населения.

В 2013 г. из числа детей от 0 до 14 лет, живущих с ВИЧ, было выявлено 53 случая заболевания туберкулезом. Всего же на окончание 2013 г. было 110 детей этой возрастной группы с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В целом за 2009–2013 гг. заболело туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции 233 ребенка в возрасте 0–14 лет и 20 подростков в возрасте 15–17 лет.

Дальнейший рост регистрируемой заболеваемости ВИЧ-инфекцией и доли пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции будет создавать условия для роста заболеваемости туберкулезом, если ситуация не изменится. В настоящее время профилактические мероприятия включают обследование на туберкулез 2 раза в год и проведение химиопрофилактики туберкулеза у пациентов с ВИЧ в поздних стадиях. Одновременный прием ПТП и антиретровирусных препаратов на поздних стадиях ВИЧ-инфекции способствует стабилизации показателя летальности среди больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

Показатель регистрируемой заболеваемости туберкулезом в значительной степени зависит от охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез. В последние годы существенно обновился парк флюорографических установок. Флюорографические исследования выполняются преимущественно на цифровых установках (2005 г. – 18,9%, 2013 г. – 78,6%) флюорографами, работающими менее 10 лет (2005 г. – 38,3%, 2013 г. – 79,5%). Однако в субъектах РФ проходят обследование 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 недостаточно.

Максимальный охват населения России профилактическими осмотрами на туберкулез (75,4–75,3%) отмечался в 1985–1986 гг., что позволяло выявлять при осмотрах более ½ больных (1986 г. – 65,5%). Целевой индикатор в Программе развития здравоохранения на 2020 г. составляет 72,5%. Достижение данного целевого показателя позволит выявлять туберкулез преимущественно на ранних стадиях, в том случае если группы риска будут осматриваться так, как предусмотрено в федеральных нормативных документах [4].

Низкий охват населения флюорографией органов грудной клетки имеет место в Архангельской (43,3%

от взрослых и подростков), Владимирской (37,7%), Калужской (39,1%), Ленинградской (37,5%), Московской (31,1%), Мурманской (44,0%), Псковской (43,9%), Томской (40,9%), Тульской (39,8%) областях, г. Санкт-Петербурге (39,5%), Камчатском (38,7%) и Приморском (43,8%) краях, республиках Кабардино-Балкарской (38,0%), Карелия (36,9%) и Чеченской (24,9%). Из федеральных округов – в Центральном (54,3%) и Северо-Западном (44,9%).

С ростом охвата населения профилактическими флюорографическими осмотрами сокращается выявляемость туберкулеза – с 0,86 на 1 тыс. осмотренных в 2007–2008 гг. до 0,56 на 1 тыс. осмотренных в 2013 г. Число больных туберкулезом, выявленных при флюорографических обследованиях, сократилось с 55 161 в 2008 г. до 39 758 в 2013 г., то есть на 15 403 человека (на 27,9%). Доля впервые выявленных больных туберкулезом, у которых заболевание было обнаружено при профилактических осмотрах начиная с 2009 г., практически не изменилась, находясь в пределах 61,5–59,9%. В 2013 г. этот показатель составил 60,3%.

В 2013 г. у впервые выявленных среди постоянного населения России больных туберкулезом легких более чем в половине случаев отмечали деструкцию легочной ткани в Архангельской, Волгоградской, Вологодской, Курской, Магаданской, Мурманской, Нижегородской, Псковской, Сахалинской и Смоленской областях, в республиках Адыгея, Алтай, Бурятия, Дагестан, Карелия, Коми и Тыва, в Кабардино-Балкарской, Карачаево-Черкесской, Удмуртской и Чеченской республиках, в Ненецком и Чукотском автономных округах, в Алтайском, Камчатском и Краснодарском краях. В ряде этих субъектов отмечается недостаточный охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез и практически во всех страдает качество проводимых осмотров.

В вышеуказанных субъектах России показатель заболеваемости может быть занижен вследствие недостаточного выявления больных, соответственно в случае повышения охвата и качества профилактических осмотров на туберкулез в первые годы можно ожидать рост показателя заболеваемости туберкулезом.

Несмотря на то что охват обследованиями на туберкулез среди пациентов с ВИЧ, состоящих на учете, растет, (2007 г. – 54,6%, 2012 г. – 79,4%, 2013 г. – 81,2%) порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза (2 раза в год) не выполняются [4].

В 2013 г. при проведении осмотров лучевой метод использован у 80,8% больных ВИЧ-инфекцией (2007 г. – 49,2%, 2012 г. – 79,0%), метод микроскопии мазка – у 11,9% (2007 г. – 6,3%, 2012 г. – 10,7%), культуральный метод – у 5,0% (2007 г. – 3,3%, 2012 г. – 4,3%), морфологический метод – у 0,9% (2007 г. – 0,4%, 2012 г. – 0,7%).

К моменту подачи экстренного извещения, на основании которого составляется форма № 8 Федерального статистического наблюдения у большинства впервые зарегистрированных больных туберкулезом легких бактериовыделение не подтверждено культуральным методом: в 2005 г. – в 15,2% случаев, в 2012 г. – в 22,9%, в 2013 г. – в 24,5% случаев. Таким образом, в большинстве случаев лечение туберкулеза начинается без информации о лекарственной чувствительности МБТ к ПТП.

Культуральное подтверждение диагноза туберкулеза отмечено у 46,9% впервые выявленных больных гражданского сектора здравоохранения (форма 7-ТБ). При этом максимальные показатели отмечены в республиках: Чечня (97,6%), Чувашия (75,3%), Марий Эл (73,6%), Орловской (72,3%) и Ивановской (71,6%) областях. Подтверждение диагноза туберкулеза с МЛУ МБТ к ПТП (МЛУ-ТБ) получено у 9,0% впервые выявленных больных туберкулезом легких. Первичная МЛУ МБТ составила 21,1%.

Число очагов с бактериовыделением существенно сократилось. Из числа постоянных жителей России, заболевших туберкулезом, на окончание 2005 г. выделяли МБТ 123 319 человек, 2012 г. – 93 370 человек, 2013 г. – 87 459 человек, при этом один из основных индикаторов Программы – «абаццирование контингентов больных туберкулезом» – также последние годы существенно не увеличивается: 2010 г. – 40,8%; 2013 г. – 43,2%.

В 2013 г. к 12 месяцам лечения полости распада закрылись у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в 2005 г. – в 37,2%, в 2012 г. – в 61,5%. Одновременно в 2013 г. отмечено прекращение бактериовыделения у 69,6% больных, в 2009 г. – у 65,4%, в 2012 г. – у 70,1%. Результаты лечения больных с рецидивом туберкулеза улучшаются, но меньшими темпами, чем у впервые выявленных больных туберкулезом. В 2013 г. к 12 месяцам лечения полости распада закрылись у 41,0% больных с рецидивом туберкулеза: в 2005 г. – у 21,5%, в 2012 г. – у 41,7%. Соответственно, бактериовыделение прекратилось у 47,4% пациентов. В 2009 г. этот показатель составлял 43,5%, в 2012 г. – 48,6%.

Существенной динамики показателей излечения туберкулеза в 2010-2013 гг. не происходило. Это свидетельствует о том, что достигнут максимально возможный эффект от улучшения лекарственного обеспечения. Дальнейшее повышение эффективности лечения возможно только при внедрении новых организационных мероприятий (стандартизация оказания медицинской помощи, развертывание стационарзамещающих технологий, специализированных отделений, усиление контроля химиотерапии и т. д.). При сохранении существующих стереотипов работы выполнить индикаторы Программы даже после их существенной корректировки будет сложно.

С недостатками организации лечения туберкулеза связан рост доли пациентов с туберкулезом

с МЛУ МБТ среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих МБТ – до 40%. При этом в 2013 г. отмечается стабилизация распространенности МЛУ-ТБ среди контингентов, состоящих на учете на окончание года: 24,3 на 100 тыс. населения в 2012 г. и 24,2 на 100 тыс. населения в 2013 г.

Высокая доля больных туберкулезом с МЛУ МБТ в Архангельской (51,5%), Воронежской (52,8%), Калужской (64,2%), Ленинградской (50,4%), Мурманской (51,4%), Нижегородской (56,0%), Новгородской (57,2%), Новосибирской (53,1%), Пензенской (51,8%), Псковской (64,3%) и Томской (50,6%) областях, республиках Алтай (72,5%), Тыва (58,6%) и Хакасия (52,7%), Ямало-Ненецком автономном округе (52,4%).

Среди впервые выявленных доля больных туберкулезом с МЛУ МБТ в 2009-2013 гг. стабилизировалась на уровне 4,0-4,1 на 100 тыс. населения, при туберкулезе органов дыхания среди бактериовыделителей она увеличилась до 17,4%.

Число и доля впервые выявленных больных туберкулезом в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) ежегодно снижаются: в 2005 г. они составляли 12,5% от всех заболевших, в 2013 г. – 10,2%. Лишь в отдельных субъектах Российской Федерации сохраняется существенный вклад ФСИН в показатель заболеваемости – во Владимирской области (31,2%), республиках Коми (23,0%) и Мордовия (29,8%). К 2020 г. вклад ФСИН в показатель заболеваемости предполагается сократить до 8,8%.

Величина целевых индикаторов Государственной программы развития здравоохранения России существенно варьирует по отдельным субъектам Федерации даже внутри одного федерального округа (табл. 2). В постановлении Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 представлены показатели, которые необходимо достичнуть к 2020 г., по всем субъектам России – заболеваемость туберкулезом и смертность от туберкулеза. При формировании индикаторов учитывали мнение представителей субъектов России, но в последующем они будут скорректированы в зависимости от многих параметров, в том числе от уровня ВИЧ-инфекции, наличия мест лишения свободы, уровня МЛУ-ТБ. Многие субъекты Российской Федерации представили невыполнимые значения показателя заболеваемости туберкулезом к 2020 г.

Возможность достижения индикаторов и показателей Программы в значительной степени зависит от уровня развития противотуберкулезных организаций. В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 г.» [3] туберкулез пока не будет финансироваться из средств фонда обязательного медицинского страхования.

Таблица 2

**Индикаторы Программы, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации
от 15 апреля 2014 г. № 294, за 2012–2013 гг.**

Федеральные округа (ФО) и отдельные субъекты Российской Федерации	Заболеваемость (на 100 тыс. населения)		Смертность (на 100 тыс. населения)		Охват профилактическими осмотрами (%)		Абациклирование контингентов (%)		ФСИН среди впервые зарегистрированных (%)	
	2012 год	2013 год	2012 год	2013 год	2012 год	2013 год	2012 год	2013 год	2012 год	2013 год
Россия	68,1	63,0	12,5	11,3	65,7	65,8	42,5	43,2	10,4	10,2
Центральный ФО	47,8	41,4	7,1	6,1	61,6	62,1	48,9	51,4	8,0	8,3
Белгородская обл.	39,1	29,3	1,9	1,9	75,4	63,9	63,1	70,6	7,3	9,1
Московская обл.	43,1	37,0	7,8	6,8	43,2	42,3	36,9	37,8	2,8	2,5
Смоленская обл.	74,8	71,6	20,6	15,3	76,7	76,4	29,2	29,5	7,4	6,8
г. Москва	40,1	31,8	3,4	3,3	61,5	64,7	59,1	62,3	3,0	3,6
Северо-Западный ФО	52,0	47,4	9,0	7,8	54,5	53,0	47,8	50,9	11,8	11,9
Архангельская обл.	43,0	40,3	6,7	5,7	48,4	46,8	106,0	100,2	14,0	12,5
Ленинградская обл.	63,9	56,6	12,5	11,4	48,1	46,4	47,5	45,9	11,0	9,8
г. Санкт-Петербург	45,2	40,6	7,3	6,7	47,6	47,3	49,0	51,8	10,3	9,7
Южный ФО	70,3	62,7	15,7	14,1	71,7	71,3	43,9	45,0	11,4	9,7
Краснодарский край	63,2	55,0	10,4	8,7	77,7	79,1	45,2	45,3	11,5	9,5
Астраханская обл.	105,6	98,0	25,3	21,5	60,6	66,6	45,5	53,3	12,1	9,4
Волгоградская обл.	86,5	79,4	14,8	13,4	73,8	64,4	48,9	50,4	10,8	10,7
Северо-Кавказский ФО	44,6	42,7	7,0	6,7	65,4	64,8	41,5	39,1	6,4	5,8
Республика Дагестан	40,7	36,8	5,6	5,5	78,3	74,7	48,7	42,0	1,9	2,0
Республика Ингушетия	59,4	49,8	7,8	7,8	72,4	58,0	39,0	42,7	0,4	0,4
Приволжский ФО	62,7	61,3	10,9	10,1	68,9	68,4	42,6	42,9	12,5	12,4
Пермский край	81,6	80,2	17,5	15,1	69,1	68,8	46,8	46,4	14,4	13,6
Оренбургская обл.	88,0	89,3	15,1	15,3	72,4	71,9	35,4	39,5	13,9	15,0
Самарская обл.	83,7	95,6	15,5	14,0	76,5	79,4	41,4	39,9	14,9	13,5
Уральский ФО	86,6	77,1	15,8	14,5	70,0	70,9	42,2	42,6	11,2	10,8
Курганская обл.	125,6	95,0	32,5	31,4	75,4	78,1	45,3	41,0	16,7	12,5
Ханты-Мансийский АО	68,4	58,7	6,7	6,3	76,7	75,9	39,2	47,5	7,4	7,5
Сибирский ФО	109,5	104,7	23,7	21,7	69,4	70,5	38,2	38,3	9,8	10,3
Республика Тыва	205,2	186,1	58,7	59,5	87,5	92,9	22,2	26,0	12,7	10,9
Забайкальский край	88,1	80,6	16,4	14,1	81,5	80,6	61,2	67,5	13,1	10,8
Томская обл.	62,5	67,2	5,8	5,7	50,6	50,4	64,5	56,5	10,0	11,6
Дальневосточный ФО	122,4	115,5	22,5	19,2	66,2	67,0	36,8	37,7	11,5	9,8
Республика Саха (Якутия)	81,5	78,9	8,1	6,6	74,2	78,9	45,0	46,4	13,1	11,1
Магаданская обл.	72,3	69,4	7,8	9,3	63,8	70,4	42,5	31,3	10,8	7,6
Крымский ФО										
Республика Крым	76,6	76,3	16,0	13,8	—	—	—	—	—	—
г. Севастополь	61,7	59,5	13,7	12,3	—	—	—	—	—	—

Ранее численность туберкулезных коек почти не приводилась к потребности в них при наличии необоснованно завышенных нормативов на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 г. [6]. При наличии на 31 декабря 2012 г. 73 032 туберкулезных стационарных коек норматив составлял 100 549 коек. При этом койка работала существенно меньше нормативных 338 дней в году.

Ситуация изменилась в 2013 г. [7], когда были утверждены новые нормативы на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 г. (табл. 3). На 31 декабря 2013 г. в России было 67 844 туберкулезные стационарные койки. Необходимо сократить (или перепрофилировать в места дневного стационара при туберкулезных поликлиниках) 3 063 койки, что составляет 4,5%. При этом при новых норма-

тивах число больных туберкулезом на одну стационарную туберкулезную койку не только не увеличилось, а даже сократилось – с 3,2 до 3,1.

Был увеличен норматив средней длительности госпитализации на туберкулезной койке – с 91,2 до 93,8 дня, что было обусловлено ростом доли и числа пациентов с МЛУ-ТБ, длительность лечения которых в стационаре должна быть дольше, чем больных туберкулезом без МЛУ МБТ. Кроме того, в настоящее время наблюдается избыточная госпитализация больных в туберкулезные стационары, что является нарушением порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом [10]. Часть пациентов должна лечиться в условиях дневного стационара при туберкулезных поликлиниках, а не в туберкулезных круглосуточных стационарах, как это происходит в настоящее время.

При нормативной работе койки 338 дней в году норматив оборота туберкулезной койки составляет 3,6.

В структуре лиц, состоявших на окончание 2013 г. на диспансерном учете по поводу различных проявлений туберкулезной инфекции, больные туберкулезом составляли только 14,6% (в том числе впервые выявленные больные и больные с рецидивом туберкулеза – 5,8%, бактериовидели – 6,0%, больные МЛУ-ТБ – 2,4%). Остальные пациенты – это лица из групп риска по туберкулезу: неактивный туберкулез – 15,6%; лица из контакта с больными туберкулезом – 37,8%; инфицированные МБТ – 26,6%; нуждающиеся в уточнении диагноза туберкулеза – 5,4%. На 1 занятую должность врача-фтизиатра участкового приходится в среднем 30 больных туберкулезом, в том числе 5 имеют МЛУ-ТБ, а по всем группам учета – 205 человек.

Возможности интенсивно и качественно работать с больным активным туберкулезом, в том числе с МЛУ-ТБ и при сочетании с ВИЧ-инфекцией, у службы есть. Туберкулезная стационарная койка для взрослых в 2013 г. работала всего 316,2 дня, для детей – 315,1 дня. Средняя длительность госпитализации составила 87,7 дня на туберкулезной стационарной койке для взрослых и 94,7 – на койке для детей. При туберкулезе органов дыхания длительность госпитализации составляла: взрослых – 98,4 дня; детей – 138,2 дня. Оборот туберкулезной

койки для взрослых составил 3,6, туберкулезной койки для детей – 3,3.

Следует констатировать, что медицинские организации, оказывающие противотуберкулезную помощь населению, по-прежнему преимущественно маломощные и имеют плохое оснащение. В противотуберкулезных диспансерах для диагностики имеются бактериологические лаборатории (в 46,4% случаев), биохимические лаборатории (в 6,8%), кабинеты функциональной диагностики и ЭКГ (в 64,3%), кабинеты ультразвуковой диагностики (в 46,0%), кабинеты эндоскопии (в 37,9%), флюорографические кабинеты (в 44,7%). Цитологических (3,8%) и серологических (5,1%) лабораторий практически нет, так же как и патолого-анатомических отделений (4,7%). Физиотерапевтические кабинеты в диспансерах есть в 65,1% случаев. Редко имеются аптеки (23,4%) и АСУ (7,2%). Рентгеновские отделения/кабинеты функционируют в большинстве диспансеров (96,6%) и клинико-диагностических лабораториях (94,0%). В то же время следует отметить, что не ясно, каким образом противотуберкулезные диспансеры, не имеющие даже рентгеновского кабинета и клинико-диагностической лаборатории, получили лицензию для осуществления стационарного лечения больных туберкулезом.

Всего в 2013 г. работала 331 бактериологическая лаборатория, 219 из них (66,2%) выполняли тесты на лекарственную чувствительность МБТ к ПТП. Остальные лаборатории работали как посевые пункты – применялся бактериологический (культуральный) метод выявления МБТ (посев патологического материала) с передачей материала, в котором определялись колонии МБТ, в другие лаборатории для определения лекарственной чувствительности.

На окончание 2013 г. использовалось 79 бактериологических анализаторов (Bactec). Люминесцентная микроскопия проводилась в 273 лабораториях, выполняющих микроскопию мокроты. Системой GeneXpert DX с картриджами Xpert MTB для выявления ДНК *Mycobacterium tuberculosis* и локусов устойчивости крифампицину были оснащены 73 лаборатории. Молекулярно-генетический анализ

Таблица 3

Нормативы стационарных туберкулезных коек

Число госпитализаций на 1 000 населения	Число койко-дней на 1 000 населения			Средняя длительность госпитализации (дней)	Оборот койки	Число коек (работа койки 338 дней)	
	всего	для взрослых	для детей			норматив	наличие
Письмо Минздрава России от 25 декабря 2012 г. № 11-9/10/2-5718: нормативы на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 г.							
2,6	237,12	213,7	23,42	91,2	3,7	100 549	73 032
Письмо Минздрава России от 8 ноября 2013 г. № 11-9/10/2-8309: нормативы на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 г.							
1,6	150,08	135,25	14,83	93,8	3,6	64 781	67 844

(ПЦР) осуществлялся в 42 медицинских организациях, биочипы были в 14 лабораториях, LiPA – в 6 лабораториях.

Следует отметить недостаточную доступность тестирования лекарственной чувствительности МБТ к ПТП резервного ряда. Тестирование лекарственной устойчивости к офлоксацину и канамицину было доступно в 77 субъектах Федерации, капреомицину и этионамиду – в 70, циклосерину – в 67, ПАСК – в 63, амикацину – в 28, хинолонам III и IV поколений – в 2-3 субъектах России.

В рамках мероприятий в 2013 г. было запланировано финансирование из федерального бюджета в размере 5 046 021,5 тыс. руб. следующих мероприятий:

- предоставление иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение закупок антибактериальных лекарственных препаратов и ПТП (резервного ряда), применяемых при лечении больных туберкулезом с МЛУ, и диагностических средств для выявления, определения чувствительности МБТ и мониторинга лечения больных туберкулезом с МЛУ возбудителя в размере 3 400 021,5 тыс. руб.;

- предоставление субсидий из федерального бюджета федеральным бюджетным учреждениям, находящимся в ведении Минздрава России и Российской академии медицинских наук, на финансовое обеспечение реализации мероприятий в размере 466 000,0 тыс. руб.;

- перечисление бюджету ФСИН России на финансовое обеспечение реализации мероприятий (на финансовое обеспечение закупок антибактериальных и ПТП, применяемых при лечении больных туберкулезом, для федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, подведомственных Федеральной службе исполнения наказаний) в размере 80 000,0 тыс. руб.;

- предоставление субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий в размере 1 000 000,0 тыс. руб.

Следует отметить, что в 2013 г. на софинансирование мероприятий из федерального бюджета в бюджеты 10 субъектов Российской Федерации были перечислены остатки средств неизрасходованных субсидий, выделенных субъектам Российской Федерации в 2011 и 2012 г. Субъектам было возвращено 114 920,95 тыс. руб.

Общее финансирование противотуберкулезных мероприятий в 2013 г. составило 67 846,047 млн руб., в том числе:

- федеральный бюджет – 10 201,363 млн руб. (15,0%), бюджет субъектов Российской Федерации – 48 546,043 млн руб. (71,6%), муниципаль-

ный бюджет – 522,643 млн руб. (0,8%), средства ФОМС – 2 854,173 млн руб. (4,2%);

- финансирование противотуберкулезных учреждений – 54 931,462 млн руб., прочих организаций здравоохранения – 12 914,585 млн руб.;

- финансирование закупок ПТП – 3 676,879 млн руб., в том числе основных – 765,612 млн руб. (20,8%) и резервных – 2 911,267 млн руб. (79,2%), аллергена туберкулезного очищенного (в стандартном разведении или сухой) и аллергена туберкулезного рекомбинантного – 922,848 млн руб., вакцины БЦЖ – 39,406 млн руб.;

- финансирование поставок расходных материалов для исследования мазков мокроты, культуры, тестов на лекарственную чувствительность МБТ, включая молекулярно-генетические методы, – 875,309 млн руб.;

- финансирование приобретения оборудования – 3 168,330 млн руб., в том числе для проведения микробиологических исследований, включая молекулярно-генетические методы, – 429,582 млн руб. (13,6%);

- финансирование социальной поддержки больных туберкулезом – 327,149 млн руб., в том числе приобретения продуктовых наборов – 126,325 млн руб. (38,6%), приобретения жилья – 188,968 млн руб. (57,8%).

Обеспеченность медицинских организаций субъектов Российской Федерации ПТП основного ряда зафиксирована на окончание 2013 г. на уровне 88,0%, а ПТП резервного ряда – на уровне 81,0%. Полная обеспеченность ПТП основного ряда зафиксирована в 51 субъекте Российской Федерации, а полная обеспеченность резервными ПТП – в 42 субъектах.

В 2013 г. финансирование противотуберкулезных мероприятий на одного жителя России составило 473,30 руб. (табл. 4). Большая часть средств (81%) – это финансирование противотуберкулезных организаций. Туберкулезные койки и кабинеты есть также в учреждениях общей лечебной сети, которые выполняют основную функцию по выявлению и профилактике туберкулеза.

Затраты на одну койку (стационарную и реабилитационную) в противотуберкулезных организациях существенно отличаются по федеральным округам и субъектам Российской Федерации. Самая дорогая койка в Дальневосточном ФО (996,8 тыс. руб.) и Центральном ФО (824,4 тыс. руб.), самая дешевая – в Северо-Кавказском ФО (468,4 тыс. руб.). Из субъектов Российской Федерации самые дорогие койки (более 1 500 тыс. руб.) в г. Москве, Ненецком и Ямало-Ненецком автономных округах, Чеченской Республике, Камчатском крае. Самые дешевые койки (менее 300 тыс. руб.) в Новгородской области, республиках Дагестан, Кабардино-Балкарская и Марий Эл, Забайкальском крае.

Финансовое обеспечение диспансерного наблюдения и лечения одного больного туберкулезом

Таблица 4

Финансирование противотуберкулезных мероприятий в 2013 г.

Федеральные округа (ФО) и отдельные субъекты Российской Федерации	Всего на 1 жителя (руб.)	Противотуберкулезные организации				Бюджет субъекта РФ		Закуп ПТП	
		% от всего	на 1 жителя (руб.)	на 1 койку (тыс. руб.)	на 1 больного (тыс. руб.)	% от всего	на 1 жителя (руб.)	% от всего	на 1 больного (тыс. руб.)
Россия	473,30	81,0	383,21	678,63	259,23	71,6	338,66	5,4	17,35
Центральный ФО	394,07	88,3	347,88	824,38	419,67	91,1	358,85	3,5	16,70
Белгородская обл.	214,57	83,6	179,39	460,72	429,91	86,5	185,56	2,5	13,02
Московская обл.	341,47	85,4	291,73	943,19	267,03	94,5	322,63	1,9	5,85
Смоленская обл.	302,87	83,3	252,35	487,31	139,43	92,1	278,89	9,2	15,33
г. Москва	546,93	97,9	535,55	1 562,12	1 157,22	99,8	545,75	3,0	35,85
Северо-Западный ФО	391,19	80,4	314,47	638,33	334,25	80,2	313,74	5,4	22,56
Архангельская обл.	175,14	91,9	160,97	691,27	379,36	90,4	158,32	3,7	15,43
Ленинградская обл.	316,25	69,6	220,19	435,69	188,83	74,7	236,25	14,3	38,66
г. Санкт-Петербург	485,42	80,4	390,49	809,64	485,63	87,8	426,21	3,1	18,84
Южный ФО	407,11	83,6	340,41	558,85	189,33	79,7	324,62	4,8	10,98
Краснодарский край	436,65	80,9	353,42	622,94	267,96	82,2	359,06	2,6	8,68
Астраханская обл.	496,78	82,5	409,84	593,59	169,80	67,5	335,28	7,3	15,10
Волгоградская обл.	238,16	84,5	201,14	329,65	95,91	87,5	208,46	2,2	2,54
Северо-Кавказский ФО	261,03	80,3	209,69	468,41	141,80	79,0	206,12	9,1	16,13
Республика Дагестан	172,70	80,5	139,00	290,43	121,77	79,4	137,16	13,8	20,83
Ингушетия	359,42	94,7	340,38	792,30	212,92	88,7	318,79	9,0	20,31
Приморский ФО	366,27	76,2	279,12	548,04	202,78	65,4	239,58	6,5	17,42
Пермский край	346,48	79,6	275,66	413,09	148,78	82,6	286,24	4,4	8,18
Оренбургская обл.	445,39	83,2	370,58	551,78	185,34	79,1	352,11	5,8	12,95
Самарская обл.	423,08	77,5	327,95	820,08	186,61	69,8	295,25	13,1	31,55
Уральский ФО	633,30	71,7	453,97	763,14	244,95	64,7	409,67	4,3	14,74
Курганская обл.	653,72	89,0	581,90	621,00	233,33	60,4	394,66	6,1	15,98
Ханты-Мансийский АО	1 116,63	58,7	655,44	1 483,23	482,24	56,6	631,72	3,0	25,04
Сибирский ФО	468,23	76,9	359,85	534,46	146,74	74,9	350,59	9,9	18,82
Республика Тыва	1 285,32	98,6	1 266,96	608,89	189,56	85,9	1 103,87	4,0	7,70
Забайкальский край	124,64	69,6	86,72	208,73	54,02	85,2	106,22	6,8	5,28
Томская обл.	534,28	90,4	483,00	977,25	553,32	79,0	421,95	5,1	31,48
Дальневосточный ФО	1 082,71	73,6	796,96	996,83	294,32	73,7	798,42	5,3	21,25
Республика Саха (Якутия)	1 647,42	90,4	1 490,01	1 441,12	871,37	90,5	1 490,60	2,4	22,68
Магаданская обл.	2 586,20	90,2	2 332,55	987,17	1 326,05	94,5	2 444,77	2,0	29,21

самое большое в Центральном ФО (419,7 тыс. руб.), а самое маленькое – в Северо-Кавказском ФО (141,8 тыс. руб.) и Сибирском ФО (146,7 тыс. руб.). Более миллиона рублей затрачено в г. Москве, Ненецком автономном округе и Магаданской области. Менее 150 тыс. руб. – в Волгоградской, Иркутской, Курской, Новосибирской, Смоленской областях, в республиках Алтай, Дагестан, Кабардино-Балкарская, Карачаево-Черкесская, Карелия, Марий Эл, Северная Осетия – Алания, Чеченская, в Алтайском, Забайкальском, Красноярском и Пермском краях.

ПТП покупались более чем на 30 тыс. руб. на одного больного туберкулезом в г. Москве, Ненецком АО, Ивановской, Иркутской, Ленинградской, Самарской, Сахалинской, Томской, Тюменской и Ульяновской областях, в Камчатском крае. Менее 10 тыс. руб. потрачены на ПТП в Волгоградской, Московской, Новосибирской, Тульской, Челябинской и Ярославской областях, в республиках Кабардино-Балкарская, Карачаево-Черкесская, Карелия, Калмыкия, Северная Осетия – Алания, Тыва, Удмуртская и Хакасия, в Забайкальском, Краснодарском и Пермском краях, в Чукотском АО.

Таким образом, не происходит выравнивания финансирования противотуберкулезных мероприятий по субъектам Российской Федерации. Годовое финансовое обеспечение одного больного туберкулезом различается в 40 раз, в том числе на приобретение ПТП – в 63 раза.

Заключение

Оценка целевых индикаторов и показателей Программы развития здравоохранения до 2020 г. по противотуберкулезной помощи населению позволяет определить возможности их выполнения в целом по Российской Федерации и выявить сложности, этому препятствующие. К сложностям можно отнести:

- низкий уровень организации выявления туберкулеза в ряде субъектов Российской Федерации; в этих условиях при выполнении индикатора «хват населения профилактическими осмотрами на туберкулез» показатель «заболеваемость туберкулезом» не только не снизится, а вырастет;
- продолжающееся развитие эпидемии ВИЧ-инфекции, которая не позволит существенно снизить показатель «заболеваемость туберкулезом» в ряде субъектов Российской Федерации;
- недостаточное развитие бактериологической диагностики лекарственной чувствительности МБТ к ПТП, что приводит к неадекватному лечению пациентов и развитию МЛУ-ТБ; это, в свою очередь, может затруднить выполнение индикатора «абациллирование контингентов», а в ряде субъектов Российской Федерации приведет к росту смертности от туберкулеза;
- неравномерное финансирование противотуберкулезных мероприятий по субъектам Российской Федерации; годовое финансовое обеспечение одного больного туберкулезом различается в 40 раз, в том числе на приобретение ПТП – в 63 раза.

С нашей точки зрения, без финансовой помощи со стороны федерального бюджета на приобретение лекарственных средств резервного ряда и расходных материалов для микробиологических исследований диагностировать МЛУ и излечить больных с МЛУ-ТБ за счет средств субъектов Российской Федерации невозможно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечаева О. Б. Финансирование противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации // Туб. – 2013. – № 11. – С. 10-16.
2. Нечаева О. Б., Сисачкова Е. И., Кучерява Д. А. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации // Туб. – 2013. – № 12. – С. 40-49.
3. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 г.: 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.).

<http://www.rg.ru/2012/10/26/zdorovie-dok.html> (Дата обращения 18 октября 2013 г.).

4. О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»: постановление Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. № 892 (ред. от 30.12.2005 г.). [Интернет]. URL: <http://base.garant.ru/12125227/> (Дата обращения 18 октября 2013 г.).

5. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598. [Интернет]. 2012. URL: <http://base.garant.ru/70170948/> (Дата обращения 30 октября 2013 г.).

6. О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 г.: письмо Минздрава России от 25 декабря 2012 г. № 11-9/10/2-5718. [Интернет]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140437/ (Дата обращения 3 июля 2014 г.).

7. О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 г.: 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.).

8. 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.).

9. Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям: приказ Минздравсоцразвития России от 31 января 2011 г. № 51н. [Интернет]. URL: <http://www.privivka.ru/expert/russian/?id=154> (Дата обращения 8 июля 2014 г.).

10. 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.).

11. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р, утвердившее Государственную программу развития здравоохранения Российской Федерации [Интернет]. URL: <http://правительство.рф/gov/results/22177/> (Дата обращения 30 апреля 2013 г.).

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Нечаева Ольга Борисовна

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ,
доктор медицинских наук, профессор, руководитель
Федерального центра мониторинга противодействия
распространению туберкулеза в РФ.
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.
Тел./факс: 8 (495) 618-16-51, 8 (495) 619-38-40.
E-mail: nechaeva@mednet.ru

Поступила 15.07.2014