

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616-056.3-053.5

Н.И. Зюбина, А.С. Бишарова

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ
г. ЧИТА*Читинский филиал Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского
отделения РАМН (Чита)*

В статье представлены результаты исследования распространённости аллергических заболеваний среди детей школьного возраста г. Чита. Показаны особенности различных нозологических форм в зависимости от возраста обследованных и их взаимосвязь с сопутствующей соматической патологией. Проанализирована частота выявления школьников с изменениями показателей гуморального иммунитета (IgE, A, M, G).

Ключевые слова: аллергические заболевания, школьники, гуморальный иммунитет

PREVALENCE OF ALLERGIC DISEASES IN SCHOOLCHILDREN LIVING IN CHITA

N.I. Zyubina, A.S. Bisharova

Chita Branch of Scientific Centre of Family Health Problems and Man Reproduction, Chita

The article presents the results of the study of prevalence of allergic diseases in schoolchildren living in Chita. Peculiarities of various nosological forms depending on age and their interrelation with concomitant somatic pathology were shown. We analyzed frequency of detection of schoolchildren with changes of indices of humoral immunity (IgE, A, M, G).

Key words: allergic diseases, schoolchildren, humoral immunity

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время аллергические болезни занимают по распространенности третье место. Уровень аллергической заболеваемости в мире более чем впечатляющий: каждый пятый житель планеты имеет или имел те или иные признаки аллергии. Особенно тревожным является значительный рост числа аллергических заболеваний у детей. Ведущими факторами риска развития аллергических заболеваний являются наследственная предрасположенность, нерациональное вскармливание детей на первом году жизни, постгипоксические энцефалопатии, патология центральной и вегетативной нервных систем и желудочно-кишечного тракта, вирусные и паразитарные инфекции, очаги хронической инфекции, проживание в экологически неблагоприятных регионах, распространение в быту синтетических материалов, использование в пищевых продуктах химических добавок [1, 6]. Всё это обуславливает увеличение антигенной нагрузки на организм человека. В детском возрасте большинство аллергических реакций имеет атопическую природу, в их основе лежат генетически обусловленные иммунопатологические реакции. В зависимости от того, в каких органах они реализуются, развивается атопический дерматит, бронхиальная астма или аллергический ринит [2, 4].

В первые годы жизни в качестве причинно значимых выступают пищевые аллергены, что проявляется в основном в виде атопического дерматита или острых аллергических реакций. С возрастом причины аллергических заболеваний изменяются: на первое место выходят бытовые, эпидермальные, пыльцевые аллергены, что проявляется в аллергическом рините, аллергических заболеваниях глаз, бронхиальной астме.

В связи с вышеизложенным, основной целью работы явилась оценка распространенности аллергопатологии и изменений показателей гуморального иммунитета у школьников г. Чита.

Проведено клинико-аллергологическое обследование 1061 ребенка школьного возраста, в том числе: младшего школьного возраста (6–10 лет) – 42,8 %, среднего школьного возраста (11–14 лет) – 40,86 %, старшего школьного возраста (15–17 лет) – 16,3 % от общего числа обследованных детей.

Все дети были осмотрены следующими специалистами: аллергологом-иммунологом, педиатром, отоларингологом, неврологом, гематологом, эндокринологом, дерматологом, нефрологом, а также им проведены функциональные и ультразвуковые диагностические исследования.

У всех обследуемых была проведена оценка параметров физического и нервно-психического

Распределение больных с аллергической патологией в зависимости от уровня общего IgE в сыворотке крови

Нозологическая форма	IgE в пределах нормы	IgE выше нормы
Бронхиальная астма	29,2 %	9,1 %
Атопический дерматит	16,7 %	50 %
Пищевая аллергия	25 %	22,7 %
Поллиноз	16,7 %	18,2 %
Бытовая аллергия	12,5 %	–

развития, соматического статуса, аллергологического и наследственного анамнеза.

Уровень иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови определялся на многоканальном спектрофотометре с использованием набора реагентов (ЗАО «НПО СИНТЭКО», Россия) согласно инструкции. Уровень IgE определялся методом ИФА с использованием набора реагентов согласно инструкции (ООО «Хема-Медика», Россия).

Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью методов описательной статистики. Для оценки достоверности различий в группах сравнения использовался непараметрический критерий χ^2 , статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты обследования позволили выявить аллергическую патологию при скрининг-осмотре в 15 % случаев, в том числе бронхиальную астму чаще выявляли у детей подросткового (36,4 %) и среднего (33,3 %) школьного возраста, а у младших школьников — только в 22 % случаев. Атопический дерматит чаще манифестирует у школьников младшей и средней возрастных групп — 39 и 33 % случаев соответственно, у подростков он встречается только в 14 % случаев. Пищевая аллергия встречалась чаще у младших школьников (39 %), в средней возрастной группе — в 20 %, а у подростков — лишь в 4,5 %. Поллиноз и бытовая аллергия более характерны для подростков (36 и 9 % обследованных соответственно) и не встречались в младшей возрастной группе.

При этом бронхиальная астма протекала на фоне синдрома вегетативной дисфункции в 36,3 % случаев, экзогенно-конституционального ожирения и эндемического зоба — в 23,5 %, а атопический дерматит — в 33,3 % на фоне патологии желудочно-кишечного тракта: дискинезия желчевыводящих путей выявлена у 30 %, признаки хронического гастрита — у 8,3 % больных. Следует отметить, что наши данные согласуются с исследованиями других авторов [3, 5]. У страдающих поллинозами школьников выявлены вегетативные нарушения нервной системы в 66,7 %, экзогенно-конституциональное ожирение — в 33,3 %, обменная нефропатия — в 33,3 % случаев.

При анализе параметров гуморального иммунитета установлено, что в большинстве случаев они находились в пределах референтных значений. Значения показателей в пределах нормы определены для IgA в 60 %, для IgM — в 75 %, для IgG — в 50 % случаев. Следует отметить разнонаправленный характер изменений концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови обследованных. А именно: повышенные значения IgG выявлены у 41 % обследованных, IgM — у 17 %, IgA — у 22 %, в то время как низкие концентрации IgA установлены у 18 %, IgG — у 9 %, IgM — у 8 % обследованных.

На следующем этапе нами исследовано и проанализировано распределение больных с аллергической патологией в зависимости от уровня общего IgE в сыворотке крови обследованных (табл. 1).

Обращает на себя внимание тот факт, что только у половины детей, страдающих тем или иным аллергическим заболеванием, отмечается повышение концентрации IgE в сыворотке крови. Причём наибольшее число из них приходится на больных с кожными проявлениями аллергии (атопический дерматит, пищевая аллергия), и преобладают они у детей младшей возрастной группы, тогда как у детей среднего возраста на первое место выходят респираторные проявления в виде поллинозов и бронхиальной астмы. У детей старшей возрастной группы 1-е место занимают поллинозы и бронхиальная астма (по 36,4 % случаев).

Таким образом, результаты обследования детей разных возрастных групп позволяют заключить, что первое место в структуре аллергической патологии у детей, проживающих в г. Чита, занимает атопический дерматит (38,9 % в младшей, 13,7 % — в старшей школьной группе), при этом ведущее значение в этиологии играет пищевой фактор. Следующее ранговое место занимает бронхиальная астма, причём количество её с возрастом увеличивается с 22,2 до 36,4 % к 15–17 годам. На третьем месте в структуре аллергической патологии находятся поллинозы и проявления бытовой аллергии, которые преимущественно выражены в старшей возрастной группе. Разнонаправленный характер изменений показателей гуморального иммунитета, по-видимому, свидетельствует о различном уровне адаптационных защитных реакций организма школьников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо В.А., Мокроносова М.А. Атопия и иммуногенетика // Иммунология. — 1997. — № 2. — С. 49–52.
2. Балаболкин И.И. Вчера, сегодня и завтра детской аллергологии // Педиатрия. — 2002. — № 5. — С. 38–43.
3. Балаболкин И.И., Костинова Н.П., Смирнова Г.И. Иммунокоррекция в педиатрии. Практическое руководство для врачей ; 2-е. изд. — М., 2001. — 161 с.
4. Бронхиальная астма / под ред. А.Г. Чучалина. — М. : Агар, 1997. — 832 с.
5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика»; 3-е изд., испр. и доп. — М., 2008. — 109 с.
6. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.А. Аллергические заболевания. — М. : Триада Х, 1999. — 470 с.

Сведения об авторах

Зюбина Наталья Ивановна – врач аллерголог-иммунолог ЧФ НЦ ПЗСРЧ СО РАМН (672038, Забайкальский край, г. Чита, ул. Шилова, д. 49, Читинский филиал Учреждения РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН; тел. / факс: 8 (3022) 41-48-76; e-mail: nii_pediatri@mail.ru).

Бишарова Анастасия Сергеевна – к.м.н., врач-дерматовенеролог ЧФ НЦ ПЗСРЧ СО РАМН.

М.В. Бема, Г.И. Бишарова

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. ЧИТА

Читинский филиал Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН (Чита)

Важнейшим показателем здоровья населения, в том числе и детского, является заболеваемость. Изменение показателей заболеваемости свидетельствует о нарастающем ухудшении состояния здоровья подростков. В свою очередь это указывает на снижение социально-экологического благополучия города и важность раннего выявления заболеваний органов мочевой системы и своевременного лечения.

Ключевые слова: заболеваемость, мочевая система, подростки

DISEASES OF URINARY ORGANS IN CHILDREN OF SCHOOL AGE LIVING IN CHITA

M.V. Bema, G.I. Bisharova

Chita Branch of Scientific Centre of a Family Health Problems and Man Reproduction, Chita

Morbidity is the most important indicator of the population health including children's health. Change of morbidity indices is evidence of accruing worsening of teenagers' state of health. These changes show decrease of social and ecological prosperity of the city and importance of early diagnostics of diseases of urinary organs and due treatment.

Key words: morbidity, urinary system, teenagers

По данным исследований многих авторов (Игнатов М.С., Баранов А.А.), на фоне наблюдаемого в последние 10–15 лет ухудшения состояния здоровья населения нашей страны самыми неблагополучными среди всех возрастных групп населения оказались подростки 15–17 лет. Общеизвестно, что экологически неблагополучные условия проживания оказывают разнонаправленное негативное воздействие на организм ребенка [1, 2, 3, 4, 5]. Имеется четкая тенденция к омоложению и ранней хронизации заболеваний, влекущих за собой развитие профессиональных ограничений и инвалидности.

На формирование патологии детского возраста оказывают влияние самые разнообразные социально-экономические и биологические факторы: ухудшающиеся условия жизни, состояние здоровья беременных женщин, наследственная отягощенность, ранний перевод детей на искусственное вскармливание, неправильное питание,

экологическое неблагополучие Забайкальского края. На здоровье населения оказывают влияние и природно-обусловленные дефицит или избыток химических элементов [6]. Отклонения в поступлении в организм макро- и микроэлементов, а также особенности питания непосредственно сказываются на возникновении различных заболеваний, снижают сопротивляемость организма, а следовательно, и способность к адаптации.

Целью нашего исследования явилось изучение структуры заболеваемости органов мочевой системы у школьников г. Чита в разных возрастных группах. В ходе работы было обследовано 1060 школьников в возрасте от 7 до 17 лет. Все дети были распределены по группам в зависимости от возраста: от 7 до 10 лет – 426 детей, от 11 до 14 лет – 303 ребенка, от 15 до 17 лет – 331 ребенок (табл. 1).

В результате проведенного осмотра школьников выявлено, что ведущее место в группе детей младшего школьного возраста занимают дизмета-

Структура заболеваемости органов мочевой системы школьников г. Чита

Таблица 1

Нозологическая форма	Возраст (лет)		
	7–10	11–14	15–17
Дизметаболическая нефропатия	40,6 %	50 %	32,8 %
Пиелозктазия	32,3 %	12 %	12,1 %
ВАР почек	14,3 %	15,3 %	13,5 %
Хронический пиелонефрит	7,1 %	17 %	26,3 %
Нефроптоз	2,1 %	4,4 %	15,3 %
Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря	3,6 %	1,3 %	–

большинство нефропатий (40,6 %). На втором месте находится пиелозктазия (32,3 %). У детей среднего и старшего школьного возраста отмечается увеличение количества случаев хронического пиелонефрита в структуре заболеваемости: до 17 и 26,3 % соответственно. С возрастом отмечается рост заболеваемости органов мочевой системы с 19,5 % в младшей до 43 % в старшей возрастной группе. При анализе биохимических показателей крови выявлено, что нормальное содержание кальция и фосфора отмечается в 31,8 %, нижняя граница нормы содержания кальция – в 36,4 %, умеренно сниженное содержание кальция и фосфора – в 15,9 %, низкое содержание кальция – в 9,1 %, низкое содержание фосфора – в 6,8 % случаев.

Показатели заболеваемости свидетельствуют о нарастающем ухудшении состояния здоровья школьников, особенно подростков. В свою очередь это указывает на существенное снижение уровня социально-экологического благополучия населения.

ВЫВОДЫ

1. Болезни мочевой системы занимают одно из первых мест в структуре заболеваний школьников.
2. С возрастом отмечается рост заболеваемости органов мочевой системы у школьников.
3. В младшей возрастной группе основное место занимают дизметаболические нефропатии, в старшей возрастной группе – хронический пиелонефрит.

Сведения об авторах

Бема Марина Викторовна – врач детский нефролог ГУЗ КДКДЦ г. Чита.

Бишарова Галина Ивановна – д.м.н., профессор, директор ЧФ НЦ ПЗСРЧ СО РАМН (672038, Забайкальский край, г. Чита, ул. Шилова, д. 49; Читинский филиал Учреждения РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН; тел. / факс: 8 (3022) 41-48-76; e-mail: nii_pediatri@mail.ru).

4. Болезни мочевой системы у школьников г. Чита протекают на фоне сниженного содержания микроэлементов (кальций и фосфор) в крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С.В., Пивоваров Ю.П., Януша-вец О.И. Экология человека. – М.: Икар, 2002. – 219 с.
2. Баранов А.А. Здоровье детей России. Здоровье населения как фактор обеспечения национальной безопасности России // Аналитический вестник комитета по охране здоровья Гос. Думы РФ. – М., 1997. – № 2. – С. 24–29.
3. Бруй Б.П., Дмитриев В.И., Балыгин М.М. О некоторых медико-демографических и социальных аспектах развития подростков // Здоровоохранение РФ. – 1999. – № 2. – С. 41–47.
4. Ильин А.Г., Звездина И.В., Эльянов М.М. и др. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков // Гигиена и санитария. – 2000. – № 1 – С. 59–62.
5. Кудин М.В., Скрипкин А.В. Иммунологическое исследование у детей с заболеваниями почек, проживающих в регионах с экологическим неблагополучием // Медицинская иммунология. – 2009. – Т. 11, № 6. – С. 587–592.
6. Щепин В.О. Современные проблемы качества медицинской помощи // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 28–30.

Н.Ю. Алексеева, Г.М. Гайдаров

РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

В статье представлена методика оценки результативности и эффективности деятельности органов местного самоуправления в сфере здравоохранения. Приведены результаты рейтинговой оценки эффективности здравоохранения муниципальных образований Иркутской области за 2009 год.

Ключевые слова: муниципальное здравоохранение, оценка, рейтинг

RATING ESTIMATION OF WORK OF MUNICIPAL PUBLIC HEALTH SERVICES AS THE METHOD OF ITS EFFECTIVENESS INCREASE

N.Yu. Alekseeva, G.M. Gaydarov

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

The article presents the methodology of an estimation of productivity and effectiveness of work of local health authorities. The results of rating estimation of effectiveness of public health service of municipalities of Irkutsk region for 2009 year are adduced.

Key words: municipal public health service, estimation, rating

В условиях предоставления демократии органам муниципальной власти, наделенным значительными полномочиями, планомерное развитие всех сфер деятельности позволяют обеспечить местные финансы, которые охватывают бюджеты административно-территориальных единиц и финансы субъектов хозяйствования муниципальных образований.

Однако ввиду финансовых, территориальных, кадровых, транспортных и других различий не все системы местного самоуправления в силах обеспечить оптимальные условия для равномерного развития учреждений различных отраслей и, в том числе, оказывать гражданам медицинскую помощь с одинаковой эффективностью.

Данная ситуация усугубляется различной степенью эффективности использования органами местного самоуправления одного субъекта РФ имеющихся ограниченных финансовых ресурсов. В связи с этим особую актуальность приобретает разработка различных подходов к оценке рационального и эффективного использования местных бюджетов во всех сферах деятельности, в том числе в здравоохранении.

В последние годы метод формирования рейтинга все более широко применяется в различных секторах экономики. Попытки его использования отмечаются и в здравоохранении [1, 6]. Так, например, экспертами Всемирной организации здравоохранения была разработана система оценок, позволяющая проводить мониторинг эффективности здравоохранения в странах мира. В США получила распространение методика формирования рейтинга больниц [2]. В России опыт применения рейтинговых оценок в здравоохранении на сегодняшний день небольшой. Одним из немногих примеров является Приказ Росздравнадзора № 1027-Пр/08

от 26.02.2008 г. «О формировании рейтинга учреждений родовспоможения». Анализ первого опыта применения данной методики на практике позволил выявить ряд недостатков: трудность в получении достоверной информации по всему комплексу используемых показателей, сложность в установлении рейтинговой оценки из-за отсутствия алгоритма свертывания множественной информации [4].

Оценивание муниципальных систем здравоохранения позволяет получить объективное представление об эффективности их работы, выделить среди общего числа муниципальных образований региона передовые, наиболее эффективно функционирующие в сфере здравоохранения и определить причины снижения эффективности работы «отстающих» муниципальных систем здравоохранения [4, 6].

Указами Президента РФ № 825 от 28.06.2007 г. «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» и № 607 от 28.04.2008 г. «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов» было положено начало применению рейтинга в системе государственного управления. В продолжение Указа № 607 Распоряжением Правительства России № 1313-р от 11.09.2008 был утвержден перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов власти муниципальных образований и примерная методика ее проведения.

В Иркутской области для развития этих нормативных документов Иркутским государственным медицинским университетом совместно с Министерством здравоохранения Иркутской области в 2008 г. была разработана методика оценки эффек-

тивности деятельности муниципальных систем здравоохранения (далее – Методика) [3].

Настоящая Методика подготовлена с целью реализации основных принципов среднесрочного бюджетирования, ориентированного на результат в части оценки рационализации расходования бюджетных средств и направленного на достижение намеченных целей и результатов в области здравоохранения. Методика предназначена для использования органами исполнительной власти и местной администрации с целью проведения мониторинга эффективности и результативности бюджетных расходов в учреждениях здравоохранения муниципальных образований Иркутской области.

Целью разработанных методических подходов к оценке эффективности муниципального здравоохранения является формулировка и принятие своевременных мер по повышению результативности и социально-экономической эффективности бюджетных расходов в сфере здравоохранения муниципальных образований Иркутской области и для прекращения финансирования неэффективных расходов

В зависимости от развития инфраструктуры здравоохранения и наличия основных видов медицинской помощи все муниципальные образования Иркутской области с целью объективности проводимого рейтинга были условно разделены на 2 группы. В первую группу были включены 6 территорий, имеющих разветвленную сеть лечебно-профилактических учреждений: гг. Иркутск, Братск, Усолье-Сибирское, Усть-Илимск, Черемхово и Ангарский муниципальный район. Вторую группу образуют остальные 36 муниципальных образований области, в которых медицинская помощь оказывается единственным лечебно-профилактическим учреждением (центральная районная или центральная городская больница).

Очень важным моментом при разработке данной методики являлся выбор **критериев оценки результативности и эффективности деятельности**. Такие критерии должны отвечать следующим требованиям:

- ограниченное количество (по крайней мере, на начальном этапе);
- должны быть понятны для руководства и персонала медицинского учреждения;
- должны быть достижимы;
- должны поддаваться количественной оценке;
- должны быть легко проверяемы;
- простота получения, т.е. должны рассчитываться на основе утвержденных учетно-отчетных форм, без введения дополнительной документации;
- должны нацеливать муниципальные учреждения здравоохранения на повышение результативности и эффективности собственной деятельности.

Система критериев оценки результативности и эффективности деятельности органов местного самоуправления в сфере здравоохра-

нения и их руководителей включает 4 группы показателей.

I группа – критерии эффективности основных видов деятельности: охватывают основные показатели социально-экономического развития и эффективности управления имеющимися материально-техническими ресурсами в муниципальных образованиях области.

Подгруппа показателей социально-экономического развития муниципального здравоохранения области включает такие критерии, как уровень материнской и младенческой смертности, распространенность абортот. Среди показателей эффективности проводимых профилактических мероприятий, направленных на выявление и нераспространение социально-значимых заболеваний и онкопатологии, были выделены: показатели выявляемости и профилактики распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза, уровень диагностики на ранних стадиях онкозаболеваний, эффективность лечения и диспансерного наблюдения данных категорий больных.

В I группу критериев также вошли показатели обеспеченности населения и эффективности управления основными видами медицинской помощи:

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощью: число посещений на 1 жителя, число койко-дней в дневном стационаре амбулаторно-поликлинических учреждений;
- стационарной медицинской помощью: число койко-дней на 1 жителя, число дней занятости койки в году, средняя длительность пребывания, уровень госпитализации;
- скорой медицинской помощью: число вызовов на 1 жителя.

К показателям эффективности основных видов деятельности муниципальных учреждений здравоохранения относятся также показатели, в целом характеризующие уровень качества медицинской помощи, оказываемой в муниципальных учреждениях здравоохранения области: доля пациентов, умерших в стационаре; уровень расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов; уровень качества лечения по результатам вневедомственного контроля качества медицинской помощи (с учетом категорий лечебно-профилактических учреждений); количество обоснованных зарегистрированных жалоб (по данным территориального фонда обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области).

В I группу показателей вошли и критерии лекарственного обеспечения населения (доля рецептов, находящихся в отсроченном отпуске) и целевого использования финансовых средств (по данным территориального фонда обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области).

II группа – критерии эффективности кадровых ресурсов: предусматривают оценку обеспеченности кадровыми ресурсами и эффек-

тивности их использования в муниципальных учреждениях здравоохранения. С целью такой оценки используются следующие показатели: обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом всех специальностей (на 10000 населения), уровень укомплектованности штатных должностей врачебного и среднего медицинского персонала всех специальностей, коэффициент совместительства среди врачей и средних медицинских работников.

III группа – критерии эффективности оплаты труда: предполагают оценку уровня оплаты труда по категориям медицинского персонала по размеру средней заработной платы врачей и среднего медицинского персонала.

IV группа – критерии эффективности финансово-хозяйственной деятельности: характеризуют эффективность финансовой деятельности и стабильность финансового состояния муниципальных учреждений здравоохранения и муниципального образования области в сфере здравоохранения в целом. В число показателей данной группы входят: отсутствие (наличие) просроченной дебиторской задолженности, наличие пени и штрафов, эффективность проведения мероприятий по оптимизации расходов, наличие остатков лимитов финансирования на конец отчетного периода, выполнение плана по смете платных услуг, доля объема закупок через конкурсные процедуры, уровень снижения неэффективных расходов по управлению объемами стационарной

круглосуточной помощью и кадровыми ресурсами (в сравнении с предыдущим годом).

Количество показателей и значение удельного веса для каждой группы критериев представлены в таблице 1. Значение удельного веса, устанавливаемого для каждого критерия, зависит от социальной, медицинской и экономической значимости каждого показателя.

Для каждого критерия, кроме удельного веса, устанавливается нормативное значение и оценка нормативного значения в баллах. Нормативное значение критерия рассчитывается экспертным путем по пятибалльной шкале – от 0 до 4 (рис. 1):

4 балла – значение критерия превышает или равно целевому ориентиру;

3 балла – значение критерия лежит между значением критерия, равным 1/2 диапазона между средним и лучшим по области, и целевым ориентиром;

2 балла – значение критерия лежит между значениями критерия, равными 1/2 диапазона между средним и худшим по области и 1/2 диапазона между средним и лучшим по области;

1 балл – значение критерия лежит между значением критерия, равным 1/2 диапазона между средним и худшим по области, и худшим по области;

0 баллов – значение критерия ниже или равно худшему по области.

Критерии всех групп представляют собой обоснованные показатели, на основе которых

Таблица 1
Распределение удельного веса среди групп критериев оценки результативности и эффективности деятельности органов местного самоуправления в сфере здравоохранения и их руководителей

Группа критериев	Количество критериев	Уд. вес одного критерия (%)	Уд. вес группы критериев (%)
I группа – критерии эффективности основных видов деятельности	31	1–4	83
II группа – критерии эффективности кадровых ресурсов	6	1	6
III группа – критерии эффективности оплаты труда	2	1	2
IV группа – критерии эффективности финансово-хозяйственной деятельности	9	1	9
Итого	48		100



Рис. 1. Определение баллов критериев оценки результативности и эффективности деятельности здравоохранения муниципальных образований и их руководителей.

возможно осуществить сравнительный анализ и оценить результативность и эффективность деятельности здравоохранения муниципальных образований области. По итогам ежеквартальной оценки определяется промежуточный результат деятельности муниципальных учреждений здравоохранения, а по итогам года — окончательный рейтинг деятельности муниципальных образований и их руководителей в сфере здравоохранения. Оценка производится на основании данных за отчетный период, которые муниципальные образования представляют в областное государственное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Иркутской области».

В основу методики расчета положено сопоставление достигнутых (фактических) значений в муниципальных учреждениях здравоохранения и показателей, которые обязательны и адекватны деятельности данных учреждений — целевой ориентир O . Целевые значения показателей (целевой ориентир O) определяются исходя из их реальной достижимости и необходимости обеспечения прогрессивной динамики значений показателей в плановом периоде. В качестве целевых значений принимаются лучшие значения аналогичных показателей среди муниципальных образований субъектов Российской Федерации, входящих в Сибирский федеральный округ, или поставленные плановые значения.

Соответствие достигнутых муниципальными образованиями (фактических) значений показателей и целевых значений этих показателей выражается в коэффициенте эффективности $K_{эф.}$

Оценка эффективности деятельности муниципальных образований осуществляется последовательно и поэтапно. На I этапе осуществляется сбор и анализ информации, представляемой муниципальными образованиями области, о результатах работы своих учреждений здравоохранения.

На II этапе критерии эффективности деятельности оцениваются «по горизонтали»: результат сравнивается с нормативным значением критерия, после чего производится оценка результата по пятибалльной шкале — от 0 до 4. Оценка результата в баллах используется в дальнейшем для расчета коэффициента эффективности.

После проведения оценки каждого критерия в баллах определяется коэффициент эффективности $K_{эф.}$ каждого критерия, который рассчитывается как отношение фактического результата муниципального образования к целевому ориентиру по формуле:

$$K_{эф.} = P / O,$$

где P — результат оценки (в баллах); O — целевой ориентир (равный 4 баллам).

На III этапе после определения $K_{эф.}$ для каждого критерия рассчитывается показатель результативности P_p . Показатель результативности рассчитывается как произведение $K_{эф.}$ и удельного веса критерия Y_v по формуле:

$$P_p = K_{эф.} \times Y_v,$$

где $K_{эф.}$ — коэффициент эффективности; Y_v — удельный вес критерия (относительно 1,0).

После расчетов показателей результативности по каждому критерию (оценка степени достижения программно-целевых показателей) проводится оценка результативности деятельности муниципальных образований области в целом. Диапазон оценки лежит в пределах от 0,1 до 1. Чем ближе показатель к 1, тем выше результативность.

На заключительном IV этапе на основании показателя результативности P_p производится ранжирование и определяется рейтинг муниципальных образований области.

Оценка деятельности муниципального образования области в сфере здравоохранения формируется в Медицинском информационно-аналитическом центре Иркутской области с результатом 0 (ноль) в случае непредоставления или нарушения сроков предоставления отчетных форм муниципальными образованиями или указания ими в представленных отчетных формах заведомо недостоверных показателей.

Комиссия по определению рейтинговой оценки муниципальных образований (при Министерстве здравоохранения Иркутской области) имеет право принимать решение об уменьшении полученного показателя результативности для муниципальных образований области в случае наличия обоснованных заявлений, жалоб от граждан, организаций или государственных органов, а также при выявлении грубых нарушений при выполнении данным муниципальным образованием своих функций.

При проведении оценки результативности и эффективности деятельности здравоохранения муниципальных образований и их руководителей по итогам работы за 2009 г. были получены следующие результаты.

В формировании рейтинга участвовало 41 муниципальное образование области из 42. Для Боханского муниципального района по причине непредоставления в «Медицинский информационно-аналитический центр Иркутской области» данных согласно отчетной форме сразу был определен показатель результативности, равный нулю.

В первой группе муниципальных образований значение показателя результативности составило от наилучшего результата 0,635, полученного при оценке деятельности Ангарского муниципального района, до минимального значения 0,550, рассчитанного по муниципальному образованию «городской округ Усолье-Сибирское». На втором месте после Ангарского муниципального образования по итогам работы за 2009 г. находится г. Иркутск: значение показателя результативности составило 0,601. Третье место среди муниципальных образований первой группы было присвоено городскому округу Братск, достигшему показателя результативности 0,567.

При формировании рейтинга в первой группе муниципальных образований Комиссией по

определению рейтинговой оценки было принято решение об уменьшении достаточно высокого показателя результативности, первоначально полученного по данным деятельности муниципального здравоохранения в городском округе Черемхово – 0,612. Причиной данного решения явилось отсутствие на момент проведения рейтинга лицензии на право осуществления медицинской деятельности в одном из крупнейших лечебно-профилактических учреждений г. Черемхово.

Значение показателя результативности при подведении итогов деятельности здравоохранения 35 муниципальных образований второй группы было зафиксировано от минимального 0,405 до максимального 0,670 (исключая Боханский муниципальный район с $P_p = 0$).

Первые 3 места в рейтинге территорий второй группы были распределены следующим образом. Городскому округу Саянск, имеющему наибольший $P_p = 0,670$, было присвоено 1 место. На 2-м месте по итогам оценки оказался Осинский муниципальный район (0,641). Третье место было распределено между двумя муниципальными образованиями области – Тайшетским муниципальным районом и городским округом Зима с показателями результативности 0,638 и 0,637 соответственно. Значение P_p в диапазоне от 0,635 до 0,601 во второй группе было зафиксировано по итогам деятельности 3 муниципальных образований Иркутской области; в диапазоне от 0,600 до 0,501 – 18 муниципальных образований; в диапазоне от 0,500 до минимального 0,405, зарегистрированного в Киренском муниципальном районе – по 10-ти муниципальным образованиям.

По итогам впервые проведенной по выше представленной методике рейтинговой оценки эффективности деятельности муниципального здравоохранения были сделаны предложения по внесению некоторых дополнений в методику. В частности, по причине неравномерного уровня развития здравоохранения в муниципальных образованиях, было предложено балльную оценку некоторых показателей проводить не на основе сравнения с целевыми и средними значениями, а исходя из величины роста (или снижения) значений показателей в оцениваемом периоде по отношению к предыдущему периоду.

По итогам оценки эффективности деятельности муниципальных образований в сфере здравоохранения за 2009 г. руководителями муниципальных образований под руководством Министерства здравоохранения Иркутской области был разработан план мероприятий, направленных на решение следующих задач:

- 1) более эффективное развитие и реализация профилактической направленности здравоохранения;
- 2) повышение доступности и максимального уровня качества медицинской помощи;
- 3) реализация подходов, направленных на повышение структурной эффективности здравоохранения;

4) внедрение механизма мотивации работников здравоохранения (в том числе и руководителей различного уровня) к повышению личностной ответственности за результаты своего труда и общей эффективности работы.

По итогам оценки деятельности, проведенной с использованием данной методики оценки, также принимаются меры по повышению эффективности управления бюджетными расходами на уровне муниципального здравоохранения и отдельных учреждений муниципальных образований области, в том числе:

- совершенствование существующей нормативно-правовой базы и организационных структур;
- совершенствование организации системы учета и мониторинга (сбора, обработки и передачи) информации, в том числе разработка системы показателей, формирование отчетов, содержащих медико-социальную, управленческую, финансовую и иную информацию;
- осуществление контроля и выработка рекомендаций по повышению эффективности и результативности бюджетных расходов муниципальных образований в сфере здравоохранения;
- разработка и внедрение для муниципальных учреждений здравоохранения внутреннего мониторинга показателей результативности и эффективности деятельности;
- разработка рекомендаций по развитию мониторинга результативности и эффективности муниципального здравоохранения Иркутской области, контроль за их исполнением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.А., Вартанян Ф.Е., Шурандина И.С. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения // Здравоохранение. – 2009. – № 11. – С. 57–67.
2. Варавакова Е.А. Лучшие больницы Америки в 2007 году – методология оценки // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 9. – С. 58–61.
3. Гайдаров Г.М., Каневский А.Б. Методы повышения эффективности бюджетных расходов в системе здравоохранения // Актуальные проблемы здоровья населения и здравоохранения Иркутской области : сб. статей науч.-практ. конф., посв. 85-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ (1924–2009). – 2009. – Вып. 6. – С. 283–288.
4. Казанцев В.С. Математические методы и новые информационные технологии в решении медицинских задач. – Екатеринбург, 2002. – 80 с.
5. Казанцев В.С., Никифоров С.А. К проблеме определения рейтинга муниципальных систем здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 13–18.
6. Стародубов В.И., Флек В.О., Обухова О.В., Базарова И.Н. и др. Оценка эффективности

программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. — 2010. — № 2. — С. 4 — 15.

7. Юргель Н.В., Никонов Е.Л., Саверский А.В. Первые результаты составления общероссийского рейтинга роддомов // Здравоохранение. — 2009. — № 8. — С. 36 — 55.

Сведения об авторах

Алексеева Наталья Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ, заместитель главного врача по организации деятельности в системе медицинского страхования «Клиники ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава» (664003 г. Иркутск, б. Гагарина, д. 18, Клиники ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава; тел.: 8 (3952) 24-34-73, 8 (3952) 20-39-42, моб. 8 (950) 130-80-22; e-mail: fkstat@yandex.ru).

Гайдаров Гайдар Мамедович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

