



**SOUTHEAST EUROPEAN MEDICAL FORUM
(SEEMF)**

**NINTH
INTERNATIONAL
MEDICAL CONGRESS**

6th – 9th September 2018

Teslić, Banja Vrućica

Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Терехович Т.И. кандидат медицинских наук, доцент, Ростовцев В.Н. доктор медицинских наук, профессор, Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения

Задачи повышения эффективности отрасли здравоохранения ограничены развитием диагностических, оздоровительных, профилактических, лечебных, реабилитационных и реанимационных медицинских технологий, а также технологий управления в медицинских системах.

Развитие диагностических технологий имеет особое значение. Оно создает необходимую информационную основу для повышения эффективности всех остальных технологий (оздоровительных, профилактических, лечебных, реабилитационных и реанимационных). Так, для эффективного оздоровления необходимо выявлять индивидуальные системные риски, а для эффективной профилактики – индивидуальные нозологические риски [1]. Для эффективного лечения необходима ранняя диагностика, а для эффективной реабилитации – системы диагностического мониторинга.

В рамках отрасли здравоохранения основной вклад в конечную эффективность ее работы вносит первичная медицинская помощь в лице организаций здравоохранения, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. В свою очередь, главным фактором повышения эффективности первичной медицинской помощи является расширение возможностей ранней диагностики заболеваний.

Пессимистичные оценки позволяют утверждать, что ранняя диагностика обеспечит снижение совокупных экономических потерь на этапах амбулаторного и стационарного лечения и потерь от смертности лиц трудоспособного возраста как минимум на 10%. Умеренно оптимистичные оценки приводят к заключению

о возможности снижения потерь по этим позициям на 20%. Если исходить из возможности снижения экономических потерь только на 10%, то экономический эффект может достигать 0,7% ВВП региона или страны [1].

Медицинскую эффективность первичной медицинской помощи в наибольшей степени определяют возможности диагностики ранних стадий заболеваний в процессе диспансеризации населения. Без обеспечения доступной и надежной ранней диагностики диспансеризация во многом теряет смысл.

Задачу повышения эффективности диспансеризации необходимо решать путем внедрения высокотехнологичной системы диагностического скрининга как первого этапа диспансеризации. Основным требованием к системе диагностического скрининга является достоверная возможность ранней диагностики заболеваний. В качестве дополнительных требований желательными являются простота, быстрота и достаточная универсальность диагностического метода.

Возможность создания высокотехнологичной системы диагностического скрининга для диспансеризации населения, которая отвечает основному и дополнительным требованиям, появилась благодаря развитию методов и средств функциональной спектрально-динамической диагностики (ФСД-диагностики). ФСД-диагностику выполняют с помощью Комплекса медицинского спектрально-динамического (КМСД) [2].

В контексте решения задач диспансеризации ФСД-диагностика имеет следующие преимущества:

1. Реальные возможности ранней диагностики распространенных заболеваний, включая их латентные стадии, по всем системам организма;
2. Возможность использования режима экспресс-диагностики [3];
3. Малое время записи ФСД-сигнала - 35 секунд (запись сигнала с ладони пациента);
4. Пассивность основного режима диагностики (без воздействия на организм);
5. Возможность передачи записанного ФСД-сигнала по сети Интернет или по иным каналам связи для теледиагностики;
6. Простота интеграции данных теледиагностики в существующие медицинские информационные системы;

Эффективность применения ФСД-диагностики в системе диспансеризации оценивали в рамках выполнения пилотного проекта «Оценка эффективности применения ФСД-теледиагностики в системе диспансеризации». Работы по пилотному проекту выполнены в сентябре - ноябре 2017 г. врачами УЗ «35-я городская клиническая поликлиника» г. Минска и медицинского центра «Здрава».

Выполнение проекта осуществлялось на первом (скрининговом) этапе диспансеризации с помощью сетевой версии КМСД по технологии ФСД-экспресс-диагностики нозологических рисков, ранних (латентных) и манифестных стадий заболеваний.

Результаты выполнения пилотного проекта показали, что удаленная (телемедицинская) ФСД-экспресс-диагностика на скрининговом этапе

диспансеризации обеспечивает раннюю диагностику распространенных заболеваний по основным системам организма. По сути, этот результат является первым прецедентом успешной реализации старой идеи введения скринингового этапа диспансеризации.

Ранняя диагностика на скрининговом этапе диспансеризации призвана обеспечить повышение эффективности первичной медицинской помощи, которая, в свою очередь, вносит основополагающий вклад в повышение эффективности всей отрасли здравоохранения.

Отметим, что ранняя диагностика – это ключ к раннему лечению и профилактике не только первичных заболеваний, но равно – рецидивов и осложнений. В частности, вторичная индивидуальная профилактика и раннее лечение (на латентной стадии развития процесса) сосудистых нарушений, прежде всего коронарных и мозговых, позволит многим пациентам избежать инфаркта миокарда или инсульта.

40 лет, прошедшие после Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи показывают, что больших успехов пока нет. Политические призывы проблему не решают, но они помогают осознать ее масштаб и значимость. Осознание значимости необходимо, чтобы в случае появления в данной области новой технологии, способной внести существенный вклад в решение проблемы, этой технологии было уделено соответствующее внимание. Как показано выше, главной для первичной медицинской помощи является проблема ранней диагностики заболеваний и она уже имеет технологическое решение.

Ранняя первичная диагностика способствует повышению эффективности лечения и сохранению здоровья населения, а ранняя вторичная диагностика – уменьшению преждевременной смертности и, тем самым, – улучшению демографической динамики.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Терехович Т.И. кандидат медицинских наук, доцент - Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, Минск, Беларусь, Ростовцев В.Н. доктор медицинских наук, профессор - Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, Минск, Беларусь, Романова А.П., кандидат медицинских наук, доцент - Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Оценка эффективности здравоохранения включает медицинский, системный, социальный, технологический и экономический аспекты [1, 2]. Медицинскую эффективность оценивают, как правило, на основе прямых медицинских показателей на различных уровнях рассмотрения (индивид, группа, учреждение, регион). Оценку системной эффективности здравоохранения, как целостной социальной системы, отражает доля населения, относящегося к первой группе диспансерного наблюдения. Социальную эффективность системы здравоохранения оценивают на основе прямых (удовлетворенность здравоохранением пациентов и населения в целом, их качество жизни, продолжительность жизни и др.) либо косвенных (например, рождаемость) показателей, которые принято называть индикаторами.

Технологическую эффективность оценивают путем сравнения результатов применения конкретных медицинских технологий. Оценку экономической эффективности обычно производят по сокращению потерь ВВП вследствие текущей медицинской или социальной деятельности, либо в результате применения новой медицинской технологии. Система здравоохранения включает два сектора – отраслевой и социальный. Часть рассмотренных выше аспектов эффективности применимы к отрасли здравоохранения (медицинский, технологический и экономический), часть – к

социальному сектору (социальный и экономический) и часть – к системе здравоохранения в целом (системный, социальный и экономический).

При оценках эффективности работы в отрасли здравоохранения используют два подхода:

- плановый подход (процент выполнения плановых показателей),
- дельта-подход, суть которого заключается в расчете разности (дельты)

между значением показателя базисного периода и значением показателя отчетного периода. Эта разность может быть выражена в процентах по отношению к показателю базисного периода. Многие исследователи справедливо отмечают главное – оценка эффективности должна отражать реальный результат по отношению к реальному прошлому, а не степень достижения запланированного результата [3]. В этом контексте дельта-подход имеет неоспоримые преимущества. Многие исторические примеры и текущая практика показывают, что выполнение плановых заданий и показателей нередко осуществляется лишь на бумаге. Дельта-подход не требует плановых и сверхплановых достижений. Он требует устойчивого развития, чтобы результаты работы имели устойчивую положительную динамику.

С позиций обеспечения надежности дельта-оценок эффективности работы существенное значение имеет выбор длительности базисного периода и выбор длительности периода для оценки динамики.

Для обоснования выбора длительности базисного периода мы исследовали вариацию дельта-оценок при различной длительности базисного периода на примере числа случаев заболеваний острым инфарктом миокарда и цереброваскулярными болезнями, зарегистрированных у лиц в возрасте 18 лет и старше в 2009 – 2017 годах. Результаты исследования показали, что усредненные по выборкам значения линейных коэффициентов вариации дельта-оценок составили: для длительности базисного периода 3 года – 3,61%, для 4 лет – 4,2% и для 5 лет – 4,34%. Отсюда следует, что предпочтительная длительность базисного периода составляет 3 года. Оптимальная длительность периода для оценки динамики показателей эффективности работы также составляет 3 года, поскольку число точек менее трех не допускает аппроксимации, а более трех, как правило, не изменяет локальной тенденции.

Таким образом, основными являются два критерия эффективности:

1. Дельта-оценка эффективности работы за отчетный год (положительная или отрицательная);
2. Критерий динамики (положительный или отрицательный).

Совокупность двух критериев предоставляет возможности более взвешенных оценок эффективности деятельности. Принцип общей (итоговой) оценки эффективности по любому показателю эффективности деятельности прост: если хотя бы один критерий положителен, то итоговая оценка положительна. Например, дельта-оценка показателя эффективности отрицательна, а критерий динамики положителен и, в итоге, общая оценка положительна. Для отрасли здравоохранения применение реальных (апостериорных) критериев эффективности вместо плановых (априорных) является назревшей необходимостью.