

0 721673-1

На правах рукописи

ХАСАНОВ Рустем Шамильевич

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ
И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ
ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ КРУПНОГО
ПРОМЫШЛЕННО-СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОГО РЕГИОНА**

(на материалах Республики Татарстан)

14.00.33 - общественное здоровье и здравоохранение

14.00.14 - онкология

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

КАЗАНЬ - 2001

Работа выполнена в Казанской государственной медицинской академии - образовательном учреждении дополнительного профессионального образования и в Клиническом онкологическом диспансере Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Научные консультанты:

доктор медицинских наук профессор
академик РАМН профессор

И.Г. Низамов
В.И. Чиссов

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук профессор
доктор медицинских наук профессор
доктор медицинских наук профессор

В.Ю. Альбицкий
В.Н. Савельев
Р.М. Тазиев

Ведущее учреждение: Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН.

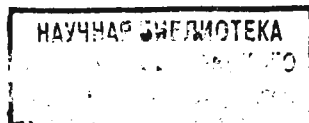
Защита диссертации состоится « 6 » апреля 2001 г. в 9 час. 30 мин. на заседании диссертационного совета Д 208.034.02 Казанского государственного медицинского университета (420012, Казань, ул. Бутлерова, 49).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Казанского государственного медицинского университета (420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 496).

Автореферат разослан

« _____ » _____ 2001 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук



И.Д. Ситдикова

**НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
КФУ**



0000977373

0721673-1

Актуальность проблемы

ИЗДАНИЕ
7 08 6

Злокачественные новообразования в настоящее время являются одной из главных проблем здравоохранения во всех развитых и во многих развивающихся странах (Аксель Е.М., Двойрин В.В., 1995, 1996; Чиссов В.И. и соавт., 1999; Parkin D.M. et al., 1992). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно во всем мире по меньшей мере 9 миллионов человек впервые заболевают злокачественными новообразованиями и 5 миллионов человек умирают от этого заболевания. Неуклонный рост числа больных злокачественными новообразованиями, наряду с неудовлетворительными отдаленными результатами лечения, обуславливают непреходящий интерес к поиску новых научно-обоснованных организационных форм противораковой борьбы. В каждом из ее направлений успех может быть достигнут путем научных исследований в рамках различных дисциплин и последующем внедрении результатов при помощи организационных мероприятий по линии здравоохранения, промышленности, законодательства и т.д. (Старинский В.В. и соавт., 1998).

Одним из ключевых вопросов улучшения результатов специализированной онкологической помощи населению является повышение эффективности деятельности специализированных онкологических учреждений. Наряду с материально-техническим оснащением онкологических учреждений, важную роль играет вопрос улучшения качественных и количественных показателей их деятельности. Значительные резервы в улучшении показателей лечебно-диагностического процесса находятся в сфере материально-экономического стимулирования труда персонала.

Наряду с повышением эффективности деятельности специализированных онкологических учреждений, очень важная роль в улучшении отдаленных результатов лечения злокачественных новообразований принадлежит первичному медицинскому звену, и, в частности, фельдшерско-акушерским пунктам.

Обязательным условием повышения эффективности деятельности специализированной онкологической службы является повышение социальной активности населения в вопросах охраны собственного здоровья.

Действенные результаты в противораковой борьбе могут быть получены лишь при объединении усилий органов здравоохранения практически со все-

ми общественными, политическими и промышленными кругами общества при обязательной поддержке правительственных структур. Все это обуславливает специфику противораковой борьбы, которая находит свое отражение в формировании Региональных противораковых программ, учитывающих особенности конкретной территории.

Цель исследования

Повышение эффективности онкологической службы крупного промышленно-сельскохозяйственного региона путем улучшения качества планирования и совершенствования управления на основе адекватного выбора приоритетных направлений ее деятельности.

Задачи исследования

1. Разработать рациональную технологию использования популяционного ракового регистра в целях организации противораковой борьбы. На этой основе изучить уровни, структуру и тенденции заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Республики Татарстан за 1993-1999 годы и оценить социально-экономический ущерб в связи со смертностью от них.

2. Изучить пути повышения эффективности деятельности специализированных онкологических учреждений путем разработки системы финансово-экономического стимулирования персонала и оценить его эффективность в достижении высоких количественных и качественных показателей деятельности.

3. Разработать рациональную модель раннего выявления онкологической патологии и оценить результативность ее использования в условиях сельской местности.

4. Определить перспективные формы информатизации онкологической службы с целью повышения эффективности скрининга онкологической патологии.

5. Разработать региональную целевую комплексную противораковую программу и оценить результативность ее реализации в условиях Республики Татарстан.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые:

- организована деятельность онкологической службы Республики Татарстан в рамках разработанной Республиканской противораковой программы и проведена оценка ее первых результатов на основе обобщенных критериев;

- доказана возможность достижения существенной медико-социальной и экономической результативности онкологической службы региона при условии объединения ее потенциала с ресурсами других структур общества, консолидированных в единую противораковую программу.

Практическая значимость исследования

Результаты работы открывают новые возможности для улучшения качественных показателей специализированной онкологической помощи населению в современных социально-экономических условиях.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода при определении приоритетных направлений деятельности специализированной онкологической службы.

Установлено, что необходимым условием улучшения онкологической помощи населению является разработка Региональных противораковых программ, объединяющих возможности соответствующих служб здравоохранения с ресурсами всех заинтересованных министерств и ведомств, при обязательной поддержке правительственных структур.

Полученные результаты позволяют рекомендовать Противораковые программы в качестве необходимого условия для совершенствования управления онкологической службой на региональном уровне.

Разработанные автором подходы к раннему выявлению визуальных форм злокачественных новообразований в условиях сельской местности вполне могут найти практическое применение и на других территориях Российской Федерации.

Разработанные автором и внедренные в практику экономические методы управления деятельностью республиканской онкологической службы дают возможность выявления дополнительных резервов для интенсификации труда на фоне повышения его качества.

Использование автором канцер-регистра в целях создания противораковой программы и оценки ее эффективности открывает новые возможности для совершенствования организации управления онкологической службой на региональном уровне.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты работы использованы при подготовке «Противораковой программы Республики Татарстан, утвержденной постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан №446 от 10.07.95 г., и внедрены в практику лечебно-профилактических учреждений Республики Татарстан.

Материалы исследований используются в практической работе Клинического онкологического диспансера МЗ РТ, а также в учебном процессе на кафедрах онкологии и хирургии и общественного здоровья и здравоохранения Казанской государственной медицинской академии - образовательном учреждении дополнительного профессионального образования.

Модель деятельности медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов в целях раннего выявления злокачественных новообразований визуальных локализаций внедрена в практику служб здравоохранения районов Республики Татарстан.

Система оплаты труда персонала специализированных онкологических учреждений внедрена в Клиническом онкологическом диспансере Министерства здравоохранения Республики Татарстан и демонстрирует свою эффективность в достижении количественных и качественных показателей деятельности.

По материалам работы подготовлены и изданы методические рекомендации «Выявление злокачественных новообразований на фельдшерско-акушерских пунктах» (Казань, 1999), статистический сборник «Злокачественные новообразования в Республике Татарстан в 1993-1998 годах» (Казань, 2000), пособие для врачей «Выявление злокачественных новообразований визуальных локализаций в амбулаторно-поликлинических учреждениях» (Казань, 2001).

Положения, выносимые на защиту

1. Выбор приоритетов противораковой борьбы необходимо осуществлять исходя из уровней и динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями и ее структуры, сложившейся в регионе, с учетом реальных возможностей влияния на заболеваемость и смертность при онкологической

патологии. Обязательными компонентами при выборе приоритетов противораковой борьбы являются использование персонифицированных популяционных канцер-регистров и анализ социально-экономического ущерба в связи со смертностью от злокачественных новообразований. Рациональное использование имеющихся сил и средств позволяет достоверно улучшить показатели онкологической помощи населению.

2. Применение новых экономически обоснованных управленческих технологий позволяет улучшить количественные и качественные показатели деятельности специализированной онкологической службы без увеличения численности персонала и коечного фонда.

3. Объединение сил и средств региональной онкологической службы с ресурсами других структур общества, на основе целевой противораковой программы, позволяет достичь высокой медико-социальной и экономической результативности.

Апробация работы

Материалы диссертации доложены и обсуждены на:

- I-м Съезде онкологов стран СНГ (Москва, 1996);
- Всероссийском симпозиуме «Актуальные вопросы развития раковых регистров» (Санкт-Петербург, 1998);
- II-м Международном медицинском конгрессе (Ижевск, 1998);
- Международной конференции «Проблема загрязнения окружающей среды» (Москва, 1998);
- X-й Европейской онкологической конференции (Пергам, 1999);
- Коллегии Министерства здравоохранения Республики Татарстан «О состоянии и перспективах развития сельского здравоохранения Республики Татарстан» от 24.09.99 г.;
- II-м Съезде онкологов стран СНГ (Киев, 2000);
- V Всероссийском съезде онкологов (Казань, 2000).

Публикация результатов исследований

По теме диссертации опубликовано 57 научных работ, в том числе методические рекомендации, статистический сборник и пособие для врачей.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 201 странице машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 7 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Библиография включает 224 источника литературы, из них 146 отечественных и 78 зарубежных. Работа иллюстрирована 57 таблицами и 10 рисунками.

Материалы и методы исследования

Объектом нашего исследования при статистическом наблюдении явилось население, проживающее на территории Республики Татарстан.

В работе, по мере необходимости, применялись известные методы вычисления производных величин, методы построения динамических рядов, анализ достоверности разности показателей, для чего использовались труды отечественных и зарубежных авторов (Двойрин В.В., Аксель Е.М., 1990; Мерабишвили В.М., 1999; Smith P., 1987). В целом в методическом плане заболеваемость населения и деятельность онкологической службы изучены на традициях отечественной статистики здоровья и здравоохранения с учетом пожеланий и высказываний таких ведущих специалистов в этой области, как А.М.Мерков, Ю.П.Лисицын, О.П.Щепин, В.К.Овчаров, Е.Н.Шиган.

Изучение заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Татарстан осуществлялось сплошным методом, с использованием разработанной нами компьютерной системы персонифицированного учета больных злокачественными новообразованиями. Период наблюдения составил 7 лет (1993-1999 гг.), единицей наблюдения являлись впервые выявленные случаи заболеваний злокачественными новообразованиями, которые были включены в онкологический регистр Республики Татарстан. Общее количество зарегистрированных заболеваний за период наблюдения составило 59 780.

Для элиминирования различий возрастного-полового состава населения, при анализе интенсивных показателей использовали их стандартизацию с использованием мирового стандарта распределения населения.

На основании сопоставления интенсивных показателей заболеваемо-

сти за период 1993-1999 гг. провели компонентный анализ динамики (увеличения или уменьшения) числа случаев злокачественных новообразований, в соответствии с методическими указаниями ОНЦ РАМН (Двойрин В.В., Аксель Е.М., 1987).

Для оценки деятельности Клинического онкологического диспансера МЗ РТ использовали общепринятые количественные и качественные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений.

С целью оценки эффективности разработанной нами модели профилактических осмотров населения по раннему выявлению онкологической патологии визуальных локализаций, нами были организованы профилактические осмотры населения Тетюшского района Республики Татарстан силами медицинских работников района. Общее количество осмотренных составило 8350 человек. Для контроля за полнотой и качеством профилактических осмотров использовался разработанный нами «Бланк онкологического осмотра».

В ходе разработки организационных форм цитологического скрининга заболеваний шейки матки были обследованы 3971 женщина (из них 2874 проживающие в сельской местности и 1097 - в городской).

Для изучения результатов деятельности специализированной онкологической службы за рассматриваемый период применили анализ показателей социально-экономических потерь в связи со смертностью от злокачественных новообразований по методике В.В.Двойрина и Е.М.Аксель (1992), а также определили в динамике кумулятивный (обобщенный) показатель деятельности онкологической службы по методике В.В.Двойрина и Е.М.Аксель (1994).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Онкологическая ситуация в Республике Татарстан характеризуется высоким уровнем заболеваемости, значительным приростом числа заболевших, высоким удельным весом запущенных форм злокачественных новообразований среди впервые выявленных больных. Каждый 87-й житель республики страдает в настоящее время этой болезнью.

Анализируя динамику заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Татарстане можно отметить, что за период с 1993 по 1999 гг. произошло увеличение рассматриваемого показателя (рис. 1).

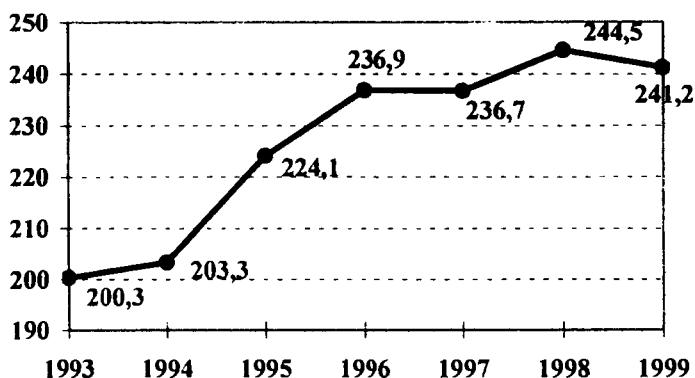


Рис. 1. Динамика интенсивных показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Республики Татарстан за период 1993-1999 гг. (на 100 тысяч населения)

Общий прирост числа злокачественных новообразований в Республике Татарстан за рассматриваемый промежуток времени у мужчин был меньше, чем у женщин (11,12% и 30,55% соответственно). При этом у мужчин прирост числа заболеваний в большей мере обусловлен изменениями структуры и численности населения, в то время как у женщин компонента прироста, связанная с изменением (увеличением) риска заболеть значительно опережает компоненту прироста, связанную с изменением возрастной структуры населения (табл. 1).

Таблица 1

Компоненты прироста числа вновь выявленных заболеваний злокачественными новообразованиями (ЗНО) в Республике Татарстан за период 1993-1999 гг., в %% к исходному уровню

Локализация опухоли	Общий прирост	В том числе в связи с изменением:	
		численности и возрастной структуры населения	риска заболеть
Все ЗНО (мужчины)	11,12	7,26	3,86
Все ЗНО (женщины)	30,55	3,91	26,64

Лидирующими локализациями злокачественных новообразований в Республике Татарстан являются трахея, бронхи и легкие, желудок, кожа, молочные

железы, толстый кишечник. При этом ряд локализаций рака, имеющих высокий удельный вес в структуре заболеваемости, демонстрируют высокие показатели абсолютного прироста и темпа прироста заболеваемости, среди них у лиц обоего пола - кожа, прямая кишка, у женщин - молочные железы и шейка матки, у мужчин - предстательная железа.

В результате динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями произошло ранговое перераспределение регионов республики по этому показателю: если первое место по-прежнему занимает г.Казань, то вторую и третью позиции занимают соответственно Предволжский и Северо-западный регионы республики. Изменения уровней заболеваемости достоверны и не случайны ($P < 0,05$). Стандартизованные показатели заболеваемости в регионах республики свидетельствуют о значительном влиянии на этот показатель возрастного состава населения: при элиминации возрастного фактора заболеваемость в г.Набережные Челны выдвигается на 3-е место.

Интенсивные (обычные) показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями среди жителей сельской местности за все рассматриваемые годы оказались выше чем у горожан, как среди мужчин, так и среди женщин. Об этом свидетельствует средний многолетний показатель заболеваемости за период 1993-1999 гг., который среди жителей села был достоверно выше, чем среди горожан ($259,12 \pm 7,06$ и $215,01 \pm 8,09$ соответственно).

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями за период 1993-1999 гг. происходили определенные изменения, хотя первые три ранговых места во всей популяции по-прежнему занимают трахея, бронхи и легкие (1-е место), желудок (2-е место) и молочные железы (3-е место). Структура злокачественных новообразований у мужчин и женщин в Республике Татарстан в 1999 году представлена на рисунках 2 и 3.

Злокачественные новообразования являются одной из основных причин смертности населения Республики Татарстан, составляя более 14% в общей структуре смертности и уступая по этому показателю лишь смертности от болезней системы кровообращения, а также от несчастных случаев, отравлений и травм.

За период 1993-1999 гг. прирост абсолютного числа умерших от злокачественных новообразований мужчин составил 9,05%, женщин - 14,26%.



Рис. 2. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения Республики Татарстан в 1999 г. (%)



Рис. 3. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения Республики Татарстан в 1999 г. (%)

В структуре смертности населения Республики Татарстан от злокачественных новообразований за рассматриваемый период произошли определенные изменения, отражающие динамику структуры и уровней онкологической заболеваемости, а также степень повышения эффективности лечения злокачественных новообразований различных локализаций опухолевого процесса. За 1993-1999 гг. в структуре онкологической смертности снизился удельный вес опухолей желудка, печени, пищевода, шейки матки. Увеличилась доля злокачественных новообразований легких, молочной железы у женщин, толстого кишечника, почек, мочевого пузыря, предстательной железы. Рейтинговое распределение мест в структуре смертности мужского населения Республики Татарстан следующее: опухоли легкого, трахеи, бронхов (29,67%), желудка (16,82%), пищевода (5,95%), поджелудочной железы (5,58%), прямой кишки (5,42%), печени (5,17%), рта и глотки (4,42%), ободочной кишки (4,10%), предстательной железы (3,98%), мочевого пузыря (3,45%), лимфатической и кроветворной тканей (3,39%), гортани (3,14%), головного мозга и других отделов нервной системы (2,17%), губы (1,47%). В структуре смертности женского населения Татарстана ведущие места занимают опухоли молочной железы (16,99%), желудка (14,91%), поджелудочной железы (7,42%), ободочной кишки (6,66%), прямой кишки (6,40%), шейки матки (6,40%), печени (5,43%), яичников (4,62%), тела матки (4,11%), лимфатической и кроветворной тканей (4,11%), пищевода (3,49%), почек (2,96%), головного мозга и других отделов нервной системы (2,61%), желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков (2,47%).

В связи со смертностью от злокачественных новообразований население Республики Татарстан теряет ежегодно 33,6 тыс. человеко-лет жизни, в том числе 14,9 тыс. в трудоспособном возрасте. Размер условно-недопроизведенного национального дохода вследствие этого составляет 86,2 млн. рублей (в ценах 1990 г.), в том числе 17,99 млн. рублей в связи со смертностью от визуальных локализаций злокачественных новообразований.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОТИВОРАКОВОЙ ПРОГРАММЫ

Ежегодный неуклонный рост заболеваемости и смертности при злокачественных новообразованиях, недостаточная эффективность деятельности онкологической службы на фоне сложностей с текущим финансированием здравоохранения придают исследованиям, направленным на улучшение специализированной онкологической помощи населению на уровне региона Российской Федерации, особую актуальность. В силу этого проблемы, связанные с заболеваемостью злокачественными новообразованиями, из чисто медицинских трансформируются в социально-экономические проблемы для общества в целом. Злокачественные новообразования в масштабах популяции, по сравнению со многими социально-значимыми заболеваниями, отличаются крайне низким уровнем управляемости, прежде всего из-за невозможности связать заболевание в подавляющем большинстве случаев с конкретной причиной, а следовательно и устранить ее. Значимые результаты в противораковой борьбе могут быть получены лишь при объединении усилий органов здравоохранения с общественными, политическими, промышленными структурами общества, при обязательной поддержке Правительства. Эти обстоятельства легли в основу разработанной нами «Противораковой программы Республики Татарстан», которая была утверждена Кабинетом Министров в июле 1995 г. В Программе были определены вопросы управления, популяции подлежащие охвату ее мероприятиями, очередность проведения мероприятий, локализации злокачественных новообразований, охватываемые отдельными составляющими Программы, сформулированы цели и критерии их достижения. Идеологической базой формирования Программы явилась разработка таких направлений противораковой борьбы, реализация которых не входит непосредственно в круг обязанностей специализированных учреждений, но без осуществления которых невозможно достижение прогресса в противораковой борьбе.

В качестве приоритетных направлений деятельности мы выбрали достаточно ограниченный спектр вопросов, связанных с поиском путей повышения эффективности использования существующего коечного фонда, разработки моделей раннего выявления злокачественных новообразований в масштабах всего региона, поиск наиболее рациональных путей повышения социальной активности населе-

ния в вопросах профилактики злокачественных новообразований.

Таким образом, разработанная нами Противоораковая программа должна была выполнять пилотные функции, т.е. создавать условия для разработки практических моделей в решении таких актуальных вопросов организации онкологической помощи, финансирование которых не предусмотрено существующими статьями расходов бюджета здравоохранения. Основным критерием для включения того или иного направления противораковой борьбы в противораковую программу должна быть возможность внедрения результатов исследования в практику здравоохранения без значительных финансовых вливаний. Исходя из этого, в программу мы включили следующие направления деятельности:

1. Оптимизация планирования деятельности онкологической службы.
2. Снижение заболеваемости раком шейки матки.
3. Снижение запущенности и смертности при раке молочной железы.
4. Разработка моделей скрининга онкологической патологии в сельских районах республики.

Направление 1. Оптимизация планирования деятельности онкологической службы Республики Татарстан

Развитие данного направления требовало прежде всего организации системы технического и информационного обеспечения процессов планирования деятельности службы. Ключевым моментом такой системы является обеспечение полного учета всех случаев злокачественных новообразований на исследуемой территории, а также формирование больничного (госпитального) канцер-регистра о больных, получивших лечение в специализированном онкологическом учреждении. Внедрение системы персонифицированного учета всех случаев злокачественных новообразований на территории республики позволило осуществлять оценку распространенности и глубины проблемы, что необходимо для выбора приоритетов и принятия управленческих решений, предоставлять точную и клинически приемлемую информацию о характере заболевания. Это позволило оперативно оценивать эффективность деятельности онкологической службы и определять направления развития противораковых программ. Кроме того, с внедрением системы персонифицированного учета, стали возможны анализ эффективности деятельности службы по наиболее информативному критерию - выживаемости

больных, а также оценка социально-экономического ущерба, наносимого смертностью от злокачественных новообразований.

Информатизация деятельности ведущего специализированного онкологического учреждения Минздрава Республики Татарстан - Клинического онкологического диспансера, позволила решить еще одну очень важную проблему, а именно - совершенствование деятельности специализированного онкологического стационара путем внедрения системы финансово-экономического стимулирования персонала.

Одно из возможных решений данной проблемы кроется, на наш взгляд, в применении сдельной системы оплаты труда, позволяющей усилить связь оплаты с конечными результатами, повышение ее стимулирующей функции. Цель внедрения сдельной системы – повышение экономической эффективности работы подразделений и учреждения в целом за счет создания материальной заинтересованности членов коллектива не только в достижении лучших производственных результатов, но и в более рациональном использовании выделенных ресурсов (помещения, оборудования, медикаментов и т.д.). Механизм формирования сдельной оплаты труда в КОД МЗ РТ представлен на рисунке 4.

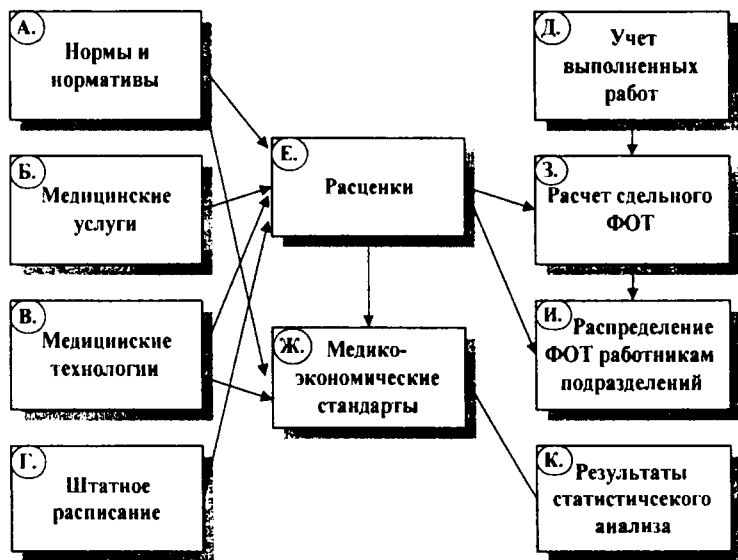


Рис.4. Механизм формирования сдельной оплаты труда КОД МЗ РТ

Контроль объема и качества медицинской помощи предполагает использование, как объективного критерия, централизованно рекомендованной нормативной базы и разработку недостающих норм и нормативов. На основе существующих и разработанных норм и нормативов нами были предложены технологические стандарты хирургических, лечебных, консультационных и диагностических услуг. Для этого все выполняемые в подразделениях медицинские услуги были предварительно объединены в клинико-статистические группы по признаку трудоемкости и сложности выполнения каждой услуги. Имеющиеся технологические стандарты постоянно дополняются и совершенствуются по мере появления новых медицинских услуг и в связи с внедрением новых медицинских технологий. Именно они легли в основу разработанных медико-экономических стандартов и системы сдельной оплаты труда.

В здравоохранении основополагающими являются нормы времени, на основе которых рассчитываются другие нормативные данные: расчетные нормы нагрузки, нормативы численности. В основных подразделениях среднее число койко-дней на одного больного по каждой клинико-статистической группе (КСГ) определялось расчетным путем на основе собранной статистики по подразделениям. При расчете норм времени в основных хирургических подразделениях все оказываемые медицинские услуги делятся на отдельные этапы лечения. Выделяются дооперационный этап, этап операции, послеоперационный этап. Для каждого отдельного этапа лечения определяется число врачей, задействованных в выполнении этапа, сложность выполнения работ.

Норма времени в вспомогательных подразделениях и отделениях диагностики корректировалась также на основе собранных статистических данных:

$$H_{вр} = \frac{T_{рез} \times 12}{n \sum_{i=1} (M_i \times K_i)}$$

где $T_{рез}$ – резерв времени работы подразделения за месяц,

M_i – количество оказанных медицинских услуг по i -той – клинико-статистической группе за месяц,

K_i – коэффициент сложности выполнения i ой услуги в подразделении,

n – число КСГ.

На тех участках, где труд каждого работника можно учесть точно, использовались принципы индивидуальной сдельной оплаты труда, когда воз-

награждение зависит от выполненного каждым сотрудником объема работ и расценок на все виды работ. В КОД МЗ РТ таким образом оплачивается труд врачей поликлиники и диагностических подразделений. Для врачей основных (имеющих больничные койки) и вспомогательных подразделений, оказывающих параклинические услуги, а также для среднего и младшего медперсонала всех подразделений используется коллективная сдельная система оплаты труда. Для этой категории работников вознаграждение каждого сотрудника зависит от результатов работы всего коллектива.

Для обеспечения оплаты труда с учетом квалификации, стажа непрерывной работы и т.д. осуществляется выплата соответствующих надбавок к сдельной зарплате. Нами используется прямая сдельная система оплаты труда, когда заработок работника определяется по заранее установленной расценке за каждую единицу выполненных работ. Таким образом, вознаграждение зависит от рассчитанных расценок, выполненного объема работ, уровня квалификации работника, непрерывного стажа и т.д.

На все виды медицинских услуг устанавливаются и утверждаются расценки с использованием разработанных норм и нормативов. Медицинские услуги, оказываемые в основных подразделениях, делятся на отдельные этапы лечения, для каждого отдельного этапа лечения формируется расценка. Для вспомогательных подразделений и поликлиники расценка рассчитывается для услуги в целом. Расценки для врачебного персонала и среднего/младшего персонала устанавливаются по разным расчетным формулам.

Расценки i -го этапа или i -ой медицинской услуги для врачебного персонала определяются:

1. Путем деления средней тарифной ставки подразделения на норму выработки:

$$R_i = \frac{T_{cp} \times K_i}{L_{раб} \times N} .$$

где T_{cp} – средняя месячная тарифная ставка в подразделении,

$$T_{cp} = Z_{min} \times K_{тар} ,$$

где Z_{min} - минимальный уровень оплаты труда для медицинских учреждений,

$K_{тар}$ - средний тарифный коэффициент,

K_i – поправочный коэффициент, учитывающий сложность i -го этапа медицинской услуги.

$L_{раб}$ – месячный фонд рабочего времени (дн),

N – нормативная нагрузка врача (количество обслуживаемых одним врачом коек в подразделении).

2. Умножением средней тарифной ставки на норму времени:

$$R_i = \frac{T_{cp} \times K_i \times H_{вр}}{L_{раб}} .$$

где T_{cp} – средняя месячная тарифная ставка в подразделении,

K_i – поправочный коэффициент, учитывающий сложность медицинской услуги,

$H_{вр}$ – норма времени (час),

$L_{раб}$ – месячный фонд рабочего времени (час).

Расчет расценок сдельной оплаты труда среднего и младшего медицинского персонала производится путем нормирования дневной нагрузки в подразделении в пересчете на условную услугу единичной сложности. Дневная норма нагрузки определяется исходя из нормативной численности среднего/младшего медицинского персонала по формуле:

$$H_{\partial} = \frac{\sum_{i=1}^n (N_i \times K_i)}{Ч_n \times L_{го\partial}} .$$

где N_i – количество койко-дней, обслуженных в подразделении за год.

K_i – коэффициент сложности выполненной услуги,

$Ч_n$ – нормативная численность среднего/младшего медицинского персонала,

$L_{го\partial}$ – годовой фонд рабочего времени (дн),

n – число КСГ.

Порядок расчета комплексной расценки среднего/младшего медицинского персонала следующий:

$$R_i = \frac{T_{cp} \times K_i}{H_{\partial} \times L_{раб}} .$$

где T_{cp} – средняя месячная тарифная ставка среднего/младшего медперсонала в подразделении,

K_i – поправочный коэффициент, учитывающий сложность медицинской услуги,

$L_{раб}$ – месячный фонд рабочего времени (дн).

В конце каждого месяца в каждом подразделении формируется отчет о выполненной работе. В отчетах основных подразделений указывается коли-

чество выписанных больных, в диагностических подразделениях и поликлинике указывается количество посещений по клинко-статистическим группам за отчетный период. На основе отчетов и имеющихся утвержденных расценок в отделе информатики рассчитываются фонды оплаты труда (ФОТ) каждой категории работников по подразделениям, при этом выделяются ФОТ врачей, среднего персонала, младшего персонала подразделения. В административно-хозяйственных подразделениях ФОТ формируется с использованием повременно-премиальной системы оплаты труда.

Расчет ФОТ врачей основного подразделения производится с учетом этапов лечения:

$$\Phi = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m (D_{ij} \times K_{исп} \times R_{ij}) \cdot$$

где D_{ij} – фактическое число койко-дней лечения больного на i -м этапе отчетном периоде по j -той КСГ,

$K_{исп}$ – коэффициент использования койки по санитарным нормам,

R_{ij} – расценка j -ой КСГ на i -м этапе лечения,

n – количество КСГ в подразделении,

m – количество этапов лечения по КСГ.

Расчет фонда оплаты труда среднего/младшего медперсонала производится также с учетом этапов лечения по каждой КСГ:

$$\Phi = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m (R_{ij} \times K_{ij} \times D_{ij}) \cdot$$

где D_{ij} – фактическое число койко-дней лечения больного на i -м этапе отчетном периоде по j -ой КСГ,

R_{ij} – расценка j -ой КСГ на i -м этапе лечения,

K_{ij} – коэффициент сложности выполненной услуги,

n – количество КСГ в подразделении,

m – количество этапов лечения по КСГ.

Расчет ФОТ врачей, среднего и младшего медперсонала вспомогательных, диагностических подразделений и поликлиники осуществляется по фактическому числу оказанных услуг:

$$\Phi = \sum_{i=1}^n (N_i \times R_i) \cdot$$

где N_i – фактическое число оказанных услуг,

R_i – расценка i -ой услуги,

n – число услуг.

Для оценки трудового вклада работника в общие результаты работы для врачей основных подразделений, а также для среднего/младшего медицинского персонала всех подразделений используется балльная система. Работа каждого сотрудника подразделения оценивается в баллах. Общая сумма баллов на каждую категорию медицинских работников равняется 100. На число баллов работника определенной категории влияют как объемные производственные показатели, так и показатели качества, соблюдение трудовой и производственной дисциплины, отношение к своим обязанностям, выполнение работ по смежной профессии и т.д. В бухгалтерско-экономическом отделе по итогам работы подразделения определяется стоимость балла в подразделении. Зарботная плата каждого сотрудника определяется исходя из ФОТ подразделения:

$$З_i = \frac{\text{ФОТ} \times B_i}{100} \cdot$$

где B_i – количество баллов сотрудника.

Для вспомогательных, диагностических подразделений и поликлиники, где ведется индивидуальный учет количества выполненных услуг на каждом рабочем месте, сдельная зарплата рассчитывается по формуле:

$$З_i = \sum_{i=1}^n (R_{ij} \times N_{ij}) \cdot$$

где R_{ij} – расценка j -ой услуги,

N_j – количество услуг j -го наименования за расчетный период,

n – фактическое число наименований оказываемых услуг.

Анализ результатов работы клиники за период действия внедренного стимулирующего механизма оплаты труда показал действенность выбранных методов для мотивации медицинского персонала. За первые три года работы наблюдалась стойкая тенденция увеличения объемных показателей работы клиники. При неизменном коечном фонде на 10% увеличилось число польвованных больных, на 3,5 дня сократилось пребывание больного на койке, на 25% возросло количество операций, в 4,4 раза увеличился оборот койки. В последующие годы наблюдалась стойкая тенденция увеличения числа сложных операций, использования сложных современных медицинских технологий. Результаты анализа представлены на рисунке 5.

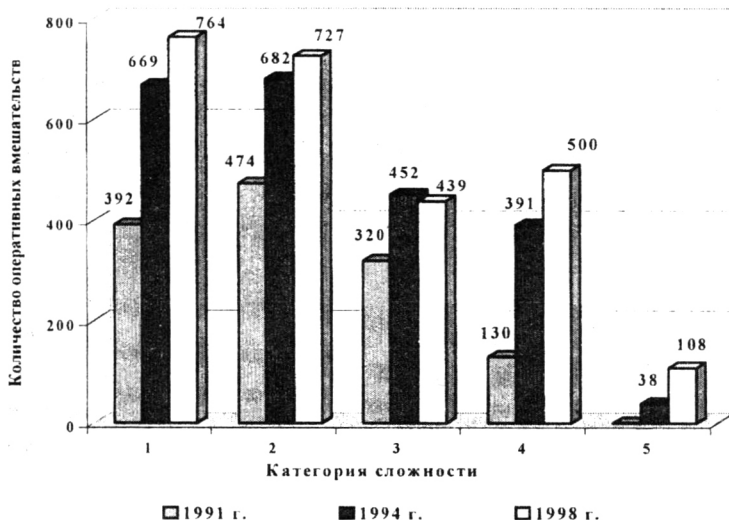


Рис. 5. Количество оперативных вмешательств различной категории сложности, выполненных в КОЦ МЗ РТ за период 1991-1998гг.

Результаты деятельности стационара Клинического онкологического диспансера в условиях внедренного механизма стимулирования персонала приведены в таблице 2.

Таблица 2

**Некоторые показатели деятельности
Клинического онкологического диспансера МЗ РТ**

Годы	Количество операций	Оперативная активность	Средний койко-день до операции	Послеоперационная летальность	Госпитальная летальность
1993	2090	83,3	7,3	2,4	2,1
1994	2134	82,0	6,8	1,59	1,02
1995	2272	98,7	6,0	2,24	1,66
1996	2342	85,2	6,5	2,81	1,29
1997	2842	85,2	6,5	2,81	1,39
1998	2604	95,0	5,6	1,69	0,99
1999	2905	97,2	5,1	1,51	0,88

Как видно из таблицы, с 1993 года отмечено улучшение всех количественных и качественных показателей деятельности Клинического онкологического диспансера МЗ РТ.

Направление 2. Снижение заболеваемости раком шейки матки

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения Республики Татарстан рак шейки матки составляет, по данным 1999 года, 5,0%. В 1993 году доля злокачественных новообразований шейки матки была несколько выше, составляя 6,2% в структуре заболеваемости всеми злокачественными новообразованиями. Наиболее высокие уровни структурного представительства заболеваемости отмечены в возрастной группе 30-39 лет (в 1993 году - 10,7%, в 1999 году - 17,5%).

Летальность на первом году жизни с момента установления диагноза при этом заболевании в Татарстане составляет около 20%. Следовательно, раннее выявление злокачественных новообразований шейки матки остается серьезной проблемой здравоохранения.

Исходя из этого мы реализовали ряд мероприятий по активизации раннего выявления рака шейки матки в Республике Татарстан, а именно:

- обучение медицинских кадров;
- адаптация сознания населения к участию в массовом скрининге рака шейки матки, путем активизации санитарно-просветительской деятельности;
- собственно профилактические осмотры женщин с применением цитологического анализа.

Для отработки практических вопросов цитологического скрининга нами был организован цитологический скрининг среди женского населения в Тетюшском районе Республики Татарстан.

С целью анализа эффективности проводимых мероприятий мы провели исследование динамики показателей заболеваемости и смертности при раке шейки матки в Республике Татарстан (табл. 3).

Таблица 3

**Заболееваемость и смертность при раке шейки матки в
Республике Татарстан (на 100 тыс. населения)**

Годы	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Абсолютное число заболевших на 100 тыс. женского населения	223	246	247	254	260	296	234
Абсолютное число умерших на 100 тыс. женского населения	11,90	12,30	12,33	12,66	12,94	14,70	11,61
Абсолютное число умерших на 100 тыс. женского населения	182	200	192	190	200	190	152
	9,13	10,00	9,58	9,47	9,95	9,44	7,54

Опираясь на полученные данные можно сделать вывод, что определенные результаты в этом направлении противораковой борьбы достигнуты. Темп роста заболеваемости раком шейки матки в Республике Татарстан за период 1993-1999 годы составил 97,56%, то есть заболеваемость уменьшилась на 2,44%. Подъем заболеваемости за период 1993-1998 годы объясняется увеличением числа выявленных больных за счет повышения онкологической настороженности и грамотности медицинских работников в вопросах диагностики злокачественных новообразований шейки матки. В 1999 году заболеваемость раком шейки матки снизилась, что можно прежде всего объяснить своевременным лечением предраковых заболеваний шейки матки у женщин, выявленных в ходе цитологического скрининга. Показатель смертности при раке шейки матки за период 1993-1999 годы снизился на 17,42%.

Выявленная динамика показателей позволяет констатировать эффективность деятельности онкологической службы при реализации данного направления противораковой программы.

Направление 3. Уменьшение смертности при раке молочной железы

Рак молочной железы составляет более 20% в структуре заболеваемости всеми злокачественными новообразованиями женского населения Республики Татарстан. Следовательно, улучшение специализированной помощи и, прежде всего, выявление заболевания на ранних стадиях, является актуальной

задачей. Причем организация выявления опухолей молочной железы среди женщин городов и сельской местности имеет некоторые отличия.

В городской местности наиболее приемлемой стратегией является организация специализированных маммологических центров и активное привлечение женщин в эти учреждения для обследования. В то время как на селе необходимо ориентироваться на существующую сеть фельдшерско-акушерских пунктов с обеспечением ежегодного осмотра прикрепленных женщин силами первичного медицинского звена и организацией этапности в уточняющей диагностике.

Исходя из этого, в 1997 г. в Клиническом онкологическом диспансере Министерства здравоохранения РТ был сформирован Маммологический центр, как координирующая структура, обеспечивающая преемственность и контролирующая соблюдение стандартов диагностики и лечения заболевания на всех этапах медицинской помощи. Принципиальными отличиями его от существующих аналогичных структур являются, во-первых, работа с населением по увеличению обращаемости женщин на профилактическое исследование и, во-вторых, наличие в его структуре не только врача-маммолога, но и гинеколога и эндокринолога, что позволяет охватить все возможные звенья патогенеза и лечения предопухолевой патологии молочных желез.

Наряду с развитием технологий диагностики и лечения опухолей молочных желез, очень важная роль в улучшении отдаленных результатов специализированного лечения этой патологии принадлежит фактору личной инициативы пациенток. Поэтому поиск путей наиболее рациональных методов информационного воздействия в целях увеличения обращаемости на профилактические осмотры населения является ключевым при их организации. Для организации потока женщин в маммологический центр мы организовали в декабре 1997г. трансляцию по городскому телеканалу передачи, посвященной деятельности маммологического центра. Передача носила информационный характер и была построена следующим образом:

1. Кратко, в доступной форме, были освещены проблемы заболеваемости, лечения и профилактики рака молочной железы.
2. Показаны технические возможности Клинического онкологического диспансера Минздрава Республики Татарстан.

3. Интервью ведущего маммолога республики.
4. Информация о режиме работы центра и номер его телефона.

Оценку эффективности данного мероприятия проводили по количеству телефонных звонков и количеству посещений маммологического центра.

По нашим данным, количество посещений в маммологическом центре, составлявшее 15-20 женщин в месяц, после одной телетрансляции составило: 1-й месяц – 86, 2-й - 102, 3-й – 55, 4-й - 56, 5-й – 52, 6-й – 34. Следовательно, количество посещений увеличилось в 4,5 раза, а эффект одной телетрансляции длится 5 месяцев.

Наиболее объективным показателем своевременности диагностики рака молочной железы является одногодичная летальность (летальность на первом году жизни с момента установления диагноза). В таблице 4 представлена динамика рассматриваемого показателя среди женщин Республики Татарстан (по данным Государственной статистической отчетной формы №35).

Таблица 4

**Одногодичная летальность на при раке молочной железы
в Республике Татарстан (на 100 тыс. населения)**

Показатель	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Годичная летальность	15,9	18,5	16,2	16,2	18,0	17,4	13,4

Как видно из таблицы, показатель одногодичной летальности при раке молочной железы увеличивался до 1997 года, после чего начал снижаться и в 1999 году опустился до 13,4%.

При анализе деятельности специализированной онкологической службы в целях оказания медицинской помощи больным раком молочной железы в Республике Татарстан можно отметить увеличение показателя 5-летней выживаемости больных за период 1993-1998 гг. с 55,52% до 60,92% в 1998 г. ($P < 0,05$). Положительная динамика рассматриваемого показателя отмечается и для показателя трехлетней выживаемости за четырехлетний период: 65,33% в 1993 г. и 72,09% в 1996 г. ($P < 0,05$). Показатель одногодичной выживаемости увеличился с 84,11% в 1993 г. до 92,79% в 1998 г. ($P < 0,05$).

Направление 4. Разработка моделей скрининга онкопатологии на базе Тетюшского района Республики Татарстан

В силу того, что здравоохранение Российской Федерации в течение последних лет функционирует в сложнейших социально-экономических условиях, резко сократилось число профилактических осмотров населения. В сложившихся обстоятельствах организация деятельности фельдшерско-акушерских пунктов, как первого этапа противораковой борьбы, позволяет привлечь к вторичной профилактике рака значительные профессиональные ресурсы.

Исходя из этого мы разработали и внедрили в Тетюшском районе Республики Татарстан организационную модель профилактических осмотров населения с целью раннего выявления злокачественных новообразований, представляющую собой алгоритм деятельности медработника ФАП. Алгоритм включает в себя:

- 1) характеристику наиболее частых симптомов визуальных локализаций злокачественных новообразований;
- 2) показания для направления пациентов на врачебный этап диагностики.

Схема обследования включала в себя сбор анамнеза, физикальный осмотр, а также цитологическое исследование мазка шейки матки. Для контроля за полнотой и качеством профилактических осмотров использовали разработанный нами «Бланк онкологического осмотра», вкладываемый в амбулаторную карту каждого жителя, обслуживаемого данным ФАП. При обнаружении подозрительных симптомов пациенты направлялись на врачебный этап диагностики. Установлено, что данная форма деятельности позволила достоверно увеличить выявляемость злокачественных новообразований, по сравнению с контрольной группой (таблица 5).

Таблица 5

Выявляемость злокачественных новообразований на профилактических осмотрах в Тетюшском районе за период 1993-1998 гг. (на 1000 осмотренных)

Годы	Районный центр	Сельские населенные пункты	Достоверность разности показателей t (критерий Стьюдента)	P
1993- 1995	0,14±0,04	0,18±0,05	0,6	>0,05
1996-1998	0,14±0,02	0,22±0,07	4,6	<0,05

Кроме того, показатель одногодичной летальности среди женщин Тетюшского района оказался на 16,9% меньше, чем в предыдущем году.

Таким образом, разработанная нами организационная форма противораковой борьбы демонстрирует свою результативность в двух аспектах:

- позволяет достоверно увеличить выявляемость злокачественных новообразований;
- дает возможность существенно снизить одногодичную летальность (а следовательно и запущенность) при злокачественных новообразованиях у женщин.

Поскольку стоимость лечения больных возрастает с увеличением стадии заболевания, снижение запущенности имеет и экономический эффект. В 1998 году общее количество женщин в сельских районах республики с запущенными стадиями злокачественных новообразований визуальных локализаций составило 354. При снижении этого количества на 16,9% (60 больных) ожидаемый экономический эффект составит 2 319 037 рублей, или 38 651 рубль в пересчете на одну выявленную больную (табл.6). При расчетах использовались медико-экономические стандарты лечения больных, разработанные и утвержденные в Клиническом онкологическом диспансере Минздрава РТ.

Таблица 6

Стоимость лечения злокачественных новообразований в зависимости от стадии процесса и ожидаемый экономический эффект от снижения количества запущенных случаев на 16,9%

Локализация рака	Стоимость лечения (в руб.)		Разница (в руб.)	Число запущенных случаев ЗНО в 1998г.	Ожидаемый экономический эффект (в руб.)
	I-II стадии	III-IV стадии			
Губа	17 047	24 272	7 225	1	1221
Кожа (с меланомой)	6 216	48 964	42 748	13	93 917
Молочные железы	10 162	54 266	44 104	240	1 788 858
Шейка матки	8 093	29 801	21 708	36	132 071
Прямая кишка	13 079	43 450	30 371	55	282 298
Щитовидная железа	7 800	21 391	13 591	9	20 672
ВСЕГО				354	2 319 037

Цены указаны на декабрь 1998 года.

Следовательно, предложенный нами подход демонстрирует высокую медико-социальную и экономическую результативность. Ожидаемый экономический эффект определен только по отношению к стоимости лечения выявленных больных, поэтому его можно считать эффектом по линии здравоохранения. Можно было бы таким же образом оценить результат и в области социального страхования и соответствующие потери от недопроизведенной продукции в экономике и т.д., но это не входило в задачи нашего исследования.

Таким образом, реализация комплексной системы мероприятий, направленных на повышение эффективности деятельности онкологической службы региона позволила улучшить результаты специализированной помощи населению.

Подтверждением этого является положительная динамика обобщенного (кумулятивного) показателя деятельности онкологической службы, который за период с 1993 г. по 1999 г. увеличился с 0,283 до 0,435. Кроме того, организация противораковой борьбы в Республике Татарстан на основе комплексной реализации приоритетных направлений деятельности позволила в 1998 г. достичь снижения размера условно недопроизведенного национального дохода в связи со смертностью от злокачественных новообразований, по сравнению с 1993 г., на 5,2%, что соответствует 4,7 млн. рублей условно-недопроизведенного национального дохода в ценах 1990 г.

ВЫВОДЫ

1. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Республике Татарстан за период 1993-1999 гг. увеличилась на 20,41%, составив 241,23 на 100 тыс. населения. При этом темп роста заболеваемости у женщин значительно превышает таковой у мужчин (130,55% и 111,12% соответственно), хотя уровни заболеваемости у женщин, по сравнению с мужчинами, остаются на более низком уровне (234,45 и 248,95 на 100 тыс. населения соответственно). Средний многолетний показатель заболеваемости за период 1993-1999 гг. среди жителей села был достоверно выше, чем в городской местности ($259,12 \pm 7,06$ и $215,01 \pm 8,09$ соответственно).

2. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (по данным 1999 г.) у мужчин на первом месте находятся опухоли трахеи.

бронхов и легких (23,6%), далее следуют опухоли желудка (13,8%), толстого кишечника (9,9%), кожи (7,1%). У женщин на первом месте в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями находятся опухоли молочной железы (21,2%). Далее располагаются опухоли гениталий (16,0%), кожи (11,0%), толстого кишечника (10,8%). Визуальные локализации рака составляют у женщин более 40%, в то время как у мужчин их доля в два раза меньше. Прирост заболеваемости у женщин в большей мере обусловлен увеличением риска заболеть, в то время как у мужчин увеличение заболеваемости связано, в основном, с изменением возрастной структуры населения.

3. Смертность от злокачественных новообразований в Республике Татарстан за рассматриваемый период увеличивалась в среднем на 2% ежегодно, составив в 1999 году 161,47 на 100 тыс. населения. У женщин темп роста смертности опередил аналогичный показатель у мужчин (114,26% и 109,05% соответственно). В связи со смертностью от злокачественных новообразований население Республики Татарстан теряет ежегодно 33,6 тыс. человеко-лет жизни, в том числе 14,9 тыс. в трудоспособном возрасте, вследствие чего размер условно недопроизведенного дохода составляет 86,2 млн. рублей (в ценах 1990 года). Величина условно недопроизведенного национального дохода в связи со смертностью от визуальных локализаций злокачественных новообразований составляет 7,41 млн. руб. у мужчин и 10,58 млн. руб. у женщин (13,10% и 39,68% потерь от смертей при всех злокачественных новообразованиях соответственно).

4. Предложенный нами подход к решению проблемы своевременной диагностики злокачественных новообразований визуальных локализаций позволяет уменьшить количество запущенных случаев заболеваний у женщин. За счет снижения стоимости последующего лечения достигается экономический эффект в размере 38 651 рубль в расчете на одну своевременно выявленную больную.

5. Рациональная организация выявления заболеваний шейки матки с использованием цитологического скрининга среди женщин в Республике Татарстан позволила снизить заболеваемость на 2,44% и уменьшить смертность на 17,42% при этой патологии.

6. Комплексный подход к улучшению диагностики при раке молочной железы в республике привел к увеличению показателя 5-летней выживаемости при этой патологии на 5,4%.

7. Использование разработанной нами системы финансово-экономического стимулирования персонала позволило, при неизменном коечном фонде специализированного онкологического учреждения, увеличить число использованных больных на 10%, снизив на 3,5 дня пребывание больного на койке.

8. Применение средств массовой информации (радио, телевидения, газет) в целях повышения онкологической настороженности является важным элементом в обеспечении ранней диагностики опухолей, позволяя увеличить обращаемость женщин на профилактические осмотры в 4-5 раз по сравнению с исходным уровнем.

9. Кумулятивный (обобщенный) показатель состояния онкологической помощи в Республике Татарстан за период 1993-1999 гг. увеличился с 0,283 до 0,423, что свидетельствует о существенном улучшении результатов деятельности онкологической службы.

10. Организация деятельности онкологической службы Республики Татарстан на основе разработанной Противораковой программы позволила в 1998 г. снизить размер условно недопроизведенного национального дохода в связи со смертностью от злокачественных новообразований на 5,2%, по сравнению с 1993 г.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Руководителям территориальных органов здравоохранения, с целью совершенствования деятельности онкологической службы, необходимо формировать адекватные территориальные Противораковые программы, исходя из медико-экономических возможностей конкретного региона на данном этапе его социально-экономического развития.

2. В целях достижения высоких количественных и качественных показателей деятельности специализированных онкологических учреждений рекомендуется внедрение системы финансово-экономического стимулирования их персонала.

3. Необходимо повышение эффективности деятельности фельдшерско-акушерских пунктов в целях раннего выявления визуальных локализаций зло-

качественных новообразований, как важной составляющей противораковой борьбы.

4. При разработке региональных противораковых программ и оценке эффективности от их внедрения необходимо использовать материалы популяционного ракового регистра на основе компьютерных технологий.

5. В методологии организации противораковой борьбы следует ориентироваться на адекватный выбор направлений деятельности, исходя из обеспеченности необходимыми ресурсами и определения критериев достижения цели.

6. При организации деятельности онкологической службы в масштабах региона в настоящее время необходимо ориентироваться на визуальные локализации злокачественных новообразований, как наиболее перспективное направление с точки зрения снижения социально-экономических потерь при злокачественных новообразованиях.

7. В программы дополнительного последиplomного образования руководителей здравоохранения, врачей онкологов и врачей общей практики, а также медицинских работников амбулаторно-поликлинической службы рекомендуется включить раздел «организация раннего выявления злокачественных новообразований визуальных локализаций».

8. При организации противораковой борьбы в сельских районах, для активизации населения в вопросах охраны собственного здоровья, целесообразно использовать возможности административных органов и структур местного самоуправления.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Иванов А.В., Воронин В.А., Дубровский А.В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в районах Республики Татарстан, расположенных в бассейнах рек Волга и Кама // Материалы научно-практической конференции: Рациональное использование и прогноз качества водных ресурсов Республики Татарстан. - Казань, 1992. - С.70-71.

2. Карпенко Л.Г., Сулимова А.К., Хасанов Р.Ш. Использование маркетинговых методов в планировании деятельности медицинского учреждения //Тез.докл.респ.конф.: Экономические методы управления в здраво-

охранении, медицинское страхование и состояние здоровья населения. - Казань, 1994. - С.30-31.

3. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т. Медико-демографические проблемы онкологической службы Республики Татарстан // Тез.докл.респ.конф.: Экономические методы управления в здравоохранении, медицинское страхование и состояние здоровья населения. - Казань, 1994. - С.122-123.

4. Сулимова А.К., Карпенко Л.Г., Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т. Определение потребности населения республики в специализированной онкологической помощи // Тез.докл. VIII респ.конф. онкологов Татарстана: Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных новообразований. - Казань, 1995. - С.49-51.

5. Хасанов Р.Ш., Солнышкин А.В., Шакиров К.Т. Рак легкого в Татарстане // Тез.докл. VIII респ.конф. онкологов Татарстана: Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных новообразований. - Казань, 1995. - С.53-54.

6. Хасанов Р.Ш., Трегубова Р.З., Жарков В.С. Некоторые вопросы информатизации клинического онкологического центра Республики Татарстан // Тез.докл. VIII респ.конф. онкологов Татарстана: Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных новообразований. - Казань, 1995. - С.55-56.

7. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Молокович Н.Н., Воронин В.А. Об уровнях и динамике заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Татарстан // Тез.докл. VIII респ.конф.онкологов Татарстана: Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных новообразований. - Казань, 1995. - С.56-57.

8. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Трегубова Р.З., Сафиуллина М.А. Автоматизированная система учета движения диспансерных онкологических больных на основе ПЭВМ // Тез.докл. VIII респ.конф.онкологов Татарстана: Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных новообразований. - Казань, 1995. - С.57-58.

9. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в возрастном аспекте, как одна их возможностей повышения эффективности профилактических осмотров // Материалы конференции: Актуальные вопросы онкологии. - Барнаул, 1996. - С.117-119.

10. Хасанов Р.Ш., Трегубова Р.З. Внедрение информационных техно-

логий в клиническом онкологическом центре // Материалы международного симпозиума: Актуальные вопросы онкологии. - С.-П., 1996. - С.35-37.

11. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Карпенко Л.Г. Проблемы оптимизации деятельности онкослужбы Республики Татарстан // Материалы международного симпозиума: Актуальные вопросы онкологии. - С.-П., 1996. - С.27-38.

12. Хасанов Р.Ш., Гилязутдинов И.А., Шакиров К.Т. История развития онкологической службы Республики Татарстан // Сборник трудов Клинического онкологического центра МЗ РТ. - Казань, 1996. - Т.1. - С.7-12.

13. Хасанов Р.Ш., Низамов И.Г., Шакиров К.Т., Гасилин В.В., Абзалов Б.И., Трегубова Р.З. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Республике Татарстан за период 1990-1994 гг. // Сборник трудов Клинического онкологического центра МЗ РТ. - Казань, 1996. - Т.1. - С.12-18.

14. Хасанов Р.Ш., Карпенко Л.Г., Сулимова А.К. Проблемы оценки качества медицинской помощи // Сборник трудов Клинического онкологического центра МЗ РТ. - Казань, 1996. - Т.1. - С.18-21.

15. Петров С.В., Райхлин Н.Т., Балатенко Н.В., Хасанов Р.Ш. Возможности и ограничения иммуногистохимической диагностики опухолей человека // Материалы 1 Съезда онкологов СНГ. - М., 1996. - С.124.

16. Хасанов Р.Ш., Низамов И.Г., Шакиров К.Т., Зыятдинов К.Ш. Организация онкологической помощи в Татарстане на основе комплексной программы // Материалы 1 Съезда онкологов СНГ. - М., 1996. - С.24-25.

17. Комарова Л.Е., Сагайдак В.Н., Корольчук В.П., Хасанов Р.Ш. и соавт. Демонстрационный проект РФ/ВОЗ по снижению смертности от ряда форм рака // Материалы 1 Съезда онкологов СНГ. - М., 1996. - С.15.

18. Афанасьева З.А., Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т. Организация urgentной помощи больным злокачественными новообразованиями при развитии у них неотложных состояний // Сборник трудов Клинического онкологического центра МЗ РТ. - Казань, 1997. - Т.2. - С.11-16.

19. Петров С.В., Большакова И.А., Шамсутдинов Н.Ш., Хасанов Р.Ш., Балатенко Н.В., Райхлин Н.Т. Иммуногистохимия раковых опухолей человека: молекулярно-биологические основы диагностики, показания, возможности и ограничения // Труды 1-го Съезда Российского общества патологоанатомов. - Москва, 1997. - С.176.

20. Хасанов Р.Ш., Карпенко Л.Г., Шакиров К.Т. Организация паллиативной помощи больным злокачественными новообразованиями в районах Республики Татарстан // Тез.докл.республ.конференции: Внебольничные учреждения в системе современного здравоохранения. - Казань, 1997. - С.202-203.

21. Хасанов Р.Ш., Карпенко Л.Г., Шакиров К.Т. Наш опыт организации поликлинического приема // Тез.докл.республ.конференции: Внебольничные учреждения в системе современного здравоохранения. - Казань, 1997. - С.201-202.

22. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Карпенко Л.Г., Трегубова Р.З. Заболеваемость злокачественными новообразованиями детей Республики Татарстан за период 1992-1996 гг. // Сборник трудов Клинического онкологического центра МЗ РТ. - Казань, 1997. - Т.2. - С.184-186.

23. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Дубровский А.В. Организация вторичной профилактики рака на доврачебном этапе медицинской помощи // Сборник трудов, посвященный 60-летию онкологической службы Челябинской обл. - Челябинск, 1998. - С.49.

24. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т. Визуальные локализации злокачественных новообразований в Республике Татарстан // Сборник трудов Клинического онкологического центра МЗ РТ. - Казань, 1998. - Т.3. - С.13-14.

25. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Дубровский А.В. Организация сбора информации в ходе профилактических осмотров // Сборник трудов Клинического онкологического центра МЗ РТ. - Казань, 1998. - Т.3. - С.130-131.

26. Мазитов Б.К., Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т. Выявление мотивации обращаемости населения в маммологический центр // Сборник трудов Клинического онкологического центра МЗ РТ. - Казань, 1998. - Т.3. - С.132-135.

27. Мазитов Б.К., Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т. Влияние просветительских телевизионных передач о патологии молочной железы на посещаемость маммологического центра // Сборник трудов Клинического онкологического центра МЗ РТ. - Казань, 1998. - Т.3. - С.136-138.

28. Ситдикова И.Д., Амиров Н.Х., Хасанов Р.Ш. и соавт. Заболеваемость женщин, работающих на канцероопасных предприятиях // Международный журнал иммунореабилитации. - М., 1998. - №8. - С.180.

29. Амиров Н.Х., Ситдикова И.Д., Хасанов Р.Ш. Экологический аспект

формирования злокачественных новообразований легких // Материалы 2-го Международного медицинского конгресса. - Ижевск, 1998. - С.68-69.

30. Ситдикова И.Д., Хасанов Р.Ш., Старшинова Т.С. Мутагенная активность воздуха рабочих зон производства резинотехнических изделий // Материалы 2-го Международного медицинского конгресса. - Ижевск, 1998. - С.91-92.

31. Ситдикова И.Д., Амиров Н.Х., Хасанов Р.Ш. Потенциальная производственная мутагенная опасность // Тез. докладов международной конференции: Проблемы загрязнения окружающей среды-98. - М., 1998. - С.181.

32. Петров С.В., Балатенко Н.В., Козырева Н.Ф., Винокурова Г.И., Мазитова Ф.М., Хасанов Р.Ш., Райхлин Н.Т. Фундаментальные и прикладные аспекты иммуногистохимической диагностики опухолей человека // Казанский мед.ж., 1998. - №2. - С.114-119.

33. Мерабишвили В.М., Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т. и соавт. Лейкозы и злокачественные лимфомы у детей в Европейской части России: проспективное контролируемое исследование в развитие программы ECCLIS // Материалы международного симпозиума: Актуальные вопросы организации и развития раковых регистров. - С.-П., 1998. - С.49-53.

34. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Дубровский А.В., Ситдилов Р.Ф. Организация выявления злокачественных новообразований у сельского населения // Материалы международного научного форума: Онкология на рубеже XXI века. - М., 1999. - С.415.

35. Хасанов Р.Ш., Гилязутдинов И.А., Мухамедьярова Г.Ш. Лучевая диагностика изменений молочных желез при гормональных заболеваниях женской половой сферы // Материалы международного научного форума: Онкология на рубеже XXI века. - М., 1999. - С.414.

36. Хасанов Р.Ш., Аглуллин И.Р., Солнышкин А.В. Новая методика оперативного лечения рака панкреатодуоденальной зоны // Материалы международного научного форума: Онкология на рубеже XXI века. - М., 1999. - С.413.

37. Хасанов Р.Ш., Аглуллин И.Р. Панкреатодуоденальная резекция в хирургии местнораспространенного рака желудка // Материалы международного научного форума: Онкология на рубеже XXI века. - М., 1999. - С.417.

38. Хасанов Р.Ш., Аглуллин И.Р., Зиганшин М.И. Применение новых технологий при операциях на печени // Материалы международного научного

форума: Онкология на рубеже XXI века. - М., 1999. -С.418.

39. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т. Показатели запущенности и годичной летальности при визуальных локализациях рака // Материалы международной научно-практической конференции: Избранные вопросы онкологии. - Барнаул, 1999. - С.67.

40. Petrov S., Balatenko N., Khasanov R. Creation of a stage by stage diagnostics of malignant tumors//10 st European cancer conference. - Pergamon. 1999. - V.35. - Suppl.4. - С.377.

41. Хасанов Р.Ш., Бурнашев Р.У., Шаймуратов И.М., Гилязутдинов И.А., Каценельсон В.М. Организация паллиативной медицинской помощи онкологическим больным // Материалы Поволжско-Уральской научно-практической конференции: Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения. - Казань, 1999. - С. 250.

42. Хасанов Р.Ш., Карпенко Л.Г., Сулимова А.К. Опыт сдельной оплаты труда медицинского персонала в клиническом онкологическом центре МЗ РТ // Материалы Поволжско-Уральской научно-практической конференции: Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения. - Казань, 1999. - С. 252.

43. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Дубровский А.В., Ситдииков Р.Ф., Байкеев Р.Ф. Организация сбора информации в ходе профилактических осмотров сельского населения // Материалы Поволжско-Уральской научно-практической конференции: Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения. - Казань, 1999. - С. 257.

44. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Дубровский А.В. и соавт. Выявление злокачественных новообразований визуальных локализаций на фельдшерско-акушерских пунктах / Метод. рекомендации. - Казань: Медицина, 1999. - 32с.

45. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Трэгубова Р.З Экономический эффект профилактических осмотров // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. - Киев, 2000. - Т.22. - С.49.

46. Петров С.В., Балатенко Н.В., Хасанов Р.Ш. Иммуногистохимическая диагностика опухолей человека: опыт работы системы повседневной верификации новообразований // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. - Киев, 2000. - Т.22. - С.80.

47. Хасанов Р.Ш., Гилязутдинов И.А., Шакиров К.Т. Вопросы организации паллиативной помощи в клиническом онкологическом центре МЗ РТ //

Паллиативная медицина и реабилитация. - М., 2000. - №3. - С.52.

48. Ситдикова И.Д., Амиров Н.Х., Хасанов Р.Ш., Нурхаметова Р.Б. Значимость экологических рисков в формировании показателей онкологической заболеваемости // Материалы V Всероссийского съезда онкологов. - Казань, 2000. - С.70-72.

49. Ситдикова И.Д., Амиров Н.Х., Хасанов Р.Ш., Нурхаметова Р.Б. Мутагенная активность факторов канцероопасных промышленных объектов (на примере производства искусственных кож) // Материалы V Всероссийского съезда онкологов. - Казань, 2000. - С.72-74.

50. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Трегубова Р.З. Выживаемость женщин, заболевших раком молочной железы за период 1993-1998 г., в Республике Татарстан // Материалы V Всероссийского съезда онкологов. - Казань, 2000. - С.98-100.

51. Хасанов Р.Ш., Шакиров К.Т., Трегубова Р.З. Компонентный анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Татарстан за период 1993-1998 гг. // Материалы V Всероссийского съезда онкологов. - Казань, 2000. - С.100-103.

52. Хасанов Р.Ш., Низамов И.Г., Зыятдинов К.Ш. и соавт. Злокачественные новообразования в Республике Татарстан в 1993-1998 годах. - Казань, 2000 г. - 152с.

53. Хасанов Р.Ш., Низамов И.Г., Шакиров К.Т., Трегубова Р.З. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Татарстан за период с 1993 по 1998 г. // Каз.мед. журнал. - Казань, 2000. - №4. - С.329-334.

54. Amirov N.K., Sitdikova I.D., Khasanov R.S. Potential occupational mutagenic hazard // 26 th international Congress on Occupational Health. - Singapore, 2000. - С.558.

55. Хасанов Р.Ш., Сулимова А.К., Карпенко Л.Г. и соавт. Сдельная оплата труда в Клиническом онкологическом центре // Российский онколог. журн. - М., 2001. - №1. - С43-46.

56. Хасанов Р.Ш. Выявление злокачественных новообразований визуальных локализаций в амбулаторно-поликлинических учреждениях / Пособие для врачей. - Казань: Медицина, - 2001. - 35с.

57. Хасанов Р.Ш. Рак шейки матки и цитологический скрининг в Республике Татарстан // Российский онколог. журн. (принята в печать 19.02.2001 г.).

Лицензия № 0092 от 10.07.97 г.
выдана Министерством информации и печати РТ.

Подписано в печать 02.03.01. Формат 60x84^{1/16}
Бумага писчая. Усл. печ. л. 2,1. Уч.-изд. л. 2,3.
Тираж 100 экз. Заказ Ф-28.

Отдел оперативной полиграфии РМБИЦ МЗ РТ.
420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125

九二