

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Светлана Альбертовна Валиуллина*, Елизавета Александровна Шарова

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии,
г. Москва, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-581

Цель. Определение эпидемиологических особенностей черепно-мозговой травмы у детей и оценка экономического ущерба, обусловленного данной заболеваемостью.

Методы. Была изучена заболеваемость детей черепно-мозговой травмой за 2003–2012 гг. в России по данным государственной статистической отчетности, за 2012 г. рассчитаны прямые медицинские и непрямые затраты в целом и на одного пациента.

Результаты. Исследование показало рост черепно-мозгового травматизма у детей за проанализированный период, преобладание бытовых травм среди причин, особенно у девочек. Величина ущерба от заболеваемости черепно-мозговой травмой у детей в России в 2012 г. составила около 4 млрд рублей. Вместе с тем полученная цифра оказалась заниженной, поскольку в России размер средств, затраченных на лечение одного больного, отстаёт на четверть стандартной стоимости случая черепно-мозговой травмы по стандартам обязательного медицинского страхования. С одной стороны, это может быть обусловлено высоким уровнем госпитализации детей с лёгкой черепно-мозговой травмой. С другой стороны, может объясняться недофинансированием здравоохранения, а также неучтённой при расчётах частью расходов на медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение, особенно при лечении детей с тяжёлой черепно-мозговой травмой.

Вывод. Снижение экономического ущерба от заболеваемости детей черепно-мозговой травмой возможно не только посредством предотвращения новых случаев, но и путём оптимизации оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, дети, заболеваемость, экономический ущерб, эпидемиологические особенности.

PREVALENCE OF TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDREN OF RUSSIAN FEDERATION: EPIDEMIOLOGY AND ECONOMIC ASPECTS

S.A. Valiullina, E.A. Sharova

Scientific and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma, Moscow, Russia

Aim. To define epidemiological features of traumatic brain injury in children and to assess economic losses caused by this condition.

Methods. The prevalence of traumatic brain injury in children for the period of 2003–2012 in Russia according to State Statistical Database. Direct and indirect economic losses (overall and per patient) were calculated for 2012.

Results. The study revealed an increase of traumatic brain injury prevalence in children for the analyzed period, with the domestic traumatism prevailing among all brain trauma injuries, especially in girls. The amount of economic losses due to traumatic brain injury in children of Russian Federation in 2012 was about 4 milliard roubles. However, this figure is considerably underestimated, because the amount of expenses per one patient with traumatic brain injury is a quarter less compared to the standard sum per one case traumatic brain injury according to the standards of obligatory health insurance. On the one hand, it may be explained by high admission rate in children with minor head injury. On the other hand, it may be a result of insufficient healthcare funding as well as unaccounted expenses for medical care and drug coverage, especially in children with severe traumatic brain injury.

Conclusion. The reduction of economic losses due to pediatric traumatic brain injury is possible not only by preventing new cases of traumatic brain injury but also by optimizing medical care.

Keywords: traumatic brain injury, children, prevalence, economic losses, epidemiological features.

Анализ экономического ущерба, обусловленного потерями здоровья населения, необходим для расчёта объёмов инвестиций в здравоохранение с целью повышения уровня общественного здоровья и предотвращения ранней смертности. Три составляющие экономического ущерба в результате потери здоровья связаны с заболеваемостью, инвалидностью и смертностью.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) лидирует среди всех травм в детском возрасте, обуславливая высокий уровень заболеваемости и госпитализации.

Целью исследования стало определение эпидемиологических особенностей ЧМТ у детей и оценка экономического ущерба, обусловленного

данной заболеваемостью.

Заболеваемость детей ЧМТ изучали за 2003–2012 гг., а экономический ущерб — за 2012 г., как в целом по России, так и в разрезе семи федеральных округов и двух городов федерального значения (Москвы и Санкт-Петербурга).

Заболеваемость ЧМТ у детей в возрасте 0–17 лет изучали по данным отчётной формы №57. Для расчёта экономического ущерба использовали отчётные формы №14 по госпитализированной заболеваемости, №57 по амбулаторной заболеваемости, №62 по стоимости расчётного норматива по Российской Федерации (РФ) и фактическим показателям территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) за 2012 г.; данные Федеральной службы государственной статистики РФ по численности

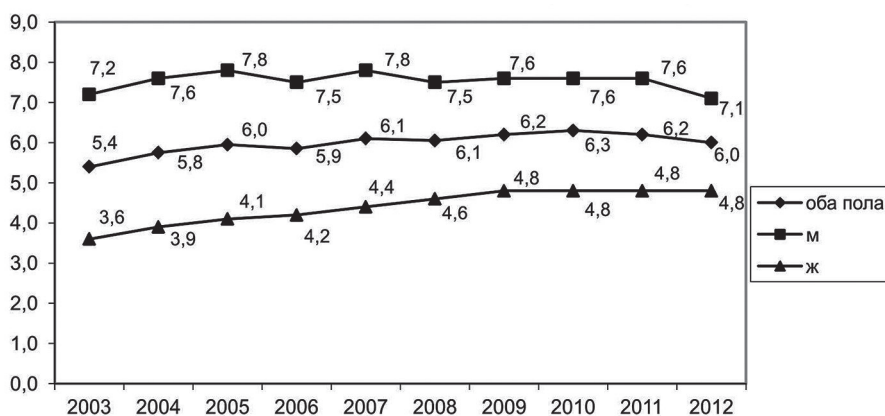


Рис. 1. Динамика возникновения черепно-мозговых травм у детей в возрасте 0-17 лет в РФ в 2003-2012 гг. (на 1000 детей)

детского населения в возрасте 0-17 лет включительно, по величине валового регионального продукта (ВРП), численности экономически занятого населения в 2012 г. [4].

Исследование экономического ущерба проводили в несколько этапов. Первоначально для оценки общего экономического ущерба, наносимого заболеваемостью ЧМТ у детей, рассчитывали прямые медицинские и косвенные (потери от временной нетрудоспособности родителей заболевшего) затраты как в целом по отрасли, так и в расчёте на одного пациента. Прямые медицинские затраты от детской ЧМТ в 2012 г. оценивали по стоимости амбулаторного обслуживания, стационарного лечения (количеству проведённых койко-дней) и затратам на услуги скорой медицинской помощи (СМП).

Стоимость амбулаторного обслуживания рассчитывали как произведение тройного тарифа за посещение (трёхкратное посещение за 14 дней) и количества случаев детской ЧМТ. Стоимость стационарного лечения определялась умножением количества проведённых койко-дней на тариф одного койко-дня, а услуг СМП — произведением количества вызовов скорой помощи на тариф вызова. Для расчёта стоимости медицинского обслуживания детей с ЧМТ использовали как единый расчётный норматив по РФ, так и фактические российский и региональный показатели стоимости единицы объёма оказанной медицинской помощи за 2012 г.

Косвенные затраты от детской заболеваемости ЧМТ оценивали путём расчёта количества потерянного рабочего времени (дней и лет) родителя и стоимости этого времени (стоимости недополученного ВРП для страны).

Общее количество потерянных рабочих дней в году (Тпрд) определено по формуле:

$$Тпрд = Тд \times БЛд,$$

где Тд — продолжительность нахождения на больничном листе (14 дней) одного из родителей заболевшего ребёнка при амбулаторном лечении

ЧМТ; БЛд — число родителей, берущих больничный лист в течение года (в исследовании мы допускаем, что это 50% всех амбулаторных случаев ЧМТ в году).

Косвенный ущерб от заболеваемости определялся стоимостью потерянного рабочего времени и стоимостной величиной не произведённого полезного регионального продукта:

$$Нз = Тпрд \times Сг,$$

где Нз — стоимость потерянного рабочего времени родителей в результате заболеваемости детей ЧМТ в году; Тпрд — количество рабочих лет, потерянных вследствие заболеваемости детей ЧМТ в году; Сг — подушевой размер ВРП, рассчитанный, исходя из численности населения, занятого в экономике в данном году.

На следующем этапе определяли стоимость одного случая детской ЧМТ, полученную путём пересчёта общей величины ущерба на количество случаев заболеваемости в году, с учётом разграничения прямых и косвенных затрат. Для расчёта использовали показатели госпитализированной заболеваемости как эквивалента стандартного лечения ЧМТ. Стоимость прямых медицинских затрат на один случай заболеваемости рассматривали в сравнении со стоимостью ЧМТ, рассчитанной на основе фактических показателей по РФ и регионам.

На долю ЧМТ в структуре детского травматизма приходится 5%. В общей структуре черепно-мозгового травматизма дети в возрасте 0-17 лет составляют 20,4%.

В исследуемый период в РФ на фоне неуклонного увеличения детского травматизма (на 22,1% по сравнению с 2003 г.) отмечен рост заболеваемости травмой головы у детей на 11%. Уровень ЧМТ достиг максимума в 2010 г., после чего наметилось его некоторое снижение (рис. 1). Возможно, это связано с особенностями кодификации с учётом происходящих экономических изменений.

У девочек заболеваемость ЧМТ увеличилась

Таблица 1

Уровни и динамика заболеваемости детей в возрасте 0–17 лет черепно-мозговой травмой в России и регионах в 2003–2012 гг. (на 1000 детского населения и в %)

ФО, регион	Оба пола			Мальчики			Девочки		
	2003 г.	2012 г.	Динамика, %	2003 г.	2012 г.	Динамика, %	2003 г.	2012 г.	Динамика, %
Центральный ФО	6,1	6,9	14	8,1	8,2	1,5	4	5,4	34
Северо-Западный ФО	8	8,6	7,7	10,4	10,1	–3,4	5,6	7,1	27,9
Южный ФО	3	3,3	9,1	4	4,2	4,1	2	2,3	17,3
Приволжский ФО	5,1	5,9	14,4	7	7	0	3,3	4,8	45,8
Уральский ФО	5,7	7,4	29,9	7,5	8,9	18,1	3,9	5,9	50,8
Сибирский ФО	5,3	5,1	–4,6	7	6,1	–12,5	3,6	3,9	9,3
Дальневосточный ФО	7,2	7,9	10,5	9	8,4	–6,9	5,3	7,4	39,7
Москва	10,9	12,2	11,9	14,6	14,3	–2,1	7,2	10,1	40,3
Санкт-Петербург	13	13,7	5,4	17,2	16	–7,0	8,8	11,2	27,3
Россия	5,4	6	11,1	7,2	7,1	–1,4	3,6	4,8	33,3

Примечание: ФО – федеральный округ.

Таблица 2

Стоимость случая черепно-мозговой травмы у детей в России и регионах в 2012 г.

Регионы	Стационарная помощь		Амбулаторная помощь		Вызов СМП	Случай ЧМТ
	Тариф, руб.	Стоимость, руб.	Тариф, руб.	Стоимость, руб.	Тариф, руб.	Всего, руб.
Центральный	2026,1	20 261	310,3	931	2460,4	23 652,6
Москва	3668,3	36 683	412,3	1236,9	4814,1	42 733,7
Северо-Западный	1857,5	18 575	353,4	1060,1	1765,6	21 400,4
Санкт-Петербург	2073,6	20 736	428,8	1286,4	1739,5	23 761,9
Южный	1276,1	12 761	175	525	1160	14 446,0
Приволжский	1328,9	13 289	212,3	636,9	1090,8	15 016,7
Уральский	2268,4	22 684	368,5	1105,5	2135,9	25 925,4
Сибирский	1542,9	15 429	252,6	757,8	1364,8	17 551,6
Дальневосточный	2399,3	23 993	380	1140	2531,4	27 664,4
Россия	1721,3	17 203	274,4	823,3	1732,2	19 768,6

Примечание: СМП – скорая медицинская помощь; ЧМТ – черепно-мозговая травма.

на 33%, тогда как у мальчиков несколько сократились (на 1,4%). Несмотря на то, что уровень черепно-мозгового травматизма у девочек изначально был в 2 раза ниже, чем у мальчиков, в указанный период произошло явное сближение данных показателей. К 2012 г. эта разница в показателях сократилась до 1,5 раз (см. рис. 1).

В структуре детского черепно-мозгового травматизма в зависимости от условий получения травмы доминировали бытовые травмы, доля которых к 2012 г. возросла до 52%. Рост показателей у девочек оказался более значимым: на 53,7% против 10,5% у мальчиков. Выявленные тенденции свидетельствуют о существующих изменениях в поведении девочек, ведении ими более динамичного образа жизни, приближении его к мужскому, что соответствует общемировой тенденции феминизации.

Выявлены региональные особенности в заболеваемости детей с травмами головы. К регионам

с наиболее высокими показателями травматизма относятся Санкт-Петербург, Москва, Северо-Западный и Дальневосточный федеральный округ (ФО), а с наименьшими – Южный ФО. В остальных регионах уровень заболеваемости приближен к среднероссийскому показателю $\pm 30\%$ (табл. 1). Положительная ситуация сохранялась в Южном ФО, сокращение возникновения новых случаев ЧМТ отмечено в Сибирском ФО, тогда как Уральский ФО, наоборот, характеризуется значительным ростом показателей, особенно у девочек.

При изучении эпидемиологии использовали коды S00–S09 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), касающиеся травм головы, поскольку ни в статистической отчетности, ни в МКБ не выделена ЧМТ отдельным понятием. При этом ни в России, ни за рубежом нет единого мнения о том, какие нозологические формы травмы головы

Таблица 3

Расходы на медицинское обслуживание детей с черепно-мозговой травмой в России и регионах в 2012 г.

Регионы	Стационарное лечение		Амбулаторное лечение		Вызовы СМП		Всего		
	млн руб.	%	млн руб.	%	млн руб.	%	млн руб.	%	% от ВРП
Центральный	332	82,5	39	9,7	31	7,8	403	100	0,002
Москва	173	75,1	26	11,2	32	13,7	231	100	0,002
Северо-Западный	129	81	21	12,9	10	6,1	159	100	0,003
Санкт-Петербург	44	72,1	12	19,8	5	8,1	61	100	0,003
Южный	133	89,2	9	5,9	7	4,8	149	100	0,003
Приволжский	229	87,9	21	8	11	4,1	260	100	0,003
Уральский	133	83,4	20	12,2	7	4,4	160	100	0,002
Сибирский	179	88,4	15	7,4	9	4,2	202	100	0,004
Дальневосточный	78	82,6	11	11,9	5	5,5	95	100	0,004
Россия	1234	85,5	130	9	79	5,5	1444	100	0,003

Примечание: СМП – скорая медицинская помощь.

Таблица 4

Распределение регионов по затратам на медицинское обслуживание детей с черепно-мозговой травмой в 2012 г.

Регионы	Стационарное лечение, %	Амбулаторное лечение, %	Вызовы СМП, %	Всего, %
Центральный,	22,9	26,6	27,7	23,5
в том числе Москва	6,6	13,2	14,3	7,7
Северо-Западный,	9,7	12,2	12	10,1
в том числе Санкт-Петербург	3	6	6,3	3,5
Южный	14,5	10,6	13,5	14,1
Приволжский	24	20,6	21,5	23,5
Уральский	8,2	11,2	7,1	8,4
Сибирский	16,1	12,4	13,6	15,7
Дальневосточный	4,5	6,2	14,5	4,7
Россия	100	100	100	100

Примечание: СМП – скорая медицинская помощь.

необходимо рассматривать при статистическом изучении ЧМТ. В отчётной форме №57 травмы головы представлены тремя формами, которые в сумме определяют её уровень в целом, поэтому не исключено, что полученные показатели заболеваемости ЧМТ (травм головы) у детей в России занижены [2].

Стоимость случая детской ЧМТ в России и регионах, рассчитанная на основе фактических показателей стоимости единицы объёма оказанной медицинской помощи за 2012 г., приведена в табл. 2. Отмечается почти трёхкратный разброс в стоимости случая ЧМТ у детей в разных ФО, что обусловлено экономическими возможностями регионов и величиной тарифов, заложенных в ТППГ. Различия в тарифах нашли отражение в итоговой величине ущерба от заболеваемости детей ЧМТ (табл. 3). Наиболее значительным экономический ущерб оказался в Москве (16% в общей структуре), превышая значения по Санкт-Петербургу в 4 раза. При этом Москва и Санкт-Петербург имеют практически равные показатели заболеваемости, превышающие средне-

российские значения в 2 раза (см. табл. 1).

Анализ показал, что наибольшие затраты из всех форм медицинского обслуживания детей с ЧМТ приходятся на стационарное лечение. В РФ это 85% всех прямых медицинских затрат (см. табл. 3), тогда как на амбулаторное обслуживание приходится около 9%, на СМП – 5,5%. Общая сумма прямых медицинских затрат на лечение детей с ЧМТ в РФ по данным исследования составила в 2012 г. 1,4 млрд рублей, или 0,003% ВРП. В расчёт не включены медицинские услуги, оказанные, но не входившие в медико-экономический стандарт, а также не учтены все случаи детской ЧМТ, особенно тяжёлые и сочетанные, ввиду особенностей кодификации.

Для объективного понимания ситуации и нивелирования влияния экономического фактора в качестве стоимостного показателя был использован единый расчётный норматив по РФ на 2012 г. Его применение позволило провести сравнительную оценку прямых затрат при оказании медицинской помощи детям с ЧМТ (табл. 4). В 2012 г. общая стоимость лечения од-

Таблица 5

Региональное распределение непрямого экономического ущерба вследствие заболеваемости детей черепно-мозговой травмой в 2012 г.

ФО, регион	Тпрд, годы	Сг, руб.	Ущерб НЗ, млн руб.	Ущерб НЗ, %
Российская Федерация	3074,8	734 459,4	2258,3	0,005
Центральный ФО	818,2	926 595,0	758,2	0,004
Северо-Западный ФО	376,4	776 301,6	292,2	0,006
Южный ФО	326,7	456 119,0	149	0,003
Приволжский ФО	632	551 816,2	348,8	0,004
Уральский ФО	344,3	1 169 744,2	402,7	0,006
Сибирский ФО	382,8	5 66 545,1	216,9	0,004
Дальневосточный ФО	192	818 948,3	157,2	0,006
Москва	404,8	1 610 580,6	651,9	0,006
Санкт-Петербург	183,8	905 782,8	166,5	0,007

Примечание: ФО — федеральный округ; Тпрд — количество рабочих лет, потерянных вследствие заболеваемости детей черепно-мозговой травмой в 2012 г.; Сг — подушевой размер валового регионального продукта, рассчитанный, исходя из численности населения, занятого в экономике в 2012 г.; НЗ — не прямой ущерб от заболеваемости.

Таблица 6

Общий экономический ущерб от заболеваемости черепно-мозговой травмой у детей

Регионы	Прямые затраты		Непрямые затраты		Всего		
	млн руб.	%	млн руб.	%	млн руб.	%	% от ВРП
Россия	1443,8	39	2258,3	61	3702,1	100	0,007
Центральный	402,5	34,7	758,2	65,3	1160,7	100	0,007
Москва	230,6	26,1	651,9	73,9	882,5	100	0,008
Северо-Западный	159,2	35,3	292,2	64,7	451,4	100	0,009
Санкт-Петербург	61,4	27	166,5	73	227,9	100	0,01
Южный	148,6	49,9	149	50,1	297,6	100	0,007
Приволжский	260,3	42,7	348,8	57,3	609,1	100	0,008
Уральский	159,8	28,4	402,7	71,6	562,5	100	0,008
Сибирский	202,1	48,2	216,9	51,8	419	100	0,008
Дальневосточный	94,7	37,6	157,2	62,4	251,9	100	0,009

Примечание: ВРП — валовой региональный продукт.

ного ребёнка с ЧМТ в России согласно единому расчётному нормативу составила 16 170,4 руб. Исследование показало, что наиболее затратными являются Приволжский и Центральный ФО (с учётом Москвы). На них приходится по четверти общероссийских расходов, как в целом, так и по оказанию отдельных видов помощи. Наименее затратными оказались Дальневосточный (4,7%) и Уральский (8,4%) ФО (табл. 5).

Число дней нетрудоспособности по болезни служит одним из самых эффективных индикаторов экономического ущерба вследствие заболеваемости занятого в экономике населения. Исследование выявило, что общее количество потерянных вследствие возникновения у детей ЧМТ рабочего времени (Тпрд) составило в 2012 г. 1 106 917 дней, или 3074,8 года (табл. 5). При этом величина непрямого ущерба от заболеваемости ЧМТ у детей в 2012 г. составила 2258 млн рублей, или 0,005% ВРП.

Распределение регионов по величине не прямых затрат от заболеваемости несколько отли-

чается от градации по числу потерянных лет ($r=0,79$, $p \leq 0,05$). Это определяется величиной ВРП и числом лиц, занятых в экономике, то есть возрастным составом региона и социально-экономическим благополучием. Исследование показало пятикратный разброс показателей непрямого экономического ущерба в регионах России. Наибольший не прямой ущерб приходится на Центральный ФО и Москву. Наименее затратными являются Южный, Дальневосточный ФО и Санкт-Петербург (табл. 6).

Итоговый ущерб от заболеваемости ЧМТ у детей в РФ составил в 2012 г. около 4 млрд руб., или 0,007% ВРП. Расчётная стоимость одного случая детской ЧМТ в РФ в 2012 г. составила 39 тыс. руб., из которых только 15 тыс. руб. отводится непосредственно на медицинскую помощь (табл. 7).

Выявлено отставание на 23% величины прямых медицинских затрат, приходящихся на случай детской ЧМТ, от стоимости случая лечения ребёнка с ЧМТ, рассчитанного на ос-

Таблица 7

Стоимость случая заболеваемости черепно-мозговой травмой (ЧМТ) у детей в России и регионах в 2012 г.

Регион	Стоимость случая заболеваемости ЧМТ, руб.			Стоимость случая ЧМТ по фактическим показателям (прямые затраты), руб.	Недоучет стоимости прямых затрат, %
	Прямые затраты	Непрямые затраты	Всего		
Россия	15 235,0	23 828,7	39 063,7	19 768,6	22,9
Центральный	16 810,3	31 662,0	48 472,3	23 652,6	28,9
Москва	24 579,2	69 490,6	94 069,8	42 733,7	42,5
Северо-Западный	14 930,8	27 409,0	42 339,7	21 400,4	30,2
Санкт-Петербург	14 556,1	39 448,5	54 004,7	23 761,9	38,7
Южный	10 227,2	10 254,4	20 481,5	14 446,0	29,2
Приволжский	12 899,3	17 280,4	30 179,7	15 016,7	14,1
Уральский	20 175,0	50 846,0	71 021,0	25 925,4	22,2
Сибирский	15 242,0	16 356,8	31 598,80	17 551,6	13,2
Дальневосточный	22 555,6	37 463,3	60 018,90	27 664,4	18,5

нове фактических показателей. Максимальные различия зафиксированы в Москве (43%) и Санкт-Петербурге (39%). Наиболее приближенной к среднероссийским значениям оказалась стоимость лечения случая ЧМТ в Сибирском и Приволжском ФО.

Поскольку исход ЧМТ напрямую зависит от оказания медицинской помощи, значительные расходы на медицинскую помощь в Центральном и Приволжском ФО можно объяснить уровнями смертности и заболеваемости [2]. В Дальневосточном ФО, наоборот, отмечен повышенный уровень смертности детей от ЧМТ, особенно младенцев, а также – высокая заболеваемость [2], что свидетельствует о явной недостаточности существующих затрат на медицинское обслуживание. Северо-Западный ФО характеризовался минимальным уровнем детской смертности от ЧМТ при высокой заболеваемости [2], что говорит о возможности сокращения расходов, на которые приходится только 10% общероссийских затрат, без ущерба для здоровья.

Ведущими факторами в регионах, оказывающими влияние на величину ущерба от заболеваемости детей ЧМТ и распределение прямых медицинских затрат, являются социально-экономическое положение и стратегическая направленность системы здравоохранения на сокращение предотвратимых потерь здоровья [5]. В зависимости от эпидемиологических, географических и экономических особенностей региона оптимизация медицинской помощи может проходить по нескольким направлениям. К примеру, в Приволжском, Сибирском и Южном ФО акцент следует сделать на перераспределении финансирования в сторону наименее затратных видов помощи, а именно на сокращение числа госпитализаций и увеличение объемов амбулаторного обслуживания. Для этого нужны более точные критерии, определяющие

необходимость пребывания в стационаре ребенка с ЧМТ [1]. В то же время в Дальневосточном ФО следует усилить стационарный этап оказания медицинской помощи, а также оказание СМП.

Недоучет расчетной стоимости медицинского обслуживания ребенка с ЧМТ свидетельствует о снижении оказываемых стандартных объемов медицинской помощи по случаю травмы, преимущественно во время госпитализации. Полученные результаты коррелируют с региональными данными по средней длительности госпитализации ребенка с ЧМТ в 2012 г. ($r=-0,98$, $p<0,05$). В РФ средняя длительность пребывания в стационаре ребенка с ЧМТ составила 7,6 дня. Максимальная длительность госпитализации наблюдалась в Сибирском и Приволжском ФО (8,4 и 8,6 дня соответственно). В Москве и Санкт-Петербурге, наоборот, лечение оказалось наиболее коротким (5,0 и 5,1 дня) при значительном уровне госпитализации (5,5 и 6,1 на 1000 детского населения при 3,6 по России).

Полученный недоучет стоимости медицинского обслуживания случая детской ЧМТ может быть обусловлен повышенной госпитализацией детей с легкой ЧМТ и их ранней выпиской как в Москве, так и в Санкт-Петербурге. Он сопоставим с зафиксированными в этих городах высокими показателями заболеваемости и низким уровнем смертности. С другой стороны, возникновение этого недоучета может быть вынужденным в связи с недофинансированием. Сокращение расходов на медицинское обслуживание ребенка со среднетяжелой или тяжелой ЧМТ не способствует устранению негативных последствий.

Выявленный недоучет стоимости случая детской ЧМТ соответствует данным о реализации ТППГ в 2012 г. Дефицит финансового обеспечения ТППГ отмечался в 66 субъектах РФ, составляя 164,5 млрд рублей. В ряде регионов дефицит доходил до 40–48% потребности, что отразилось

и на стоимости оплаты объёмов по видам медицинской помощи, в первую очередь по СМП. В 46% субъектов уровень реализации ТПГГ характеризовался как низкий и ниже среднего [3].

ВЫВОДЫ

1. Рост детского черепно-мозгового травматизма в 2003–2012 гг., увеличение бытового травматизма, особенно у девочек, высокий уровень и сроки госпитализации детей с черепно-мозговой травмой приводят к масштабным экономическим потерям. Величина ущерба от заболеваемости черепно-мозговой травмой у детей в России в 2012 г. составила около 4 млрд руб., или 0,007% ВРП, из которых 2,3 млрд руб. приходится на не прямые затраты от временной нетрудоспособности. Вместе с тем, полученная цифра занижена, о чём свидетельствуют результаты анализа величины прямых медицинских затрат, входящих на случай детской черепно-мозговой травмы.

2. Социально-экономическое положение и стратегическая направленность системы здравоохранения региона — ведущие факторы, оказывающие влияние на величину ущерба от заболеваемости детей черепно-мозговой травмой и распределение прямых медицинских затрат. Уменьшить этот ущерб можно не только предотвращением возникновения новых случаев травмы, но и путём оптимизации оказания медицинской помощи. Оптимизацию следует проводить с учётом результатов эпидемиологических исследований и экономического анализа.

УДК 314.144: 614.1: 612.663: 618.1/2 (575.2)

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Раиса Минахмедовна Атамбаева¹*, Эльмира Нурисламовна Мингазова²

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

²Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Резюме

DOI: 10.17750/KMJ2015-587

Цель. Изучение особенностей изменения репродуктивно-демографических и социально-экономических показателей населения Кыргызской Республики, определение основных тенденций данных изменений.

Методы. Использовали социально-гигиенический, статистический и аналитический методы. Изучали динамику основных социальных и репродуктивно-демографических показателей населения Кыргызской Республики за период 2007–2011 гг.

Результаты. Определены основные тенденции репродуктивно-демографического процесса и динамика социально-экономических показателей: сохранение значительного числа лиц, отнесённых к категории бедных и крайне бедных (почти половина населения страны); преобладание среди безработных женщин — почти каждая десятая из числа женского населения, причём среди молодых женщин (до 28 лет) — каждая седьмая; увеличение численности населения за счёт повышения числа родившихся над числом умерших при отрицательном балансе внешней миграции, естественный прирост населения — 21 человек на 1000 населения; увеличение коэффициента фертильности женщин с 2,7 до 3,1 ребёнка; переход от многодетного к среднететному типу семьи; увеличение числа родившихся детей женщинами, не состоящими в браке, а также юными женщинами 15–19 лет; сокращение материнской и младенческой смертности при сохранении высоких её показателей (в 2 раза и более выше европейского стандарта), рост количества аборт в стране, в том числе и среди девушек 15–19 лет и др.

Вывод. Изменения репродуктивно-демографического процесса в Кыргызской Республике можно рассматри-

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиуллина С.А., Промислова Е.А., Тютюкина А.И. и др. Оценка качества жизни детей, получивших лёгкую черепно-мозговую травму // Детская и подростковая реабилитация. — 2014. — №1 (22). — С. 12–18. [Valiullina S.A., Promislova E.A., Tjutjukina A.I. Assessment of the life quality parameter in children who survived a mild traumatic brain injury. *Detskaya i podrostkovaya reabilitatsiya*. 2014; 1 (22): 12–18. (In Russ.)]

2. Валиуллина С.А., Шарова Е.А. Региональные особенности черепно-мозгового травматизма у детей в России // Обществен. здоровье и здравоохран. — 2014. — №1. — С. 15–22. [Valiullina S.A., Sharova E.A. Regional peculiarities of traumatic brain injury in children in Russia. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*. 2014; 1: 15–22. (In Russ.)]

3. Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2012 году. — <http://www.rosminzdrav.ru/news/2013/07/03/1603> (дата обращения: 07.07.2015). [Report of the State Guarantees Program implementation on providing free-of-charge medical care for Russian Federation citizens in 2012. <http://www.rosminzdrav.ru/news/2013/07/03/1603> (access date: July 07, 2015). (In Russ.)]

4. Федеральная служба государственной статистики. — <http://www.gks.ru> (дата обращения: 07.07.2015). [Federal State Statistic Service. <http://www.gks.ru> (access date: July 07, 2015). (In Russ.)]

5. Шарова Е.А. Предотвратимые потери здоровья при черепно-мозговой травме у детей: оценка и пути снижения // Социальные аспекты здоровья населения. — 2014. — Т. 38, №4. — С. 15. [Sharova E.A. Preventable health loss in traumatic brain injury in children: assessment and ways to reduce. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2014; 4 (38): 15. (In Russ.)]