

Опыт проведения рейтинга регионов на основе интегральной оценки индикаторов Программы модернизации наркологической службы России

Брюн Е. А.¹, Кошкина Е. А.¹, Аршинова В. В.^{1,2}, Киржанова В. В.^{1,3}

1 – ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения г. Москвы

109390, Москва, Люблинская, 37/1

2 – ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова»

119991, Москва, Ленинские горы, 1

3 – ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.

В.П. Сербского» Минздрава России

119002, Москва, М. Могильцевский пер., 3

Аннотация

Описано исследование оценки итоговых показателей модернизации наркологической службы за 2015 год. Результатами исследования стала разработка методологии расчетов интегральной оценки качества деятельности. Интегральная оценка позволила выстроить и проанализировать рейтинг достижений наркологических служб по федеральным округам и регионам России в условиях модернизации.

Ключевые слова: модернизация, наркологическая служба, деятельность, рейтинг, ранжирование, интегральная оценка, Россия

Актуальность

В последние годы Минздравом РФ ведется активная работа по модернизации наркологической службы, заложенная в государственной Программе «Развитие здравоохранения» [1]. В этом основополагающем документе, одними из приоритетных целей и задач были установлены необходимость увеличения сроков краткосрочной и долгосрочной ремиссии наркологических больных; что предложено достичь посредством модернизации отечественной наркологической службы. В дальнейшем в Концепции модернизации наркологической службы [2] были заложены комплекс правовых, организационных и экономических мер, направленных на повышение доступности и качества оказания наркологической медицинской помощи населению Российской Федерации.

Основами мониторинга результатов модернизации наркологической службы в субъектах РФ были определены плановые показатели (индикаторы) [3]. Итогами модернизации стала оценка достижения плановых индикаторов в конце 2015 года. В том же году был принят Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ

[4]. В цитируемом документе прописаны сроки диспансерного наблюдения за больными наркологического профиля. Проводимая модернизация в государственном масштабе отразилась не только на достижениях плановых показателей, но и повлияла на качество деятельности наркологических служб.

Рассматривая современный международный опыт, можно констатировать, что многочисленные модели оценки качества медицинской деятельности в сфере здравоохранения различных стран, представлены в виде рейтинга, то есть путем выявления лучших учреждений среди равных.

Вместе с тем, следует отметить, что сегодня оценка качества медицинской деятельности отечественных учреждений здравоохранения, осуществляется с помощью многочисленных статистических данных о достижении плановых показателей, что требует изыскания комплексного критерия и применения методов ранжирования. Поэтому, при проведении сравнительных исследований больших массивов статистических данных с целью разработки оценки качества деятельности наркологических служб, нами были заложены возможности создания рейтинга.

Таким образом, можно предположить, что разработанные интегральные показатели позволят не только решить проблему оценки качества деятельности наркологических служб, но и посредством ранжирования дадут возможность разработать рекомендации по принятию оптимальных решений по дальнейшему управлению и развитию учреждений здравоохранения.

Разработка проблемы

Наличие электронных баз данных и эффективных методов телевизионной медицины, обусловило ускоренное развитие комплексного изучения качественных сторон медицинской деятельности здравоохранения в различных странах мира. Так, если единичные рейтинги, как методы оценки качества, начали появляться в здравоохранении в середине прошлого века, то сегодня этот метод нашел широкое применение на глобальном, региональном и национальном уровнях.

Многогранную значимость феномена рейтинга в современном здравоохранении отмечает американский ученый в области медицинской социологии Cohen I.G. (2013) [5]. Так, по его данным, в тенденции к расширению ранжирования в здравоохранении, особенно по уровню качества медицинских услуг, заложена его глобализация и распределение рынков услуг между секторами. Это касается медицинской помощи, медицинского туризма, подготовки специалистов, а также проблемы «утечки мозгов», то есть миграции высококвалифицированных специалистов медицинской отрасли. Исследования в рассматриваемой области за последнее десятилетие нарастают

опережающими темпами. Здесь следует отметить рейтинги по специальным медицинским проблемам: оказанию помощи в профильных учреждениях здравоохранения, подготовке кадров, качеству работы специалистов и многим другим.

Знаменательной вехой в этом направлении стал первый рейтинг систем здравоохранения в странах мира, опубликованный ВОЗ в 2000 году [6]. В него впервые вошли показатели систем здравоохранения 191-й страны, основанные на интегральном индексе, рассчитанном на основе трех показателей, включающих в целом пять факторов.

1. Показатель «Здоровье» (50 %) составили два фактора. Из них: 15 % – это скорректированная на инвалидность продолжительность жизни в целом и в среднем; 35 % составил второй фактор, учитывающий равенство в распределении населения по доступности медицинской помощи.
2. Показатель «Отзывчивость» (25 %) также составили два фактора. Из них: 12,5 % – это фактор, объединяющий в целом некоторые составляющие видов помощи: средняя скорость обслуживания, защита частной жизни и качество предлагаемых медицинских удобств; 12,5 % – это фактор по распределению и равенству в получении перечисленных выше некоторых видов помощи.
3. Показатель «Предложения по финансовым взносам» имеет вес 25 %, он учитывает стоимость планов медицинских страхования для населения.

В глобальных ежегодных рейтингах Bloomberg Best (and-Worst) [7] демонстрируются наиболее эффективные достижения здравоохранения посредством ранжирования стран по трем критериям. Это средневзвешенная продолжительность жизни – 60%, относительная стоимость медицинских услуг на душу населения в области здравоохранения – 30%, и абсолютная стоимость медицинской помощи на душу населения – 10%.

Широкую известность приобрели глобальные и национальные рейтинги в области здравоохранения частного Фонда Содружества США [8]. Этот фонд разрабатывает и публикует глобальные и национальные рейтинги, которые отражают развитие систем здравоохранения, уровень высоких технологий и их эксплуатационные характеристики, а также доступность медицинской помощи, повышение качества и эффективности здравоохранения. Рейтинги Фонда Содружества создаются не только для страховых и медицинских брокерских компаний, но и для наиболее уязвимых групп населения, в том числе: с низкими доходами и незастрахованных, представителей американских национальных меньшинств, родителей детей младшего возраста и для пожилых людей. Оценку качества Фонд Содружество рассматривает с разных сторон через уровень технологического развития здравоохранения, фармакологического обеспечения, финансирования и страхования, ухода за больными, опроса удовлетворенности оказанной клинической и профилактической помощью и многого другого.

По мнению ученых США, Sanghani, R.M. и Moler, A.K. (2015) [9], рейтинг медицинских учреждений по оказанию специализированной помощи чаще представлен на внутринациональном уровне, что в полной мере относится к ранжированию организаций, оказывающих наркологическую помощь. Наиболее ярким примером поиска лучших медицинских учреждений наркологического профиля является рейтинг реабилитационных центров по разным странам на электронных ресурсах США Rehabs.com [10, 11] и Швейцарии LuxuryRehab.in [12]. Это ресурсы, включающие также топ-рейтинги, то есть рейтинги лучших из лучших центров, оказывающих помощь при злоупотреблении, детоксикации, реабилитации и восстановлении. Рейтинги выстроены на показателях удовлетворенностью выпускников программ, подготовке персонала, характере питания, общем опыте работы центра, и самое главное – эффективности лечения и реабилитационных программ. Ранжирование проводится по оценке качества ресурсов по восстановлению здоровья наркологических больных. Разработанные для этого методики оценки помогают пациентам и их родственникам отфильтровывать самые лучшие центры из всего собранного списка медицинских организаций. Электронный ресурс Rehabs.com разрабатывался Ассоциацией аддиктивных центров совместно с Медиа-группой Трезвости и поддерживается с 2015 г. Офисы, обслуживающие ресурс, находятся на территории США. При этом информация на этих электронных ресурсах представлена по центрам из разных стран и континентов.

Для желающих получить профессиональную подготовку в области наркологии ежегодно публикуются рейтинги соответствующих магистерских, в том числе и дистанционных, образовательных программ, рейтинги колледжей и университетов [13, 14], которые их проводят. Эти рейтинги определяют лучшие очные и интернет-школы ведущих мировых университетов, по программам для консультантов и преподавателей, работающих в области зависимости. Критерии рейтинга позволяют оценивать качество образовательных программ, которые включают в себя практические методы воздействия и исследования в области поведенческих наук, прописи планов лечения, проведения программ профилактики для пациентов с различными видами и формами зависимости.

Международный опыт ранжирования качества наркологической деятельности, в целом или каком-либо секторе, дает основание к применению этого подхода в нашей стране.

В исследованиях мы придерживались содержания основных терминов и определений, приведенных в ФЗ 323 [15]. Так, например, в ст.2. п.21 «качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

Таким образом, разработка рассматриваемой проблемы оказалась вполне разрешимой задачей при проведении сравнительных исследований больших баз статистических

данных, характеризующих деятельность по оказанию наркологической помощи, принятых в российском здравоохранении и международной практике.

Методология составления рейтинга

Разработка интегрального критерия качества отечественной наркологической помощи была выстроена нами на основе всемирно признанной классической модели. Способ оценки качества медицинского обслуживания впервые был предложен в 1966 году Avedis Donabedian – врачом-исследователем медицинских услуг из Университета штата Мичиган [16]. Эта модель включает оценку качества структур здравоохранения, процесса лечения и ухода, и результат проводимых медицинских услуг. Для использования данной модели в российской наркологии с целью оценки услуг были взяты идентичные для всех регионов страны статистические показатели, характеризующие деятельность данного вида медицинских учреждений.

Нормативно-правовая база Минздрава обеспечивает их идентичность в первую очередь по индикаторам ремиссии у пролеченных лиц и показателю повторной госпитализации.

Разработанный нами метод был нацелен на получение интегральной оценки качества деятельности наркологической помощи по регионам и федеральным округам в условиях Российской Федерации по вышеуказанным показателям.

В разработанный рейтинг вошли результаты деятельности 83-х российских региональных наркологических служб за 2015 год. Показатели столицы – Москвы и претендующего на столичный статус Санкт-Петербурга в нашем исследовании не учитывались. Это связано с тем, что из-за перенаселённости и гипертрофированного доминирования любой столицы над остальной страной в сравнительном анализе по социально-экономическим показателям, в том числе и по здравоохранению, их результаты принято исследовать только в разрезе стран [17, 18].

Для интегральной оценки использовались шесть целевых плановых показателей, утвержденных Приказом от 05.06.2014г. №263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы» [2] по определению качества наркологической помощи.

В результате анализа материалов исследования был определен удельный вес каждого из шести показателей интегральной оценки качества наркологической помощи в 2015 году, и выстроена методология расчетов данной оценки.

Четыре из них составили **критерий ремиссии (КР)** – 80%, из них поровну, то есть по 20% на каждый показатель:

- численность больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента;
- численность больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента;
- численность больных алкоголизмом находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента;
- численность больных алкоголизмом находящихся в ремиссии свыше 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента.

Критерий повторной госпитализации (КПГ) составил 20%, Он состоит из двух показателей (по алкоголизму и наркомании), по 10%, на каждый показатель:

- доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года;
- доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года.

Таким образом, формулу 1 **интегральной оценки качества (ИОК)** деятельности наркологической службы составила сумма критериев:

$$\text{ИОК} = 0,8 \times \text{КР} + 0,2 \times \text{КПГ} \quad (1)$$

Стандартизацию данных по каждому показателю осуществляли путем выравнивания результатов в статистически доверительном диапазоне от 10 до 90 перцентилей (формула 2). Результаты плановых показателей регионов, выходящие за пределы перцентильного диапазона, мы приравнивали, соответственно, к минимальному и максимальному показателю доверительного интервала. В дальнейшем проводилось прямое ранжирование:

$$(Z) \rightarrow \text{Процентиль} = (n(x \leq X) / N) * 100 \quad (2)$$

где, $n(x \leq X)$ – число регионов, получивших балы не менее X ; X – количество баллов конкретного региона, процентиль, которого находим; N – число всех регионов. При этом алгоритм расчетов интегральной оценки составили последовательные действия с первичными данными. Вначале проводили стандартизацию первичных данных для каждого из шести показателей. Выстроенным процентиям по возрастанию показателей ремиссии и по убыванию показателей повторной госпитализации в регионах был присвоен соответствующий ранг (Z). Ранжирование полученных стандартизированных оценок и перевод в баллы проводился по каждому показателю. Затем рассчитывали веса суммы баллов каждого показателя ($\sum Z$) и выстраивали рейтинг полученных результатов. Стандартизация весов была произведена через перерасчет их по разнице от единицы

($\Sigma(1-Z)$), которая позволила вывести интегральную оценку качества деятельности наркологических служб каждого региона и федерального округа в целом.

Интегральная оценка качества рассчитывалась отдельно, как для федеральных округов, так и для регионов, поэтому в этих выборках средний и плановый показатель, выраженный в баллах, различается.

Выборка

Следует отметить, что при ранжировании качества деятельности наркологических служб было выявлено 44 региона, показатели которых прошли процедуру «нормирования» и поэтому были названы нами «нормированные показатели». Процедуру нормирования проводили в двух случаях: при отсутствии плановых показателей, или наличие показателей, которые не вошли в доверительный интервал от 10 до 90 перцентилей. В первом случае нормированные показатели были реконструированы путем применения метода кластерного анализа по методике, предложенной в 2000 году ВОЗ [6]. Это позволило определить отсутствующие цифровые данные, которые с высокой долей вероятности могли бы существовать для данных регионов при прочих равных условиях. Во втором случае показатели регионов были приравнены к наиболее близким крайним показателям по выборке, к минимальному или максимальному показателю процентильного диапазона.

Результаты и обсуждения показателей ранжирования

В результате исследования были статистически реконструированы показатели двух регионов. Так у Ингушской Республики отсутствовали два показателя повторной госпитализации больных алкоголизмом и наркоманией, у Чукотского Автономного Округа (АО) отсутствовал показатель повторной госпитализации больных наркоманией.

У всех 44-х регионов было выявлено от одного до четырех показателей, которые подлежали нормированию, в том числе и показатели двух выше представленных регионов.

По одному показателю были нормированы результаты 12-ти регионов. В том числе: в Республике Алтай, Воронежской области, Карачаево-Черкесской Республике, Курской, Нижегородской и Оренбургской областях, Приморском крае, Самарской и Свердловской областях, Удмуртской и Чеченской Республиках, а также в Ямало-Ненецком АО.

По два показателя нормировано в 17-ти регионах. Среди них: Адыгейская Республика, Амурская, Архангельская и Белгородская область, Ингушская Республика, Камчатский

край, Ленинградская, Магаданская и Московская области, Ненецкий АО, Пермский край, а также республики Бурятия, Башкортостан, Дагестан, Калмыкия, Коми, Тыва и Ханты-Мансийский АО.

По три показателя нормировано в 7-ми регионах: Ивановская область, Кабардино-Балкарская Республика, Ненецкий АО, Новосибирская область, республики Мордовия и Северная Осетия, также Сахалинская область.

По четыре показателя нормировано в 8-ми регионах: Челябинская область, Еврейский АО, Саратовская область, Севастополь, Республика Крым, Ульяновская область, Чукотский АО и Чувашская Республика.

При оценке качества работы наркологической служб по Федеральным Округам РФ (ФО), выявлены следующие особенности (табл. 1). Исследованиями установлено, что в целом средний показатель качества по ФО (56,62) более чем в два раза выше запланированного (23,55), что говорит о достаточно высоких достижениях плановых показателей большинством округов.

Первыми тремя лидерами рейтинга, то есть ТОП 3 округа, стали Уральский ФО (1; 100,00), Дальневосточный ФО (2; 82,29) и Приволжский ФО (3; 78,52). Находящемуся ниже планового показателя (9; 7,25) Крымскому ФО еще предстоит повысить качество и эффективность деятельности.

Таблица 1. Рейтинг качества деятельности наркологических служб по федеральным округам РФ 2016г.

РАНГ	ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ	БАЛЛЫ
1	УРАЛЬСКИЙ	100,00
2	ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ	82,29
3	ПРИВОЛЖСКИЙ	78,52
	СРЕДНИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ	56,62
4	СЕВЕРО - КАВКАЗСКИЙ	52,02
5	ЮЖНЫЙ	43,93
6	СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ	39,47
7	ЦЕНТРАЛЬНЫЙ	34,31
8	СИБИРСКИЙ	33,89
	ПЛАНОВЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ	23,57
9	КРЫМСКИЙ	КФО

Ранжирование оценок качества деятельности наркологических служб по регионам РФ показали результаты, представленные в Приложении 1. При этом средняя оценка качества деятельности наркологических служб по регионам (53,14) также находится выше запланированной оценки более чем в два раза (22,12). Здесь следует напомнить, что

выбранные для рейтинга показатели были включены в Программу модернизации наркологической службы. Четыре показателя, входящие в критерии ремиссии, как отмечает В.В. Кузнецов [19], всегда имели крайне низкий уровень объективности, что усугубилось после внесения их в число индикаторов. Субъективность этих показателей ведет, соответственно, к разночтению оценок, что и показали результаты данного исследования.

Из всех регионов 37 превысили средний показатель, и пять регионов не дотянулись до плановых показателей качества деятельности наркологических служб. Ниже плановых показателей оказались регионы: Ивановская область (79; 21,99), Иркутская область (80; 21,20), Орловская область (81; 20,03), Волгоградская область (82; 17,80), Республика Крым (83; 14,53).

В рейтинге регионы распределились в ниже представленном порядке.

ТОП 10 - регионы лидеры, заняли следующие места:

- 1 – Челябинская область
- 2 – Саратовская область
- 3 – Чувашская Республика
- 4 – Республика Мордовия
- 5 – Ханты-Мансийский АО
- 6 – Томская область
- 7 – Республика Татарстан
- 8 – Ульяновская область
- 9 – Камчатский край
- 10 – Сахалинская область.

Заключительные десять регионов, заняли следующие места:

- 74 – Архангельская область
- 75 – Краснодарский край
- 76 – Чеченская Республика
- 77 – Красноярский край
- 78 – Вологодская область
- 79 – Ивановская область
- 80 – Иркутская область
- 81 – Орловская область
- 82 – Волгоградская область
- 83 – Республика Крым.

Хотелось бы отметить, что, не смотря 57 место (40,97 баллов), которое занял Севастополь, Крымский Федеральный округ не смог преодолеть плановые показатели из-за резкого сниженной региональной оценки 83-го места (14,53 баллов) Республики Крым.

Проведенный анализ позволил обратить внимание на проблемы выбора показателей по оценке качества деятельности наркологической службы. Для объективизации оценок, полученных на основе индикаторов, включенных в нормативно правовые документы системы здравоохранения, планируется провести рейтинг по другим статистическим показателям, таким как кадровое обеспечение и коечный фонд

Проведенный анализ позволил сделать следующие выводы:

На основе международной и отечественной практики ранжирования в области здравоохранения разработан и апробирован метод оценки качества деятельности российской наркологической службы, основанный на нормативно-правовой и аналитической базе, в области здравоохранения, как по регионам, так и по Федеральным округам Российской Федерации. Предлагаемый метод ранжирования позволяет оптимизировать процесс управления наркологической службы страны в ближайшей и среднесрочной перспективе. В исследовании установлено, что целый ряд регионов с удовлетворительным уровнем оказания наркологической помощи оказались в лидерах, в то же время субъекты с высоким уровнем оказания наркологической помощи по структуре службы, укомплектованности кадрами и финансированию – в аутсайдерах.

Дальнейшее улучшение деятельности наркологической службы страны в условиях модернизации требует не только использования методики ранжирования, но и повышения квалификации специалистов, оказывающих наркологическую помощь и занятых анализом медицинских статистических данных.

Литература

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014г. №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Подпрограмма 2: «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации».
2. Приказ Минздрава России от 05.06.2014г. №263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы»
3. Поручение Минздрава России от 22.01.2016г. №14-2/123 «О предоставлении целевых показателей модернизации наркологической службы»
4. Приказ Минздрава России от 30.12.2015 г. № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ». Приложение 2. Пункт 9 и 13.

5. Cohen I.G. (2013) The Globalization of Health Care: Legal and Ethical Issues. Published in print: 2013, Published Online: May 2013
6. WHO-2000. World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva, 2000. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
7. Bloomberg Best (and-Worst). Most efficient health care 2014: Countries. (electronic resource visited 01.08.2016) www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/
8. The Commonwealth Fund. Survey information. (electronic resource visited 10.08.2016) <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/surveys>
9. Sanghani, R.M., Moler, A.K. (2015). Improving Consumer Satisfaction with Addiction Treatment: An Analysis of Alumni Preferences. Journal of Addiction. Volume 2015, Article ID 509864, 7 pages. Hindawi Publishing Corporation. Recovery Brands, New York, NY 10003, USA.
10. Rehabs.com. Top Rated Treatment Centers. <http://www.rehabs.com/top-rated-treatment-centers>.
11. 10 Best Rehab Centers in Illinois. (electronic resource visited 01.07.2016) <http://www.drugrehab.org/the-best-drug-rehabs/10-best-drug-rehab-centers-in-illinois/>
12. Luxury Rehab Centers in Switzerland. <http://luxuryrehab.in/switzerland>
13. Top Schools for Substance Abuse Counseling. http://study.com/articles/Top-Schools_for_Substance_Abuse_Counseling.html
14. Best Medical Schools 2017 (electronic resource visited 01.08.2016) <http://grad-schools.usnews.rankingsandreviews.com/best-graduate-schools/top-medical-schools/drug-alcohol-abuse-rankings>
15. Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изменениями на 3 июля 2016 года) (редакция, действующая с 3 октября 2016 года)».
16. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 121 (11): 1145–1150.
17. Мишура, А.В. Причины доминирования столиц. Случай Москвы. Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН. Новосиб. ГУ. – Новосибирск, - 2009
18. Россман, В. Столицы: их многообразие, закономерности развития и перемещения. Институт экономической политики Гайдара: М., -2013
19. Кузнецов В.В. О проблемах наркологической статистики. Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII, Вып.2 С.42-46

Regional rating based on integral assessment of the Russian Drug Treatment Service Modernization Program indicators

Bryun E. A.¹, Koshkina E. A.¹, Arshinova V. V.^{1,2}, Kirzhanova V. V.^{1,3}

*1 – «Moscow Research and Practical Center on Addictions of the Moscow Health Care Department»
109390, Moscow, Lublinskaya, 37/1*

*2 – «Lomonosov Moscow State University»
119991, Moscow, Leninskie Gory, 1*

3 – «Federal Medical Research Center on Psychiatry and Addiction medicine named after V.P. Serbsky»,
Ministry of Health Care of the Russian Federation
119002, Moscow, M. Mogiltsevsky per., 3

Abstract

Article describes the studies of the resulting indicators of the Drug Treatment Service modernization in 2015. The study resulted in the development of a technique for calculation of integral quality assessment. Integral assessment made it possible to rate drug treatment services in federal districts and regions of Russia and compare them.

Key words: modernization, drug treatment service, rating, ranking, integral estimate, Russia

References

1. Russian Federation Government Decree of 15.04.2014 №294 "On approval of the Russian Federation" Health Development" state program". Subprogram 2 "Improving the provision of specialized health care, including high-tech, emergency medical care, including emergency specialist care, medical evacuation."
2. Russian Ministry of Health Order of 05.06.2014. №263 «On approval of the Concept of drug service modernization."
3. Ministry of Health of the Russian Federation assignment of 22.01.2016. №14-2/123 "On the provision of target indicators for drug service modernization."
4. Russian Ministry of Health Order of 12.30.2015, № 1034n "On approval of the procedures of addiction treatment and outpatient follow-up for persons with mental disorders, and (or) disorders associated with substance use." Appendix 2, paragraph 9, and 13.
5. Cohen, I. Glenn. The globalization of health care: legal and ethical issues. Oxford: Oxford University Press, 2013.
6. WHO-2000. World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva, 2000. Assessed at: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
7. Bloomberg Best (and-Worst). Most efficient health care 2014: Countries. Assessed at: www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/
8. The Commonwealth Fund. Survey information. Assessed at: <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/surveys>
9. Sanghani, Ruchi M., and Alexander K. Moler. "Improving Consumer Satisfaction with Addiction Treatment: An Analysis of Alumni Preferences." *Journal of Addiction* 2015 (2015): 1-7. doi:10.1155/2015/509864.
10. Rehabs.com. Top Rated Treatment Centers. Assessed at: <http://www.rehabs.com/top-rated-treatment-centers>.
11. 10 Best Rehab Centers in Illinois. Assessed at: <http://www.drugrehab.org/the-best-drug-rehabs/10-best-drug-rehab-centers-in-illinois/>
12. Luxury Rehab Centers in Switzerland. Assessed at: <http://luxuryrehab.in/switzerland>
13. Top Schools for Substance Abuse Counseling. Assessed at: http://study.com/articles/Top-Schools_for_Substance_Abuse_Counseling.html

14. Best Medical Schools 2017. Assessed at: <http://grad-schools.usnews.rankingsandreviews.com/best-graduate-schools/top-medical-schools/drug-alcohol-abuse-rankings>
15. Russian Federation Law № 323-FZ "On fundamental healthcare principles in the Russian Federation (as amended on 3 July 2016) (the wording effective from October 3, 2016)."
16. Donabedian, Avedis. "The Quality of Care." *Jama* 260, no. 12 (1988): 1743. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033.
17. Mishura, A. V. The reasons for the dominance of capital cities. Moscow case. Novosibirsk: Institute of Economics and Industrial Engineering of Russian Academy of Sciences, Siberian Branch, 2009.
18. Rossman, V. Capitals: their diversity, patterns of development and displacement. Moscow: Gaidar Institute for Economic Policy, 2013.
19. Kuznecov, V. V. "On the problems of drug abuse statistics." *Nevrologicheskij vestnik* 48, no. 2 (2016): 42-46.

Приложение 1. Рейтинг качества деятельности наркологических служб по регионам РФ

РАНГ	РЕГИОН	БАЛЛЫ	НОРМИРОВАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
1	Челябинская область	100,00	4
2	Саратовская область	97,64	4
3	Чувашская Республика	97,51	4
4	Республика Мордовия	93,98	3
5	Ханты-Мансийский Автономный Округ	85,34	2
6	Томская область	83,38	—
7	Республика Татарстан	82,98	—
8	Ульяновская область	81,94	4
9	Камчатский край	80,89	2
10	Сахалинская область	77,49	3
11	Республика Марий Эл	77,23	—
12	Приморский край	76,83	1
13	Оренбургская область	75,13	1
14	Ставропольский край	74,61	—
15	Тюменская область	73,95	1
16	Свердловская область	72,91	—
17	Республика Дагестан	71,60	2
18	Республика Коми	69,11	2
19	Курская область	68,98	1
20	Карачаево-Черкесская Республика	68,19	1
21	Тамбовская область	67,93	—
22	Удмуртская Республика	67,54	1
23	Рязанская область	67,02	—

24	Ямало-Ненецкий Автономный Округ	65,84	1
24	Самарская область	65,84	1
26	Кировская область	65,18	—
27	Магаданская область	61,91	2
28	Алтайский край	61,26	—
29	Пензенская область	59,95	—
30	Тульская область	59,55	—
31	Мурманская область	59,29	—
32	Нижегородская область	58,77	1
33	Ростовская область	57,85	—
34	Республика Башкортостан	56,81	2
35	Ленинградская область	56,28	2
36	Хабаровский край	54,97	—
37	Республика Саха (Якутия)	54,06	—
	СРЕДНИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПО РЕГИОНАМ	53,14	
38	Ненецкий Автономный Округ	52,36	3
39	Адыгейская Республика	52,09	2
40	Астраханская область	51,70	2
41	Костромская область	50,79	—
42	Республика Калмыкия	49,74	2
43	Новгородская область	49,61	—
44	Белгородская область	49,35	2
45	Липецкая область	49,21	—
46	Ярославская область	47,64	—
47	Калининградская область	47,38	—
48	Омская область	47,38	—
49	Тверская область	46,47	2
50	Амурская область	45,94	—
51	Республика Алтай	45,68	1
52	Курганская область	45,03	—
53	Псковская область	44,76	—
54	Республика Карелия	44,11	—
55	Чукотский Автономный Округ	43,32	—
56	Еврейский Автономный Округ	41,88	4
57	Кемеровская область	40,97	—
57	Севастополь город	40,97	4
59	Воронежская область	40,84	1
60	Забайкальский край	39,53	—
61	Смоленская область	38,22	—
62	Ингушская Республика	38,09	2
63	Пермский край	36,91	2

64	Республика Тыва	35,21	2
65	Кабардино-Балкарская Республика	34,82	3
66	Брянская область	32,46	—
67	Московская область	31,81	2
68	Республика Северная Осетия	30,63	3
69	Калужская область	30,50	—
70	Владимирская область	30,37	—
71	Республика Бурятия	29,97	2
72	Республика Хакасия	29,84	—
73	Новосибирская область	27,88	3
74	Архангельская область	27,62	—
75	Краснодарский край	26,57	—
76	Чеченская Республика	25,92	1
77	Красноярский край	25,79	—
78	Вологодская область	25,39	—
	ПЛАНОВЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПО РЕГИОНАМ	22,12	
79	Ивановская область	21,99	3
80	Иркутская область	21,20	—
81	Орловская область	20,03	—
82	Волгоградская область	17,80	—
83	Республика Крым	14,53	4