

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© Е.С. ВВЕДЕНСКАЯ, М.В. ДАЮТОВА, 2013

УДК 614.2:616-006.04-08-039.75

Е.С. Введенская¹, М.В. Даютова²**ОБЪЕМ ФАКТИЧЕСКИ ОКАЗАННОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ПОСЛЕДНИЙ ГОД ЖИЗНИ КАК
МИНИМАЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**¹ГБУЗНО «Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», 603005, г. Нижний Новгород; ²ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», 603005, г. Нижний Новгород

В 2012 г. в Государственную программу развития здравоохранения в Российской Федерации включена программа развития паллиативной медицинской помощи (ПМП), результатом реализации которой должно стать создание в регионах полноценной инфраструктуры для оказания ПМП больным, нуждающимся в активной симптоматической терапии и психосоциальной поддержке на поздних стадиях развития неизлечимых прогрессирующих заболеваний. Целью настоящей работы было изучение объемов и места оказания стационарной медицинской помощи больным, умершим от злокачественных новообразований (ЗНО), в последний год жизни для определения их потребности в ПМП по фактическому использованию служб здравоохранения. Больные, умершие от ЗНО на дому, в последний год жизни получали стационарную медицинскую помощь на разных уровнях системы здравоохранения (69,5 госпитализаций на 100 больных в течение года), преимущественно в медицинских организациях муниципального здравоохранения ($79,77 \pm 3,0\%$ от всех госпитализаций), и $20,23 \pm 3,0\%$ — в областном онкологическом диспансере. 220 коек, которые используются сегодня для оказания медицинской помощи больным ЗНО в последний год жизни, можно расценивать как минимальный объем потребности больных ЗНО в ПМП, в том числе в условиях специализированного стационара (33,54 койки) при имеющихся уровнях заболеваемости и смертности от ЗНО в регионе, а также практике и эффективности системы здравоохранения, прежде всего амбулаторно-поликлинической помощи. Число коек, используемых больными ЗНО для получения ПМП в течение последнего года жизни, составило 80,12% от всего числа коек для оказания ПМП, рассчитанного по нормативу, рекомендованному Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года. То есть, надо иметь в виду, что до 80% от числа развернутых коек ПМП должно быть выделено для больных ЗНО и лишь 20% — для оказания специализированной ПМП больным с другими нозологическими формами заболеваний.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь; объем стационарной помощи онкологическим больным; онкология; потребность в паллиативной помощи.

**INPATIENT MEDICAL CARE FOR CANCER PATIENTS PROVIDED IN MEDICAL INSTITUTIONS WITHIN
THE LAST YEAR OF LIFE AS A MINIMAL NEED FOR PALLIATIVE CARE**Е.С. Vvedenskaya¹, М.В. Dayutova²¹Nizhny Novgorod Center for AIDS and Infectious Diseases Prevention and Control, 603005, Nizhny Novgorod, Russia Federation; ²Nizhny Novgorod State Medical Academy, 603005, Nizhny Novgorod, Russia Federation

The State Program on Health Care Development in the Russian Federation approved in 2012 includes the palliative medical care (PMC) subprogram. According to this subprogram a full infrastructure in the regions should be established to provide PMC to patients who need active symptomatic therapy and psycho-social support during the late stages of the life-threatening progressive diseases. The aim of the study was to investigate the scope and place of inpatient medical care provision in the last year of life to patients who died from cancer to determine the need for PMC based on the actual use of health services in the region. Patients who died from cancer at home in the last year of life received inpatient care at different levels of the health system (69.5 admissions per 100 patients per year). Admissions were made mainly to the municipal medical organizations ($79.77 \pm 3.0\%$ of all hospital admissions) and $20.23 \pm 3.0\%$ to the regional oncology dispensary. 220 beds used for providing medical care to cancer patients in the last year of life can be considered as minimum need for PMC beds including those based in a specialist cancer hospital (33.54 beds) facing the current levels of cancer morbidity and mortality in the region as well as the effectiveness of the health system primarily the outpatient care. The number of beds used by cancer patients for PMC in the last year of life was 80.12% of the total number of beds for PMC provision calculated according to the standard recommended by the State Programme on Health Care Development in the Russian Federation until 2020. So we have to keep in mind that up to 80% of the total number of PMC beds established should be allocated for cancer patients and only 20% — for specialist PMC provision for patients with other progressive diseases.

Key words: palliative medical care; inpatient medical care for cancer patients; oncology; need for palliative care.

Для корреспонденции: Введенская Елена Станиславовна — канд. мед. наук, врач; 603005, г. Нижний Новгород, ул. Минина, д. 20/3 литер «Е», e-mail: evveden@yandex.ru

В 2012 г. в Государственную программу развития здравоохранения Российской Федерации на перспективу впервые включена программа развития паллиативной медицинской помощи (ПМП), результатом

реализации которой должно стать создание в регионах полноценной инфраструктуры для оказания ПМП больным, нуждающимся в активной симптоматической терапии и психосоциальной поддержке на поздних стадиях развития неизлечимых прогрессирующих заболеваний [1—5]. В связи с этим в каждом регионе с учетом имеющихся возможностей должна быть создана система или служба ПМП.

Сегодня медицинская помощь во многих регионах, в том числе и в Нижегородской области, данному контингенту больных предоставляется традиционно существующей системой медицинской помощи населению, в том числе в большем объеме на уровне первичного звена.

Развитие системы ПМП в современных условиях должно происходить на всех уровнях государственной системы здравоохранения в зависимости от сложности оказываемых услуг. Существенную помощь в формировании системы ПМП на территории может оказать анализ существующей в настоящее время организации и фактических объемов оказываемой медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями (ЗНО) 4-й клинической группы. Кроме того, результаты такого анализа могут быть использованы при разработке стандартов оказания ПМП этому контингенту больных в стационарных и амбулаторных условиях для определения потребности в различных видах ПМП.

Следует отметить, что определение потребности в отдельных видах медицинской помощи требует часто делать определенные допущения, принимать определенные условия, использовать различные подходы и методы, особенно когда идет речь о становлении нового направления здравоохранения и еще четко не определились его основные параметры. Так сегодня происходит с паллиативной медицинской помощью в России. Нами впервые сделана попытка определения потребности онкологических больных в стационарной паллиативной медицинской помощи в Нижегородской области по фактическому использованию служб здравоохранения.

В Нижегородской области впервые за многие предшествующие годы снизилась первичная заболеваемость ЗНО. Показатель первичной заболеваемости составил в 2012 г. 409,59 на 100 000 населения (в 2011 г. 420,33, но остается высоким, выше, чем в среднем по РФ (в 2011 г. 364,22 на 100 000 населения) [6, 7].

По имеющимся официальным данным в области в 2012 г. наблюдается снижение смертности от ЗНО до 220,10 на 100 000 населения (в 2011 г. 224,43), но данный показатель остается выше среднероссийского (в 2011 г. 204,44 на 100 000 населения).

При наметившейся тенденции к снижению остаются высокими показатели запущенности (19,80% в 2012 г., 19,51% в 2011 г. по области и 21,30% по РФ в 2011 г.) и одногодичной летальности (31,30% в 2012 г., 34,41% в 2011 г. и 27,4% по РФ в 2011 г.) [6, 7].

Следует отметить, что на фоне роста общего числа больных, умирающих на дому от всех причин ($55,67 \pm 0,41\%$ в 2009 г. до $73,68 \pm 0,032\%$ в 2011 г.) растет и число умерших на дому больных, основной причиной смерти которых явилось ЗНО.

Доля больных, умерших от ЗНО на дому, составляла в течение последних 5 лет в среднем $87,52 \pm 0,42\%$ от числа всех умерших по этой причине [2, 3].

Целью настоящей работы было изучение объемов и места оказания стационарной медицинской помощи больным, умершим от ЗНО, в последний год жизни для определения их потребности в ПМП по фактическому использованию служб здравоохранения.

Материал и методы

Была произведена выкопировка данных о госпитализациях в последний год жизни (в том числе в последний месяц жизни) больных, умерших от ЗНО на дому (причина госпитализации — ухудшение состояния в связи с прогрессированием ЗНО), из 268 амбулаторных карт (форма № 025/у-04), находившихся под наблюдением участковых врачей-терапевтов территориальных поликлиник. Необходимое расчетное число наблюдений для проведения анализа составило 260.

Исследуемую группу больных составили пациенты 18 лет и старше с диагнозом ЗНО 4-й клинической группы, с равным соотношением мужчин и женщин. Метастазы имели место у $43,75 \pm 3,1\%$ больных. Лица старше трудоспособного возраста (СТВ) составили $85,16 \pm 2,2\%$ от числа всех вошедших в исследование. В нашем исследовании число лиц СТВ превышало число лиц трудоспособного возраста ($14,84 \pm 2,2\%$) в 5,7 раза.

Медицинскую помощь больные получали в территориальных поликлиниках по месту жительства, в стационарах муниципальной системы здравоохранения (городские и центральные районные больницы) и в областном онкологическом диспансере (ООД).

Проводилось изучение объема оказанной медицинской помощи больным в последний год жизни, в том числе в последний месяц, в связи с тем что именно в этот период больные ЗНО больше всего нуждаются в ПМП, в том числе специализированной, в силу прогрессивного ухудшения состояния, появления сложных психосоциальных и экзистенциальных проблем и сложностей в оказании медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения. Здесь следует отметить, что ПМП необходима больным ЗНО не только в последний год жизни.

На основании полученных данных был рассчитан фактический объем стационарной медицинской помощи, полученный в последний год жизни всеми умершими от ЗНО больными на дому (6301 человек) в течение 2012 г. Кроме того рассчитан суммарный объем полученной стационарной помощи больными, умершими от ЗНО как на дому, так и в стационарах, с использованием информации о числе умерших от ЗНО в стационарах Нижегородской области из статистической формы № 14 «Сведения о деятельности стационара». Статистическая обработка информации проводилась с использованием программных продуктов BIOSTAT (Primer of Biostatistics 4.03 by Stanton A. Glantz) [8] и Excel. Доверительные интервалы (ДИ) рассчитывались по методу Клоппера—Пирсона. Уровень статистической значимости принят равным 0,05.

Результаты и обсуждение

В течение года было осуществлено 178 госпитализаций 256 больных в стационары круглосуточного пребывания области. Таким образом, на 100 больных пришлось 69,5 госпитализации в медицинские организации (МО) разного уровня системы оказания медицинской помощи, или 10,41 койко-дня на одного больного.

В ПМЖ было осуществлено 38,3 госпитализации на 100 больных, или $0,383 \pm 0,03$ госпитализации и $3,23 \pm 1,1$ койко-дня на одного больного.

Подавляющее число госпитализаций было осуществлено в МО по месту жительства — 79,77% (ДИ 78,9—80,6%), без статистически значимой разницы по полу в обоих случаях (50,70%; ДИ 47,6—53,8% у мужчин и 49,3%; ДИ 46,2—52,5% у женщин). 1/5 всех

госпитализаций (20,23%; ДИ 17,8—22,8%) осуществлялась в ООД.

Следует обратить внимание, что больше половины госпитализаций (55,06%; ДИ 52,0—58,2%) больных было осуществлено в ПМЖ больных, 60,56%; ДИ 57,5—63,6% — в МО муниципального здравоохранения (МЗ).

Продолжительность госпитализации в МО разных уровней оказания медицинской помощи составила: в МО МЗ $15,50 \pm 2,64$ койко-дня, в ООД — $12,87 \pm 2,70$ койко-дня с существенной разницей по полу. Разность показателей средних величин продолжительности госпитализации в течение года и в ПМЖ в МО различного уровня у женщин достоверно больше, чем у мужчин ($p < 0,1$; $t \geq 3,6$).

В ПМЖ продолжительность госпитализации была в 1,8 раза меньше, чем в среднем в течение года ($8,43 \pm 1,64$ койко-дня), с большей продолжительностью госпитализации у женщин ($9,10 \pm 1,95$ койко-дня), чем у мужчин ($7,62 \pm 1,39$ койко-дня) в МО МЗ и соответственно $13,0 \pm 2,56$ против $2,8 \pm 0,84$ койко-дня в ООД ($p < 0,01$; $t \geq 3,6$).

Полученная информация позволила определить объем оказанной в течение года стационарной помощи больным ЗНО, умершим на дому. В течение года больными было использовано 2664,32 койко-дня, из которых 2201,0 койко-дня ($82,61 \pm 2,84\%$) в МО по месту жительства.

При условии, что число дней работы койки в году в Нижегородской области составило 340 дней, для всех больных изучаемой группы потребовалось всего 7,83 койки, в том числе в МО МЗ — 6,47 койки. В ООД было использовано 463,32 койко-дня, или 1,36 больничной койки.

В ПМЖ больными изучаемой группы было использовано 826,14 койко-дня, из которых 724,98 койко-дня в МО МЗ ($87,75 \pm 2,45\%$) и 101,16 койко-дня ($12,25 \pm 4,46\%$) в ООД. Для оказания этого объема помощи были использованы 2,43 $\pm 2,75$ больничных койки, из которых 2,13 в МО МЗ, и 0,30 койки в ООД.

Число использованных койко-дней в ПМЖ составило $31,0 \pm 3,46\%$ от всего числа использованных койко-дней в течение года.

Если допустить, что все больные ЗНО, умершие на дому в течение года получали стационарную медицинскую помощь в тех же объемах и в МО того же уровня (как в нашем исследовании), то всеми больными (6301), умершими на дому в течение года, было использовано 65 578,16 койко-дня (4381,20 госпитализации), из которых в МО МЗ — 54174,05 койко-дня (3495,10 госпитализации), в ООД 11404,11 койко-дня.¹

Такой объем помощи был осуществлен при использовании 192,88 больничной койки: в МО МЗ 159,34 больничной койки ($82,61 \pm 2,36\%$) в течение года, в ООД 33,54 больничной койки ($17,39 \pm 5,61\%$).

В ПМЖ при принятых условиях расчета было осуществлено 2412,29 госпитализации, из которых 2116,63 в МО МЗ ($87,74 \pm 0,71\%$) и 295,29 в ООД ($12,26 \pm 1,91\%$).

Всеми больными в ПМЖ было использовано всего 20335,56 койко-дня, из которых 17843,19 в МО МЗ. Таким образом, использовано было 52,48 больничных койки в МО МЗ и 7,33 в ООД.

В ПМЖ было осуществлено 38,3 госпитализации на 100 больных, или 0,383 госпитализации и 3,23 койко-дня на 1 больного. Расчетное число койко-дней, исполь-

зованных в ПМЖ, составило 31,0% от всего числа использованных в течение года.

Нам известно, что в $15,1 \pm 1,07\%$ случаев летальный исход у больных ЗНО наступил в стационаре. На основании клинического опыта и данных литературы позволим себе сделать допущение, что все эти пациенты нуждались в ПМП во время госпитализации или в предшествующий ей период в течение года. Тогда с использованием информации о числе умерших в стационарах в 2012 г. (1119 человек) при принятых нами условиях расчета этими больными было использовано 9433,17 койко-дня (или 27,74 больничной койки).

Таким образом, все больные, умершие от ЗНО на дому и в стационарах, в течение года использовали 75011,33 койко-дня, или 220,62 койки (умершие на дому — 65578,16 койко-дня, умершие в стационаре — 9433,17 койко-дня). Объем стационарной медицинской помощи больным, умершим на дому, в течение года составил $87,42 \pm 0,43\%$, а умершим в стационаре — $12,58 \pm 0,98\%$, соответственно такое же соотношение наблюдается и при использовании больничных коек.

В последний месяц жизни суммарный объем использованной стационарной медицинской помощи (оказанной всем умершим больным от ЗНО в течение года) составил 87,54 койки. В этом случае доля использованных коек в ПМЖ составила $39,68 \pm 0,58\%$ от общего числа койко-дней в году.

Как показало наше исследование, больные ЗНО в Нижегородской области чаще умирают на дому. Так, в 2012 г. доля умерших на дому составила 84,9% от всех умерших по этой причине (6301 из 7420).

Больные, умершие от ЗНО на дому, в последний год жизни получали стационарную медицинскую помощь на разных уровнях системы здравоохранения (69,5 госпитализации на 100 больных в течение года), преимущественно в МО МЗ ($79,77 \pm 3,0\%$ от всех госпитализаций) и 20,23 $\pm 3,0\%$ в ООД.

Несмотря на то, что больные умерли дома, они использовали $87,42 \pm 0,43\%$ всего объема оказанной стационарной медицинской помощи всем умершим от ЗНО в течение года, что составило 65578,16 койко-дня, и потребовалось 192,88 койки.

Следует обратить внимание, что в это число вошли 33,54 стационарных койки ООД (17,39%), что свидетельствует о том, что онкологическим больным 4-й клинической группы в течение последнего года жизни была необходима ПМП в условиях специализированного учреждения 3-го уровня.

Значительная доля госпитализаций больных, умерших от ЗНО на дому ($55,06\%$; ДИ 51,9—58,2%), приходилась на последний месяц жизни больных, при этом 60,56% (ДИ 57,5—63,6%) из них были госпитализированы в МО МЗ. В ПМЖ больными было использовано 20335,56 койко-дня (59,81 койки), что составило 31,0% (ДИ 28,1—34,0%) от всего объема, осуществленного в течение года. Кроме того, специализированная помощь оказывалась больным в ПМЖ и в ООД (7,33 койки). Это говорит о том, что в связи с прогрессивным ухудшением состояния больных в ПМЖ возрастают потребности больных в активной симптоматической терапии и проведении медицинских вмешательств, т. е. в специализированной ПМП, следствием чего является их госпитализация в МО МЗ, а также в ООД. Это в свою очередь является следствием недостаточных возможностей оказания квалифицированной ПМП больным на дому.

¹ В 2012 г. в Нижегородской области умерли от ЗНО 7439 больных, в том числе 19 детей. Из взрослых больных (7420) умерли на дому 6301, в стационаре 1119.

В совокупности больные, умершие от ЗНО, вне зависимости от места смерти, в течение последнего года жизни получали медицинскую помощь в стационарах МО Нижегородской области, занимая 220,62 больничных койки.

В 2012 г. в Нижегородской области имелась 25331 койка в круглосуточных стационарах для взрослого населения. Расчетное число занятых коек (220,62) для оказания ПМП онкологическим больным составило 0,90% (ДИ 0,4—1,7%) от имеющегося коечного фонда.

220 коек, которые используются сегодня для оказания медицинской помощи больным ЗНО, преимущественно 4-й клинической группы в последний год жизни, можно расценивать как минимальный объем потребности в ПМП больных ЗНО в условиях стационара, в том числе специализированного (33,54 койки) при имеющихся уровнях заболеваемости и смертности от ЗНО в регионе, а также практике и эффективности оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Это число коек уже сегодня можно использовать при форматировании системы ПМП, осуществляя структурные преобразования в соответствии с Порядком оказания ПМП взрослому населению и адаптируя их к местным условиям.

Заключение

Таким образом, впервые в результате научного исследования определена минимальная потребность больных ЗНО в стационарной ПМП на основе фактического использования имеющихся медицинских учреждений (один из подходов оценки потребности населения в ПМП).

Изучение объема фактически оказываемой стационарной помощи инкурабельным больным ЗНО в последний год жизни дает нам информацию, которую необходимо учесть при планировании и организации ПМП в регионе.

Исходя из того, что оказание специализированной ПМП требуется больным ЗНО не только в последний год жизни, полученное нами расчетное число следует считать минимальным. Необходимое число коек будет в значительной степени определяться эффективностью оказания ПМП на уровне первичного звена, для чего необходимо проведение существенных преобразований в работе амбулаторно-поликлинической службы.

Определенный объем фактически оказанной стационарной помощи больным, умершим от ЗНО, в течение года составил 80,12% от объема, рассчитанного по нормативу, рекомендованному Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года (подпрограмма 6) [1]. То есть, надо иметь в виду, что до 80% от числа развернутых коек ПМП должно быть выделено для больных ЗНО и лишь около 20% для оказания специализированной ПМП больным с другими нозологическими формами заболеваний.

Очевидно, что существует группа онкологических больных с серьезными медицинскими проблемами, нуждающихся в специализированной ПМП, которая может быть им предоставлена на базе онкологических диспансеров (вполне оправдано создание отделения специализированной ПМП в структуре ООД) или в отделениях специализированной ПМП при обязательном участии специалистов-онкологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года об утверждении «Государственной программы

развития здравоохранения Российской Федерации» [Интернет]. 2012 [cited 2013 Feb 28]. Available from: <http://www.rosminzdrav.ru/health/72>

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» [Интернет]. 2012 [cited 2013 June 17]. Available from: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/orders/1401>
3. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Интернет]. 2012 [cited 2013 Feb 28]. Available from: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104>
4. Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К., Шарафутдинов М.Г. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи. М.: ММА им. И.М. Сеченова; 2008.
5. Введенская Е.С. О важности принятия рабочего определения паллиативной помощи и ее содержания в преддверии становления служб в регионах. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2013; 1: 24—9.
6. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области за 2012 год: Статистический сборник. Н. Новгород: Министерство здравоохранения Нижегородской области. ГУЗ НО «МИАЦ»; 2011: 59—62.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. Состояние онкологической помощи населению России в 2011 году. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России; 2012.
8. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. М.: Практика; 1999.

REFERENCES

1. The Russian Federation Government Decree No 2511-p of 24 December 2012 «On the approval of the “State Program of Health of the Russian Federation». 2012. Available at: <http://www.rosminzdrav.ru/health/72> (accessed 28 February 2013) (in Russian).
2. The order of the Health Ministry of the Russian federation of 21 December 2012 N 1343n «On the approval of the Order on palliative medical care providing for adults». 2012 Available at: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/orders/1401> (accessed 28 February 2013) (in Russian).
3. On the basic principles of population health protection in the Russian Federation. The Federal Law of the Russian Federation of 2011 November 21 N 323-FZ. 2011. Available at: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104> (accessed 13 April 2013) (in Russian).
4. Ekkert N.V., Novikov G.A., Khetagurova A.K., Sharafutdinov M.G. Methodic recommendation on palliative health care. Moscow: I.M. Sechenov Moscow Medical Academy; 2008 (in Russian).
5. Vvedenskaya E.S. On the importance of adopting a working definition of palliative care and its content in anticipation of the palliative care services establishment in the regions. Problemly standartizatsii v zdravooxranenii. 2013; 1: 24-9 (in Russian).
6. The key indicators of public health and health-care institutions activity in the Nizhny Novgorod region in 2012: Statistical Yearbook. Nizhny Novgorod: The Ministry of Health of the Nizhny Novgorod region. GUZ NO «MIAC». 2011: 59-62 (in Russian).
7. Chissov V. I., Starinskiy V. V., Petrova G. V., eds. State of the art of the oncology care in Russia in 2011. Moscow: FGBU «MNIIOI P.A. Gertsena's name» Minzdravsocrazvitiya Rossii. 2012 (in Russian).
8. Glantz S. Biomedical Statistics: transl. from English. Moscow: “Praktika”. 1999 (in Russian).

Поступила 19.07.13