

О. В. Обухова¹

канд. полит. наук, зав. отделом ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России» (Москва)

ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ

В развитых странах понятие «мониторинг» во всех сферах деятельности в целом давно знакомо и понятно. На мониторинг там ежегодно выделяются значительные средства из государственного бюджета и других источников финансирования. В нашей стране это направление деятельности до сих пор не получило должного развития.

В здравоохранении на различные системы мониторинга с трудом удавалось изыскивать средства из различных целевых программ, а чаще — привлекать средства зависимых от осуществления определенной деятельности доноров. При отсутствии системного государственного подхода к этой задаче остаются нерешенными ее законодательные и технические аспекты. К таковым можно отнести отсутствие единых исполнителей различных направлений мониторинга, отсутствие обеспеченности средствами быстрой электронной связи, недостаточное целевое компьютерное обеспечение учреждений. Остаются нерешенными кадровые вопросы, нет инженерно-технического и операторского персонала. Отдельно стоит отметить отсутствие учетно-отчетной документации, ориентированной на информатизацию здравоохранения во вновь внедряемых формах государственной и отраслевой статистической отчетности. И даже после отмеченной роли мониторинга в принятой в 1996 г. Концепции создания государственной системы мониторинга здоровья населения России решению данных проблем не было уделено должного внимания.

Что же такое мониторинг в здравоохранении? Заметим, что единого понятия мониторинга на сегодняшний день не существует. В различных словарях и справочниках можно найти около двухсот определений мониторинга. В сфере здравоохранения наиболее удачное определение мониторинга было дано в вышеуказанной Концепции: «Мониторинг здоровья населения — это система *оперативного слежения* за состоянием и изменением здоровья населения, представляющая собой *постоянно совершенствующийся* механизм получения *разноуровневой* информации для *углубленной оценки* и *прогноза* здоровья населения за различные временные интервалы». В данном определении аккумулированы основные характеристики самого мониторинга как процесса:

- 1) многозадачность;
- 2) многоуровневость;
- 3) приспособляемость;

¹ Эл. адрес: obuhova@mednet.ru

- 4) оперативность;
- 5) углубленная оценка и прогноз.

Другими словами, мониторинг должен представлять наиболее близкую виртуальную модель конкретного процесса, отражающую его свойства и связи и изменяющуюся вместе с его изменением. Но при этом такая модель должна позволять оценивать основные показатели, характеризующие процесс, на протяжении длительного времени для достоверной оценки происходящих изменений. При этом мониторинг не противопоставляется системе государственной статистики. Он существует параллельно и содержит более полную информацию, необходимую для оперативного контроля.

Рассмотрим более подробно основные характеристики любого мониторинга в здравоохранении.

1. Многозадачность. Мониторинг, реализованный как электронный инструмент, позволяет предоставить информацию для проведения многофакторного анализа смежных областей жизнедеятельности человека. Для этого мониторинг в здравоохранении, помимо эпидемической, должен включать следующую информацию:

- социально-экономическую;
- демографическую;
- экологическую;
- данные о ресурсном обеспечении (финансовом, кадровом, материально-техническом);
- сведения о программах и мероприятиях, реализуемых в изучаемом процессе.

При наличии профильных мониторингов указанной информации должна быть предусмотрена возможность взаимообмена для предотвращения дублирования и возникающих при этом ошибок.

2. Многоуровневость. При построении системы мониторинга необходимо учитывать, что наиболее полную и достоверную информацию для любого уровня можно получить только там, где происходит ее первичный сбор. При обмене информацией между уровнями она должна предварительно обрабатываться для соответствия задачам, решаемым на данном уровне, и обеспечения сопоставимости с получаемой дополнительной информацией на этом же уровне.

3. Приспособляемость. В информатике чаще используется термин «масштабируемость». Мониторинг должен изменяться вместе с изменением отражаемого им процесса. Гибко адаптироваться к изменению структуры информации, применению новых схем решения задач процесса.

4. Оперативность. Изменения эпидемической ситуации и других процессов часто происходят значительно быстрее, нежели их отображение в государственной и отраслевой статистике, собираемой преимущественно за год, реже — за квартал. Мониторинг позволяет оперативно следить за ситуацией. В США, например, публикуется еженедельный отчет о заболеваемости и смертности, который возможен только при применении современных компьютерных систем сбора и анализа информации с использованием интернет-технологий, что позволяет минимизировать время обратной связи.

5. Углубленный анализ и прогноз. Наличие полной и достоверной информационной базы на каждом уровне позволяет производить при необходимости подробный анализ ситуации, в том числе ретроспективно, без дополнительной организации сбора данных, благодаря чему возможен быстрый прогноз развития процесса, выявление критических факторов, в том числе с использованием смежных данных.

Вышеизложенные характеристики мониторинга позволяют построить математическую модель изучаемого процесса и его реакцию на возможные измене-

ния в организации здравоохранения, состоянии общества, окружающей среды и других факторах, влияющих на процесс.

Для построения национальной системы мониторинга отдельного заболевания необходимо определить основные свойства и связи данного заболевания как процесса в здравоохранении и в обществе в целом. Особой задачей при этом является синхронизация временных интервалов возможных воздействий на процесс, ответной реакции и принятия управляющих решений. Например, при известном минимальном временном интервале возможности изменения финансирования сумма времен сбора ответной реакции процесса и принятия соответствующего управляющего решения об изменении направления финансирования не должна превышать этот интервал и иметь достаточный запас времени на непредвиденные ситуации. Пример финансирования выбран нами не случайно. Финансовые механизмы в стране очень сложны и практически не подвержены реакции на изменения по конкретному заболеванию. Именно поэтому минимальный интервал возможности изменения финансирования принимается за отправную точку для обеспечения синхронизации временных интервалов всей системы мониторинга применительно к финансированию в сфере здравоохранения.

В отличие от финансирования, временные интервалы изменения в организационных мероприятиях, связанных с решением возникающих проблем по конкретному заболеванию, могут достаточно оперативно изменяться в зависимости от критичности ситуации.

В данных условиях наибольшее значение приобретает минимальный временной интервал возможности получения достоверной информации о происходящих изменениях эпидемического процесса. Для значительного сокращения этого интервала необходимо применение компьютеризированной системы сбора данных с использованием интернет-технологий. Помимо формирования стандартных отчетных документов государственной статистики такая система дает возможность индикации критических факторов с обновлением в короткие промежутки времени. Эта ветвь общей системы мониторинга, основанная на информации учреждений, непосредственно работающих с пациентом, является самой объемной и в связи с этим сложной и капиталоемкой в создании мониторинга.

Особую важность система мониторинга приобретает при решении проблем в области социально значимых заболеваний, требующих оперативного реагирования на изменение эпидситуации. Снижение заболеваемости населения по данной группе болезней входит в число приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения (Указ Президента...).

Среди социально значимых заболеваний особое место занимает заболевание вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). В Указе Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537 «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» проблема противодействия ВИЧ-инфекции объявлена приоритетной для безопасности Российского государства. С точки зрения общества ВИЧ-инфекция наносит непоправимый ущерб демографической, социальной, экономической жизни. Во-первых, инфекция поражает молодое, трудоспособное население, что создает угрозу национальной безопасности страны, а во-вторых, требует колоссальных затрат на лечение. По данным формы 61 Федеральной службы государственной статистики (ФСГС) «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией», общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных на конец 2010 г. достигло 0,4% от общей численности населения страны. Из них инфицированные в трудоспособном возрасте (15—50 лет) составили 97%. Фактически в настоящее время 80 тыс. человек из числа ВИЧ-инфицированных на-

ходятся на специфической антиретровирусной терапии. Годовая стоимость лечения одного ВИЧ-инфицированного из средств Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией составляет порядка 2,5 тыс. долл. в год. При этом расходы, направляемые на закупку лекарственных препаратов, составляют половину всех средств, расходуемых государством на проблему ВИЧ-инфекции за год. По данным Федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом, число ВИЧ-инфицированных в стране, нуждающихся в АРВ-терапии, растет в среднем на 3% в год, а это значит, что с каждым годом потребность в финансовых расходах на лечение будет только расти.

Начиная с 2005 г., когда в Российской Федерации стартовал Национальный приоритетный проект «Здоровье», общее финансирование мероприятий, связанных с ВИЧ-инфекцией, по отношению к расходам 2004 г. увеличилось в 18 раз к 2009 г. и составило 21,3 млрд руб. Из них доля государственных расходов в общем объеме средств, направленных на программы и мероприятия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации, по данным за 2008 г., составила свыше 90% и 1,3% от всех государственных расходов на систему здравоохранения.

Средние расходы на одного ВИЧ-инфицированного к 2009 г. увеличились в 12,5 раза (рис. 1) и составили 51 тыс. руб.



Рис. 1. Вклад государственных расходов в подушевых расходах на одного ВИЧ-инфицированного, руб.

Значительное увеличение государственного финансирования программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции вызывает необходимость повысить контроль за движением и использованием вложенных средств, а также произвести оценку, в какой степени финансовые расходы повлияли на общее состояние здоровья населения, а также на финансовую устойчивость бюджетной системы страны.

На II Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии в 2008 г. министром здравоохранения и социального развития России было отмечено, что «зачастую причиной невозможности получения достаточных средств на мероприятия по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом является отсутствие достоверных данных по их экономической эффективности».

Расчет финансовых показателей, нацеленных на отслеживание использования ресурсов и их влияния на показатели здоровья населения, является неотъемлемым компонентом стратегии поддержки политических решений в сфере здравоохранения. Финансовые показатели являются доказательной базой при разработке мероприятий, позволяющих обеспечить достижение желаемых результатов.

27 июня 2001 г. Правительством РФ была подписана Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Согласно принятым на себя обязатель-

ствам, Российская Федерация должна раз в два года предоставлять отчет перед Специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (ССГАООН) о достижениях в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом. Одним из ключевых индикаторов данного отчета является показатель № 1 «Внутренние расходы в связи с ВИЧ/СПИДом», представляющий собой матрицу расходов с указанием источников и направлений финансирования.

Итак, значительный объем финансовых затрат, направленных на эпидемиологические мероприятия по борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации, необходимость проведения систематических оценок эффективности расходования средств и определения реальных потребностей в них конечных потребителей, а также необходимость формирования матрицы расходов для странового отчета перед ССГАООН определяют потребность в разработке системы финансово-экономического мониторинга программ и мероприятий в области противодействия ВИЧ-инфекции (СФЭМ ВИЧ).

Распространение любого инфекционного заболевания представляет собой следствие двух взаимосвязанных процессов: динамики условий среды распространения (социум, экология) и усилий системы здравоохранения, направленных на ограничение эпидемического процесса. Когда дело касается социально значимых заболеваний, каким является и ВИЧ-инфекция, особенно важным становится выделить эффекты, связанные с данными, зачастую противоположно направленными силами.

Национальные расходы на проблему противодействия распространению ВИЧ-инфекции формируются, главным образом, из затрат на предотвращение новых случаев инфицирования и расходов на лечение ВИЧ-инфицированных. В конечном счете действие каждого из мероприятий, будь то закупка лекарств и оборудования или издание печатной продукции и обучение специалистов, направлено на одну из этих целей.

В связи с этим задача оценки национальных расходов на ВИЧ/СПИД в Российской Федерации требует ответа вопрос, как соотносятся финансовые расходы на борьбу с распространением ВИЧ-инфекции с эпидемическим процессом и состоянием системы здравоохранения в целом.

Решение данного вопроса требует подробного анализа финансовой информации о расходах на здравоохранение в целом и на проблему противодействия распространению ВИЧ-инфекции в частности. Основное внимание уделяется вопросу о достаточности ее финансирования и формированию соответствующего критерия. Этому вопросу сопутствует анализ соотношения эпидемических и финансовых показателей, а также показателей финансирования и качества деятельности системы здравоохранения.

Заметим, что в условиях Российской Федерации, характеризующейся крайне неравномерной плотностью населения, различием культурных традиций и уровней социально-экономического развития, анализ тенденций эпидемического процесса любой инфекционной болезни без учета территориального фактора невозможен.

В качестве обобщенного параметра оценки ситуации по распространению ВИЧ-инфекции в субъекте нами был разработан специальный показатель λ , характеризующий силу инфекции вируса иммунодефицита человека. Сила инфекции λ равна скорости инфицирования чувствительного индивида. Тогда величина $\lambda \Delta t$ равна вероятности инфицирования в течение времени Δt , например года. Сила инфекции может быть оценена по формуле

$$\lambda = \frac{I(t+1)}{N(t) - P(t)},$$

где $N(t)$ — численность населения в году t ; $P(t)$ — число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), зарегистрированных на начало года t ; $I(t+1)$ — число новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных на конец года t .

Таким образом, силу инфекции любого заболевания нетрудно оценить в первом приближении по данным о заболеваемости и распространенности соответствующей инфекции.

Несмотря на то, что величина λ есть удельная вероятность инфицирования одного индивида, ее нельзя рассматривать как характеристику индивидуального риска инфицирования, так как основой для ее построения не являются свойства индивидуального организма. Сила инфекции характеризует так называемый *популяционный риск инфицирования* и может являться инструментом для прогнозирования общего числа новых случаев инфекции в заданный промежуток времени на заданной территории.

При анализе информации о финансировании мероприятий по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции показатель удельного риска, а также показатели распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией в отдельности были сопоставлены с данными о государственных и негосударственных расходах на программы и мероприятия по противодействию распространения ВИЧ-инфекции. В качестве методов исследования применены элементы корреляционно-регрессионного и кластерного анализа.

Все необходимые для анализа данные существуют в официальной государственной статистической отчетности, предоставляемой Федеральной службой государственной статистики РФ, Министерством здравоохранения и социального развития РФ, Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом.

В результате исследования динамики полученных данных была выявлена устойчивая обратно пропорциональная зависимость силы инфекции ВИЧ (удельного риска инфицирования на 1000 человек в год) и затрат на проблему в расчете на одного ВИЧ-инфицированного, отнесенных к подушевым государственным расходам на здравоохранение в целом (рис. 2).

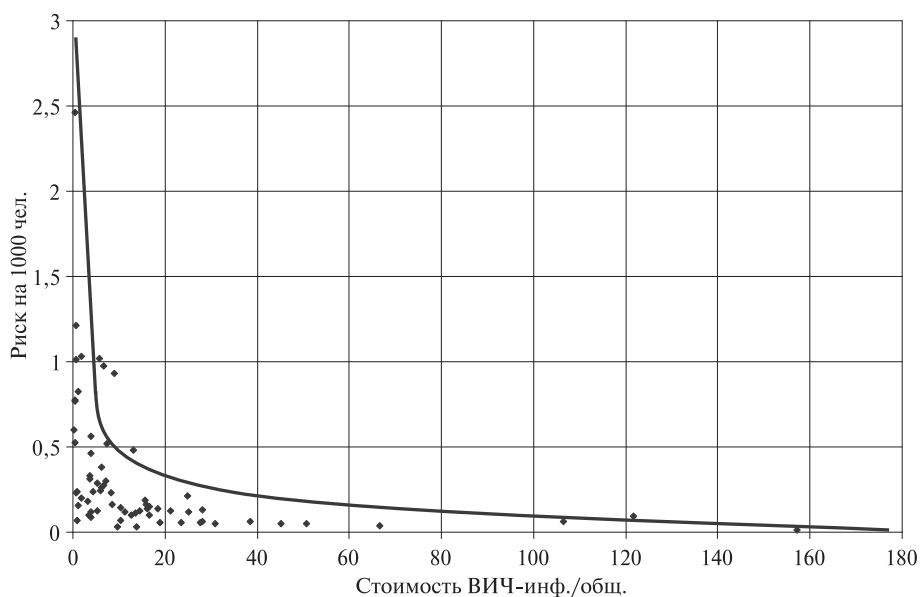


Рис. 2. Зависимость силы ВИЧ-инфекции от затрат на борьбу с ВИЧ-инфекцией в расчете на одного ВИЧ-инфицированного, отнесенных к подушевым государственным расходам на здравоохранение

Корреляционно-регрессионный анализ показал наличие сильной связи силы ВИЧ-инфекции и затрат на программы по предотвращению ее распространения ($-0,8$) с уровнем доверия $0,99$. В итоге было установлено существование следующей обратной функциональной зависимости между показателями:

$$\lambda \sim \frac{1}{\sqrt{x}},$$

где x — объем финансирования мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ее профилактике в расчете на одного ВИЧ-инфицированного пациента, отнесенный к подушевым расходам на здравоохранение.

Согласно полученным данным можно утверждать, что увеличение финансирования мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ее профилактике ведет к снижению риска заболеваемости. Однако сам характер зависимости указывает на наличие некоторого предела, выше которого эффект от увеличения финансирования становится практически незаметным.

Точка, в которой дальнейшему изменению λ на 1% соответствует изменение x на 10 единиц, равна 4,3. Это приводит к сумме финансирования, равной 27 тыс. руб. в год из расчета в среднем по Российской Федерации.

Величина 27 тыс. руб. на одного ВИЧ-инфицированного в год является своего рода оптимальной ценой, определяющей переломные изменения в риске инфицирования населения. Для регионов с затратами выше данной величины зависимость риска инфицирования от затрат на борьбу с инфекцией слабая. Здесь риск инфицирования полностью определяется внешними факторами. В одних регионах медленное распространение вируса в популяции при высоких затратах может являться следствием проведения эффективной профилактической программы — тогда высокие расходы становятся оправданными, в других — отсутствием естественных условий для распространения инфекции, в таком случае затраты нельзя считать целесообразными.

Затраты менее 27 тыс. руб. в расчете на одного ВИЧ-инфицированного в год являются недостаточными с позиции снижения риска. Такие регионы нуждаются как в финансовом стимулировании, так и в исследовании естественных причин распространения инфекции для разработки эффективных профилактических мер (например, антинаркотические программы, контроль мигрантов, борьба с преступностью и т. п.).

Таким образом, можно утверждать существование критерия достаточности финансирования проблемы ВИЧ-инфекции — оптимальной стоимости одного ВИЧ-инфицированного пациента. Естественно, что данная величина должна индексироваться с учетом инфляции.

Значение коэффициента корреляции числа ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих на учете на начало года, с величиной расходов на проблему ВИЧ-инфекции за тот же год составляет порядка 0,4, что при размере исследованной выборки соответствует связи средней силы. Это означает, что в целом объем финансирования мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией зависит не только от числа ВИЧ-инфицированных, состоящих на учете на данный момент, но и от других дополнительных факторов, таких, как объем доступных средств и потребность в дополнительных затратах вследствие выявления новых случаев ВИЧ-инфекции.

Тем не менее при анализе графика распределения зависимости расходов от числа ВИЧ-инфицированных обнаружено, что исходная выборка может быть с достаточной точностью разделена на две группы, для каждой из которых существует линейная зависимость между объемом финансирования и числом ВИЧ-инфицированных. Это объясняет среднюю силу корреляции во всей выборке.

Критерий кластеризации: $y = 27x$ — на одного ВИЧ-инфицированного должно приходиться 27 тыс. руб. от всех финансовых расходов по проблеме ВИЧ-инфекции в год.

Из табл. 1 видно, что большая часть населения Российской Федерации сосредоточена в более «благоприятной» зоне по уровню обеспечения программ противодействия ВИЧ/СПИДу. В целом для регионов с затратами на одного ВИЧ-инфицированного, превышающими 27 тыс. руб. в год, риск ВИЧ-инфицирования значительно снижается и составляет 0,14 на 1000 человек, тогда как для регионов с низкой стоимостью лечения риск инфицирования в 3,5 раза выше (рис. 3).

Для регионов с низкими затратами на ВИЧ-инфицированных характерен дефицит качества ресурсов или финансирования. При высоких затратах не удается добиться достаточной обеспеченности ресурсами здравоохранения.

Таблица 1

Характеристики групп субъектов РФ по объему финансирования проблемы ВИЧ-инфекции

Характеристика	Субъекты РФ, в которых на одного ВИЧ-инфицированного приходится		
	менее 27 тыс. руб. в год	более 27 тыс. руб. в год	нет данных
Количество субъектов РФ	21	46	15 (18%)
Число ВИЧ-инфицированных, чел.	113 906	91 469	117 400 (36%)
Население, млн чел.	31	70	44
Средняя плотность, чел. на кв. км	21,4	26,9	44,2
Вид зависимости	$y = 4,8x$	$y = 42x$	—
Сила связи	0,92	0,93	—
Максимальная сила ВИЧ-инфекции	2,46	1,02	1,03
Число субъектов РФ, в которых ВИЧ-инфицированный пациент дешевле обычного	10 (62,5%)	—	—

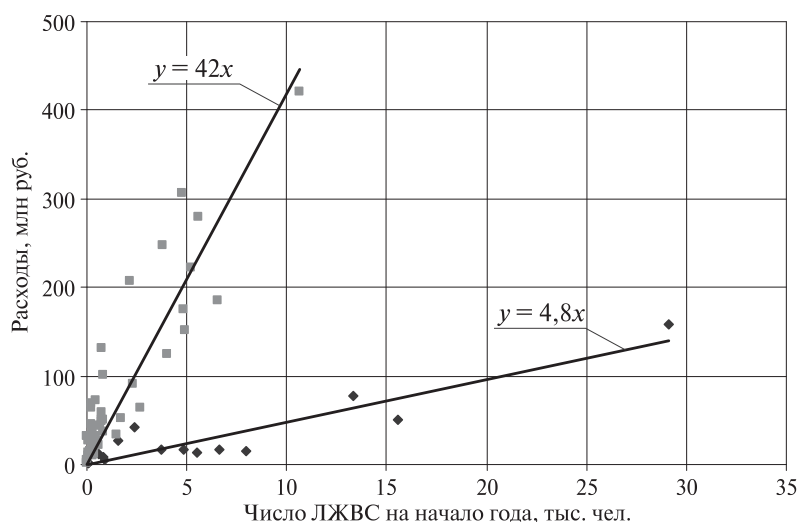


Рис. 3. Зависимость объема финансирования от числа ВИЧ-инфицированных, состоящих на учете:

◆ — дешевле; ■ — дороже

Анализ факторов противодействия указал на существование следующих особенностей в финансировании проблемы ВИЧ/СПИДа.

1. Наличие систематической неоднородности расходования средств на борьбу с ВИЧ/СПИДом в субъектах РФ позволяет установить зависимость между удельным риском инфицирования и уровнем финансирования.

2. Выявлен характер данной зависимости — обратно пропорциональный. Таким образом, существует некоторый оптимальный уровень расходов, выше которого финансирование программ противодействия слабо влияет на распространение заболевания.

3. Если считать несущественными изменения риска на 1% за 10 единиц удельного финансирования проблемы ВИЧ/СПИДа, то данной оптимальной величиной является 27 тыс. руб. на одного ВИЧ-инфицированного пациента из расчета в среднем по Российской Федерации.

Полученные данные еще раз доказывают необходимость и актуальность разработки финансово-экономического мониторинга и оценки расходов на противодействие распространению ВИЧ-инфекции.

Использование эффективных механизмов управления финансовыми потоками позволяет адекватно оценивать и перераспределять финансовые ресурсы на те мероприятия, которые в конкретный промежуток времени требуют оперативного реагирования. Исследования системы финансирования программ и мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа, лечению и уходу больных в Бразилии за 1997—2000 гг. (по данным SIDALAC/Brazil Ministry of Health) и в Мексике за 1995—2002 гг. (по данным SIDALAC/Минздрав Мексика), проведенные специалистами Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), показали возможность экономического влияния на эффективность проводимых мероприятий путем перераспределения финансовых ресурсов с более затратных и менее эффективных в плане влияния на эпидемиологический процесс (лечение и уход) на менее затратные и максимально эффективные профилактические мероприятия.

В Российской Федерации, как и в других странах мира, практически отсутствуют системы регулярной оценки расходов по конкретному заболеванию. Такая работа является самостоятельным видом деятельности, требующим значительных трудовых и финансовых ресурсов. Поэтому чрезвычайно важным является использование уже разработанных действующих инструментов и стандартных источников информации.

Специфика разработки инструмента оценки и планирования расходов на программы и мероприятия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции обусловлена необходимостью сбора дополнительной информации и классификации данных по мероприятиям, не относящимся к здравоохранению. Необходимо отметить, что такая информация является не столь упорядоченной, как собираемая в отрасли, и требует не только значительных усилий по ее сбору, обработке, но и проведения работ по ее унификации и сопоставлению. Поэтому основными требованиями к разработке такого инструмента являются: учет перечня всех ресурсов, направляемых на мероприятия в области противодействия ВИЧ-инфекции, наличие внутренней последовательности и соответствия обрабатываемой информации, а также соответствие и сопоставимость с действующими российскими и международными стандартами и требованиями в исследуемой области.

В мире существуют несколько методик, позволяющих осуществлять мониторинг и оценку финансовых ресурсов, направленных на программы и мероприятия по проблеме ВИЧ-инфекции. Среди них наиболее распространенными являются следующие.

1. Национальные субсчета по ВИЧ/СПИДу (НСС), разработанные специалистами Имперского колледжа (Лондон).

2. Методика оценки национальных расходов на ВИЧ/СПИД (ОНРС). Разработчиками являются специалисты Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS).

Основой как для первой, так и для второй методик является широко признанный в мировой практике инструмент мониторинга и оценки финансирования системы здравоохранения — Система счетов здравоохранения (ССЗ), созданная как сателлитный счет системы национальных счетов (О совещании специалистов статистических служб стран Содружества...). Информация ССЗ является основой для прогнозирования финансовых потребностей здравоохранения. Система счетов здравоохранения представляет собой систему адекватных рыночной экономике взаимоувязанных макроэкономических показателей, представленных в форме балансовых таблиц, которые разработаны на основе понятий и определений, принятых для системы здравоохранения в государственной статистике, и соответствуют международным нормам и стандартам (Беляева и др., 2001; Стародубов, 1999; Татарников, 2006; Флек и др., 2006).

Начиная с 1996 г. в Российской Федерации проводится работа по созданию и внедрению счетов здравоохранения на федеральном и региональном уровнях. Данный инструмент позволяет получать и анализировать данные о финансировании системы здравоохранения РФ по всем ключевым категориям — источникам, распорядителям финансирования, поставщикам медицинской помощи и услуг, а также по всем услугам, предоставляемым системой здравоохранения.

Использование принципов формирования системы счетов здравоохранения позволяет производить оценку затрат и по отдельным социально-значимым заболеваниям. Так, в мировой практике накоплен опыт применения системы счетов здравоохранения для проведения оценки затрат на проблему ВИЧ/СПИДа (субсчет по ВИЧ/СПИДу (Имперский колледж, Лондон). Недостатком данной методики является получение информации о расходах, произведенных только в системе здравоохранения. Расходы, произведенные вне сектора здравоохранения, не учитываются. Методика получения данных для субсчета по ВИЧ основана на так называемом методе коэффициентов, когда на уровне отдельных медицинских организаций, являющихся поставщиками медицинских услуг, формируются коэффициенты отнесения общих расходов организации и расходов на лечение и профилактику ВИЧ-инфекции на каждый вид деятельности в связи с ВИЧ-инфекцией, на каждую финансирующую организацию и поставщика услуг, затем полученные данные аппроксимируются на группы идентичных поставщиков услуг на уровне региона, а затем и на уровне страны. Данная методика весьма трудоемка, требует проведения большой исследовательской работы, а полученные результаты весьма приблизительны и неинформативны.

Предложенная специалистами UNAIDS методика оценки национальных расходов на ВИЧ/СПИД (ОНРС) основана на многолетнем опыте зарубежных стран в проведении работ по планированию, проведению, мониторингу и оценке вмешательств в области ВИЧ-инфекции. Разработана на базе функциональной классификации мер противодействия ВИЧ-инфекции и категорий системы счетов здравоохранения. При всех имеющихся преимуществах перед рассмотренными выше, данная методика требует тщательной адаптации к условиям каждой страны, не позволяет оценить эффективность расходов, имеет весьма специфический и узконаправленный инструментарий сбора и анализа информации и не может быть применена для прогнозирования потребностей в ресурсах, направляемых на противодействие распространению ВИЧ-инфекции.

По сути, данная методика призвана обеспечить потребности сбора информации о расходах страны в связи с ВИЧ-инфекцией для оценки на межстрановом уровне. Потребности внутри страны в такой информации, особенно для оценки на межрегиональном уровне, система ОНРС не обеспечивает.

Схематично разница между рассматриваемыми методиками представлена на рис. 4. Субсчет по СПИДу является той частью ССЗ, которая касается расходов системы здравоохранения в связи с ВИЧ-инфекцией. Методика ОНРС, являясь наследницей субсчета по СПИДу в части заимствования структуры информации и логики взаимосвязи создаваемых матриц, расширена в части объема собираемой информации как в секторе здравоохранения, так и вне его.

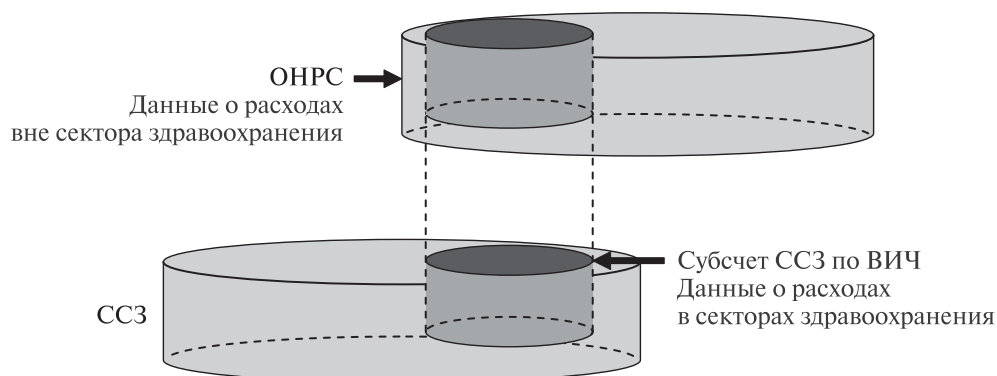


Рис. 4. Взаимосвязь методик оценки расходов в связи с ВИЧ-инфекцией

Разработанная система финансово-экономического мониторинга (СФЭМ ВИЧ) построена на адаптированной к российским условиям системе категорий ОНРС, дополнена системой индикаторов для оценки эффективности расходов и прогноза потребностей в ресурсах, инструментами сбора и обработки данных для разных уровней:

- на уровне отдельной программы;
- на уровне отдельного финансового источника (федеральные средства, средства субъектов, международные средства);
- на уровне субъекта РФ;
- на федеральном уровне.

Финансовая информация СФЭМ ВИЧ собирается и анализируется по следующим параметрам.

1. Финансирование:

- источники финансирования;
- распорядители финансирования.

2. Предоставление:

- поставщики медицинской помощи, товаров и услуг;
- статьи расходов.

3. Использование:

- виды деятельности: профилактика, лечение;
- получатели услуг;
- индикаторы (объемные, качественные, краткосрочные, среднесрочные, долгосрочные и т. д.).

4. Оценка и прогнозирование ресурсов:

- определение удовлетворенности потребности в ресурсах;
- расчет потребности в ресурсах.

Анализ финансовых ресурсов, выделяемых на решение проблемы ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации, позволил выделить три основных потока:

1) средства, расходуемые на программы и мероприятия по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (целевые программы, международные займы, международные проекты, средства неправительственных организаций и др.);

2) средства, предназначенные на финансирование медицинских организаций и служб, вовлеченных в проблему ВИЧ/СПИДа (центры СПИДа, лабораторная служба, кожно-венерические, туберкулезные диспансеры, отделения клинических больниц, родильные дома, службы Роспотребнадзора, органов социальной опеки и др.);

3) личные средства граждан, направляемые на поддержку жизнеобеспечения и лечение лиц, инфицированных ВИЧ.

Система мониторинга расходов по ВИЧ/СПИДу включает в себя широкий спектр организаций, которые участвуют в борьбе с эпидемией в стране. К основным участникам, деятельность которых анализируется и расходы которых включаются в систему финансового мониторинга ВИЧ/СПИДа, относят следующие:

- организации, финансирующие деятельность по ВИЧ/СПИДу;
- организации, координирующие, контролирующие, поддерживающие программы по проблеме ВИЧ/СПИДа на всех уровнях;
- организации, оказывающие услуги и предоставляющие товары, направленные на борьбу с эпидемией.

Источники финансирования

Государственный сектор						Негосударственный сектор			Международные организации
Бюджетные			Внебюджетные			Частные страховые компании (ДМС)	Общественные организации	Расходы домохозяйств	
Федеральный бюджет	Региональный бюджет	Муниципальный бюджет	Фонд ОМС	Фонд социального страхования	Фонд пенсионного страхования				

Распорядители финансирования

Государственный уровень							Негосударственный сектор			Международные организации	
Министерство здравоохранения и социального развития	Федеральная служба по надзору за правами потребителей	Министерство образования	Министерство обороны	Федеральная служба исполнения наказаний	Министерство финансов	Другие	Частные страховые компании (ДМС)	Некоммерческие общественные организации	Расходы домохозяйств	Двусторонние	Многосторонние

Поставщики услуг

Учреждения системы здравоохранения	Учреждения социальной защиты населения	Учреждения образования	Учреждения исполнения наказаний	Учреждения внутренних дел	Организации масс-медиа	Некоммерческие организации	Конфессиональные организации	Другие поставщики
------------------------------------	--	------------------------	---------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------	-------------------

Услуги, предоставляемые каждым поставщиком

Получатели

Рис. 5. Направления финансовых потоков на программы и мероприятия по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации

В общем виде потоки финансирования по программам, мероприятиям и проектам, осуществляемым в рамках противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, выглядят следующим образом (рис. 5).

Основными задачами, которые решаются с помощью системы финансово-экономического мониторинга программ противодействия ВИЧ-инфекции, являются:

- анализ и оценка данных в любых разрезах;
- осуществление финансово-экономического мониторинга в рамках программного мониторинга и оценки;
- оценка экономической эффективности осуществляемых мероприятий в области ВИЧ-инфекции;
- достоверный прогноз ресурсных потребностей на основании математического моделирования поведения факторов влияния.

Опираясь на решение данных задач, можно определить приоритетность распределения финансовых средств на программы и мероприятия по проблеме противодействия распространению ВИЧ-инфекции, обеспечить адекватность учета расходования и оптимизации распределяемых ресурсов между всеми заинтересованными сторонами, а также обосновать методы государственного контроля за выполнением программ и мероприятий по проблеме.

Разработанная методология системы финансово-экономического мониторинга программ и мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции основана на адаптированных к законодательно-правовой базе Российской Федерации классификаторах, часть из которых являются универсальными для формирования системы финансово-экономического мониторинга по любому социально-значимому заболеванию.

Источники

Беляева Н. В., Докторович А. Б., Климкин М. В., Зайцева Т. С. Система счетов здравоохранения России. М., 2001.

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.un.org/russian/document/declarat/aidsdecl.htm>

О совещании специалистов статистических служб стран Содружества по вопросам системы национальных счетов. 29 ноября — 1 декабря 2006 г., г. Москва [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.cisstat.com/rus/>

Стародубов В. И. Создание системы национальных счетов здравоохранения России // Здравоохранение. 1999. № 7.

Татарников М. А. Основные этапы и перспективы реформирования российского здравоохранения // ГлавВрач. 2006. № 12.

Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537 «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года».

Флек В. О., Шияев Д. Р., Обухова О. В., Титова И. А., Дмитриева Е. Д. Комплексная оценка финансирования системы здравоохранения в России по версии системы счетов здравоохранения. М., 2006.