УДК 616-002.-5: 614.2

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

Гиреев Т.Г.

Бюро медико-социальной экспертизы, Махачкала

В статье анализируются современные методические подходы к оценке экономического ущерба, наносимого туберкулезом, в том числе к расчету стоимости противотуберкулезных мероприятий.

Ключевые слова: туберкулез, экономический ущерб, индексы, экономический эффект.

Methodical approaches to the estimate of economic damage from tuberculosis

Gireev T.G.

Bureau of medical and social expertise, Makhachkala

In the article the modern methodical approaches to the estimate of economic damage from tuberculosis, including to the account of the cost of antituberculous measures are analyzed.

Keywords: tuberculosis, economic damage, indicators, economic effect.

В настоящее время специалисты-фтизиатры в России признают необходимость использования новых технологий изучения и анализа проблемы заболеваемости туберкулезом в стране с учетом новых экономических условиях на базе накопленного опыта и сохраняемых традиций противотуберкулезной работы Российской Федерации [5, 6]. С начала XXI в. в структуре противотуберкулезной службы произошел пересмотр групп диспансерного наблюдения больных туберкулезом, существенно ухудшилась эпидемиологическая ситуация в стране (возросший поток мигрантов) и социально-экономические условия жизни населения (безработица, низкая заработанная плата, нездоровый образ жизни), что и послужило основанием необходимости проведения клинико-экономических исследований, затрагивающих проблему экономической эффективности противотуберкулезных мероприятий в современных условиях.

Рядом авторов разрабатывались методические подходы к оценке экономического ущерба и экономическому обоснованию мер по охране здоровья населения на основании концепции «бремени болезней» [1, 4]. Исследователи в качестве основополагающих понятий выделяли медицинскую, социальную и экономическую эффективность мероприятий по охране здоровья населения.

Медицинская эффективность рассматривается как качество медицинского обслуживания, в том числе его адекватность, технологическая достаточность, экономическая рентабельность. При этом

экономическая рентабельность может противоречить социальным и моральным нормам и не может быть решающим фактором при принятии соответствующих решений вне оценки соответствия ее морально-этическим принципам социума.

Социальная эффективность определяется динамикой общественного здоровья, а экономическая эффективность соотношением экономического эффекта (предотвращенного экономического ущерба), полученного в результате осуществленных мероприятий и затрат на эти мероприятия. Эти понятия характеризуют макроэкономический уровень жизнедеятельности общества. Учеными было введено понятие «стоимости человеческой жизни», рассчитываемое на основе гипотетического не произведенного объема товаров и услуг валового внутреннего продукта, в результате смертей, стойкой и временной утраты трудоспособности лиц активного трудоспособного возраста (т.е. потерь трудового потенциала) [3, 4].

Для решения обсуждаемых задач, наряду с прямыми расчетами, используется ряд индексов, учитывающих количество смертей, количество лет непрожитой жизни, нетрудоспособность и снижение трудоспособности, уровень доходов и образование физических лиц, а также материально-денежных расходов. Эти индексы носят интегральный характер, в связи с чем соответствующие рассчитываемые показатели не имеют конкретного физического содержания и могут быть использованы только как индикаторы неблагополучия с последующим анализом необходимых экономических и социальных категорий, часть из которых упомянута выше.

Стоимость «груза болезней» потерь трудового потенциала и прямых затрат, по данным ряда авторов, составила в последнее десятилетие в РФ от 15,9% до 19,8% ВВП. В том числе «прямая» стоимость потерь трудового потенциала в результате смертей, инвалидности и заболеваний с временной утратой трудоспособности составила соответственно 11,4 14,8% ВВП. В связи с этим экономический ущерб от туберкулеза является весьма ощутимым и требует своей оценки [2, 5, 6].

Производство валового продукта обеспечивается трудоспособным и благополучным с точки зрения здоровья контингентом населения. К общепринятым критериям благополучия отдельных граждан и всей нации относятся возможности жить долго, получать образование и иметь достаточный уровень благосостояния. Все это связано с реальным производством ВВП на среднегодового человека в год, которое соотносится с превращением в капитал интеллектуальных, физических и других способностей («человеческий, капитал»), используемых в реальной экономике. Человеческий капитал (Human

capital) представляет собой оценку воплощенной в индивидууме потенциальной способности приносить доход и включает врожденные таланты и способности, а также образование и приобретенную квалификации [4].

Оценка экономического ущерба от туберкулеза в России была проведена в рамках Федеральной целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 2006 2011 годы», и ее результаты приведены в пояснительной записке к проекту Постановления Правительства РФ. В соответствии с указанной оценкой экономический ущерб от туберкулеза в ценах 2008 года составил 12 трлн. рублей в год (0,52% от ВВП), в том числе прямые затраты 3,02 трлн. рублей, косвенные до 8 трлн. рублей, т.е. прямые затраты (стоимость противотуберкулезных мероприятий) насчитывали 25,0% всего объема ущерба.

Одна из первых попыток углубленного изучения экономического ущерба от туберкулеза была осуществлена П.П. Сельцовским за период 1998 2000 гг. в Москве и Московской области [5]. Автор определил стоимость противотуберкулезных мероприятий, которая включала затраты на содержание противотуберкулезных лечебно-профилактических учреждений, вакцинацию и ревакцинацию, профилактические осмотры, на туберкулез методами флюорографии и туберкулинодиагностики, дезинфекцию очагов заболевания, научно-исследовательскую деятельность. Был оценен также экономический ущерб от потерь трудового потенциала в результате смертности от туберкулеза, стойкой и временной утраты трудоспособности. Полученные данные о стоимости противотуберкулезных мероприятий были сопоставлены с данными экономического ущерба как суммарно, так и раздельно по смертности, инвалидности и временной утрате трудоспособности.

Однако следует учесть, что эти сопоставления были произведены в период начавшегося снижения заболеваемости туберкулезом и уменьшения смертности и инвалидности, а также без учета пересмотра групп диспансерного наблюдения больных туберкулезом и заболеваемости туберкулезом внелегочных локализаций. В тот период автор связывал свои исследования только с проведением противотуберкулезных мероприятий, на основе чего им были определены объемы финансирования этих мероприятий в дальнейшем.

Безусловно, для более полной оценки следует учитывать и текущую эпидемическую ситуацию по туберкулезу, а также влияние других (в первую очередь социальных) факторов. Тем не менее, П.П. Сельцовским была проанализирована также структура экономического ущерба от туберкулеза. При этом было показано, что затраты на борьбу с туберкулезом со-

ставляют 25,3%, ущерб вследствие временной утраты трудоспособности 15,0%, ущерб вследствие стойкой утраты трудоспособности инвалидности 25,6%, ущерб вследствие смертности от туберкулеза 34,1%. Такие образом, в структуре ущерба от заболевания прямые затраты насчитывали 35,9%, на долю трудовых потерь пришлось 64,1% [5].

Стоимость «компонентов» борьбы с туберкулезом, по данным автора, в свою очередь, распределилась следующим образом:

- содержание фтизиатрических лечебно-профилактических учреждений 62,5% всех затрат на борьбу с туберкулезом;
- содержание санаториев 22,7%;
- расходы на бесплатное амбулаторное лечение 3,7%;
- дополнительные расходы на детские санаторные учреждения 3,2%;
- затраты на вакцинацию и ревакцинацию и ранее выявление туберкулеза у детей 3,9%;
- заключительную дезинфекцию 0,2%;
- капитальный ремонт и строительство 3,3%;
- научные исследования 0,5%.

Безусловно, исследователи констатируют возрастание расходов на борьбу с туберкулезом, за последнее десятилетие в расчете на все население расходы возросли в 2,3 раза, на одного больного в 4,1 раза. Это обстоятельство обусловлено как увеличением цен, так и снижением количества больных туберкулезом.

Следует отметить, что в последние десятилетия были выполнены лишь единичные работы, в которых осуществлена экономическая оценка использования методов диагностики и лечения туберкулеза [5, 7]. Так, было проведено сравнительное изучение стоимости методов выявления активного туберкулеза на основе анализа стоимости процедуры обследования одного человека и выявления одного случая заболевания туберкулезом при скрининге. В соответствии с этими расчетами стоимость одного обследования флюорографическим методом составляла (в ценах на начало 2002 года) 11,1 тыс. рублей, а выявление этим методом одного больного туберкулезом 25 тыс. рублей; одно обследование бактериологическим методом (посев на МБТ) 16,5 тыс. рублей, а выявление одного больного 7,4 тыс. рублей; микроскопия мазка мокроты по Цильнильсену 2,7 рубля (одно исследование); люминесцентная микроскопия 5,7 рубля; проба Манту 5,3 рубля; одно обследование ИФА крови 3,3 рубля, а выявление этим методом одного больного туберкулезом 6,8 тыс. рублей.

За рубежом исследования «экономики противотуберкулезных мероприятий», главным образом, посвящены вопросам оценки стоимости лечения туберкулеза и сравнительной оценки традиционной

стратегии лечебно-диагностического процесса, основанной на стационарной помощи, а также стратегии ДОТС, основными элементами которой является краткий интенсивный курс специфической терапии в стационаре с последующей амбулаторной контролируемой химиотерапией, выявление больных туберкулезом по клиническим проявлениям заболевания и результатам микроскопии мазка по Цильнильсену. В результате этих исследований установлена существенно меньшая стоимость противотуберкулезной работы в соответствии со стратегией ДОТС [7, 8].

Исходя из вышеперечисленного, были определены наиболее значимые затраты в связи с туберкулезом, которыми являются прямые затраты на противотуберкулезные мероприятия и социальное обеспечение (в связи со стойкой и временной утратой трудоспособности), складывающиеся из:

- затрат на финансирование противотуберкулезных учреждений;
- затрат на стационарное лечение больных туберкулезом;
- затрат на вакцинацию, ревакцинацию, туберкулинодиагностику и профилактические флюорографические осмотры;
- затрат на социальное обеспечение инвалидов по туберкулезу и пособия по временной утрате трудоспособности;
- ущерба, обусловленного непроизведенным общественным продуктом в связи со смертью от туберкулеза.

Общепризнанно, что заболеваемость туберкулезом в равной степени зависит от социально-гигиенических, экономических, экологических и медико-организационных факторов. Поэтому поиск путей решения этой острой проблемы не должен ограничиваться решением только медицинских задач.

На сегодняшний день в Российской Федерации продолжается процесс совершенствования системы здравоохранения, основные мероприятия которого призваны способствовать оптимизации обеспечения населения качественной медицинской помощью [2, 3]. Разумеется, без решения вопроса об устойчивом текущем финансировании с учетом реальных затрат невозможно говорить об оказании высокотехнологичной хирургической и кардиохирургической помощи и ее реальной доступности. Большинство исследователей сходятся во мнении, что необходимо поэтапно приводить текущее финансирование в соответствие с фактической потребностью, обоснованной имеющимися или расчетными нормативными показателями.

Следует учитывать мнение ряда авторов, что для решения задач по организации оказания медицинской помощи населению (в нашем случае – больным туберкулезом) в первую очередь необходимо решить задачу максимально эффективного использования имеющихся в отрасли материальных и трудовых ресурсов [1, 3].

Представляется необходимой выработка четкой программы по эффективному расходованию средств как на уровне всей системы, так и на уровне отдельных подсистем – ведомственных, региональных, на уровне отдельных ЛПУ и их подразделений.

.

Список литературы

1. Глушанко В.С., Плиш А.В. Методики расчетов экономической эффективности от внедрения новых медицинских технологий в здравоохранении: Инструкция по применению. – Витебск: ВГМУ, 2002. - 40 с.
2. Кучеренко В.З. Основные направления реформирования Российского здравоохранения на современном этапе // Экономика здравоохранения. – 2005. - № 8. – С. 11-19.
3. Лисицын Ю.П. «Концепция стабилизации и развития» – стратегия развития учреждений здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2005. - № 8. – С. 11-19.
4. Лопатников Л.И. Экономико-математический словарь. Словарь современной экономической науки. - М.: ABF, 1996. - 706 с.
5. Сельцовский П.П. Социальные аспекты эпидемической ситуации по туберкулезу в мегаполисе: Автореф. дисс…. д-ра мед. наук. - М., 2003.
6. Сон И.М. Характеристика эндемии туберкулеза в Москве: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2002.
7. Jassal M.S., Bishai W.R. Epidemiology and challenges to the elimination of global tuberculosis // Clin. Infect. Dis. - 2010. – Vol. 50, Suppl. 3. – P. 156-164.
8. Xu L., Gai R., Wang X. et al. Socio-economic factors affecting the success of tuberculosis treatment in six counties of Shandong Province, China // Int. J. Tuberc. Lung Dis. - 2010. – Vol. 14 (4). – P. 440-446.

Гиреев Темирлан Гаджимагомедович. – к.м.н., руководитель фтизиотрического филиала № 2 бюро медико-социальной экспертизы. г.Махачкала, tgireev@mail.ru