

ция к увеличению числа пациентов с тяжелым течением заболевания. Они часто нуждаются в оказании неотложной помощи и регулярно госпитализируются в связи с неконтролируемым течением заболевания. Тем не менее, возможность повлиять на данную ситуацию имеется уже сегодня. Ее предоставляет высокотехнологичный препарат омализумаб. Он представляет собой сложный продукт генной инженерии, полученный путем синтеза гуманизированных моноклональных антител. Цель работы: оценить влияние терапии моноклональными антителами к IgE на течение тяжелой бронхиальной астмы у детей. В Саратове, в клинике факультетской педиатрии омализумаб применяется с 2008 года и по настоящее время. Всего за это время терапию омализумабом получили 9 детей в возрасте от 6 до 16 лет. К началу лечения длительность заболевания бронхиальной астмой составляла от трех до десяти лет. У всех больных выявлен высокий уровень IgE, поливалентная сенситизация. Бронхиальная астма сочеталась с другими atopическими заболеваниями: atopический дерматит, аллергический ринит, поллиноз. Все больные получали высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) (от 500 до 1000 мкг/сут). Астма имела тяжелое неконтролируемое течение. На фоне лечения через 6 месяцев частичный контроль болезни удалось достичь у 70% больных, через 12 месяцев полный контроль у 30% больных, через 24 месяца полный контроль у 70% детей. Уменьшение частоты и тяжести обострений БА на фоне лечения способствовало снижению потребности в экстренной медицинской помощи. Отмечалось достоверное повышение показателей ОФВ-1 (от 58 до 80%). У трех пациентов показатели ОФВ повысились до 90%. Доза ИГКС была снижена в два раза, у трех детей – в четыре раза. Не отмечено серьезных побочных эффектов при применении омализумаба. Полученные данные показывают высокую эффективность использования омализумаба для лечения детей с тяжелой неконтролируемой atopической астмой.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ «СТОИМОСТЬ БОЛЕЗНИ»

¹Шаповалова М.А., ²Бондарев В.А.,
²Корецкая Л.Р.

¹Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань;

²НУЗ Отделенческая больница на станции Астрахань-1 ОАО «РЖД», Астрахань,
e-mail: lelka1966@mail.ru

Необходимость применения в управлении лечебным учреждением клиничко-экономического анализа обоснована дефицитом финансирования системы здравоохранения и высокого уровня затратности отрасли. Методики клиничко-экономического анализа применимы не

только к лекарственным средствам, но и к медицинским услугам. Можно определить наиболее и наименее затратные медицинские услуги, оценить обоснованность их назначения. В настоящее время с целью экономической оценки используют пять типов анализа: анализ стоимости болезни, минимальной стоимости, стоимость – эффективность, стоимость – полезность, стоимость – преимущества.

Далее мы рассматриваем алгоритм исследования «стоимость болезни». Данный вид анализа – метод изучения всех затрат, связанных с ведением больных с определенным заболеванием на определенном этапе с учетом их нетрудоспособности.

Исследование рекомендуется проводить поэтапно, по разработанной программе с использованием различных способов сбора информации в зависимости от цели и поставленных задач. Работа должна выполняться в соответствии с требованиями ОСТ «Клиничко-экономические исследования. Общие положения» (Приказ МЗ РФ №163 от 27.05.2002 г.) и рекомендациями по методике проведения клиничко-экономического анализа.

Затраты состоят из нескольких компонентов.

Прямые медицинские затраты, включают все издержки, понесенные системой здравоохранения: расходы на содержание пациента в лечебном учреждении; стоимость профессиональных медицинских услуг; стоимость лекарственных препаратов; стоимость лабораторного и инструментального обследования; стоимость медицинских процедур; стоимость транспортировки больного санитарным транспортом; плата за использование медицинского оборудования, площадей и средств.

В зависимости от будущих планов, исходя из которых выполняется указанный анализ стоимости, в дополнение к перечисленным в состав прямых затрат часто включают расходы, которые несут другие общественные службы и организации, а также пациенты и их семьи.

В состав прямых немедицинских затрат входят расходы, выходящие из-под контроля системы здравоохранения: «карманные» расходы пациентов; услуги, оказываемые пациентам на дому; затраты на перемещение пациентов и пр.

Непрямые или косвенные затраты предполагают расходы, связанные с потерей трудоспособности пациентов из-за лечения, заболевания или смерти, либо производственные потери, которые несут ухаживающие за пациентом члены его семьи или близкие. К данным затратам можно отнести следующее: экономические потери за период отсутствия пациента на рабочем месте из-за болезни или раннего выхода на пенсию; «стоимость» времени отсутствия на работе членов его семьи или друзей; экономические потери от снижения производительности на месте работы; экономические потери от преждевременного наступления смерти.

Нематериальные затраты представляют собой такие человеческие факторы, которые нель-

за количественно измерить (боль, страдания) испытываемые пациентом вследствие проходящего им курса лечения. Факторы такого рода измерять и оценивать особенно трудно, поэтому они зачастую остаются за рамками выполняемого анализа. Имеющиеся в настоящее время подходы, применяемые к оценке нематериальных затрат, включают использование критериев оценки качества жизни.

Расчет затрат (определение размера расходов) в процессе экономического анализа включает в свой состав три этапа:

- идентификация и описание использованных ресурсов (перечень методов диагностики и лечения, лекарственных средств, времени затраченного медицинским, административным и вспомогательным персоналом, койко-дни в отделении и др.).

- количественная оценка указанных ресурсов в физических единицах (число койко-дней, число дополнительных консультаций специалистов, инструментальных и лабораторных тестов, сестринских манипуляций и т.д.).

- оценка каждого из использованных ресурсов в денежном выражении (затраты на 1 день содержания койки, штатов, проведение лабораторного или инструментального теста).

Расчет выплат из бюджета социального страхования производится с учетом количества рабочих дней. Зарботная плата за 1 рабочий день составляет: среднемесячная зарботная плата/количество рабочих дней в месяце. Выплаты из бюджета социального страхования на 1 пациента в год составляют: зарботная плата за 1 рабочий день × средний койко-день в данном году по данному заболеванию.

Недопроизводство ВРП (валового регионального продукта) или экономические потери из-за временной нетрудоспособности одного пациента в год составляет: производство ВРП за 1 рабочий день × средний койко-день в данном году по данному заболеванию.

Рассмотрим расчет стоимости болезни на примере дорсопатий (лечение в стационаре в 2007 году). Расчет стоимости 1 койко-дня в стационаре производится с учетом прямых ме-

дицинских затрат, в которые входит зарботная плата персонала, питание пациента, медикаменты, расходные материалы, косвенные расходы. В косвенные расходы включены затраты, связанные с амортизацией медицинского оборудования, использование площадей, плата за коммунальные услуги. Стоимость лечения в стационаре определяется за среднее время пребывания больного на койке. Это время составляло в 2007 году, по нашим данным, 13,4 койко-дня. Затраты на 1 пациента в сутки составляли 513 рублей 64 копейки. Затраты на одного пациента за курс лечения составляли 6882 рублей 80 копеек. Сумма выплат по социальному страхованию определялась среднемесячной зарботной платой одного работника в день. Зарботная плата за 1 рабочий день составила в 2007 году 469 рублей 90 копеек. С учетом среднего койко-дня, выплаты из бюджета социального страхования составляли 6296 рублей. По статистическим данным в Астраханской области производство ВРП в 2007 году составляло – 90785 млн руб. или на душу работающего населения 191,1 тыс. рублей в год. Производство ВРП за 1 рабочий день при пятидневной рабочей неделе составляло в 2007 г. – 764 рублей 50 копеек на одного работающего. Недопроизводство ВРП или экономические потери из-за временной нетрудоспособности одного пациента в год составило в 2007 г. – 10244 рублей 40 копеек. В результате оценки затрат на пребывание пациента в стационаре с учетом расходов по бюджету социального страхования и экономических потерь в результате недопроизводства ВРП было выявлено, что в 2007 году затраты составляли 23423 рублей 20 копеек.

Таким образом, нами был проведен анализ «стоимость болезни» при дорсопатиях. Для принятия административных решений по распределению имеющихся финансовых ресурсов требуется объективная информация об истинных затратах на лечение больных. Эта информация позволяет не только дать оценку адекватности проводимых структурных преобразований в здравоохранении, но и является основой для научно обоснованной управленческой деятельности медицинских служб.

*«Проблемы и опыт реализации болонских соглашений»,
Черногория (Будва), 8-15 сентября 2012 г.*

Педагогические науки

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА
В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Маль Г.С., Эрденко К.С.

*Курский государственный медицинский
университет, Курск, e-mail: mgalina@kursknet.ru*

Новая технология работы со студентами обладает спектром положительных инноваций, которым нет аналогии в прежней педагогиче-

ской практике. Широкое введение педагогического тестирования, проводимого в масштабах государства, способствует повышению образовательного уровня студентов, уровня культуры, менеджмента, а посредством этого и социально-экономических условий жизни общества в целом.

Реальным инструментом совершенствования качества образовательного процесса в университете могут выступать только изменения содержания и методики обучения. При совер-