

зя количественно измерить (боль, страдания) испытываемые пациентом вследствие проходного 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 «стоимости 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-

шенствовании содержания учебных курсов должны быть соблюдены педагогические принципы, реализуемые в отборе содержания учебной дисциплины на этапе ее первоначального формирования.

Для удобства корректирования содержание обучения должно строиться согласно модульного принципа с выделением содержательного инварианта и вариативных частей, выбираемых в зависимости от знаний студентов, выявленных в ходе текущего или итогового контроля. Изменение методики обучения на основе данных, полученных в ходе тестирования студентов, позволяет повысить эффективность учебного процесса.

С разработкой и введением стандартов связываются настоящее время такие представления, как система реализации нормативной базы методического поля стандартов, система объективной оценки достижений студентов (внутривузовское тестирование), мониторинг (*рейтинг студента* в течении семестра), *аттестация выпускников вузов Государственной квалификационной комиссией, аттестация, аккредитация высших учебных заведений.*

Особо хотелось бы отметить зависимость технологий и методик оценки качества обучения от банка разноуровневых многовариантных заданий, позволяющих провести оценку знаний студентов стандарта, регламентирующего процесс определения уровня успеваемости, уровня педагогической деятельности, уровня сложности проверочных заданий, построенных информационных и математических моделей.

Контроль качества знаний представляет собой систему контроля качества знаний студентов с позиций констатации результата совершенствования способностей и поведения личности. Эта система затрагивает три заинтересованные стороны – отдельно взятую личность, учебное заведение и организации – заказчики образовательных услуг. Налицо отношения и взаимодействия, ведущие к наиболее эффективному удовлетворению потребностей: человека – в образовании; учебного заведения – в своем развитии и благосостоянии сотрудников; фирм и других организаций – в росте кадрового потенциала. Общество в целом выигрывает в оптимальном воспроизводстве совокупного личностно-интеллектуального потенциала.

**«Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии»,
ОАЭ (Дубай) 16-23 октября 2012 г.**

Медицинские науки

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Беляева О.И., Трохимчук В.В.

*Одесский национальный медицинский университет,
Одесса, e-mail: boioef@ukr.net*

Усовершенствование современной фармакотерапевтической тактики лечения пневмонии у детей является одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии. Для проведения исследований направленных на изучение экономической целесообразности использования лекарственных средств (ЛС) и схем медикаментозной терапии пневмонии у детей использовали метод экспертного оценивания. Для объективизации полученной в ходе исследования информации разработана анкета, позволяющая оценить предпочтения педиатров по ЛС. Анкета представлена тремя разделами. Первый раздел позволяет выявить уровень компетентности эксперта по таким критериям, как: специальность, квалификационная категория, научная степень, стаж работы, должность, возраст. Следующий раздел – экспериментальный,

позволяющий эксперту оценить исследуемый ассортимент ЛС по комплексу параметров: эффективность, безопасность, частота назначения, перспективность применения. Оценка параметров осуществляется в баллах (от 1 до 4 баллов). Данный раздел представлен таблицами с перечнем 36 торговых наименований препаратов антибактериального действия и 20 препаратов для лечения кашля. В третьем разделе анкеты эксперт оценивает факторы, влияющие на назначение лекарственных препаратов (стадия заболевания, существующие схемы лечения, относительное отсутствие побочных реакций, цена препарата и другие), источники информации о ЛС (данные доказательной медицины, собственный опыт, реклама, информация от медицинских представителей, советы коллег и провизоров), а также предпочтения по отношению к производителям ЛС (импортные, отечественные препараты). Таким образом, проведение метода экспертного оценивания позволило обосновать научные подходы к усовершенствованию фармацевтического обеспечения больных пневмонией детей и разработать рекомендации по включению в формулярные перечни ЛС для лечебных учреждений.