

с приложением результатов диагностических исследований).

Таким образом, анализ заболеваемости болезнями почек и состояния нефрологической службы в крупном промышленном центре Восточной Сибири с населением около 600 тыс. человек (на примере города Иркутска) свидетельствует о необходимости совершенствования специализиро-

ванной нефрологической помощи, в частности, организации городского нефрологического кабинета с выделением ставки нефролога, а также о целесообразности углубленной подготовки (тематического усовершенствования) одного врача-терапевта по нефрологии в каждой поликлинике для организации и проведения диспансеризации нефрологических больных.

ABOUT PERFECTION OF THE ORGANIZATION OF RENDERING OF THE NEPHROLOGICAL HELP TO THE POPULATION OF IRKUTSK

R.D. Panferova
(Irkutsk State Medical University)

In article the data on increase of prevalence, disease, physical inability and death rate from diseases of kidneys in the city of Irkutsk are submitted. Thus, in city reduction of number specialized beds in hospitals is marked and there are no outpatient reception hours of patients by the doctor by the nephrologist in municipal establishments of public health services. Measures on perfection of the specialized nephrological help are offered the population of Irkutsk.

© БИЧУРИНА Ю.А., АРТЮХОВ И.П. — 2006

АНАЛИЗ ЗАТРАТ НА ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СТАЦИОНАРАХ РАЗЛИЧНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОВНЯ.

Ю.А. Бичурина, И.П. Артюхов
(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов)

Резюме. В работе представлены результаты клинико-экономического анализа эффективности лечения больных острым коронарным синдромом в стационарах различного специализированного уровня.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, экономическая эффективность, анализ «стоимость болезни».

Основной целью совершенствования здравоохранения, наравне с обеспечением доступности современных медицинских технологий, является обеспечение качества медицинских услуг.

Качество медицинской помощи должно рассматриваться с точки зрения качества материально-технической базы ЛПУ, применения медицинских технологий, эффективность которых доказана, оптимизации организационных систем, качества лекарственной помощи. Одним из атрибутов и параметров качества является эффективность [2]. Под экономической эффективностью понимают получение максимума возможных благ от имеющихся ограниченных ресурсов. В настоящих условиях жестких финансовых ограничений достижение нового качественного уровня невозможно без систематического анализа использования ресурсов [1]. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся средствах), а не максимальную медицинскую помощь.

Определение структуры затрат, значений стоимости медицинского вмешательства и полной стоимости заболевания, выбор параметров эффективности представляют собой основные задачи экономического анализа в медицинском учреждении. В результате систематического контроля используемых ресурсов можно получить ответ на вопрос, как соотносятся значения стоимости, эффективности, полезности и их производные фармакоэкономические параметры для анализируемых медицинских вмешательств.

Материалы и методы

В нашем исследовании мы применили анализ «стоимость болезни» — метод изучения всех затрат, связанный с ведением больных ОКС на стационарном этапе оказания медицинской помощи.

Проведен ретроспективный клинико-экономический анализ 390 историй болезни больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с впервые возникшей и нестабильной стенокардией (НС). Объем и качество оказываемой помощи этой категории больных в изучаемых нами трех лечебных учреждениях был разным, так как они различались мощностью коечного фонда и возможностями оказания специализированной медицинской помощи. Первое учреждение представлено городской больницей, не имеющей кардиологического отделения, оказывающей врачебную помощь; второе — городская клиническая многопрофильная больница со специализированной кардиологической службой и третье — краевая клиническая многопрофильная больница с центром сердечно-сосудистой хирургии, с использованием современных высокотехнологичных методов лечения. В каждом ЛПУ было отобрано по 130 данных историй болезни.

Критерии включения: в исследовании участвовали истории болезни стационарных больных (мужчин и женщин) в возрасте от 18 лет и старше, имеющих в анамнезе ИБС, поступивших с диагнозом прогрессирующая стенокардия или впервые возникшая стенокардия. Всем больным при поступлении проводились общеклинические

исследования, регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях и 3-х дополнительных по Небу, лабораторная диагностика, свидетельствующая в пользу отсутствия резорбционно-некротического синдрома. Верификация диагноза осуществлялась в строгом соответствии с требованиями ВОЗ. Обследование и лечение выполнялось в соответствии с рекомендациями и стандартами ведения таких больных.

Критерии исключения: не включались истории болезни больных с высоким классом хронической сердечной недостаточностью (NYHA), высокой стойкой артериальной гипертензией, инфарктом миокарда давностью менее 6 мес., пороками сердца, декомпенсацией сахарного диабета в диагнозе. Следовательно, с теми состояниями, которые требуют дополнительной терапии и могут затруднить оценку стоимости лечения.

При расчете стоимости медицинских услуг использовались методические подходы к ценообразованию в здравоохранении в порядке, предусмотренном рядом нормативных документов: «Инструкция по расчету стоимости медицинской услуги (временной)», утвержденной Минздравом РФ № 01-23/4-10; РАМН № 01-02/41 от 10.11.1999 и «Методика ценообразования по платным услугам в учреждениях Красноярского края», соответствующим постановлением администрации края № 325 от 16.06. 1997.

Медицинская услуга оказывалась согласно стандарту качества, предусматривающему полное соблюдение технологии лечебного процесса и возмещения материальных затрат. Для этого все виды медицинских затрат мы разделили на две группы: прямые, непосредственно связанные с медицинской услугой и потребляемые в процессе ее оказания, и косвенные.

Прямые затраты включили:

- оплату труда основного персонала;
- начисления на оплату труда;
- расходы на питание и
- на медикаменты,
- износ мягкого инвентаря в основных подразделениях и
- медицинского и прочего оборудования, ис-

пользуемого непосредственно в лечебно-диагностическом процессе.

К косвенным расходам отнесли виды затрат, необходимые для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые в процессе оказания услуги:

- оплата труда общеучрежденческого персонала;
- начисления на оплату труда;
- хозяйственные;
- на командировки и служебные разъезды;
- износ мягкого инвентаря во вспомогательных подразделениях;
- амортизация (износ) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием услуги;
- прочие расходы.

Для расчета заработной платы основного медицинского персонала на лечение больного в стационаре применялись тарификационные списки, с учетом которых рассчитывалась стоимость одного койко-дня по статье «заработная плата», а для параклинических служб, стоимость одной минуты.

Годовой фонд оплаты труда определялся в соответствии с приказом Минздрава РФ от 15.10.1999 № 337 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения» и включал: оплату труда по единой тарифной сетке с учетом квалификационной категории, надбавки, доплаты за работу в ночное время, выходные и праздничные дни.

Расчетная потребность больницы в медикаментах и изделиях медицинского назначения, мы определили из сложившейся практики ведения больных в конкретном отделении. Анализ историй болезни в каждом учреждении позволил определить среднюю фактическую сумму расходов на медикаменты одному больному.

Среднесуточный набор продуктов на одного больного рассчитывался в соответствии с приказом Минздрава РФ от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации». Исходя, из сложившихся цен на продукты питания в регионе, и утвержденных Минздравом нормативов, были определены стоимостная норма питания на один койко-день и соответственно расходы по этой статье.

Таблица 1.

Сравнительная калькуляция себестоимости лечения больных нестабильной стенокардией (НС) в не и специализированных учреждениях.

Показатели	Стоимостные затраты на лечение одного больного в стационарах различного уровня, руб.		
	ГБ	ГКБ	ККБ
	НС с быстрокупируемым ангинозным синдромом	НС с быстрокупируемым ангинозным синдромом	НС, эндоваскулярные методы обследования и лечения
Мед. экон. стандарт	010105	010105	023509
Продолжит. лечения, дни	10	10	14
Оплата труда	1048,82	2718,80	3087,31
Начисл. на оплату труда	375,48	973,33	1105,26
Медикаменты	662,36	3277,94	4648,51
Питание	337,00	306,4	436,10
Приобрет. мягкого инвентаря	15,80	39,10	102,48
Накладные расходы	658,35	1142,28	2029,11
Коронароангиография	-	-	3877,02
Всего:	3100,81	8457,85	15285,79

Примечание: ГБ — городская больница; ГКБ — городская клиническая больница; ККБ — краевая клиническая больница.

По анализируемым историям болезни нами был определен перечень дополнительных исследований. Параклинические исследования рассчитывались путем умножения стоимости одной минуты по статье «Зарботная плата» на длительность манипуляции. Расчет накладных расходов проводился через коэффициент накладных расходов.

Результаты и обсуждения

При проведении расчетов мы не учитывали затраты на проведение аортокоронарного шунтирования и стентирования, так как они относятся к дорогостоящим видам медицинской помощи и не входят в обязательный стандарт лечения.

При сравнении двух специализированных лечебных учреждений (ГКБ и ККБ) расчеты показали, что стоимость лечения для одного больного в ККБ почти в 2 раза дороже, чем в ГКБ (табл. 1). В разрезе статей такая разница определялась за счет проведения коронароангиографии (КАГ) и статьи «Накладные расходы», по которой затраты в первом учреждении превышали в 1,8 раза.

При сравнении стоимости лечения в терапевтическом отделении ГБ и специализированных кардиологических отделениях ГКБ и ККБ, при продолжительности лечения 10 и 14 дней, сумма затрат в последних превышала в 2,5 и 5 раз соответственно, в основном это за счет статей «медикаменты» (ГБ — 662,36 руб.; ГКБ — 3277,94 руб.; ККБ — 4648,51 руб.) и «наклад-

ные расходы» (658,35 руб. — 1142,28 руб. — 2029,11 руб. соответственно). Наиболее наглядно стоимостная разница по этим статьям прослеживалась при сроках лечения 18 дней (табл.2).

В целом, анализируя итоговые показатели расходов на ведение больных, следует отметить, что в стационаре с возможностями инвазивных методов лечения более 25% приходится на коронароангиографию, которая требует достаточно высоких затрат кадровых и материально-технических ресурсов учреждения.

При анализе структуры себестоимости в разрезе статей расходов установлено, что наибольшая их доля приходится на заработную плату (50-55%) и медикаменты (35-40 %). Накладные расходы в ГКБ № 6 и ККБ составляют 13-14%, тогда как в ГБ № 1 — 21— 22 % (при наименьшей стоимости лечения).

Таким образом, содержание и обслуживание стационаров с терапевтическими методами лечения по накладным расходам в 2 раза дороже содержания стационаров, использующих методы инвазивной хирургии. Учитывая, что медицинская эффективность лечения при выписке из стационара во всех случаях одинакова — улучшение состояния здоровья, в дальнейшем анализ необходимо будет продолжить, поскольку судить о соотношении стоимости, эффективности и полезности в данном случае следует, включив затраты отдаленных результатов лечения, с учетом развития осложнений, рестенозов и летальных случаев в ближайшем и отдаленном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косарев В.В. Доказательная клиническая практика // Менеджер здравоохранения. — 2006. — № 4. — С. 56-62.
2. Редюков А.В. Экономическая эффективность здравоохранения // Экономика здравоохранения. — 2006. — № 2. — С. 27-29.

THE ANALYSIS OF COST ON CONDUCTING PATIENTS WITH AN ACUTE CORONARY SYNDROME IN HOSPITALS OF THE VARIOUS SPECIALIZED LEVEL

J.A.Bichurina, I.P. Artukhov
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

The article provides an economic cost analysis on conducting patients with an acute coronary syndrome in the hospitals of various specialized level. The article provides a detailed calculation describing profitability of the given kind services.

Таблица 2.

Сравнительная себестоимость лечения больных прогрессирующей стенокардией с 18-дневным курсом лечения.

	Стоимостные затраты на лечение одного больного в стационарах различного уровня, руб.		
	ГБ	ГКБ	ККБ
	НС, прогрессирующая		Прогрессирующая стенокардия для проведения эндоваскулярной диагностики и лечения
Мед. экон. стандарт	010106	010106	023510
Оплата труда	1667,62	3449,31	3661,09
Начисл. на оплату труда	597,01	1234,95	1310,67
Медикаменты	1094,04	4593,53	5213,48
Питание	606,60	551,52	560,7
Приобрет. мягкого инвентаря	28,44	70,38	131,76
Накладные расходы	1033,65	1435,63	2377,49
Коронароангиография	-	-	3877,02
Всего:	5027,06	11336,22	17131,74