

19.03.2013 г.

А.Ю. Унижаева¹, С.А. Мартынчик²

Эффективные способы возмещения затрат и обоснование технологий и программ бюджетирования стационарной помощи при ожоговой травме

¹ ГБУЗ "ГКБ №36 Департамента здравоохранения г. Москвы"

² НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО 1-го Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

A.Yu. Unizhaeva¹, S.A. Martynchik²

Effective ways to reimburse expenses and rationalize budgeting technologies and programs in inpatient burn care

¹City Clinical Hospital #36, Moscow Healthcare Department, Moscow

² Research Institute of Public Health and Health Management, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Резюме. В работе сформулированы принципы хирургического лечения больных с глубокими термическими ожогами и факторы, влияющие на эффективность бюджетных расходов стационара. По данным литературы определены программные мероприятия по оптимизации бюджетных расходов на законченный случай оказания стационарной помощи при глубоких термических поражениях - активная хирургическая тактика, современные методы трансплантации культивированных клеток кожи и ее эквивалентов, рациональное использование дорогостоящих медикаментов и антибактериальных средств. Показано, что для программно-целевого планирования деятельности учреждений комбустиологического профиля требуется экономическое обоснование технологий и программ бюджетирования. Рассмотрены экономически целесообразные пути финансового обеспечения программ оказания высокотехнологичной медицинской помощи, на основе совершенствования методической базы стандартизации затрат, с применением укрупненных единиц объема помощи, группировки больных по критериям клинической и затратной однородности, установления дифференцированных тарифов для достижения новых целей: предсказуемость, формирование противозатратных стимулов и эффективное управление ресурсами. Проиллюстрировано, что система программного бюджетирования в комбустиологии, реализованная в большинстве европейских стран на основе технологии диагностически связанных групп, используется как инструмент планирования глобального бюджета, ориентированного на результаты деятельности больниц, перехода принципа оплаты с ретроспективного на предварительный (проспективный). Показано, что основным этапом внедрения программного бюджетирования в РФ, ориентированного на результат, в специализированных ожоговых центрах (ожоговых отделениях многопрофильных больниц) является внедрение механизма формирования государственного (муниципального) задания. Определена сущность данного механизма финансирования, которая заключается в том, что он устанавливает оплату стоимости лечения ожогового больного исходя не из фактического объема услуг, а на основе норматива финансовых затрат, в расчете на законченный случай оказания стационарной помощи.

Ключевые слова: ожоговая травма, термические ожоги, программные мероприятия, стандартизация затрат, клинико-статистические группы, нормативы финансовых затрат, программное бюджетирование, ориентированное на результат.

Summary. The document defines principles of surgical management of patients with deep thermal burns and factors affecting effectiveness of the hospital budget expenses. Program activities to optimize budget expenses per completed case of inpatient care for deep thermal injuries have been identified according to the literature available: active surgical tactics, modern methods of transplantation of cultured skin cells and their equivalents, rational use of expensive drugs and antibiotics. The paper demonstrates that the goal-directed program planning in combustiological facilities requires an economic feasibility analysis of budgeting technologies and programs. The document also reviews cost-effective ways to fund programs of high-tech care delivery through improved methods of cost standardization using enlarged units of care, grouping patients according to clinical criteria and cost criteria, establishing differential rates to achieve new goals: predictability, cost-saving incentives, and efficient resource management. The document illustrates that the system of program budgeting in Combustiology implemented by most European countries though the method of diagnosis-related groups serves a tool to plan global budget with a focus on performance of hospitals and transition from retrospective reimbursement to a proactive one. The document demonstrates that the main phase of implementation of the goal-directed program budgeting in Russian specialized burn centers (burn care departments at a multi-field hospital) is introduction of a mechanism of governmental (municipal) work tasks. This paper also specifies the content of this funding mechanism, i.e. cost reimbursement of burn treatment is based on standard financial expenses per completed inpatient case rather than on the cost of burn treatment on the basis of actual amount of services provided.

Keywords. Burn injury; thermal burns; program activities; cost standardization; clinical and statistical groups; standards of financial expenses; goal-driven program budgeting.

Введение

Стратегическое направление совершенствования финансирования и оплаты законченного случая оказания стационарной помощи в комбустиологии¹ ориентировано на поиск эффективных способов возмещения затрат и включение инструментов бюджетирования, ориентированного на результат (БОР), в единую систему финансового планирования программы [5].

Анализ литературных данных по проблеме показывает, что в работах недостаточно отражены экономические вопросы и значимость нормативно-методической базы для внедрения в практику инструментов программно-целевого бюджетирования, подразумевающего определенную объем, качество услуг и заданный уровень потребления ресурсов для достижения новых целей: предсказуемость, формирование противозатратных стимулов и эффективное управление ресурсами [11].

Для обоснования широкого внедрения новых технологий и целевых программ оказания медицинской помощи, направленных на снижение бремени от термических поражений в практику ожоговых центров/ожоговых отделений многопрофильных больниц необходимо изучить международный и отечественный опыт их использования в рамках моделей бюджетирования «конечного результата».

1. Принципы хирургического лечения больных с тяжелыми термическими ожогами и факторы, влияющие на эффективность бюджетных расходов стационара

В комбустиологии традиционно используются комплексные методы лечения тяжелых термических поражений: первичная хирургическая обработка ожоговой поверхности (анестезия, асептика, хирургическая техника), местное лечение ожоговой раны (перевязки с

использованием мазей и антисептиков), пересадка кожи, восстановительная и пластическая хирургия послеожоговых рубцовых деформаций.

Активная хирургическая тактика лечения обожженных в последние годы находит все большее число сторонников. Она основана на выполнении ранних некрэктомий и различных вариантов кожной пластики. При этом наибольшее распространение получило раннее иссечение некроза в первые 5 - 7 дней после ожога по типу хирургической обработки раны [1, 2].

В идеале объем хирургической помощи оказывается в течение первого (т.н. "золотого") часа, до развития тяжелых осложнений в соответствии с приведенными принципами хирургического лечения больных с глубокими ожогами [2]:

1. Лечение больных на госпитальном этапе с тяжелыми термическими поражениями любой площади и локализации должно осуществляться в специализированном ожоговом центре / ожоговом отделении многопрофильной больницы. Пострадавших в состоянии ожогового шока с площадью поверхностных ожогов более 30% или глубоких ожогов - более 10% госпитализируют в реанимационное отделение при ожоговом центре.

2. Хирургическая обработка глубоких ожогов может быть выполнена, не зависимо от давности травмы в любое время, при этом она будет своевременной только при условии, если позволит предотвратить развитие гнойных осложнений и радикальной - если обеспечит возможность выполнения одномоментного пластического закрытия раны.

3. В зависимости от конкретной клинической ситуации антибиотики могут быть назначены:

- с профилактической целью - для предотвращения генерализации инфекционного процесса у обожженных с исходно высоким риском развития инфекционных осложнений;
- с лечебной целью - при уже развившихся инфекционных осложнениях.

При этом определяющим фактором снижения расходов на лечение пациентов с распространенными глубокими ожогами считается сокращение сроков госпитализации, активная хирургическая тактика, рациональное использование дорогостоящих медикаментов, таких как препараты крови, дерматологические мази и антибактериальные средства [3].

Так, пребывание в условиях ожоговой реанимации, расположение пациента на флюидизирующей кровати при обширных ожогах, препараты крови и антибактериальные средства системного действия являются основными компонентами затрат от общего объема расходов больницы, за исключением кожных покрытий, которые являются самыми дорогостоящими и вносят существенный вклад в стоимость законченного случая лечения больного. Контроль за рациональным использованием дорогостоящих антибактериальных препаратов позволяет снизить эти статьи расходов [14].

В структуре расходов стационара хирургическое лечение составляет лишь 5%, перевязки и препараты местного действия - 16% от общей стоимости лечения. Показано, что выбор средства местного лечения играет сугубо второстепенную роль. К примеру, стоимость одной перевязки у больного с 30% ожогом при средней цене современных салфеток в 12 руб./см² может составить 620 рублей (\$20) по сравнению с 70 рублями (\$2,3) при использовании традиционных методов [17].

Актуальным фактором сдерживания бюджетных расходов является принятие рационального метода лечения ожоговой раны. «Золотым стандартом» лечения глубоких ожогов до 20% поверхности тела считается ранняя некрэктомия с одномоментной

аутодермопластикой. С применением этих методов целостность кожного покрова полностью восстанавливается через 3-4 недели после травмы [2].

На основании клинических испытаний, проведенных за рубежом, при сравнении консервативной тактики лечения глубоких ожогов с ранней некрэктомией, сделан вывод о значительном снижении инфекционных осложнений и продолжительности пребывания в стационаре в последней группе [16]. В ряде случаев ранняя хирургическая тактика способствует сокращению гипертрофических рубцов, которые при самостоятельном заживлении ожоговой раны более 21 дня развиваются в 78% случаев, и, как следствие, к сокращению в последующем реконструктивно-восстановительных операций с 40% до 17% от числа больных с глубокими ожогами [9].

Серьезной проблемой в работе ожоговых центров является позднее поступление больных с признаками воспаления ожоговой раны, патологически измененными грануляциями. Операция аутодермопластики, проведенная в этих условиях обречена на неудачу. В данной ситуации применяется поздняя хирургическая обработка раны с иссечением патологических грануляций, дающая неплохие результаты в ближайшей и долгосрочной перспективе [2].

По мнению комбустиологов (Великобритания) раннюю хирургическую тактику, включающую иссечение ожоговой раны, можно проводить только после стабилизации гемодинамики и достоверного определения глубины ожога, «... когда хирургические риски не превышают риск смертности». Для большинства пациентов с глубокими ожогами раннее иссечение ожоговой раны должно быть завершено в течение 48 часов, если не будет отсрочено ввиду тяжелой ингаляционной травмы, сочетанной травмы, пожилого возраста. Степень иссечения должна определяться стабильностью состояния пациента, адекватностью анестезии, скоростью потери крови, оперативностью хирургической бригады, наличием трансплантата кожи или его заменителя, так при ожогах до 40% поверхности тела иссечение может быть проведено одномоментно [12].

Несмотря на применение активной хирургической тактики, остается очень высокой летальность больных с распространенными глубокими ожогами. Это связано с дефицитом «донорских» участков кожи для аутотрансплантации. При ожогах более 40% поверхности тела количество донорских участков очень ограничено, что побуждает к использованию заменителей кожи.

В настоящее время выделяют два типа раневых покрытий – временные и постоянные. Временные используются для закрытия поверхностных ран до стадии эпителизации, закрытия «донорских» участков кожи с целью скорейшего заживления раны и для физиологического закрытия глубокой раны до аутодермопластики (или иных вариантов закрытия раны).

К ним относятся – Transcyte, Biobrane, Oasis, аллотрансплантат человеческий, ксенотрансплантат свиной и другие. Средняя стоимость некоторых из них на мировом рынке такова: Biobrane – 150\$ за за 1 см², Transcyte около 5\$ за 1 см² [13].

В России, человеческие аллотрансплантаты не используются до настоящего времени, а наиболее популярным и адекватным по цене и качеству считается ксенотрансплантат свиной, стоимость которого на российском рынке составляет 8 руб. (0,26\$) за 1 см².

Постоянные кожные покрытия более сложно устроены, большинство из них содержат живые клетки кожи, а также компоненты дермального матрикса. К ним относятся: Apligraf, Epicel, AlloDerm, Integra, Cincinnati CSS, Allograft и другие. К биологическим покрытиям

относятся Epicel, AlloDerm и Allograft, остальные являются синтетическими вариантами покрытий [21].

Epicel представляет собой многослойный пласт культивированных аутокератоцитов (CEA), широко используется в ожоговых центрах США, Великобритании, Франции для больных с обширными ожогами, к недостаткам которого относится длительный срок изготовления до 3 недель, обеспечение адекватного покрытия только эпителиального слоя, т.е. в изолированном виде он не может использоваться при ожогах, затрагивающих дерму и более глубокие структуры. На лечение культивированными аутокератиноцитами кампании Biosurface Technology (США) на одного больного цены колеблются от \$10000 до \$160000 в зависимости от площади раны. Также указано, что трансплантация кожи больнице обходится примерно в \$2639 на каждый 1% пораженной кожи [20]. Из-за очень высокой стоимости процесса выращивания кератиноцитов (\$13 за 1 см²), отсутствия технической базы для их производства, в России в настоящее время они не используются [19].

Apligraf состоит из коллагеновой матрицы и аллогенных кератиноцитов и фибробластов, используется с целью закрытия глубоких ожоговых ран, имеет очень короткий срок годности до 5 дней, является еще более дорогостоящим методом (\$15 за 1 см²). Этот метод покрытия ожоговой раны широко применим в западных странах и за пределами комбустиологической помощи [14].

AlloDerm является бесклеточным вариантом аллотрансплантата кожи трупа, и в России не используется. Integra представлена двуслойным синтетическим материалом, состоящим из силиконового слоя с матрицей, включающей гликозаминогликаны и бычий коллаген [19]. К недостаткам использования этого метода покрытия относится подавление собственных фибробластов, высокий процент инфицирования ожоговой раны. Средняя стоимость этих препаратов в западных странах составляет порядка \$5 за 1 см².

Allograft представляет собой выращенные аллогенные фибробласты, культивированные на сетчатый рассасывающийся биополимер полилактид. Возможно использование в качестве и временного, и постоянного покрытия раны, противопоказан при инфицировании ожоговой раны, длительно и удобно хранится, недорог в производстве (\$1 за 1 см²) [17].

Поиск оптимальных покрытий продолжается, пока не создано идеального заменителя кожи, соответствующего всем требованиям рынка. На сегодняшний день оптимальным решением при массивных глубоких ожогах является комбинированное использование культивированных кератиноцитов с аллотрансплантатом кожи трупа, либо с культивированными фибробластами, либо с синтетическими аналогами кожи [13].

Так, в институте хирургии им. А.В. Вишневского предложена методика закрытия ожоговых ран трансплантатами из культивированных аллофибробластов человека в комбинации перфорированными 1:6 или 1:8 сетчатыми кожными аутолоскутами. Сочетание активной хирургической тактики с этой методикой приводит к эпителизации в 93% случаев на 12-18 сутки после получения ожоговой травмы. Уменьшается общая площадь раневой поверхности, потребность в донорской коже, отмечается эпителизация ожоговых ран в оптимальные сроки, что снижает риск развития серьезных осложнений ожоговой болезни. При сравнении с аутодермопластикой с применением коэффициента перфорации 1:6, 1:8 у пациентов с глубокими распространенными ожогами в 15-40% случаев отмечается лизис аутолоскутов или их медленное приживание до 25 суток и более после операции [2].

Новая методика использования культивированных фибробластов позволяет сократить использование донорской кожи, одномоментно восстановить целостность кожного покрова до 35%, сократить в 1,5-2 раза сроки заживления распространенных глубоких ожоговых ран.

Таким образом, внедрение современных технологий лечения больных с глубокими ожогами, основанных на применении ранних некрэктомий и полимерных раневых покрытий, снижает риск развития и тяжесть гнойно-септических осложнений и способствует оптимизации бюджетных расходов стационара.

2. Программный подход к повышению доступности и качества медицинской помощи в комбустиологии, ориентированный на результат

В Российской Федерации высокотехнологичные виды оказания медицинской помощи (ВМП) при ожоговой травме в последние годы развиваются, в основном, за счет ассигнований на реализацию приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

Удовлетворение потребности в ВМП пострадавшим от обширных и глубоких ожогов реализуется в связи с созданием новых медицинских центров высоких технологий - ожоговых центров/ожоговых отделений многопрофильных больниц.

Высокотехнологичные виды медицинской помощи оказываются пострадавшим от термических ожогах с развитием тяжелых инфекционных осложнений; с ожогами I-II-III степени более 30% поверхности тела; с ингаляционными поражениями, требующими ингаляционной поддержки; с локальными глубокими ожогами особых локализаций; с послеожоговыми рубцами и рубцовыми деформациями, требующими проведения реконструктивно-пластических операций [6, 7].

ВМП при ожогах и их последствиях включает в себя поликомпонентную медикаментозную трансфузионную терапию, хирургические методы лечения, методы экстракорпорального воздействия на кровь, реконструктивно-пластические операции [9].

Эффективное лечение больных термическими ожогами невозможно без современного оснащения специализированных лечебно-профилактических учреждений – окружных и межтерриториальных ожоговых центров высокотехнологичным оборудованием. Для обеспечения лечебно-диагностического процесса на современном высокотехнологичном уровне Минздравсоцразвития РФ утверждены «Положения об ожоговых центрах (отделениях)», определяющие их цели, задачи, структуру, штаты, ресурсное обеспечение и закрепление за каждым ожоговым центром зоны курации. Это будет способствовать улучшению организации помощи, четкому определению этапов и объемов ее проведения, взаимодействию ожоговых отделений и центров, в том числе при чрезвычайных ситуациях, а также сосредоточению материально-технических средств в ведущих ожоговых центрах страны [2].

По данным Зиновьева Е.В. (2008), «отрицательные результаты лечения жителей провинции, пострадавших от обширных глубоких ожогов, обуславливаются неправильной оценкой площади (62%) и глубины (73%) поражения; ошибками в оценке тяжести состояния пострадавших (41%); дефектами в проведении противошоковой терапии (72%); нерациональной тактикой оперативного лечения (67%); длительным неэффективным лечением пациентов в хирургических отделениях муниципальных учреждений здравоохранения (78%); сложностью обеспечения региональных ожоговых центров надлежащим материально-техническим оснащением (45% случаев)»[4].

Основным фактором повышения качества и организационной доступности стационарной помощи при ожогах и ожоговой болезни в условиях перехода к БОР, является разработка единой системы стандартов и финансовых нормативов, рассматриваемых в качестве основы для организации планирования и финансирования программы, контроля расходования ресурсов.

В настоящее время финансирование лечения больных с термическими ожогами осуществляется на основании стандартов специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденных приказами Минздравсоцразвития России № 566, 569 [6,7].

Так, норматив финансовых затрат, определенный в 2006 г. в размере 86,7 тыс. руб., в настоящее время составляет около 119,2 тыс. руб. на одного пролеченного больного.

На основании анализа стандартов медицинской помощи некоторыми авторами делается вывод о том, что они не в полной мере соответствуют современным представлениям о применяемых технологиях оказания помощи больным с термическими ожогами, не учитывают тяжесть термического поражения и развитие сопутствующей соматической патологии [9,11].

Многие авторы считают, что разработка стандартов оказания стационарной медицинской помощи в комбустиологии, в условиях перехода к БОР, предполагает тщательный анализ данных регистров специализированных ожоговых центров РФ. В качестве перспективных задач актуализации стандартов и финансовых нормативов рассматривается организация национального регистра, внедрение системы контроля качества оказания ВМП [1, 4].

Для снижения смертности, сроков госпитализации, уменьшения инвалидизации после ожогов планируется расширение внедрения методов ранней некрэктомии, закрытия ран культивированными кератоцитами и фибробластами, использование рациональной антибактериальной терапии, увеличение использования в ожоговых центрах разного уровня флюидизирующих кроватей для ожоговых больных, а также повышение материально-технического и финансового обеспечения комбустиологической службы [18].

Лечение ожоговой травмы крайне дорогостоящее, ввиду этого решение проблемы оптимизации оказания помощи ожоговым пациентам, сокращение стационарного этапа лечения, скорейшего возвращения к социальной активности имеет не только медицинскую направленность, но и государственное значение, поскольку обеспечит рациональное расходование средств в условиях дефицита бюджета.

В этих условиях планирование государственного (муниципального) задания на оказание стационарной помощи комбустиологического профиля должно быть обоснованным с учетом реальных цифр ожогового травматизма, финансовых нормативов объемов медицинской помощи, с ориентацией на законченный случай эффективного лечения.

3. Система программного бюджетирования стационарной помощи комбустиологического профиля, ориентированная на результат

В современных социально-экономических условиях актуальной задачей является система программного бюджетирования, ориентированная на результат, которая была создана в 1963 г. в США и была предназначена для работы в здравоохранении в условиях бюджетных ограничений с целью рационального использования ресурсов. В настоящее время эта система модифицирована и используется в большинстве развитых стран, таких как Австралия, Нидерланды, Великобритания, Франция, Германия и многих других [15, 20].

Система программного бюджетирования в США была реализована на основе технологии диагностически связанных групп (ДСГ), используемой преимущественно как инструмента планирования глобального бюджета больниц, а не как способа оплаты; имела целью переход от формирования бюджетов на основе сметы расходов, к оплате по результатам деятельности больниц. При этом показатель стоимости койко-дней уступает

место сначала средней стоимости случая пролеченного больного в профильном отделении больницы, а затем – по стоимости ДСГ [22].

Система оплаты по ДСГ в США стала широко использоваться в практике ожоговых центров США с 1982 года для расчетов с больничными учреждениями. Основной целью внедрения ДСГ было внедрение механизмов, исключающих необоснованные расходы на излишние назначения лабораторно-диагностических исследований и для статистического анализа результатов деятельности. Считается, что главным свойством ДСГ, как индикатора качества стационарной медицинской помощи, является наличие устойчивой связи между потреблением ресурсов и конечными результатами деятельности медицинского учреждения, что значимо для стандартизации качества и эффективности использования бюджетных расходов.

В большинстве европейских стран переход на финансирование стационарной помощи при термических ожогах по нормативам ДСГ означает изменение не только учетной единицы объема помощи, но и принципа оплаты с ретроспективного на предварительный (проспективный) [15].

Нужно отметить, что применение ДСГ в комбустиологии столкнулось с необходимостью учета конкретного больного, объемов оказания медицинской помощи, характера течения заболевания. Необходимо, чтобы каждая группа характеризовалась помимо возраста, пола, нозологии, наличием осложнений, сопутствующей патологии и т.д.

При этом ДСГ были разработаны на основе результатов анализа большого числа историй болезней специализированных стационаров [20]. При разработке ДСГ положительным аспектом явилось то, что однажды просчитанная стоимость отдельной группы могла служить в последующем основой для пересмотра тарифов при введении новых финансовых норм, индексации заработной платы, инфляции. Эта возможность упрощает управление системой финансовых потоков и позволяет эффективнее сдерживать рост расходов на медицинские услуги.

Основу стандарта профильных ДСГ составляют технологические и расходные нормативы затрат на результат, определенных на принципах: типизации больных; измерения объема помощи и тарификации медицинских услуг, оценки ресурсных затрат, весовых коэффициентов удорожания стоимости, учитывающих степень использования ресурсов; определения стоимости по полным затратам.

Как показывает зарубежная практика, использование ДСГ в комбустиологии меняет принципы контроля и регулирования финансирования лечебных учреждений, где происходит контроль результатов деятельности ожоговых центров взамен контроля над вложениями [20].

Эффективность использования системы ДСГ в комбустиологии достигается за счет сокращения средней длительности пребывания больного в стационаре, уменьшения расходов на одну госпитализацию, улучшения качества ведения медицинской документации, возникновения возможностей анализа влияния сопутствующих факторов на течение заболевания [17].

Наиболее эффективно, с экономической точки зрения, система возмещения больничных расходов по ДСГ используется в таких странах, как Германия, Италия, Австрия, Испания. Так, среднегодовой объем возмещения средств больничному учреждению за ожоговых больных в Германии составляет € 1502000 (\$1951917), в Австрии € 1577000 (\$2049382), € 1569000 (\$2038986) и € 902 596 (\$1172964) в Италии и Испании, соответственно.

Тем не менее, многие зарубежные авторы указывают на недостаточное возмещение расходов по одной из восьми используемых в комбустиологии ДСГ, включающую группу пациентов с обширными глубокими ожогами, требующих специализированного дорогостоящего лечения, что указывает на необходимость регулярного пересмотра ДСГ. Существенной является проблема недостаточного учета различий в тяжести заболеваний, способа расчета весовых коэффициентов удорожания стоимости, что отражается в разной длительности лечения и применяемых технологий у больных с различной степенью тяжести заболевания [22].

Основным этапом внедрения программного бюджетирования в здравоохранении РФ явилось внедрение нового механизма финансирования, такого как государственное (муниципальное) задание. Сущность данного механизма финансирования заключается в том, что он устанавливает оплату стоимости лечения исходя не из фактического объема услуг, а на основе норматива финансовых затрат, в расчете на законченный случай оказания стационарной помощи [8, 10].

Оплата за законченный случай лечения больного относится к противозатратным методам, позволяющим стимулировать врачей к интенсификации лечебно-диагностического процесса, сокращать сроки госпитализации, повышать качество медицинской помощи.

В последние годы в РФ наметилась тенденция к переходу от ретроспективной оплаты стационарной помощи за койко-день на предварительные (проспективные) способы оплаты законченного случая оказания стационарной помощи - по средней стоимости стационарного лечения пациента в профильном отделении больницы, тарифам клинико-статистических групп (КСГ- аналог ДСГ) [11].

Это направление, как формулируется в законодательных документах (ФЗ РФ от 08.05.2010 №83-ФЗ) и нормативных актах (письмо Минздравсоцразвития РФ №20-0/10/2-5067 от 29.06.2009), содержащих рекомендации по способам ее финансирования и оплаты, является приоритетным для здравоохранения на этапе перехода к БОР [5,10].

В РФ система оплаты за законченный случай лечения по КСГ при ожоговой травме, с учетом специфики и состава случаев, структуры госпитализированной заболеваемости и нормативных затрат находятся в стадии разработки.

Подход к определению стандартных (нормативных) затрат на законченный случай оказания стационарной помощи при ожогах, реализованный на принципах укрупненных единиц объема помощи - КСГ по набору нозологических форм характеризует и заболевание, и исходы и использование ресурсов.

При этом КСГ ожогового профиля рассматривается как усовершенствованный аналог стандарта помощи, являются основой для исполнения финансовых нормативов и установления тарифов, дифференцированных по уровням помощи, в соответствии с объемом, качеством и уровнем потребления ресурсов.

Заключение

Решение проблемы снижения смертности и инвалидизации при ожогах и ожоговой болезни должно быть программным, затрагивающим широкий спектр проблем, включая повышение качества и доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Важно учитывать опыт западных стран, где демонстрация возврата инвестиций в программы оказания медицинской помощи пострадавшим при тяжелых термических поражениях привела к массовому внедрению в практику стационаров современных высокотехнологичных лечебных технологий раннего хирургического вмешательства,

пластических операций по восстановлению кожного покрова, использования рациональной антибактериальной терапии.

С учетом результатов анализа литературных данных выделены основные группы приоритетных проблем, препятствующих оптимизации финансирования и оплаты законченного случая оказания стационарной помощи пострадавшим от термических поражений в РФ.

К ним отнесены следующие положения:

- Формальное и недостаточно увязанное с бюджетным процессом применение программно-целевых инструментов.
- Экономическая необоснованность финансового обеспечения и размытость ответственности за результаты деятельности.
- Несовершенство методической базы стандартизации.
- Методологические проблемы нормативного планирования и финансирования, ориентированные на «конечный результат» - законченный случай оказания стационарной помощи.

Все это вместе взятое затрудняет итоговую оценку эффективности затраченных бюджетных ресурсов на достижение намеченных результатов по повышению качества, доступности и эффективности бюджетных расходов.

Современное видение проблем финансового обеспечения на оказание стационарной помощи при термических поражениях в условиях программного бюджетирования предполагает экономически целесообразные пути их решения.

Большое значение имеют определение действенности управляемой модели финансирования, ориентированной на получение максимум результата на вложенные ресурсы в этой специфичной сфере оказания медицинских услуг.

Список литературы

1. Алексеев А.А., Лавров В.А. Избранные труды по комбустиологии. Москва: Научная книга; 2009. 275 с.
2. Алексеев А.А., Крутиков М.Г., Яковлев В.П. Ожоговая инфекция. Этиология, диагностика, профилактика и лечение. Саратов: Вузовская книга; 2010. 416 с.
3. Евтеев А.А., Тюриков Ю.И., Малютина Н.Б., Кальянов А.Б., Сухов Т.Х., Горелова Е.Г. Традиции и новое в использовании средств местного лечения у больных с глубокими ожогами. [Интернет]. 2006. URL: <http://www.burn.ru/rubrics/show/show/?id=3682> (Дата обращения 28 октября 2012 года).
4. Зиновьев Е.В. Пути улучшения результатов оказания медицинской помощи при обширных глубоких ожогах населению, проживающему вне региональных административных центров: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Н. Новгород; 2008. 39 с.
5. Письмо Минздравсоцразвития РФ № 20-0/10/2-5067 от 29.06.2009 «Рекомендации по способам оплаты медицинской помощи, ориентированным на результаты деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». [Интернет]. 2009. URL: <http://www.zdrav.ru/library/regulations/detail.php?ID=25467> (Дата обращения 13 октября 2012 года).
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.07.2006 №569 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с термическими и химическими ожогами головы, шеи, туловища, плечевого пояса, верхней конечности, запястья и кисти,

области тазобедренного сустава и нижней конечности, голеностопного сустава и стопы, термическими и химическими ожогами дыхательных путей». [Интернет]. 2006. URL: http://lawrussia.ru/bigtexts/law_3012/index.htm (Дата обращения 5 октября 2012 г.).

7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.08.2007 №566 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с термическими ожогами нескольких областей тела неутонченной степени». [Интернет]. 2007. URL: http://lawrussia.ru/texts/legal_634/doc634a996x923.htm (Дата обращения 5 октября 2012 г.).

8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2010 г. №1248н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2011 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета». [Интернет]. 2010. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1155> (Дата обращения 9 октября 2012 г.).

9. Тюрников Ю.И. Современные аспекты оказания и лечебно-диагностической помощи при термической травме. *Пластическая хирургия и косметология* 2012; (2):257-266.

10. Федеральный закон от 08.05.2010 N 83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений". [Интернет]. 2010. URL: <http://pravo-med.ru/legislation/fz/6214/> (Дата обращения 10 октября 2012 г.).

11. Хафизьянова Р.Х., Бурыкин И.М., Алеева Г.Н. Система возмещения затрат и управленческого учета в медицинских учреждениях на основе смешанного случая. *Экономика здравоохранения* 2010;151:44–51.

12. Abston S, Blakeney P, Desai M, Edgar P, Heggors JP, Herndon DN, Hildreth M, Nichols RJ. Closure of the burn wound. [Internet] 2009 [cited 2012 Oct 26]. Available from: http://www.totalburncare.com/orientation_wound_closure.htm

13. Boyce S. Opportunities and Obstacles with Engineered Human Skin [Internet] 2007 [cited 2012 Oct 24]. Available from: http://wtcc.org/stem_cell_workshop/presentations/26-Boyce.pdf

14. Halim AS, Khoo TL, Yusoff SJM. Biologic and synthetic skin substitutes: An overview Indian. *J. Plast. Surg* 2010; 43 (Suppl): S23–S28.

15. Lotter O, Jaminet P, Amr A, Chiarello P, Schaller HE, Rahmanian-Schwarz A. Reimbursement of burns by DRG in four European countries: an analysis. *Burns* 2011; 37(7):1109-1116.

16. Ong YS, Samuel M, Song C. Meta-analysis of early excision of burns. *Burns* 2006;32(2):145-150.

17. Sahin I, Ozturk S, Alhan D, Açikel C, Isik S. Cost analysis of acute burn patients treated in a burn centre: the Gulhane experience. *J. Ann. Burns Fire Disasters* 2011; 24(1):9–13.

18. Sánchez JA, Peropérez SB, Bastida JL, Mercedes MM. Cost-Utility Analysis Applied to the Treatment of Burn Patients in a Specialized Center FREE. *Arch. Surg* 2007;142(1):50-57.

19. Shores JT, Gabriel A, Gupta S. Advances in Skin & Wound Care. *The Journal for Prevention and Healing* 2007;20(9):493–508.

20. Trueman P. The economics of Burn care. [Internet]. *Mölnlycke Health Care* 2011 December 28. 2011 [cited 2012 Oct 22]. Available from: <http://www.molnlycke.com/com/Knowledge/Burn-care/The-economics-of-Burn-care/>

21. Use of skin substitutes. [Internet]. 2005 [cited 2012 Oct 24]. Available from: <http://www.eplasty.com/images/PDF/ManageBurnWound-part3.pdf>

22. Wynn BO, Bergamo G. Payments For Burn Patients Under California's Official Medical Fee Schedule For Injured Workers. [Internet] 2005 [cited 2012 Oct 27]. Available from: http://www.rand.org/pubs/working_papers/2005/RAND_WR263-1.sum.pdf

References

1. Alekseev AA, Lavrov VA. Selected works on combustiology. Moscow: Nauchnaya kniga; 2009. 275 p. (in Russian).
2. Alekseev AA, Krutikov MG, Yakovlev VP. Burn infection. Etiology, diagnosis, prevention, and treatment. Saratov: Vuzovskaya kniga; 2010. 416 p. (in Russian).
3. Evteev AA, Tyurnikov YuI, Malyutina NB, Kal'yanov AB, Sukhov TKh, Gorelova EG. Traditions and innovations in using the means of local treatment in patients with deep burns. [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 28]. Available from: <http://www.burn.ru/rubrics/show/show/?id=3682> (in Russian).
4. Zinov'ev EV. The ways for improving the results of medical care provided to patients with major deep burns living outside the regional administrative centers. Dr.Sci.Med [thesis]. Nizhniy Novgorod; 2008. 39 p. (in Russian).
5. "Recommendations on result-oriented methods of payment for medical care in healthcare facilities which take part in realization of the Regional program of state guarantees for providing free medical care to the citizens of the Russian Federation", the Letter of the MoH&SD № 20-0/10/2-5067 of June 29, 2009. [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 13]. Available from: <http://www.zdrav.ru/library/regulations/detail.php?ID=25467> (in Russian).
6. "On approving the standards for medical care provision to patients with thermal and chemical burns of the head, neck, body, shoulder girdle, upper extremity, wrist and hand, hip joint area, lower limb, ankle joint, foot, and thermal and chemical burns of respiratory tracts", the Regulation of MoH&SD of the RF of July 21, 2006, №569 [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 5]. Available from: http://lawrussia.ru/bigtexts/law_3012/index.htm (in Russian).
7. "On approving the standard of medical care provision to patients with thermal burns of an unspecified degree in several areas of the body", the Regulation of the MoH&SD of the RF of August 28, 2007 N 566. [Internet]. 2007 [cited 2012 Oct 5]. Available from: http://lawrussia.ru/texts/legal_634/doc634a996x923.htm (in Russian).
8. "On formation and improvement of the government state task for providing in 2011 high technology medical care to the citizens of the RF from the federal budget", the Regulation of the MoH&SD of the RF of December 31, 2010 № 1248H. [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 9]. Available from: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1155> (in Russian).
9. Tyurnikov YuI. The current aspects of diagnostic and treatment care in thermal injury. *Plasticheskaya khirurgiya i kosmetologiya* 2012; (2): 257-266 (in Russian).
10. "On changes in some legislative acts of the RF in connection with improvements of the legal status of government (municipal) institutions", the Federal Law of May 08, 2010 N 83-Ф3. [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 10]. Available from: <http://pravo-med.ru/legislation/fz/6214/> (in Russian).
11. Khafiz'yanova R.Kh., Burykin I.M., Aleeva G.N. Compensation for expenses and management account in healthcare facilities on the base of a mixed case. *Ekonomika zdravookhraneniya* 2010;151:44-51 (in Russian).
12. Abston S, Blakeney P, Desai M, Edgar P, Hegggers JP, Herndon DN, Hildreth M, Nichols RJ. Closure of the burn wound. [Internet] 2009 [cited 2012 Oct 26]. Available from: http://www.totalburncare.com/orientation_wound_closure.htm

13. Boyce S. Opportunities and Obstacles with Engineered Human Skin [Internet] 2007 [cited 2012 Oct 24]. Available from: http://wttec.org/stem_cell_workshop/presentations/26-Boyce.pdf
14. Halim AS, Khoo TL, Yussof SJM. Biologic and synthetic skin substitutes: An overview Indian. *J. Plast. Surg* 2010; 43 (Suppl): S23–S28.
15. Lotter O, Jaminet P, Amr A, Chiarello P, Schaller HE, Rahmanian-Schwarz A. Reimbursement of burns by DRG in four European countries: an analysis. *Burns* 2011; 37(7):1109-1116.
16. Ong YS, Samuel M, Song C. Meta-analysis of early excision of burns. *Burns* 2006;32(2):145-150.
17. Sahin I, Ozturk S, Alhan D, Açikel C, Isik S. Cost analysis of acute burn patients treated in a burn centre: the Gulhane experience. *J. Ann. Burns Fire Disasters* 2011; 24(1):9–13.
18. Sánchez JA, Perepérez SB, Bastida JL, Mercedes MM. Cost-Utility Analysis Applied to the Treatment of Burn Patients in a Specialized Center FREE. *Arch. Surg* 2007;142(1):50-57.
19. Shores JT, Gabriel A, Gupta S. Advances in Skin & Wound Care. *The Journal for Prevention and Healing* 2007;20(9):493–508.
20. Trueman P. The economics of Burn care. [Internet]. *Mölnlycke Health Care* 2011 December 28. 2011 [cited 2012 Oct 22]. Available from: <http://www.molnlycke.com/com/Knowledge/Burn-care/The-economics-of-Burn-care/>
21. Use of skin substitutes. [Internet]. 2005 [cited 2012 Oct 24]. Available from: <http://www.eplasty.com/images/PDF/ManageBurnWound-part3.pdf>
22. Wynn BO, Bergamo G. Payments For Burn Patients Under California’s Official Medical Fee Schedule For Injured Workers. [Internet] 2005 [cited 2012 Oct 27]. Available from: http://www.rand.org/pubs/working_papers/2005/RAND_WR263-1.sum.pdf

ⁱ Комбустиология - раздел хирургии, изучающий термические повреждения и их последствия.