

УДК 616-036.22:614.21:616.94-053.3

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА ОТ ВЕДУЩИХ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Н.И. Маркович¹, В.И. Сергевнин²,

¹Министерство здравоохранения Пермского края,

²ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера»

Маркович Нина Ивановна – e-mail: nimarkovich@minzdrav.permkrai.ru

Показано, что экономический ущерб от случая внутрибольничных ГСИ среди новорожденных и родильниц в условиях работы ЛПУ в системе медицинского страхования целесообразно определять как затраты на лабораторные исследования, антибактериальное и общеукрепляющее лечение плюс величина базового тарифа без заложенной в него средней стоимости обследования и лечения. Представлены результаты расчета экономического ущерба.

Ключевые слова: новорожденные, родильницы, гнойно-септические инфекции, экономический ущерб.

The cost estimates for cases of leading nosocomial purulent - septic infections of newborns and puerperas in compulsory medical insurance system hospitals is shown in the paper. The estimated total costs have to include the medical costs associated with laboratory researches and antibacterial and fortifying treatment of patients and the cost of a basic fare without the average cost of treatment of patients and the cost of all of the required diagnostic procedures. Results of calculation of the economic impact are presented.

Key words: newborns, puerperas, purulent - septic infections, an economic impact.

В литературе активно обсуждается вопрос об экономической значимости инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). По данным ряда авторов [1, 2], экономический ущерб, причиняемый ИСМП, исчисляется в нашей стране 5 млрд рублей, в США – 4,9 млрд долларов, в Англии – 1 млрд фунтов стерлингов. Проведенный в Европе социально-экономический анализ показал, что каждый случай послеоперационного инфицирования продлевал госпитализацию на 7–9 дней и выливался в дополнительные затраты более чем на 3000 евро [3]. Принятая в нашей стране Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, предполагает оценку экономической эффективности проведенных мероприятий [4]. Для этого необходимо знать «стандартную» величину экономического ущерба, наносимого одним случаем конкретной нозологической формы ИСМП. В доступной научной литературе нам удалось найти только несколько работ, рассматривающих эти проблемы применительно к гнойно-септическим инфекциям (ГСИ) новорожденных и родильниц. Известен расчет, выполненный в 1992 г. [5], оценивающий экономический ущерб от одного случая ГСИ новорожденного. Однако, учитывая, что с 1992 г. по настоящее время прошло 20 лет, стоимость медикаментов, расходных материалов и, самое главное, подход к оплате медицинских услуг при переходе от бюджетного финансирования к системе медицинского страхования существенно изменились, ориентироваться на величину этого ущерба не представляется возможным. В условиях работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), когда медицинская услуга оплачивается на основе базовых тарифов, необходима коррекция существующей методики расчета экономического ущерба от случая ГСИ. Сотрудниками Центрального НИИ эпидемиологии рассчитаны величины средневзвешенного экономического ущерба от одного случая ГСИ новорожденных в современных условиях по Москве [6]. Расчет произведен на основе метода социально-экономического анализа, разработанного И.Л. Шаханиной [7], путем перемножения стоимости мероприятия на кратность его проведения. При этом стоимость мероприятий заимствована из данных научной литературы, Государственного реестра цен и действующих прейскурантов. Однако многообразие источников информации о стоимости мероприятий могло исказить величину экономического ущерба, нанесенного одним случаем ГСИ. Более правильным было бы, с нашей точки зрения, ориентироваться на величину базовых тарифов и прейскурант цен, действующих в том ЛПУ, где лечился конкретный больной.

Цель работы – адаптировать существующую методику расчета экономического ущерба от случая инфекционного заболевания для расчета экономического ущерба от случая ГСИ новорожденных и родильниц к условиям работы ЛПУ в системе медицинского страхования.

Материалы и методы

Было изучено 100 историй болезни новорожденных детей с признаками ГСИ различной локализации, переведенных из акушерских стационаров в неонатальные отделения детских больниц, 22 истории болезни женщин, поступивших в гинекологические отделения с диагнозом: «Послеродовый эндометрит», 12 историй болезни родильниц с заключительным диагнозом: «Абсцесс молочной железы, связанный с дето-

рождением», поступивших в хирургические отделения. Лечение больных в указанных отделениях проводилось на основе региональных медико-экономических стандартов (МЭС). Длительность госпитализации, объемы диагностики и лечения новорожденных и родильниц в неонатальных, гинекологических и хирургических отделениях соответствовали МЭС. Финансирование деятельности перечисленных выше отделений ЛПУ осуществлялось по системе ОМС на основе базовых тарифов, утвержденных краевой согласительной комиссией по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС при правительстве Пермского края. Базовые тарифы предусматривали все расходы на содержание пациентов в ЛПУ (оплата труда медицинских работников, начисления на фонд оплаты труда, обследование, лечение и питание больных, приобретение мягкого инвентаря и прочие расходы). При этом в базовые тарифы заложена некая средняя величина стоимости обследования и лечения новорожденных и родильниц без дифференциации патологии по клиническим и нозологическим формам.

Для выполнения расчетов изучаемые истории болезни систематизировали в соответствии со специально разработанными картами сбора информации. Карта сбора информации на больных с диагнозом внутрибольничных ГСИ содержала следующие сведения: паспортные данные, диагноз ГСИ, количество койко-дней, проведенных в неонатальном, гинекологическом или хирургическом отделениях, сопутствующая патология. Кроме этого учитывали количество и стоимость бактериологических и других обследований (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов малого таза и т. п.). В обязательном порядке в карту сбора информации включали данные о продолжительности и стоимости курса специфического антибактериального лечения, а также аналогичные сведения по общеукрепляющему и физиотерапевтическому лечению. При расчете затрат на лечение учитывали стоимость расходных материалов (шприцы, одноразовые системы, вата, спирт). Затраты на лечение больных с послеродовыми маститами включали стоимость внутривенного наркоза (фентанил, тиопентал), т. к. применялись оперативные методы лечения. Для расчета стоимости бактериологических и других видов обследований, физиотерапевтических процедур был использован прейскурант цен на платные услуги в наблюдаемых ЛПУ. В разработку брали больных внутрибольничными ГСИ, медикаменты для лечения которых приобретались за счет средств бюджета ЛПУ. Сведения о стоимости лекарственных средств и расходных материалов получали в бухгалтерии либо в аптеке ЛПУ.

Для расчета стоимости случая ГСИ из базового тарифа вычитали среднюю величину стоимости обследования и лечения больных и меняли ее на фактическую стоимость обследования и лечения конкретных больных. Иными словами, экономический ущерб от конкретного случая внутрибольничной ГСИ определяли как затраты на лабораторные исследования, антибактериальное и общеукрепляющее лечение плюс стоимость базового тарифа без заложенной в него средней стоимости диагностических и лечебных мероприятий. При этом в связи с тем, что тарифы периодически пересматривались с учетом инфляционных процессов и уровня заработной платы медицинских работников, оценку экономического ущерба от одного случая внутрибольничной

ГСИ производили по тарифам, действовавшим на период госпитализации конкретного больного. Затраты на лечение сопутствующей патологии (сахарный диабет и хроническая анемия у родильниц, перинатальное поражение центральной нервной системы, дисбиоз кишечника, цитомегаловирусная и герпесвирусная инфекции и др. у новорожденных) в стоимость случая ГСИ не включали.

Результаты исследования

В результате применения названных методических подходов было установлено, что по состоянию на 1 января 2008 г. экономический ущерб от одного случая омфалита составил 7256,9±269,5 руб. Экономический ущерб, наносимый одним случаем конъюнктивита, был равен 7789,1±815,1 руб. Стоимость одного случая ГСИ кожи находилась в пределах от 5474,4 до 12942,5 руб., в среднем оказалась равной 7342,5±493,1 руб. Экономические затраты на лечение одного новорожденного с сочетанными формами ГСИ (омфалит + конъюнктивит, омфалит + ГСИ кожи, конъюнктивит + ГСИ кожи, омфалит + конъюнктивит + ГСИ кожи) составили 7696,4±232,4 руб. В связи с тем, что достоверной разницы между средними показателями экономического ущерба, наносимого различными клиническими формами ГСИ новорожденных, не выявлено ($p>0,05$), экономический ущерб от случая ведущих ГСИ новорожденных можно считать равным 7510,1 руб., что эквивалентно 306 долларам США или 209 евро. Экономический ущерб, наносимый одним случаем послеродового эндометрита, колебался от 5502,5 до 16614,8 руб. В среднем он составил 8722,8±586,9 руб., что эквивалентно 355 долларам США или 243 евро. Экономический ущерб от одного случая послеродового мастита был равен 7540,8±881,6 руб., что равнозначно 307 долларам США или 210 евро.

Заключение

Таким образом, экономический ущерб от случая внутрибольничных ГСИ в условиях работы ЛПУ в системе медицинского страхования целесообразно определять как затраты на

лабораторные исследования, антибактериальное и общеукрепляющее лечение плюс величина базового тарифа без заложенной в него средней стоимости обследования и лечения. Представленные методические подходы к определению экономического ущерба от ведущих внутрибольничных ГСИ новорожденных и родильниц в условиях работы ЛПУ в системе ОМС, равно как и полученные результаты, могут быть использованы в практической деятельности врачей-эпидемиологов, акушеров-гинекологов и неонатологов в системе эпидемиологического надзора за указанными инфекциями для оценки экономической эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Филяев В.Н., Мартова О.В., Абросимова Л.М. и др. Динамика уровня и структуры заболеваемости внутрибольничными инфекциями в Астраханской области. Эпидемиол. и инф. бол. 2004. № 3. С. 17–18.
2. Сёмина Н.А., Ковалёва Е.П., Акимкин В.Г., Сидоренко С.В. Особенности эпидемиологии и эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями на современном этапе. Эпидемиол. и инф. бол. 2006. № 4. С. 22–26.
3. Ильинская Н.В. Каждый имеет право чувствовать себя в безопасности в больнице. Стерил. и госп. инф. 2006. № 1. С. 61–64.
4. Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. М.: Роспотребнадзор, 2011. 33 с.
5. Петрухина М.И. Характеристика путей и факторов передачи внутрибольничных инфекций, вызываемых грамотрицательными микроорганизмами в родовспомогательных учреждениях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 1992. 20 с.
6. Шаханина И.Л., Щуров Д.Г., Игонина Е.П. Экономическая значимость внутрибольничных инфекций новорожденных в Москве. Эпидемиол. и вакцинопроф. 2010. № 3. С. 11–17.
7. Шаханина И.Л. Социально-экономический анализ. Руковод. по эпидемиол. инф. бол. под ред. В.И. Покровского. М.: Медицина, 1993. Т. 1. С. 152–162.