

СОДЕРЖАНИЕ

Авторы	5
Список сокращений и условных обозначений	6
Введение	7
РАЗДЕЛ 1. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. МЕТОДЫ КЛИНИКО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОЦЕНОК ЭФФЕКТИВНОСТИ. АНАЛИЗ ОБЩЕЙ СТОИМОСТИ БОЛЕЗНИ (COST OF ILLNESS) . . .	11
Анализ общей стоимости болезни (cost of illness).	14
Тестовые задания для самоконтроля	29
Задания для самостоятельной работы.	29
Рекомендуемая литература	43
Темы рефератов	44
РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ (COST-MINIMIZATION ANALYSIS).	45
Тестовые задания для самоконтроля	50
Задания для самостоятельной работы.	55
Рекомендуемая литература	60
Темы рефератов	60
РАЗДЕЛ 3. МЕТОД «ЗАТРАТЫ – ЭФФЕКТЫ» (COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS)	61
Тестовые задания для самоконтроля	65
Задания для самостоятельной работы.	69
Рекомендуемая литература	73
Темы рефератов	74
РАЗДЕЛ 4. АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ – ПОЛЕЗНОСТЬ» (COST-UTILITY ANALYSIS)	75
Тестовые задания для самоконтроля	82
Задания для самостоятельной работы.	100
Рекомендуемая литература	103
Темы рефератов	103
РАЗДЕЛ 5. АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ – ВЫГОДА» (COST-BENEFIT ANALYSIS)	104
Тестовые задания для самоконтроля	109
Задания для самостоятельной работы.	114
Рекомендуемая литература	116
Темы рефератов	117

РАЗДЕЛ 6. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	118
Тестовые задания для самоконтроля	125
Задания для самостоятельной работы.	138
Рекомендуемая литература	139
Темы рефератов	140
Заключение	141
ПРИЛОЖЕНИЯ	
Приложение 1. Фармакоэкономика антидепрессантов в России	147
Понятие фармакоэкономики	147
Особенности рынка лекарственных средств	148
Характеристика дженериков	150
Сравнительный фармакоэкономический анализ брендов и дженериков	152
Приложение 2. Расчет экономических потерь в связи с заболеваемостью	160
Приложение 3. Основные показатели эффективности деятельности организации здравоохранения, используемые в целях экономического анализа.	163
I. Расчет общего изменения прибыли ($\Delta\pi$) от реализации продукта (организации и предоставления платных медицинских услуг)	163
II. Эффективность использования финансовых ресурсов организации здравоохранения	164
III. Средние издержки.	166
IV. Финансовая устойчивость	167
V. Финансовое состояние.	168
VI. Механизм формирования прибыли	170
VII. Предельные издержки	171
VIII. Имущественный потенциал	171
IX. Платежеспособность.	172
X. Финансовая устойчивость	173
XI. Внутрифирменная эффективность	174
XII. В анализе можно выделить различные показатели прибыли	174
Ответы к тестам	175
Ответы к задачам	176

ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. МЕТОДЫ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ОЦЕНОК ЭФФЕКТИВНОСТИ. АНАЛИЗ ОБЩЕЙ СТОИМОСТИ БОЛЕЗНИ (COST OF ILLNESS)¹

Цель обучения: изучение теоретических основ, терминов и понятий экономического анализа, применяемого в практике здравоохранения и предусматривающего сравнение затрат на охрану здоровья с уровнем социальных и экономических потерь общества от заболеваемости и смертности.

Обучающийся должен уметь:

- определять цель экономического анализа;
- применять методы экономических оценок для выявления приоритетов развития здравоохранения и повышения эффективности использования ограниченных ресурсов отрасли;
- выделять главные концептуальные подходы к обоснованию альтернативных вложений в развитие медицинских программ;

¹ «Экономическое бремя болезни» (COI).

- использовать методы экономического анализа в практической деятельности врача;
- выбирать наиболее экономичные и эффективные методы медицинского вмешательства.

Обучающийся должен знать:

- понятие экономического анализа;
- отличительные особенности экономических оценок в системе здравоохранения по сравнению с экономическими оценками, применяемыми в других отраслях народного хозяйства;
- основы экономического анализа деятельности лечебно-профилактических учреждений, ОЗ как хозяйствующих субъектов;
- экономический анализ профилактических программ в здравоохранении;
- методы экономических оценок альтернативных способов медицинских вмешательств.

Основные термины и понятия: здравоохранение, макроэкономика, микроэкономика, экономика здравоохранения, экономический эффект, экономическая эффективность, экономический анализ, методы экономических оценок.

Краткое содержание

Анализ (от греч. *analysis* — разложение) — метод научного исследования (познания) явлений и процессов, в основе которого лежит изучение составных частей, элементов изучаемой системы (например, система оказания качественной медицинской помощи).

В экономике анализ применяется с целью выявления сущности, закономерностей, тенденций экономических и социальных процессов хозяйственной деятельности на всех уровнях (в стране, отрасли, регионе, на предприятии, в частном бизнесе, семье) и в разных сферах экономики (производственной, социальной). Анализ служит исходной отправной точкой прогнозирования, учета и планирования, управления экономическими объектами и протекающими в них процессами. Экономический анализ применяется для обоснования с научных позиций решений и дей-

ствий в области экономики, способствует выбору лучших вариантов действий.

Основной целью экономического анализа в здравоохранении является определение экономического эффекта через улучшение состояния общественного здоровья.

Когда рассчитывается положительный эффект, оказываемый здравоохранением на народное хозяйство страны в целом, тогда принято говорить о макроэкономике здравоохранения. В случае изучения экономической природы каких-либо явлений внутри самой отрасли здравоохранения говорят о микроэкономике здравоохранения.

Общественное здоровье зависит от многих факторов, однако определяющими являются финансовые вложения в социальную сферу и эффективность их использования. Поскольку доля государственных расходов в валовом внутреннем продукте (ВВП) Российской Федерации составляет лишь 3,4–3,6%, в то время как ВОЗ рекомендует не менее 7%, необходимо выделять наиболее приоритетные направления вложения ограниченных финансовых ресурсов, которые способны внести наибольший вклад в улучшение таких показателей здоровья населения, как демографические, заболеваемости, физического развития.

При улучшении общественного здоровья более высокими темпами развивается общественное производство, и, как следствие, растут национальный доход, благосостояние народа. В этих показателях отражается экономический эффект здравоохранения, выраженный в стоимостной форме.

Экономическая эффективность здравоохранения — это экономический эффект деятельности органов и учреждений здравоохранения, соотнесенный с суммой затраченных средств на здравоохранение. Экономическая эффективность (ЭЭ) определяется путем отношения полученного эффекта (в рублях) к затратам (в рублях) и может быть представлена в виде формулы: $ЭЭ = \text{Эффект} / \text{Затраты}$.

Метод экономической оценки в здравоохранении — это сопоставление эффектов альтернативных вариантов медицинских вмешательств и различных программ здравоохранения в расчете на единицу вложенных ресурсов.

АНАЛИЗ ОБЩЕЙ СТОИМОСТИ БОЛЕЗНИ (COST OF ILLNESS)

Термины и понятия: общая стоимость болезни, прямые затраты, косвенные затраты, ВВП, национальный доход.

Краткое содержание

Анализ общей стоимости болезни (COI) — это тип экономического анализа, при котором определяются все затраты (совокупная стоимость), понесенные обществом, конкретным лечебно-профилактическим учреждением, семьей в связи с проведением всех лечебно-диагностических мероприятий во время лечения заболевания любой нозологической формы.

Анализ не предполагает расчет и определение эффективности оказанной медицинской помощи.

При проведении анализа общей стоимости различных заболеваний возможно выявление того заболевания, на которое затрачивается наибольшая сумма финансовых средств, и определение наибольшего экономического ущерба, наносимого обществу, семье, индивидууму.

Анализ позволяет принять управленческое решение по оптимальному распределению финансовых ресурсов в отдельном подразделении ОЗ, в целом по поликлинике, стационару, а также на уровне семьи.

Данный анализ позволяет сравнить полученные результаты стоимости лечения конкретного заболевания в конкретной ОЗ и определить среднюю стоимость лечения данного заболевания в данном учреждении здравоохранения.

Анализ общей стоимости (общего бремени заболевания) производится с помощью формулы:

$$COI=DC+IC,$$

где COI — показатель стоимости болезни;

DC — прямые затраты;

IC — косвенные (непрямые) затраты.

Прямые затраты (прямые расходы) — это такие расходы ОЗ, которые прямо связаны с лечебным процессом.

К прямым затратам (DC) следует относить: затраты на лечение пациента на всех этапах оказания медицинской помощи (амбулаторно-поликлинический этап, скорая помощь, лечение в стационаре, лечение на дому, лечение в санатории и т.п.), расходы пациента на сервисные услуги (отдельная палата в стационаре, телефон в палате, телевизор, личные бытовые удобства и др.), затраты на услуги социальной службы. К видам прямых затрат прежде всего относятся: заработная плата медицинского персонала (основная и дополнительная), начисления на заработную плату медицинского персонала (то есть выплаты в Фонд социального страхования, Фонд обязательного медицинского страхования, Пенсионный фонд, осуществляемые с фонда оплаты труда), затраты ОЗ на медикаменты, затраты ОЗ на мягкий инвентарь, затраты ОЗ на питание пациента в стационаре, амортизация медицинского оборудования (то есть величина износа медицинского оборудования стоимостью до 100 тыс. руб., выраженная в денежной форме).

Косвенные затраты (косвенные расходы) (IC) — это такие расходы, которые прямо не связаны с лечебным процессом, но создают для него условия. К косвенным затратам следует также отнести альтернативные издержки, которые иначе называются издержками упущенных возможностей, или вмененными издержками¹.

¹ В англоязычной литературе к альтернативным издержкам также применяется термин «непрямые издержки» (indirect cost — IC). Однако в данном учебном пособии авторы предлагают объединить накладные расходы ОЗ и так называемые непрямые издержки (или, иначе, *альтернативные издержки, вмененные издержки*) в **косвенные расходы**, которые ранее были обозначены как IC. Различная группировка затрат, связанных с оказанием медицинской помощи, должна служить конкретным целям экономического анализа. Группировка затрат зависит от того, какая именно задача решается с помощью экономического анализа.

Поскольку в трактовке экономической теории к **прямым затратам** относят те, которые напрямую связаны, участвуют в производстве продукта (товара, работ, услуг), в данном случае связаны с оказанием медицинской помощи на всех ее этапах — от диагностики, непосредственно лечения и до реабилитации, то именно такие затраты в данной книге обозначены как DC. К косвенным расходам (или затратам, издержкам) относят те, которые

В этом случае к видам косвенных затрат (IC) относятся: затраты на заработную плату (основную и дополнительную) административно-хозяйственного персонала (главного врача, его заместителей, сотрудников вспомогательных служб ОЗ), начисления на заработную плату административно-хозяйственного персонала (то есть обязательные выплаты, взимаемые с фонда оплаты труда административно-хозяйственного персонала и передаваемые в Фонд социального страхования, Фонд обязательного медицинского страхования, Пенсионный фонд), затраты на электроэнергию, на отопление, воду, газ, моющие средства, затраты на содержание транспортного парка ОЗ, бензин, текущий ремонт зданий

не участвуют непосредственно в производстве продукта медицинского труда, но без которых этот продукт также нельзя произвести. Косвенные расходы (или в трактовке бухгалтерского учета — накладные расходы) составляют, как правило, большую часть расходов организации здравоохранения, однако непосредственно с лечебным процессом они совсем не связаны. Такие расходы есть у любой, не только медицинской, организации, поэтому мы предлагаем их обозначить как **непрямые немедицинские затраты**. Оказание медицинской помощи также связано с такими понятиями, как нетрудоспособность, инвалидность, недопроизводство ВВП вследствие потери здоровья работающим населением, «неявными» издержками семейного бюджета, то есть издержками общества в целом в связи с заболеваемостью и преждевременной смертностью, и все это также **непрямые затраты**. Все перечисленные **три вида** издержек (затрат) объективно имеют общественный характер. Для анализа стоимости бремени болезни их можно было бы сложить и считать общественными издержками. Однако на практике часто возникает необходимость знать, какие именно затраты доминируют, с тем чтобы принимать эффективные меры по их снижению. Поскольку затраты по своему материально-вещественному выражению разнятся, а некоторые («неявные») даже скрыты (хотя от этого они не становятся менее реальными), то упомянутые меры по снижению затрат неизбежно имеют разнонаправленный характер. В связи с этим с целью клинико-экономического анализа возникает необходимость делить издержки на группы, внутри которых затраты объединены общими чертами. Именно поэтому в учебном пособии выражена следующая авторская позиция: к DC мы относим прямые затраты, а к IC — косвенные затраты как сумму непрямых немедицинских затрат и «непрямых затрат» (к последним также применим термин «вмененные издержки», которые возникают, например, при недопроизводстве ВВП).

и помещений ОЗ, затраты на обучение персонала за счет ОЗ, расходы на командировки, на рекламу, на оплату кредита, представительские расходы, канцелярские расходы, расходы на услуги связи, прочие расходы на хозяйственные нужды ОЗ и т.п. Перечисленные косвенные расходы также называют накладными расходами.

К альтернативным издержкам (ИС) следует относить затраты, связанные:

- с потерей временной трудоспособности:
 - а) выплата пособия по временной нетрудоспособности (для этого нужны сведения о количестве дней временной нетрудоспособности, величине пособия по оплате нетрудоспособности);
 - б) потери стоимости несозданной продукции (для этого нужны сведения о количестве дней временной нетрудоспособности, величине национального дохода в день);
- стойкой утраты нетрудоспособности:
 - а) выплата пособия по инвалидности (для этого нужны сведения о количестве лет инвалидности, сумме пособия по инвалидности);
 - б) потери стоимости несозданной продукции (для этого нужны сведения о количестве лет инвалидности, величине национального дохода в год);
- летальным исходом в связи с заболеванием: потеря стоимости несозданной продукции из-за преждевременной смертности (для расчетов нужны сведения о количестве лет недожития до пенсионного возраста, о величине ВВП, о величине национального дохода в год).

Необходимая информация для расчета прямых затрат:

а) *на этапе амбулаторно-поликлинической помощи:*

- стоимость каждого посещения и сумма денежных средств за все посещения;
- стоимость каждого лабораторного исследования и сумма денежных средств за все лабораторные исследования;
- стоимость каждого инструментального исследования и сумма денежных средств за все инструментальные исследования;
- общие затраты за весь объем исследований, сделанных на амбулаторно-поликлиническом этапе;

б) *на стационарном этапе оказания медицинской помощи:*

- стоимость одного койко-дня пребывания в стационаре; или стоимость одного случая госпитализации (в зависимости от имеющихся данных и выбранном показателе расчета);
- количество койко-дней, проведенных больным конкретной нозологической формой заболевания в стационаре; или количество дней госпитализации;
- при необходимости определить отдельные статьи расходов на лекарственные препараты, на оперативное вмешательство с учетом тяжести основного заболевания, наличия сопутствующих заболеваний у больных различного возраста и пола;

в) *на этапе санаторно-курортного лечения (реабилитации):*

- затраты на лечение в санатории конкретного профиля;
- количество дней, проведенных в санатории;
- стоимость одного дня пребывания в санатории.

Анализ общей стоимости болезни по-другому называется «экономическое бремя заболевания». В данном случае, помимо ранее перечисленного, возможно рассчитать:

- сумму экономического ущерба на одного пациента с конкретным заболеванием, в год;
- сумму экономического ущерба на 100 пациентов с конкретным заболеванием, в год;
- сумму экономического ущерба в связи с распространенностью и заболеваемостью болезнями конкретной нозологической формы.

Источниками информации для расчетов могут послужить:

- учетно-отчетная документация ОЗ, в том числе амбулаторные карты пациента, статистический талон уточненного диагноза, годовые отчеты, истории болезни, листы медикаментозного назначения;
- стандарты медицинской помощи, протоколы ведения больного, клинические протоколы;
- журналы лабораторных и диагностических исследований;
- дневники пациентов;
- тарифы на медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию (ОМС);

- цены на медицинские услуги по добровольному медицинскому страхованию;
- цены на медицинские услуги, рассчитанные по отличным от принятых в системах ОМС и добровольного медицинского страхования научно обоснованным методикам;
- цены на лекарственные препараты (информацию об этом содержат прайс-листы, Интернет, рекламные листки аптек и другие источники).

Примером расчета бремени болезни может служить оценка дополнительных затрат, связанных с более частыми обращениями больных депрессивными расстройствами (ДР) в амбулаторные учреждения здравоохранения (табл. 1).

Так, у пациентов, наблюдающихся у кардиолога, среднее число посещений при наличии ДР составляет 4,8, а при отсутствии — 3,37. С учетом средней стоимости одного посещения 226,5 ден. ед. (стоимость одного визита по тарифам ОМС — 75,5 ден. ед.; $75,5 \times 3$), затраты на посещение амбулаторных учреждений составили у больных с ДР $4,8 \times 226,5$ ден. ед. = 1087,2 ден. ед., а без ДР $3,37 \times 226,5$ ден. ед. = 763,3 ден. ед. Таким образом, этот аспект бремени ДР составляет: $1087,2$ ден. ед. — $763,3$ ден. ед. = 323,9 ден. ед. (на одного больного за год). Аналогично проводится расчет для пациентов, наблюдавшихся терапевтами и неврологами, а также в среднем по результатам всего исследования. Последний показатель по всем обследованным достигает 394,1 ден. ед. на одного больного в год.

Весомыми также являются затраты в стоимости ДР, обусловленные более частыми госпитализациями пациентов с этим расстройством (табл. 2).

Наряду с ДС учетом и некоторые составляющие ИС: связанные с пропущенными днями работы во время госпитализаций и посещения амбулаторных учреждений, выплату пенсий по инвалидности (табл. 3).

При этом общие затраты на одного больного в год, наблюдавшегося различными специалистами, составили 8083,5 ден. ед. Особенно высока стоимость депрессивных расстройств у пациентов, наблюдающихся неврологами, — 10 210,2 ден. ед. на одного больного в год. Более того, при анализе этих показателей следует

Таблица 1¹. Стоимость депрессивных расстройств (в денежных единицах на одного больного за год), связанная с более частными обращениями пациентов с этими расстройствами за помощью в амбулаторные учреждения

Больные, наблюдавшиеся	Среднее число посещений с ДР	Среднее число посещений без ДР	Стоимость посещений с ДР	Стоимость посещений без ДР	Разница в стоимости (бремя ДР)
Кардиологами	4,80	3,37	1087,2	763,3	323,9
Терапевтами	4,79	2,62	1084,9	593,4	491,5
Неврологами	4,24	2,44	960,4	552,7	407,7
Всеми специалистами (в целом по исследованию)	4,41	2,67	998,9	604,8	394,1

¹ В табл. 1, 2, 3 использованы данные научных исследований д-ра мед. наук М.Ю. Дробижева.

Таблица 2. Стоимость депрессивных расстройств (в денежных единицах на одного больного за год), связанная с более частой госпитализацией пациентов с этим расстройством

	Среднее число госпитализаций за год на одного больного с ДР	Среднее число госпитализаций за год на одного больного без ДР	Средняя длительность госпитализации (в соответствии с профилем койки, по нормативу)	Средняя стоимость одного койко-дня (фактическая средняя), ден. ед.	Стоимость госпитализации с ДР, ден. ед.	Стоимость госпитализации без ДР, ден. ед.	Разница в стоимости (бремя ДР), ден. ед.
Кардиологами	0,67	0,44	14,2	1356	12 901	8472	4429
Терапевтами	0,51	0,29	12,3	1356	8506	4837	3669
Неврологами	0,59	0,31	14,0	1356	11 201	5885	5316
Всеми специалистами (по результатам всего исследования в среднем)	0,56	0,32	13,5	1356	10 251	5858	4393

Таблица 3. Прямые и непрямые затраты, определяющие стоимость депрессивных состояний, в денежных единицах на одного больного за год

Больные, наблюдавшиеся	Прямые (DC) затраты на амбулаторную помощь	Прямые (DC) затраты на стационарную помощь	Непрямые (IC) затраты: пропущенные дни работы	Непрямые (IC) затраты: пенсии по инвалидности	В целом
Кардиологами	323,8	4474,8	2406,4	643,5	7848,5
Терапевтами	491,5	3661,2	2508,8	357,3	7018,8
Неврологами	407,7	5424	2969,6	1408,9	10 210,2
Всеми специалистами	394,1	4474,8	2560	657,6	8083,5

иметь в виду, что они отражают, скорее, наименьшую оценку бремени ДР. Действительно, данные не включают затраты пациентов на покупку медикаментозных препаратов, в том числе психотропные препараты, материальные потери пациентов, связанные с недополученной заработной платой, снижением их трудоспособности. Кроме того, вне анализа остались немедицинские расходы: оплата сервисных услуг лечебного учреждения, социальных служб, транспорта. Не представляется возможным оценить и некоторые ИС, а именно экономические потери работодателей от снижения производительности труда, экономические потери родственников пациента из-за его болезни.

Очевидно, что бремя ДР может быть существенно снижено. Так, купирование ДР и становление ремиссии ведет к снижению числа госпитализаций и обращений за амбулаторной медицинской помощью и возвращению пациента на работу, повышению его производительности труда. С этой точки зрения тимолептическая (антидепрессивная) терапия будет способствовать снижению бремени ДР, даже несмотря на то, что само по себе лечение антидепрессантами также сопряжено с определенными затратами.

Для определения стоимости шестинедельной антидепрессивной терапии установлена средняя цена одной упаковки тианептина (30 таблеток) в 341 московской аптеке, цена оказалась равной $293,16 \pm 31,82$ ден. ед. Поскольку для проведения шестинедельной терапии требуется 126 таблеток (3 таблетки на 42 дня приема), максимальное число требующихся упаковок — 5 штук. Соответственно, стоимость шестинедельной антидепрессивной терапии составит $293,16 \times 5$, то есть 1465,8 ден. ед. на одного больного.

Можно подсчитать, насколько эффективное купирование ДР позволит снизить связанные с этим психическим расстройством ИС и ИС. Дело в том, что 650 пациентов с ДР из числа обследованных получали шестинедельную антидепрессивную терапию тианептином в стандартной дозе 12,5 мг (1 таблетка) три раза в день. Полная редукция ДР на фоне лечения тианептином имела место у 59% больных. Закономерно пред-

положить, что после проведения антидепрессивной терапии этим препаратом у 59% пациентов отмеченный выше прирост ДС и ИС *будет предотвращен* в последующем периоде лечения основного заболевания в области кардиологии, терапии, неврологии (табл. 4).

Таблица 4. Возможная минимизация стоимости депрессивного расстройства (в денежных единицах за год) при проведении антидепрессивной терапии

Больные, наблюдавшиеся	Время ДР без лечения в расчете на одного больного в среднем	Затраты на терапию тианептином в расчете на одного больного в среднем	Величина минимизации затрат в расчете на 650 больных в год в последующем периоде
Всеми специалистами (кардиологами, терапевтами, неврологами)	8083,5	1465,8	3 662 156,6

Таким образом, на фоне терапии тианептином затраты на лечение составят не $8083,5 \text{ ден. ед.} \times 650 = 5\,254\,275 \text{ ден. ед.}$, а $(8083,5 \text{ ден. ед.} + 1465,8 \text{ ден. ед.}) \times 650 = 9549,3 \text{ ден. ед.} \times 650 = \mathbf{6\,207\,045 \text{ ден. ед.}}$ ($1465,8 \text{ ден. ед.}$ — затраты на шестинедельную терапию тианептином в расчете на одного больного).

59% от $[(8083,5 + 1465,8) \times 650]$ равно $3\,662\,156,6 \text{ ден. ед.}$, что составляет *экономия в следующем году* в затратах на лечение в расчете на 650 больных. Тогда:

59% — **383 больных** — **3 662 156,6 ден. ед.** (*достигнут эффект лечения ДР*).

41% — **267 больных** — **2 544 888,4 ден. ед.** (*без эффекта лечения ДР*).

100% — **650 больных** — **6 207 045 ден. ед.** (*затраты на лечение больных с ДР*).

Вывод: предотвращенный экономический ущерб будет равняться $3\,662\,156,6 \text{ ден. ед.}$; $2\,544\,888,4 \text{ ден. ед.}$ составят затраты в исследуемой группе больных, которые понесет клиника и в следующем году при тех же условиях.