

ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЯМИ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РСО-АЛАНИЯ

Закаряева З. Т., Андреева И. Н.

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Пятигорск, России (357532 г. Пятигорск, пр. Калинина 11), e-mail: ta.bondarewa@yandex.ru

В данной статье рассмотрены вопросы, касающиеся особенностей лекарственного обеспечения больных на стационарной ступени лечения. Данная проблема является достаточно актуальной, особенно в условиях недостаточного, а зачастую и нерационального расходования бюджетных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение стационарных больных, как в целом по России, так и на уровне отдельных ее субъектов, что в свою очередь оказывает существенное влияние на уровень общественного здоровья населения страны в целом. Высокие уровни заболеваемости, инвалидизации и смертности населения, особенно выраженные на территории Республики Северная Осетия-Алания, свидетельствуют о серьезных социальных проблемах, что определяет необходимость системного анализа факторов, обеспечивающих эффективный уровень влияния здравоохранения на качество и доступность медицинской и лекарственной помощи и, следовательно, улучшение индикаторов общественного здоровья.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, стационарное лечение, пневмонии.

FEATURES OF PROVISION OF MEDICINES OF PATIENTS WITH PNEUMONIA AT THE HOSPITALIZATION STAGE IN RSO-ALANIYA

Zakaryaeva Z. T., Andreeva I. N.

Pyatigorsk medico-pharmaceutical institute – branch GBOU VPO «Volgograd State Medical University», Pyatigorsk, Russia (357532 Pyatigorsk, the ave. of Kalinin 11), e-mail: ta.bondarewa@yandex.ru

In this article the questions concerning features of provision of medicines of patients at a stationary step of treatment are considered. This problem is rather actual, especially in the conditions of insufficient, and often and an irrational expenditure of the budgetary funds allocated for provision of medicines of inpatients as a whole across Russia, and at the level of her certain subjects that in turn has essential impact on level of public health population of the country as a whole. High incidences, invalidizations and the mortality of the population which has been especially expressed in the territory of the Republic Northern Ossetia-Alania, testify to serious social problems that defines need of the system analysis of the factors providing effective level of influence of health care on quality and availability of the medical and medicinal care and, therefore, improvement of indicators of public health.

Key words: provision of medicines, hospitalization, pneumonia.

Введение

Современной тенденцией европейского и российского здравоохранения является усиление механизмов регулирования и рационального использования лекарственных препаратов (ЛП), и соответственно сдерживание затрат на их потребление при лечении в госпитальных условиях. Анализ нормативно-правовых документов и научных материалов, посвященных вопросам совершенствования лекарственного обеспечения населения регионов Российской Федерации (РФ), показал, что цели и задачи государственной политики в развитии здравоохранения реализуются путем осуществления федеральных целевых программ развития здравоохранения и Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью. Основной целью государственной политики

является рост доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения на основе повышения эффективности использования ресурсов и обеспечение необходимыми качественными, безопасными и высокоэффективными ЛП.

Цель исследования заключается в выявлении особенностей лекарственного обеспечения стационарных больных пульмонологического отделения Республиканской клинической больницы г. Владикавказа и моделирование стратегии лекарственного обеспечения больных пневмонией на этапе стационарного лечения в Республике Северная Осетия-Алания.

Материалы и методы исследования. Основой проводимых исследований явились данные статистической отчетности пульмонологического отделения РКБ г. Владикавказа, по заболеваемости населения республики, ассортимент антибиотиков, применяющихся в фармакотерапии пневмоний; истории болезней пациентов пульмонологического отделения республиканской клинической больницы г. Владикавказа.

В работе были использованы методы: логического, системного, документального и регионального анализа, а также маркетинговые и социологические методы исследования.

Результаты исследования. Проблема лекарственного обеспечения и оказания доступной медицинской помощи больным пневмониями в стационарных условиях достаточно актуальна, так как зачастую, в условиях ограниченного финансирования стационаров врачи придерживаются нерациональной тактики антибиотикотерапии. Поэтому сохраняется устойчивая тенденция дополнительного приобретения высокоэффективных дорогостоящих антибактериальных ЛП, не входящих в формуляр стационара, за счет средств больных, что является актуальной проблемой на современном этапе развития здравоохранения. Кроме того, наблюдается увеличение общей стоимости пребывания больных пневмонией в стационаре, прежде всего за счет возрастания стоимости койко-дня, появления новых антибактериальных ЛП, что ведет к использованию экономических (стоимостных) показателей фармакотерапии как одним из самых важных при оценке эффективности лечения. Именно поэтому вопросам снижения затрат на лечение больных пневмонией в последние годы уделяется все большее внимание. Приведенные данные отражают сложность проблемы и настраивают на поиск путей оптимизации лекарственного обеспечения в условиях стационара.

Одной из ведущих патологий в Республике Северная Осетия-Алания (РСО-Алания) являются болезни органов дыхания, характеризующиеся интенсивными темпами прироста показателей заболеваемости и инвалидности и, тем самым, определяющие важное медико-социальное, и экономическое значение для республики. Болезни органов дыхания в значительной степени влияют на величину продолжительности жизни, занимая ведущее

место среди причин смертности населения, и не имеют устойчивой тенденции к снижению. Кроме того, рост показателей заболеваемости и смертности населения от болезней органов дыхания объясняется высокой степенью хронизации заболеваний, обусловленной недостаточной эффективностью существующей системы лечебно-профилактических мероприятий, что проявляется низким уровнем доступности и качества медицинской помощи, а также нерациональностью фармакотерапии данной патологии.

Пневмонии относятся к числу самых распространенных заболеваний органов дыхания, наблюдаемых у лиц разных возрастных групп. По данным официальной статистики ежегодно в России среди лиц в возрасте старше 18 лет регистрируется около 440 тыс. случаев пневмоний, в целом, ежегодно более 1,5 млн лиц переносят пневмонии, что выдвигает вопросы диагностики, фармакотерапии и профилактики этого заболевания в число наиболее остро стоящих проблем отечественного здравоохранения. Актуальность этой проблемы определяется также постоянным ростом антибиотикоустойчивости возбудителей пневмоний, что затрудняет подбор оптимальной антибактериальной терапии. В связи с чем, в последние годы фармакоэкономические обоснования рациональной антибиотикотерапии постоянно входят в число обязательных этапов исследований лекарственного обеспечения больных, получающих лечение в госпитальных условиях.

Особо актуальна проблема лекарственного обеспечения населения, в том числе и госпитального сегмента, в связи с нестабильным социально-экономическим положением как в стране в целом, так и на уровне отдельных регионов, что в значительной степени влияет на демографическую динамику, усиливая неблагоприятные тенденции последних лет, связанные с ростом распространенности заболеваемости органов дыхания, среди которых ведущее место занимают пневмонии (более 60,0 %) (таблица 1).

Таблица 1. Распространенность, заболеваемость и смертность от заболеваний органов дыхания в России (по данным на 2012 год)

Нозология	Распространенность на 100 000 населения	Заболеваемость на 100 000 населения	Смертность на 100 000 населения
Болезни органов дыхания из них:	21711,7	16938,2	64,9
ХОБ	1698,0	186,0	19,3
Бронхиальная астма	548,6	40,7	4,8
Туберкулез органов дыхания	245,3	85,2	20,1
Пневмония		396,7	14,2
Рак трахеи, бронхов, легкого	74,8	43,3	46,8
Муковисцидоз	11,0	нет данных	нет данных
Расстройство дыхания во время сна	нет данных	нет данных	нет данных

Несмотря на достижения современной медицины и появление новых эффективных антибактериальных препаратов, пневмония является чрезвычайно распространенным и

угрожающим жизни заболеванием. По частоте смертельных исходов пневмония стоит на первом месте среди всех инфекционных заболеваний. В России по официальной статистике ежегодно регистрируется не менее 400 тысяч новых случаев заболеваний пневмонией. Смертность от внебольничных пневмоний составляет 5 %, но у пациентов, требующих госпитализации, доходит до 21,9 %, нозокомиальных – 20 %, у пожилых – 46 %.

Не исключением является и РСО-Алания, которая имеет как типичные черты субъекта федерации, так и специфические, обусловленные ее географическим положением, природно-климатическими условиями, экономическим и этно-социальным развитием.

Кроме того, экономика региона находится в постоянных государственных дотациях, что не может не сказываться на уровне жизни населения и на развитии социальной сферы, основой которой является система охраны здоровья населения. С другой стороны, в регионе высок уровень заболеваемости. Поэтому цели и задачи фармацевтического сектора здравоохранения всегда остаются постоянными и заключаются, в первую очередь, в организации своевременной, необходимой, качественной и доступной медицинской помощи населению. Доступность медицинской помощи на этапе стационара зависит от имеющихся ресурсов здравоохранения, организационного и технологического видов обеспеченности лекарственными препаратами (ЛП). Организационно-технологические аспекты лекарственного обеспечения стационарных больных характеризуются принципом оптимизации имеющихся ресурсов в зависимости от ряда факторов управляемых и не управляемых со стороны больничного учреждения [2].

Стационарная помощь высокочатная, на ее долю приходится от 60 до 70 % стоимости медицинской помощи, оказываемой населению республики. В связи с этим назрела необходимость использования в здравоохранении ресурсосберегающих технологий. Одним из таких решений является ограничение ассортимента ЛП для применения в стационарах (перечень ЖНВЛП и формулярные списки по нозологиям), что позволяет сократить номенклатуру используемых ЛП, соблюсти принцип преемственности терапии на различных этапах (стационар-поликлиника-учреждение реабилитации), а также этому способствует проведение тендерных закупок ЛП, перераспределение финансирования в сторону препаратов, в которых нуждается МО согласно его профилю.

В результате анализа организационных аспектов оказания стационарной помощи пульмонологическим больным на базе Республиканской Клинической Больницы (РКБ) г. Владикавказа выявлено, что ежегодно на лечение в пульмонологическое отделение за период с 2010–2012гг. колебалось от 456 до 590 человек. Количество фактически развернутых коек в отделении составляет 30, среднегодовая занятость койки увеличилась с 302 дней в 2010 году до 339 дней в 2012 году. Оборот койки увеличился с 27,0 в 2010 году до

29,1 в 2012 году. Средняя длительность пребывания больных составляет 15 дней. В пульмонологическом отделении РКБ г. Владикавказа в 2012 году пролечено 12,5 % от всего количества госпитализированных больных.

Анализ затрат на ЛП и МИ в целом по РКБ в изучаемый период показал, что наряду с интенсификацией работы коечного фонда отмечается и закономерное увеличение затрат на ЛП и МИ, необходимое для обеспечения лечебно-диагностического процесса с 9,4 % в 2010 году до 11,1 % в 2012 году. При этом увеличение затрат на ЛП идет более ускоренными темпами по сравнению с увеличением оборота койки. Расходы МО с 2010 года возросли за 3 года на 36,41 %. Структура расходов показала, что расходы на ЛП и ИМН составили 51,13 % от общей суммы, из них на расходы пульмонологического отделения приходится 8,2 %.

Таким образом, установлено, что по анализу условий оказания лекарственной помощи больным РСО-Алания отмечен рост затрат на ЛП при низком фактическом финансировании, что требует дальнейшего изучения, с целью оптимизации лекарственного обеспечения стационарных больных, в том числе пневмониями. Лекарственное обеспечение населения и учреждений здравоохранения в республике остается одной из самых острых социальных проблем в системе государственных интересов.

В результате проведенных исследований установлено, что в РСО-Алания финансовая обеспеченность стационарных больных ниже нормативных показателей по РФ: средства ОМС на одного больного по РФ в 2011 году составили 1507,5 руб., а в РСО-Алания – 1180 руб. Из этой суммы на одну койку пульмонологического профиля приходится 80 руб. в сутки, при нормативе 95 руб. по РФ [1].

Нами были проанализирована структура финансирования затрат на приобретение ЛП и МИ для МО и льготных категорий населения РСО-Алания (рисунок 1).

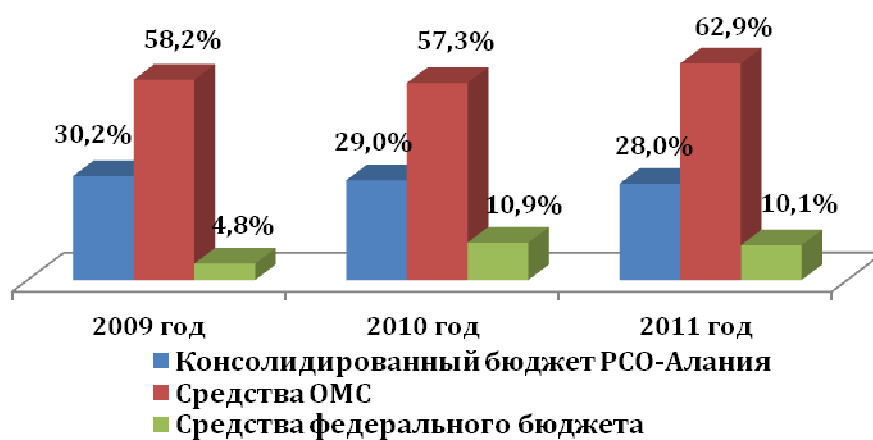


Рисунок 1. Затраты на приобретение лекарственных препаратов и медицинских изделий в РСО-Алания

За три проанализированных года произошло перераспределение финансовых средств, выделяемых в РСО-Алания на закупку ЛП и МИ. Так возросла с 589,2 % в 2009 г. до 62,9 % в 2011 г. доля затрат из средств ОМС, превышая долю бюджетов в 2 раза. Отмечается уменьшение доли затрат на приобретение ЛП и МИ в составе плановых затрат в рамках территориальных программ государственных гарантий, что может привести к риску снижения доступности лекарственной помощи для амбулаторных и стационарных больных.

В условиях ограниченного финансирования лекарственной терапии стационарных больных был проведен анализ ассортимента ЛП, применяемых в пульмонологическом отделении РКБ г. Владикавказа. Установлено, что отделение на приобретение ЛП тратит 62,5 % от общей суммы финансовых средств. Сегментация больных по нозологиям показала, что наибольшее число койко-дней приходится на пневмонии – 36,4 %; далее следует хронический бронхит – 32,5 %; бронхиальная астма – острая форма 10,8 % и бронхиальная астма в хронической форме – 4,7 %. Анализ ассортимента ЛП, закупаемых отделением РКБ, показал: в отделении используются ЛП, относящиеся к 11 фармакотерапевтическим группам, из них наиболее представлены: антимикробные ЛП (Метронидазол (Метрогил), Гентамицин, Амоксициллин, Ампициллин, Бензилпенициллин, Цефазолин, Цефалексин, Канамицин, Диоксидин, Фурадонин). На втором месте антигистаминные средства: Димедрол, Супрастин, Кларитин, Фенкарол. Далее широко представлены секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей: Амброксол, Карбоцистеин, Бромгексин. Четвертую позицию занимают глюкокортикоиды: Бетаметазон, Дексаметазон, Преднизолон. Бронхолитики представлены ЛП, имеющими различный механизм действия: бета-адренергомиметики – Сальбутамол, Беротек; спазмолитики – Эуфиллин. Распределение метаболиков по подгруппам показало, что в отделении больницы используются все их виды, но лидирующие позиции занимают витамины (42,3 %) и макро- и микроэлементы. Используемый перечень ЛП в целом соответствует профилю отделения, однако, в условиях ограниченного финансирования, на наш взгляд, в объемах недостаточных, в целом для пульмонологического отделения.

Основным предприятием, осуществляющим розничную торговлю и оптовую реализацию товаров, и отпуск ЛП по бесплатным и льготным рецептам является Республиканское государственное унитарное предприятие «Фармация» РСО-Алания (РГУП «Фармация» РСО-Алания). Оптовое звено РГУП «Фармация» – это аккумулятор товарных ресурсов, необходимых для сглаживания колебаний объемов поставок и спроса ЛП и МИ, а также оптимизации потоков товаров, особенно по ценообразованию, информации, системного мониторинга при товародвижении, государственных закупках по программам гарантированной системы охраны здоровья граждан.

Однако при всем этом отсутствует согласованность в поставках, не налажена система определения научно обоснованной потребности в ЛП для МО республики. Отсутствие персонафицированного учета потребности в ЛП в прогнозируемых количествах для хронических амбулаторных больных не позволяет розничной аптечной сети осуществлять закупку за счет собственных оборотных средств с учетом экономических и фармакоэпидемиологических аспектов. Все это требует не только изучения и анализа данных проблем, но и введения инновационных функциональных систем различного уровня в области мониторинга ценообразования, внедрение систем электронных торгов по закупке ЛП и МИ, экспертизы научно обоснованного прогноза на заявки по поставкам данной группы товаров на базе существующих фармацевтических предприятий с использованием существующего потенциала.

Одним из основных показателей, характеризующих доступность лекарственной помощи населению, является среднедушевое потребление ЛП (таблица 2).

Таблица 2. Среднедушевое потребление лекарственных препаратов в РСО-Алания

Показатель	Ед. изм.	Период					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Объем реализации ЛП	тыс. руб.	164500	192320	220980	243394	380980	545984
Население	тыс. чел.	670,1	677,0	678,2	676,3	707,1	707,9
Среднедушевое потребление	Руб.	245,50	284,10	325,90	359,90	538,80	775,43

Реализация ЛП в расчете на 1 жителя РСО-Алания неуклонно растет. Наибольший рост отмечен в 2011–2012 гг., что объясняется ростом заболеваемости в республике, кроме того большое количество жителей, особенно сельской местности обращаются в ближайшую аптеку, т.к. не имеют право выбора фармацевтической организации, и зачастую отказываются обращаться в МО Республики. Кроме того, в сельских населенных пунктах с малой численностью населения, как правило, нет возможности организовать аптечную организацию в связи с отсутствием в достаточном количестве фармацевтических кадров и экономической нецелесообразностью. Таким образом, главными недостатками существующей в РСО-Алания системы лекарственного обеспечения являются: чрезмерное дробление и коммерциализация системы лекарственного обращения; недостаточная координация деятельности субъектов лекарственного обеспечения на территории субъекта РФ – РСО-Алания; отсутствие у субъектов лекарственного обеспечения полной информации о потребности в ЛП, а также маркетинговой информации о ситуации на фармацевтическом рынке; слабая техническая оснащенность аптечных организаций; недостаток кадров, владеющих современными методами рационального фармацевтического менеджмента;

недостаточность законодательной базы федерального и регионального уровней; отсутствие единого информационного пространства между участниками системы.

Обобщая вышеизложенное, можно сделать вывод о несовершенстве механизма регионального регулирования в сфере лекарственного обеспечения населения республики, а также снижении качества и доступности лекарственной помощи. Поэтому важным направлением устранения негативных моментов является разработка механизма управления развитием сферы лекарственного обеспечения.

На фармацевтическом рынке РСО-Алания преобладают импортные антибактериальные препараты – в 2011–2012 гг. их доля составила 78 ± 2 % в стоимостном выражении и 65 ± 5 % в натуральном, что соответствует общероссийским показателям. Среди зарубежных производителей лидируют следующие фирмы: «Mesco», «Ranbaxy», «Dr. Reddy's», «Sun Pharma» – Индия; «Phone PR», «Roussel» – Франция; «Hoechst», «Bayer» – Германия; «Lek», «KRKA» – Словения; «Pliva» – Хорватия. Доля отечественных производителей значительно меньше и в основном представлена: «Оболенский ХФЗ», «Нижфарм», «Биосинтез», «Биохимик» – Россия.

Анализ лекарственных ресурсов отделения пульмонологии проводили по движению ЛП в отделении, который показал, что за анализируемый период (2010–2012гг.) изменился и состав перечня, и количество используемых ЛП, которые относятся к 18 фармакотерапевтическим группам, из них наиболее финансовоемкая группа – антибактериальные, противомикробные и противогрибковые ЛП, доля которых в закупках за 2012 год составила 45,6%. Распределение антибактериальных ЛП по странам производителям показало, что в настоящее время в закупках РКБ г. Владикавказа преобладают ЛП отечественного производства – 75%, далее следуют ЛП индийского производства - 20% и только 5% других производителей.

Сравнение перечня антимикробных ЛП, используемых в МО и перечня стандарта медицинской помощи больным с пневмонией (Приказ МЗ СР РФ от 04.09.2006г. № 630) и частоты назначения антибактериальных ЛП показало, что формулярный перечень ЛП стационара для больных пневмониями в РСО-Алания включает в основном цефалоспорины I и III поколения, фторхинолоны, которые являются генерическими отечественными препаратами. Степень соответствия используемых ЛП стандарту лечения низкая. Полнота используемого ассортимента около 40,0 %. Частота назначения антибактериальных ЛП не соответствует рекомендациям стандарта, т.е. население РСО-Алания лишено возможности получения высокоэффективной лекарственной помощи в рамках гарантированных программ.

В частности, отсутствует в схемах лечения цефалоспорины IV поколения, пенициллины новой генерации с клавулановой кислотой, карбопенемы (таблица 3).

Таблица 3. Сравнительные данные по используемым в стационаре антимикробным ЛП пульмонологическим больным и частоте назначения

Перечень антимикробных ЛП по стандарту медицинской помощи	Из них присутствует в стационаре РСО-Алания	Частота назначения	
		по стандарту	фактически
Цефепим	–	0,50	–
Цефтриаксон	+	0,40	0,62
Амикацин	+	0,70	0,21
Ванкомицин	–	0,6	–
Левофлоксацин	–	0,2	–
Триметоприм+ Сульфаметоксазол	–	0,05	–
Цефтазидим	–	0,1	–
Цефоперазон+ Сульбактам	–	0,3	–
Имипенем	–	0,3	–
Меропенем	–	0,2	–
Ко-тримоксазол	+	1,0	0,1
Амоксициллин+Клавулановая кислота	–	0,2	–
Кларитромицин	–	0,1	–
Линезолид	–	0,4	–
Ципрофлоксацин	+	0,5	0,5
Метронидазол	+	1,0	0,6
Стрептомицин	+	0,6	0,1
Рифампицин	+	0,2	0,1

В то же время в РКБ г. Владикавказ продолжают закупать традиционные антибиотики и, следовательно, по-прежнему практикуют антибиотикотерапию с недоказанной клинической эффективностью при внебольничных пневмониях: Бензилпенициллина натриевая соль, Ампициллина натриевая соль, Ампиокс, Гентамицина сульфат, Линкомицина гидрохлорид.

Поэтому актуальным, на наш взгляд, явилось выявление степени удовлетворенности пациентов стационарной помощью и случаев покупки ЛП за личные средства пациентов. В качестве метода исследования использовали социологический опрос больных пульмонологического отделения РКБ г. Владикавказ, методом заочного анкетирования. Для сегментации использовали кластерный анализ, поскольку он позволяет производить выделение объектов не по единому параметру, а по целому набору признаков. В качестве метода использовали иерархический агломеративный метод Уорда. Обработка полученных данных проводилась с использованием программы «ARC VIEV». Визуализацией в виде дендрограммы выделяли типичные и не типичные кластеры. Интерпретация полученных кластеров позволила охарактеризовать выделение однородных 6 групп больных пульмонологического отделения стационара РКБ г. Владикавказ [3].

Нетипичные кластеры образуют люди неимущие, безработные, которые в силу сложившихся экономических обстоятельств, не могут приобретать ЛП (3,0 %) и состоятельные люди с достатком выше 30 тыс. руб. (3,0 %), которые отказываются от ЛП стационара и приобретают импортные высокоэффективные ЛП за свой счет (таблица 4).

Таблица 4 . Кластеризация больных пульмонологического отделения РКБ г. Владикавказа

Кластер	Характеристика кластера
I КЛАСТЕР	Респонденты различного пола, возрастом от 30 до 50 лет, работающие, с личным бюджетом более 15 тыс. руб. (5,5%); готовы расходувать на приобретение ЛП сколько потребуется, т.к. здоровье относится к категории жизненных ценностей и для них применение высокоэффективных ЛП является жизненно необходимым; предпочитают импортные ЛП; знакомы с большинством назначаемых ЛП, знают их побочные эффекты. течение болезни острое, заболели впервые; сопутствующих заболеваний минимум; 12,5 % из них попали в стационар на платной основе.
II КЛАСТЕР	составляют в основном лица, поступившие в стационар по медицинским полисам; среднеобеспеченные люди, или лица, имеющие обеспеченных родственников; различного пола и возраста (в основном от 50 до 60 лет); готовы дополнительно заплатить за ЛП до 2 тыс. руб., с семейный бюджет расценивают как средний (10–15 тыс. руб.); в вопросах назначения ЛП доверяют врачу и не обсуждают с ними стоимость лечения.
III КЛАСТЕР	составляют молодые люди от 20 до 40 лет, учащиеся или работающие; в стационаре находятся на основании медицинского страхования; семейный бюджет ниже среднего, от дополнительной покупки ЛП отказываются, а в случае необходимости могут оплатить до 1 тыс. руб., поэтому с врачами оговаривают стоимость лечения.
IV КЛАСТЕР	самый большой по численности (более 60,0 %); составляют люди пенсионного возраста от 60 и более лет, среди них присутствуют инвалиды II и III группы, которые имеют сопутствующие заболевания: ГБ – 32,5 %; ИБС – 8,5 %, сахарный диабет – 11,5 % и другие. Лечение получают в соответствии с полисом ОМС, отказываются от приобретения дополнительных ЛП к назначенной терапии, недовольны состоянием лекарственного обеспечения стационара.

Проведенное исследование продемонстрировало выраженную тенденцию: чем больше средний расход на одного члена семьи, тем больше средств может быть выделено на приобретение ЛП, но эта сумма, в основном не превышает 1 тыс. руб. В целом выявлено следующее: 30,0 % опрошенных могут израсходовать на приобретение ЛП до 1000 руб.; 14,5 % от 1000 до 1500 руб. Каждый девятый (9,5 %) в состоянии выделить на эти цели от 1501 до 2000 руб., личный доход этой части опрошенных составил до 5 тыс. руб., а семейный бюджет – от 5 до 10 тыс. руб., при этом респонденты с уровнем дохода от 5 до 7 тыс. руб. и семейного бюджета от 10 до 15 тыс. руб. могут потратить на покупку ЛП от 2001 до 2500 руб. (5,5 % опрошенных), от 2501 до 3000 руб., также 5,5 %, свыше 3001 руб. – 4,5 %.

При покупке ЛП респонденты, главным образом, обращают внимание на такие параметры конкурентоспособности, как эффективность (25,4 %) и отсутствие побочного

действия (18,6 %). В то же время безопасность и способ применения предпочитают 14,2 % и 10,8 %, а для 13,0 % немаловажным является лекарственная форма ЛП

Таким образом, выявлена низкая степень экономической доступности лекарственной помощи пациентам, а также отмечена выраженная материальная ограниченность возможностей больных при приобретении ЛП: только 8,5 % могут потратить на покупку необходимых ЛП в том количестве и того качества, которое потребуется в связи с состоянием здоровья. В отношении закупленных ЛП за личные средства граждан в покупках лидируют: Цефабол 1,0 (Россия) – цена 120 руб., Клафоран 1,0 (Франция) – цена 151 руб., Флемоксин 1, 2 № 4 (Нидерланды) – цена 1030 руб., Амоксиклав 1, 2 № 5 (Чехия) – цена 280 руб., Меропенем (Индия) – цена 1288 руб. Причем в этом перечне присутствуют как оригинальные, так и генериковые ЛП под различными торговыми названиями: Цефотаксим, Амоксиклав+Клавулоновая кислота, Карбопенем.

Стоимость антибактериальных ЛП является решающим фактором в назначении лечения. В то же время использование эффективных антибиотиков, наиболее показанных при данной патологии, ассоциируется с более быстрой положительной динамикой, сокращением длительности антибиотикотерапии и общей продолжительности лечения, что в конечном итоге дает значительный экономический эффект.

В последние годы системы здравоохранения многих стран пытаются распределить свои финансовые ресурсы с наибольшей эффективностью. Это требует внедрения в практику планирования расходов на лекарственное обеспечение методов фармакоэкономического анализа. Фармакоэкономические оценки принято использовать при принятии решений о конкретных технологиях (стандартах) лечения, в том числе при составлении протоколов диагностики и лечения больных, регистрации и закупках ЛП, при формировании цен на ЛП, оценке результатов клинических испытаний, разработке перечня ЖНВЛП, разработке формуляров ЛП, национальных руководств для врачей по применению ЛП. Кроме того, критерий приемлемого соотношения стоимости и эффективности лекарственной терапии является необходимым условием включения ЛП в лекарственные формуляры, дотируемые государством, а экономическая характеристика лекарственной терапии, предлагаемой протоколами диагностики и лечения, позволит выделить ЛП, обладающие эффективностью и приемлемой ценой. Антибактериальная химиотерапия составляет основу эффективного лечения пневмоний. Расходы на антибактериальные препараты весьма значительны, что определяет актуальность изучения эффективных схем лечения, отличающихся экономической рентабельностью.

Ретроспективное фармакоэкономическое исследование проводилось с позиции экономических интересов МО методами «Затраты – эффективность» и «минимизация затрат» (в случае равной эффективности используемых препаратов).

В течение многих лет в нашей стране препаратами первого ряда при амбулаторном лечении бронхолегочных инфекций, в том числе и пневмоний легкого течения, являются Котримоксазол (Бисептол) и полусинтетические тетрациклины (Доксициклин, Метациклин). Стоимость курса лечения является минимальной и составляет 0,24 у.е. Однако развитие резистентности микроорганизмов к этим препаратам и изменение эпидемиологической ситуации обусловили в последние годы более широкое применение современных макролидов (таблица 5).

Таблица 5. Стоимость лечения пероральными макролидами

Антибиотик	Производитель	Дозировка	Стоимость лечения (у.е.)	
			сутки	курс*
Вильпрафен	«Mack», Германия	0,5 г через 8 ч	4,29	30,03
Клацид	«Abbott», США	0,5 г через 12 ч	4,48	31,36
Макропен	«KRKA», Словения	0,4 г через 8 ч	0,3	2,1
Ровамицин	«Rhone PR», Франция	3 млн. МЕ через 8 ч	1,86	13,02
Рулид	«Roussel», Франция	0,15 г через 12 ч	1,46	10,22
Сумамед	«Pliva», Хорватия	0,5 г через 24 ч	5,14	25,7
Эритромицин	Россия	0,5 г через 6 ч	0,24	1,68

**Минимальная продолжительность курса антибактериальной терапии для всех макролидов (кроме Сумамеда) – 7 дней. Длительность лечения Сумамедом – 5 дней.*

Результаты, представленные в таблице, свидетельствуют, что Эритромицин (Россия) экономически более целесообразен – стоимость курсовой терапии составляет лишь 1,68 у.е., т.е. в 7 раз ниже, чем лечение Ровамицином или Рулидом и в 15 раз – по сравнению с Вильпрафеном и Клацидом. Следует отметить, что частота побочных явлений у Эритромицина выше, и в отношении гемофильной палочки он менее эффективен, чем макролиды нового поколения. Особенности фармакокинетики Эритромицина определяют необходимость применения антибиотика с 6-часовыми интервалами, что менее удобно для больного. Тем не менее, препарат эффективен и имеет многократные преимущества в стоимости, что немаловажно. Несколько дороже Эритромицина – Макропен (Мидекамицин), который используется сравнительно редко, возможно из-за малой осведомленности практических врачей об этом антибиотике.

В последние годы в ряде стран успешно применяется так называемая ступенчатая (step-down) антибактериальная терапия, когда на всех ее этапах может использоваться один и тот же антибиотик (монотерапия), препараты из одной группы (когда один применяется парентерально, а второй – перорально) или последовательная терапия антибиотиками разных групп, но одинакового спектра действия.

Изучение вопроса о возможности ступенчатой антибактериальной терапии улучшить экономические параметры лечения пульмонологических больных (без ущерба для качества) показало следующее: стоимость перорального применения препаратов в 6–12 раз ниже, чем использование этих же ЛП внутривенно (таблица 6).

Таблица 6. Стоимость курса (7 дней) антибактериальной монотерапии

Препарат	Производитель	Стоимость курсовой терапии (у.е.)		
		пероральн о	внутривенн о	Step- down
Амоксилав	«Lek», Словения	14,07	113,61	42,51
Ампициллин	Россия	1,12	31,92	10,92
Зинацеф/Зиннат	«Glaxo Wellcome», Англия	31,92	77,28	44,58
Левомецетин	Россия	0,56	15,12	4,72
Ципрофлоксацин	«Mesco», Индия	1,82	29,82	9,82
Ровамицин	«Phone PR», Франция	13,02	124,53	44,88
Таривид	«Hoechst», Германия	9,1	126,7	42,7
Эритромицин	Россия	1,68	50,96	15,76

Таким образом, следует отметить, что стоимость антимикробных ЛП не является решающим фактором в назначении лечения, а использование эффективных антибиотиков, наиболее показанных при данной патологии, ассоциируется с более быстрой положительной динамикой, сокращением длительности антибиотикотерапии и общей продолжительности лечения, что в конечном итоге дает значительный экономический эффект. Однако при ступенчатой схеме пациенты получают внутривенно лишь 30,0 % курсовой дозы антибиотика, что приводит к значительному снижению стоимости лечения.

Так, при использовании Амоксилава 7-дневная ступенчатая терапия одного больного обходится на 71 у.е. меньше, чем внутривенное лечение той же продолжительности. При 7-дневном ступенчатом лечении Ровамицином обеспечивается снижение стоимости лечения больного на 79,65 у.е. по сравнению с курсовой внутривенной терапией. При лечении Таривидом ступенчатый метод снижает стоимость лечения на 84 у.е. Таким образом, ступенчатая терапия по своей эффективности не уступает парентеральной антибактериальной терапии, но по стоимости ниже в среднем на 60,0 %, что в свою очередь может служить рекомендациями при назначении соответствующей фармакотерапии.

При анализе схем лечения было выявлено нерациональное назначение антибактериальных препаратов в 138 случаях – в течение 24–48 часов не наблюдалось улучшение состояния пациентов, что приводило к смене антибактериального препарата. Однако препарат замены не всегда был эффективным – наблюдались случаи назначения до пяти антибактериальных препаратов. Затраты на нерациональную антибактериальную фармакотерапию составили более 1800 тыс. руб.

В результате исследований выявлен ряд типичных ошибок в выборе антибактериальных ЛП при антибиотикотерапии инфекций органов дыхания и ряд причин неэффективности назначения антибактериальной терапии. Как выяснилось, врачи на всегда проводят локальные исследования уровня антибиотикорезистентности возбудителей пневмоний для коррекции схем антибактериальной терапии, что приводит к таким нерациональным назначениям, снижая эффективность оказываемой медицинской помощи и значительные финансовые затраты, связанные с дополнительными расходами на приобретение дополнительных ЛП

Выводы. В связи с этим разработка оптимальных мероприятий для оптимизации антибактериальной терапии больных пульмонологического отделения РКБ является достаточно обоснованной, своевременной и актуальной.

Процесс дальнейшего повышения доступности и качества лекарственной помощи стационарным больным требует достоверной и оперативной информационной поддержки, которую можно обеспечить путем четкого взаимодействия всех подразделений аптечной службы, МО путем создания единого информационного пространства. Для обеспечения согласованного информационного взаимодействия и обеспечения достоверной информацией о ЛП, информационного обеспечения специалистов здравоохранения и населения в области лекарствоведения были изучены информационные потребности и разработана информационная модель взаимодействия субъектов в сфере лекарственного обеспечения населения в едином информационном пространстве.

Список литературы

1. Закаряева З. Т. Организационно-технологические аспекты лекарственного обеспечения стационарных больных РСО-Алания / З. Т. Закаряева и [др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – № 1 (33). – С. 107.
2. Закаряева З. Т. Анализ обеспеченности населения Республики Северная Осетия-Алания стационарной лекарственной помощью / З. Т. Закаряева, Ф. Н. Бидарова, И. Н. Андреева // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. тр. – Пятигорск, 2009. – Вып. 64. – С. 597–598.
3. Закаряева З. Т. Оценка доступности лекарственной помощи больным в условиях стационара РСО-Алания / З. Т. Закаряева, И. Н. Андреева, А. Манар, А. И. Былим // Естествознание и гуманизм: сб. науч. работ с материалами трудов участников 6-ой Междунар. телеконф. «Фундаментальные науки и практика». – Томск: СГМУ, 2010. – Т. 1. – № 4. – С. 107.

4. Закаряева З. Т. Поиск путей повышения эффективности лекарственной помощи больным пульмонологических отделений ЛПУ г. Владикавказа / З. Т. Закаряева [и др.] // Актуальные проблемы фармации: сб. статей межрегион. науч. конф. – Владикавказ: СОГМА, 2010. – С. 3–9.
5. Закаряева З. Т. Динамика емкости фармацевтического рынка РФ / З. Т. Закаряева [и др.] // Естественные и технические науки – М., 2011. – № 6 (56). – С. 250–252.

Рецензенты:

Парфейников Сергей Алексеевич, доктор фармацевтических наук, профессор кафедры УЭФ ФПО Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пятигорск.

Денисенко Олег Николаевич, доктор фармацевтических наук, профессор кафедры фармации Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пятигорск.