

УДК 615.22:616.1:351.84

А.С. НЕМЧЕНКО*, К.Л. КОСЯЧЕНКО*, К.М. БУЯЛО**

*Національний фармацевтичний університет

**Міністерство охорони здоров'я України

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ТЕХНОЛОГІЙ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПРИ РОЗРОБЦІ ДЕРЖАВНИХ ЦІЛЮВИХ ПРОГРАМ (КАРДІОЛОГІЯ)

У статті представлені результати розробки методики державної цільової програми з використанням результатів прогностичної фармакоеконімічної оцінки медичних (фармакотерапевтичних) технологій, що застосовуються у кардіологічній практиці. Доведено, що одним з найважливіших етапів ефективного виконання державної цільової програми є наукове обґрунтування формування її фармацевтичної складової у вигляді рекомендованого до застосування переліку лікарських засобів. Критеріями відбору лікарських засобів до вказаного переліку визначено наявність у Національному переліку ОЛЗ, клінічному протоколі, Державному формулярі лікарських засобів, а також доведена клініко-еконімічна ефективність застосування за даними проведеної прогностичної фармакоеконімічної оцінки медичних технологій.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія; аритмія; хронічна серцева недостатність; компенсація (реімбурсація) вартості; доступність; споживання ліків; лікарські засоби.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

В умовах всесвітньої фінансової кризи під загрозою опинилося виконання багатьох державних цільових програм (ДЦП) соціального захисту хворих. У той же час, в Україні боротьба з епідемією серцево-судинних захворювань (ССЗ) визнана одним з головних пріоритетів державної політики. За даними Держкомстату, за останні роки в Україні відмічається значне зростання захворюваності на серцево-судинні патології. Так, відносний показник захворюваності на ССЗ зріс від 1390 випадків на 100 тис. населення у 1995 р., до 5230 випадків – у 2010 р. У середньому, щорічний приріст захворюваності населення на ССЗ складає 768 випадків. На жаль, за рівнем смертності населення від ССЗ Україна знаходиться на першому місці серед країн Європи [2, 4, 7].

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

На сьогодні в Україні побудована та постійно оновлюється законодавчо-правова та нормативна база щодо профілактики та підвищення ефективності лікування хворих на ССЗ. Так, у різні часи були розроблені та впроваджені:

- «Національна програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні»

(затверджена Указом Президента України від 4 лютого 1999 р. № 117/99);

- міжгалузева програма «Здоров'я нації» (затверджена постановою КМУ від 10 січня 2002 р. № 14);
- «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки» (затверджена постановою КМУ від 31 травня 2006 р. № 761);
- Загальнодержавна програма «Здоров'я 2020: український вимір» (ухвалена розпорядженням КМУ від 31 жовтня 2011 р. N 1164-р)
- У вересні минулого року обговорювалась Концепція «Державної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні на 2011–2020 роки».

ВИДІЛЕННЯ НЕ ВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Державні цільові програми – це комплекс взаємопов'язаних завдань і заходів, спрямованих на розв'язання найважливіших проблем розвитку країни, її окремих галузей економіки або адміністративно-територіальних одиниць, що здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за строками виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням у відповідному законодавчо-право-

© О.А. Мендрік, О.М. Заліська, 2012

вому та нормативному порядку. ДЦП розподіляються на загальнодержавні та інші програми. Загальнодержавні програми економічного, науково-технічного, соціального та іншого напрямку охоплюють всю територію держави або значну кількість її регіонів, мають довгостроковий період виконання. Метою розробки інших програм є розв'язання окремих проблем розвитку економіки і суспільства, а також проблем окремих галузей економіки та адміністративно-територіальних одиниць країни, що потребують державної підтримки [3]. Порядок розробки, затвердження та виконання ДЦП визначає Закон України «Про державні цільові програми» від 18.03.2004 р. № 1621-IV. На сьогодні в Україні не розроблена ДЦП з кардіології.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Метою досліджень стала розробка концепції методики ДЦП з використанням результатів прогностичної фармакоекономічної оцінки (ПФО) медичних (фармакотерапевтичних) технологій, що застосовуються у кардіологічній практиці. Для досягнення вказаної мети необхідно було вирішити такі завдання: провести аналіз показників захворюваності й смертності населення на ССЗ в світі та в Україні; дослідити організацію медичної допомоги й фармацевтичного забезпечення ЛЗ хворих на ССЗ в Україні; провести наукове обґрунтування сучасних організаційно-економічних підходів до розробки ДЦП з кардіології; проаналізувати рекомендований перелік лікарських засобів (ЛЗ) за міжнародними непатентованими назвами (INN) та торговими назвами ліків; визначити основні кількісні та якісні характеристики рекомендованого переліку ЛЗ.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

В останнє десятиріччя у більшості розвинених країн (США, Фінляндії, Великобританії, Швеції) були розроблені та прийняті програми протидії поширенню захворюваності населення від ССЗ. Перед затвердженням зазначені програми пройшли обов'язову фармакоекономічну експертизу доцільності їх впровадження, що не можна стверджувати про вітчизняні ДЦП. У 2010 р. дотримання рекомендацій Національного інституту здоров'я та якості медичної допомоги Великобританії (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE) з раціонального використання ресурсів щодо призначення ЛЗ для контролю артеріальної гіпертензії (АГ) призвело до значних фінансових заощаджень. Перш за все, за рахунок зменшення кількості госпіталізацій пацієнтів з ССЗ. За оцінкою NICE,

на кожні 100 тис. пацієнтів з АГ можна заощадити 446 627 фунтів стерлінгів в разі лікування за вимогами зазначених рекомендацій, що у кінцевому рахунку приведе до сумарної економії у 200 млн фунтів стерлінгів щорічно [1, 2].

Відповідно до вимог Закону України «Про державні цільові програми» та враховуючи результати проведених раніше теоретико-прикладних досліджень, нами запропонована методика розробки ДЦП з використанням результатів ПФО медичних (фармакотерапевтичних) технологій, що застосовуються у кардіологічній практиці (рис. 1). Зупинимось на стислій характеристиці її основних етапів.

Одним з важливих етапів розробки ДЦП є проведення аналізу сучасного стану організації фармацевтичного забезпечення хворих на ССЗ у світі та в Україні, а також показників захворюваності та смертності населення від патологій серцево-судинної системи. Встановлено, що в Україні спостерігається стійка тенденція до зменшення середнього очікування тривалості життя, що є наслідком високої смертності населення від ССЗ, особливо у працездатному віці. Вже протягом декількох років смертність від ССЗ займає перше місце (65,0%) у загальній структурі смертності населення в Україні. За оцінкою фахівців, найактуальнішою медичною та соціально-економічною проблемою серед патологій серцево-судинної системи є профілактика та організація ефективного лікування АГ, аритмії та ХСН.

АГ є найбільш розповсюдженим хронічним захворюванням серцево-судинної системи. При проведенні первинного обстеження АГ виявляється у 57,1 % працездатних груп населення країни. За попередньою оцінкою, економічні втрати внаслідок тимчасової непрацездатності, інвалідності та передчасної смерті від АГ та її ускладнень перевищують 2 млрд грн щорічно [1]. Відповідно до даних аналізу епідеміологічних досліджень встановлено, що підвищений артеріальний тиск мають майже 40,0% дорослих людей, а ефективне лікування отримують лише 20,5% міського та 6,2% сільського населення [7].

Аритмії або порушення ритму серця виявляють у 46,8 % осіб працездатного віку. Як свідчать літературні дані, аритмія (зокрема шлуночкові порушення ритму) може бути однією із причин раптової серцевої смерті, а деякі її симптоми вкрай негативно впливають на якість життя хворого [2].

ХСН є однією з основних причин втрати працездатності, інвалідизації та смерті хворих на ССЗ. За результатами міжнародних клініко-епідеміологічних досліджень встановле-



Рис. 1. Запропонована методика розробки ДЦП з кардіології

на наявність у економічно розвинутих країнах світу стійкої тенденції до зростання кількості хворих на ХСН. Цей факт пояснюється зростанням питомої ваги осіб похилого віку у загальній структурі населення, а також неефективністю профілактичних заходів та організації надання медичної допомоги та фармацевтичного забезпечення хворих на ССЗ [7].

З метою розробки рекомендованого до застосування у кардіологічній практиці переліку ЛЗ за відповідною ДЦП нами був проведений аналіз фармацевтичної складової клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на АГ, арит-

мію та ХСН. Зазначені клінічні протоколи («Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Кардіологія”») затверджені наказом МОЗ України від 03.07.2006 р. № 436) [6]. Результати проведених досліджень представлені на рис. 2.

На початку 2009 р. постановою КМУ від 25.03.2009 р. № 333 затверджений «Національний перелік основних лікарських засобів (ОЛЗ) і виробів медичного призначення (ВМП)» [8]. Відповідно до вимог Національної лікарської політики (НЛП), Національний перелік ОЛЗ є пріоритетним в системі охорони здоров'я. До його

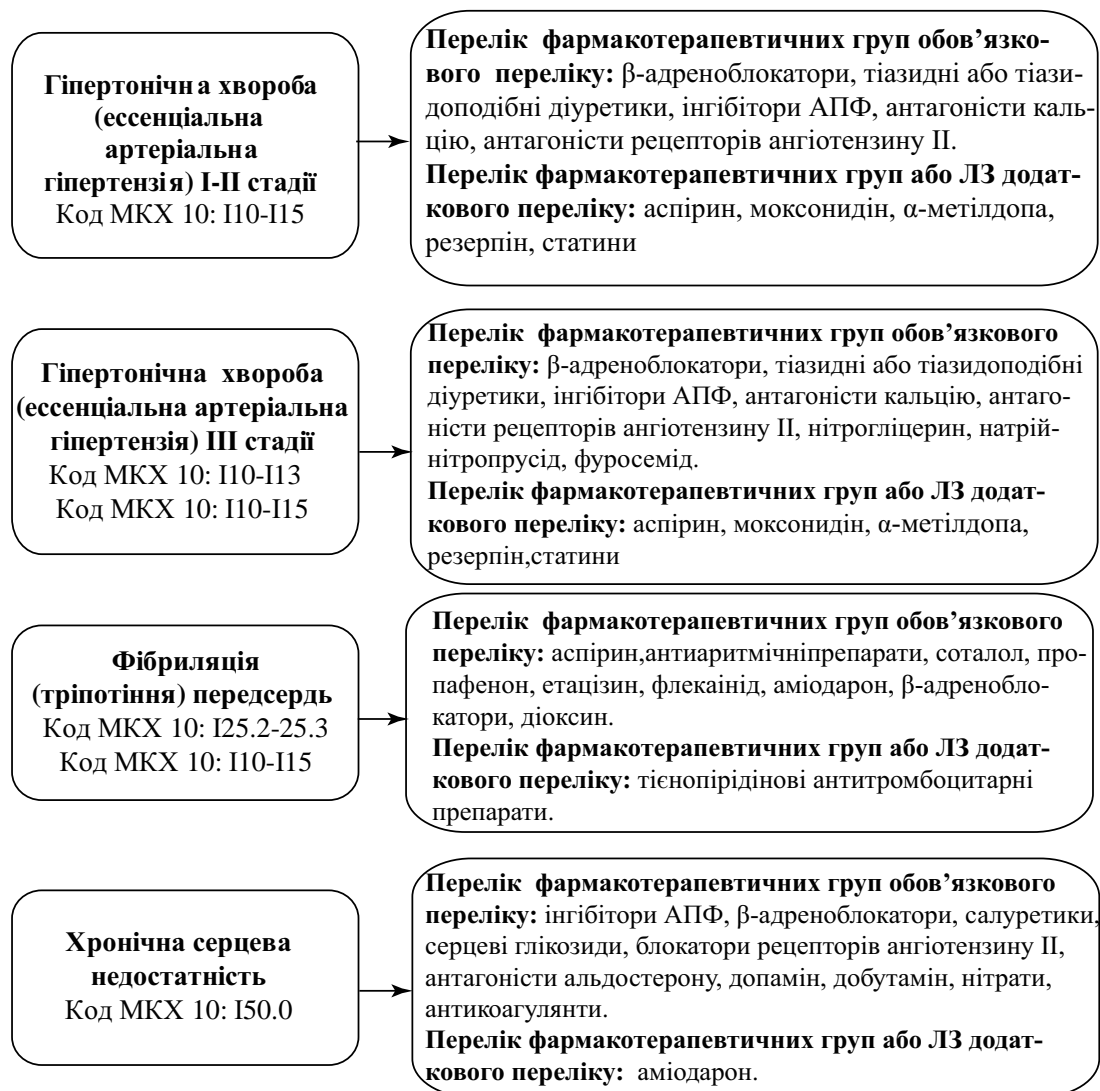


Рис. 2. Результати аналізу фармацевтичної складової клінічних протоколів лікування ССЗ

складу входять ефективні та безпечні ЛЗ, що застосовуються у профілактиці, діагностиці й лікуванні найбільш розповсюджених патологічних станів, виходячи зі справжньої та очікуваної їх значущості для системи охорони здоров'я, а також з урахуванням можливостей для безпечного та ефективного (у т.ч. й з точки зору витрат) лікування пацієнтів. [9]. Аналіз складу Національного переліку ОЛЗ і ВМП здійснювався за кодом класифікаційної системи АТС (Anatomical Therapeutic Chemical) «С – Засоби, що впливають на серцево-судинну систему» (далі «С») за групами ЛЗ, що представлені у клінічних протоколах лікування АГ, аритмії та ХСН [5]. Встановлено, що до складу Національного переліку ОЛЗ і ВМП входять препарати з 11 фармакологічних груп, що застосовуються у фармакотерапії ССЗ, що досліджуються.

За умов відповідного рівня задоволення потреби населення у якісних та доступних препаратах споживання ЛЗ постає як один з найважливіших показників, що характеризує рівень фармацевтичного забезпечення хворих. За даними компанії «Моріон», на вітчизняному ринку ЛЗ у 2010 р. загальний показник споживання ліків за кодом АТС «С» становив 258137,56 тис. євро, що у перерахунку за офіційним курсом НБУ дорівнює приблизно 2994395,7 тис. грн.

Споживання ЛЗ, які відповідно складу клінічного протоколу повині застосовуватися у лікуванні АГ, аритмії та ХСН, у 2010 р. складало всього 136939, 24 тис. євро, або 1588495,184 тис. грн, що у 1,88 разів менше від загального показника споживання ЛЗ за групою «С». Показник споживання ЛЗ, що входять до складу Національного переліку ОЛЗ і ВМП та повині

застосовуватися у лікуванні АГ, аритмій та ХСН в Україні відповідно вимог клінічних протоколів, дорівнював значенню 20970,28 тис. євро, або 243255,25 тис. грн за офіційним курсом НБУ. Це практично у 12,3 рази менше, у порівнянні з даними загального споживання ЛЗ на ринку у 2010 р. за кодом «С», та у 6,5 разів менше, ніж показник споживання препаратів, що повинні застосовуватися у лікуванні АГ, аритмій та ХСН, згідно вимог клінічних протоколів. Аналіз структури споживання ЛЗ, що застосовуються у кардіології продемонстрував відсутність в країні дієвих механізмів державного регулювання споживання ЛЗ у напрямку використання у практичній охороні здоров'я ефективних та доступних препаратів. Порівняння показників споживання дає змогу стверджувати про значний вплив на споживання препаратів ринкових факторів, що є недопустимим, враховуючи соціальне значення ЛЗ.

За результатами проведених теоретико-прикладних досліджень нами визначені основні критерії відбору ЛЗ до рекомендованого для практичної реалізації ДЦП з кардіології переліку препаратів:

- наявність ЛЗ у складі Національного переліку ОЛЗ і ВМП;
- доведена за результатами ПФО доцільність застосування у медичних (фармакотерапевтичних) технологій лікування АГ, аритмії та ХСН;
- наявність у клінічних протоколах лікування захворювань, що досліджуються, та
- у Державному формулярі ЛЗ (ДФ ЛЗ).

У табл. 1. представлений розроблений нами рекомендований перелік ЛЗ щодо ефективної системи фармацевтичного забезпечення хворих на АГ, аритмію та ХСН за ДЦП з кардіології.

До складу зазначеного переліку увійшли препарати, що представлені у складі Національного переліку ОЛЗ, клінічних протоколів за спеціальністю «Кардіологія», ДФ ЛЗ. У разі відсутності ЛЗ у зазначених нормативних актах для вирішення його статусу додатково була проведена ПФО ефективності їх застосування у медичних (фармакотерапевтичних) технологіях лікування АГ, аритмії та ХСН. В результаті аналізу рекомендованого переліку ЛЗ встановлено, що до його складу входить 139 торгових назв ЛЗ або 51 назва препаратів за INN. Розподіл препаратів за фармакотерапевтичними групами представлено на рис. 3. Як бачимо, безперечним лідером за кількістю представлених ЛЗ є група C08C – Селективні блокатори кальцієвих каналів з переважною дією на судини (21 торгова назва ЛЗ або

15,11 % від загальної кількості ЛЗ). Друге місце розділили такі групи, як C09A – Інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту (20 торгових назв ЛЗ або 14,39 %) та C10A – Препарати, які знижують рівень холестерину і тригліцеридів у сироватці крові (20 торгових назв ЛЗ або 14,39 %), а третє місце зайняла група C01D – Вазодилатори, що застосовуються в кардіології (18 ЛЗ або 12,95 %)

Аналіз представлених торгових назв ЛЗ відносно країн-виробників показав, що основну частку асортименту формують препарати закордонних фармацевтичних компаній (рис.4). Співвідношення торгових назв ЛЗ іноземного та вітчизняного виробництва становить приблизно 58,99 до 41,01%. Це досить загрозливе, з соціально-економічної точки зору, співвідношення для групи препаратів, які найчастіше використовуються за життєво необхідними показниками.

Встановлено, що ЛЗ вітчизняного виробництва представлено 16 фармацевтичними компаніями: ЗАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця» (11 торгових назв ЛЗ), ЗАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» (8 торгових назв ЛЗ), ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я» (7 торгових назв ЛЗ), ВАТ «Фармак» (6 торгових назв ЛЗ), ВАТ «Київ-медпрепарат» (5 торгових назв ЛЗ), ТОВ «Астрафарм» (4 торгових назви ЛЗ), ВАТ «Луганський ХФЗ» та ЗАТ «Технолог» по 3 торгові назви, ВАТ «Монфарм» та ТОВ «Дослідний завод ДНЦЛЗ» по 2 торгові назви.

У свою чергу, по одній торговій назві ЛЗ представлено такими компаніями, як АТ «Галичфарм», ЗАТ «Лекхім-Харків», ВАТ «Лубнифарм», ТОВ Науково-виробнича фірма «Мікрохім», ТОВ «Фарма Старт», Український консорціум «Еко-сорб».

За результатами проведених досліджень можна стверджувати наступне. ПФО медичних (фармакотерапевтичних) технологій слід розглядати як важливий інструмент аналізу вже існуючої законодавчо-правової та нормативної бази з метою її удосконалення у напрямку впровадження раціональних механізмів використання ресурсів охорони здоров'я.

Крім цього, результати ПФО можуть бути використані у розробці механізмів ефективного державного регулювання оптово-відпускних цін на ЛЗ (шляхом перемовин з виробниками фармацевтичної продукції), при формуванні та впровадженні референтного ціноутворення по генеричних ЛЗ, компенсації вартості ЛЗ, які застосовуються у лікуванні хронічних хворих за кошти державного бюджету або централізованих страхових фондів ОМС.

Таблиця 1

РЕКОМЕНДОВАНИЙ ПЕРЕЛІК ЛЗ ЩОДО ЕФЕКТИВНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ДІЇ З КАРДІОЛОГІЇ *

| ЛЗ за INN* | Наявність (+) або відсутність (-) | | ЛЗ за INN* | Наявність (+) або відсутність (-) | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------|
| | Клінічний протокол та ДФ ЛЗ | Національний перелік ОЛЗ | | Клінічний протокол та ДФ ЛЗ | Національний перелік ОЛЗ |
| C01AA05 дигоксин | + | + | C08CA05 ніфедипін* | + | - |
| C01AX04 корглікон* | + | - | C08CA06 німодипін* | + | - |
| C01BA02 прокаїнамід | + | + | C08CA13 лерканідипін* | + | - |
| C01BC03 пропанорм* | + | - | C08DA01 верапаміл | + | + |
| C01BD01 кордарон* | + | - | C08DB01 дилтіазем* | + | - |
| C01BG етацинин* | + | - | C09AA01 каптоприл* | + | - |
| C01CA04 допамін | + | + | C09AA02 еналаприл | + | + |
| C01CA07 добутамін* | + | - | C09AA03 лізиноприл* | + | - |
| C01CA24 адреналін | - | + | C09AA04 периндоприл | + | - |
| C01DA02 нітрогліцерин | + | + | C09BA01 каптоприл + гідрохлоротіазид* | + | - |
| C01DA08 ізосорбідудинітрат | + | + | C09BA02 еналаприл + гідрохлоротіазид* | + | - |
| C03AA03 гідрохлоротіазид | + | + | C09BA03 лізиноприл + гідрохлоротіазид* | + | - |
| C03BA11 індапамід* | + | - | C09BA04 периндоприл + індапамід* | + | - |
| C03CA01 фуросемід* | + | - | C09BE03 лізиноприл + амлодипін* | + | - |
| C03DA01 спіронолактон | + | + | C09BE04 периндоприл + амлодипін* | + | - |
| C03DA04 еплеренон* | - | - | C09CA01 лозартан* | + | - |
| C07AA05 пропранолол | + | + | C09CA04 ірбесартан* | + | - |
| C07AB02 метопролол* | + | - | C09CA06 кандесартан* | + | - |
| C07AB03 атенолол | + | + | C09CA03 валсартан* | + | - |
| C07AB05 бетаксолол* | + | - | C09CA07 телмісартан* | + | - |
| C07AB07 бісопролол* | + | - | C09DA телмісартан + гідрохлоротіазид* | + | - |
| C07AB12 небіволл* | + | - | C09DA01 лозартан + гідрохлоротіазид* | + | - |
| C07AG02 карведилол* | + | - | C09DA03 валсартан + гідрохлоротіазид* | + | - |
| C07FG02 атенолол + хлорталідон + ніфедипін* | - | - | C10AA01 симвастатин | + | + |
| C08CA01 амлодипін | + | + | C10AA05 аторвастатин* | + | - |
| | | | C10AA07 розувастатин* | + | - |

Примітка: * – за результатами проведеної ПФО ефективності застосування



Рис. 3. Результати аналізу рекомендованого переліку ЛЗ відповідно до фармакотерапевтичних груп препаратів

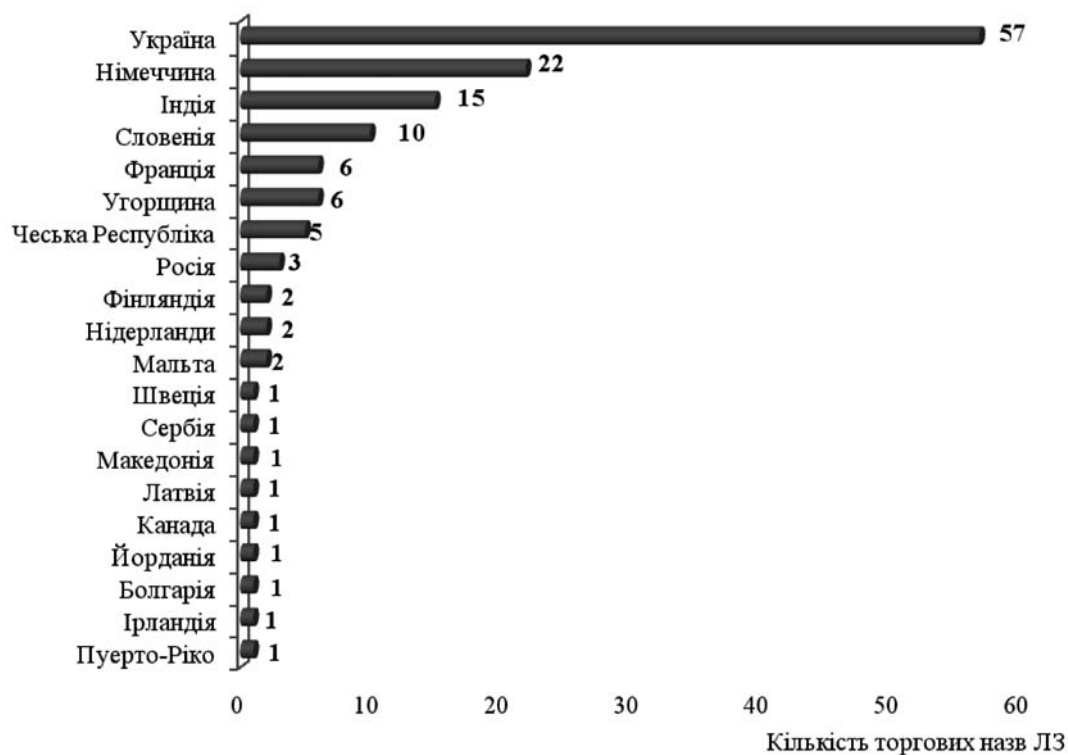


Рис. 4. Рейтинг країн-виробників за кількістю представлених у рекомендованому переліку ЛЗ

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

1. Аналіз показників захворюваності та смертності населення від ССЗ за 1995–2010 роки свідчить про значний темп їх зростання. У структурі загальної смертності населення України, за даними 2010 року, смертність від ССЗ посідає перше місце і є причиною кожного другого випадку смерті населення працездатного віку. Встановлено, що в Україні найактуальнішою медичною та соціально-економічною проблемою серед патологій серцево-судинної системи становлять саме АГ, аритмії та ХСН.
2. За результатами проведених теоретико-прикладних досліджень запропонована методика розробки ДЦП з використанням результатів ПФО МТ, що застосовуються у кардіологічній практиці. Зазначена методика відповідає вимогами діючого Закону щодо розробки ДЦП та містить у своєму складу чотири етапи. Важливим етапом зазначеної методики є проведення цінової оцінки ЛЗ, до якої нами розроблені та запропоновані відповідні методичні підходи.
3. Доведено, що одним з найважливіших етапів ефективного виконання ДЦП є наукове обґрунтування формування її фармацевтичної складової у вигляді рекомендованого до застосування переліку ЛЗ. Критеріями відбору ЛЗ до вказаного переліку визначено наявність у Національному переліку ОЛЗ і ВМП, клінічному протоколі, ДФ ЛЗ, а також доведена клініко-економічна ефективність застосування за даними проведеної раніше ПФО МТ.
4. Аналіз рекомендованого до застосування переліку ЛЗ за ДЦП з кардіології (АГ, аритмії, ХСН) виявив наявність негативної, з соціально-економічної точки зору, тенденції значної залежності її виконання від імпорту ЛЗ. Так, 59,0% препаратів рекомендованого переліку ЛЗ відносяться до асортименту імпортованих ЛЗ.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Основні епідеміологічні закономірності хвороб системи кровообігу і гіпертонічної хвороби серця/Голяченко О.М., Шульгай А.Г., Голяченко А.О. [та ін.]// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2010. – № 4. – С. 9-15.
2. Дячук Д.Д. Щодо захворюваності дорослого населення України на неінфекційні хвороби /Дячук Д.Д// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2011. – № 1 – С. 19-23.
3. Закон України «Про державні цільові програми» від 18.03.2004 р. № 1621-IV. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T041621.html – Назва з екрану.
4. Коваленко В.М. Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров'я населення/В.М. Коваленко, А.П. Дорогий// Серце і судини. – 2003. – № 2. – С. 4-10.
5. Компендиум 2005 — лекарственные препараты / Под.ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторов. — К.: «Морион». – 2005. – С. 1920.
6. Наказ МОЗ України №436 від 03.07.2006р «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=6401>
7. Пархоменко Г.Я. Характеристика здоров'я населення працездатного віку/ Г.Я. Пархоменко, Г.В. Курчатова, В.В. Бідний // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2011. – № 3. – С. 10-15.
8. Постанова Кабінету Міністрів України № 333 від 25.03.2009 р. «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення». – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=333-2009-%EF>
9. Фармацевтична енциклопедія /гол. ред. ради та автор передмови В.П. Черних. – К.: «Моріон». – 2005. – С. 1660.

УДК 615.22:616.1:351.84

А.С. Немченко., К.Л. Косяченко., К.М. Буяло

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕХНОЛОГИЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ (КАРДИОЛОГИЯ)

В статье представлены результаты разработки методики государственной целевой программы с использованием результатов прогностической фармакоэкономической оценки медицинских (фармакотерапевтических) технологий, применяемых в кардиологической практике. Доказано, что одним из важнейших этапов эффективного выполнения государственной целевой программы является научное обоснование формирования фармацевтической составляющей в виде рекомендованного к применению перечня лекарственных средств. Критериями отбора лекарственных средств к указанному перечню определено наличие в Национальном перечне основных лекарственных средств, клиническом протоколе, Государственном формуляре лекарственных средств, а также доказана клинико-экономическая эффективность применения по данным проведенной прогностической фармакоэкономической оценки медицинских технологий.

Ключові слова: артериальная гипертензия; аритмия; хроническая сердечная недостаточность; компенсация (реимбурсация) цены; доступность; применение лекарств; лекарственные средства.

UDC 615.22:616.1:351.84

A.S. Nemchenko., K.L. Kosyachenko., K.M. Buyalo

PHARMACOECONOMICAL ASSESSMENT OF TECHNOLOGIES OF PHARMACOTHERAPY AT DEVELOPMENT OF THE STATE SPECIAL PROGRAMS (CARDIOLOGY)

In the article the results of development of state purpose program with using of prognostic pharmacoeconomical assesment of health (pharmaceutical) technologies that in cardiological practice are used have been presented. Improved that one from the most important stage of the effective execution of the Stabe purposed program is scientific substantiation of formation of it's pharmaceutical structural part like recommended for using list of medicienes. Criteria of selection of medicines to the indicated list are presense in the National essential drugs list and improved clinical economical effectiveness of application on the data of conducted prognostic pharmacoeconomical assesment of health technologies.

Key words: arterial hypertension, fibrillation, congestive heart failure, compensation (reimbursatsiya) prices, availability, use of medicines, pharmaceuticals.

Адреса для листування:

61168, м. Харків, вул. Блюхера, 4.

Кафедра ОЕФ НФаУ.

Тел: 8 (0572) 67-91-70.

e-mail: economica@ukrfa.kharkov.ua

Надійшла до редакції:

06.03.2012