

Литература:

1. Портер М. Переосмысление системы здравоохранения / М.Портер, Э. Тайсберг // Пер. с англ. – К.: Из-во А. Капусты, 2007. – 592 с.
2. Тульчинский Т.Г. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку / Т.Г. Тульчинский, Е.А. Варавикова. – Москва-Иерусалим, 1999. – 1026 с.
3. Шейман И.М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2012. – №7. – С. 32-40; №8. – С. 19-25.

Ключевые слова: местное самоуправление, охрана здоровья, общественное здравоохранение, стратегический заказчик услуг, договорная модель, территориальная община.

Key words: local self-government bodies, public health, contracting model, local level, local community.

И. И. Цанько

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РЕФЕРЕНТНОГО ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В УКРАИНЕ И АНАЛИЗ ВЫБОРА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ВРАЧАМИ

Вступление. Рост распространенности гипертонической болезни в сочетании с ростом цен на гипотензивные средства диктует необходимость постоянного мониторинга расходов на лечение гипертонической болезни и осуществление мероприятий по экономической их доступности.

Материалы: Медицинские карты амбулаторных больных (ф. 025/о), официальные данные Министерства здравоохранения Украины.

Методы: Медико-статистический, экономический, экспертных оценок.

Результаты исследований. С целью внедрения европейского подхода к государственной регуляции цен на лекарственные средства и повышения их экономической доступности был основан пилотный проект для больных гипертонической болезнью, в котором определено 7 международных непатентованных наименований лекарственных средств отечественного производства. С целью повышения экономической доступности лекарств пациентам с гипертонической болезнью принято решение регулировать отпускные оптовые цены с ис-

пользованием механизма референтного ценообразования.

Учитывая динамику роста цен на гипотензивные препараты, целесообразным является сравнение цен на идентичные или подобные лекарственные средства в других странах и на внутреннем рынке, что заложено в основу референтного ценообразования большинства европейских стран.

Результаты комплексного социально-гигиенического исследования показали, что назначение врачами основных групп гипотензивных препаратов отвечает рекомендациям Украинской и Европейской ассоциаций кардиологов и локальному протоколу предоставления медицинской помощи больным с гипертонической болезнью. Установлено, что среди всех назначений на ингибиторы АПФ приходится 35%, на диуретики - 31 %, антагонисты Са - 15 %, β -блокаторы - 12%, блокаторы рецепторов ангиотензина II – 6 %, на другие - 2 %.

Установлено, что достоверно чаще назначались схемы лечения гипертонической болезни, которыми предусмотрены 2-3 препарата (52,0±1,6%), каждый пятый получали один препарат (21,0±1,5 %), четыре препарата получали 9,0±1,9 % пациентов.

Среди гипотензивных препаратов, которые предназначались для лечения гипертонической болезни, 38 % принадлежали производству стран Евросоюза, 36% были индийского производства, 26% - украинского производства. Соотношение средней суммы препаратов стран Евросоюза, индийского и отечественного производства, при монотерапии составляет 2,77: 1,89 :1, двумя препаратами - 3,25: 1,29: 1, тремя - 3,58:1,42:1. При этом, сроки достижения целевых значений уровня артериального давления не короче при использовании препаратов стран Евросоюза, и равнозначные - в случаях применения препаратов индийского и отечественного производства (17±1,2; 24,0±1,4 и 25±1,5 соответственно). Следовательно, лечение отечественными препаратами в среднем в три раза дешевле лечения препаратами зарубежных производителей. Кроме этого, отечественные препараты не только экономически выгодны, но и не уступают по клиническим эффектам иностранным.

Выводы. Результаты работы доказывают клиническую и экономическую эффективность гипотензивных препаратов отечественного производства и упрощают врачам избрание рациональной тактики во время назначения гипотензивной терапии больному в зависимости от его финансовых возможностей.