

Полученные в ходе анализа результаты деятельности Окружной многопрофильной клинической больницы г.Ханты-Мансийска с применением углубленных методов статистической обработки данных и оценки клинико-структурных компонентов лечебно-диагностического процесса позволяют утверждать о целесообразности дифференциации её структурных подразделений, как специальных Центров. Углубленная оценка результатов деятельности больницы на основе выделения лечебных отделений выявила дублирование в них многих лечебно-диагностических методов с использованием идентичных медицинских аппаратов и инструментов, проведение больным лечебных и диагностических технологий одинакового порядка. Кроме того, установлена необходимость подготовки персонала разных отделений практически в одной и той же области.

Учитывая вышеизложенное, на основании наших рекомендаций были обоснованы и созданы в структуре больницы специальные центры, установлены их структура и функции, штатное расписание и взаимосвязи с поддерживающими службами. При этом к специализированным технологичным центрам больницы, функционирующим в постоянном режиме, были отнесены: Центр острого и хронического диализа с наиболее сложной технологией лечения и реабилитации больных, Онкологический центр, Центр кардиохирургии, Центр хирургии печени и поджелудочной железы, Центр амбулаторной хирургии, Центр телемедицины и информационных технологий, Центр лечебно-диагностических технологий – функциональный, Центр общей врачебной практики (семейной медицины). Принципами деятельности каждого центра были определены: самостоятельность, преемственность, единство структуры, специфика функций, технологичность лечебно-диагностической помощи, высокая квалификация персонала. Признаком центра было то, что этот вид помощи требовал самостоятельных действий и взаимосвязей внутри больничного комплекса и с внешними контрагентами больницы.

С позиций обеспечения оптимальной управляемости признано целесообразным установить два вида центров: структурные центры и функциональные центры. Такой подход выделения центров является основой для разработки и организации системы клинического менеджмента медицинских технологий, что позволяет обеспечить рост технологичности лечебно-диагностического процесса больницы. Это будет способствовать росту качества медицинской помощи.

Литература

1. Баженов В.Г., Белявский А.Р., Лячко Т.М. Тактико-технические требования к программно-аппаратному комплексу информационной системы лечебно-профилактического учреждения // ВММТ. 2006. № 2. С.152–154.
2. Кича Д.И., Белявский А.Р., Меркулов О.А. // Вестник РУДН. Сер.: Медицина. 2008. № 6. С. 184–188.
3. Окружной клинической больницы 75 лет // Сб. научн. тр. // Под ред. А.Р.Белявского. Ханты-Мансийск: Полиграф, 2008. 337 с.
4. Стародубов В.И. Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ // В.И.Стародубов: автореф. дис. д-ра мед.наук. М., 1997. 60 с.

УДК 615.814.1-615.015.32:616.833.17

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГОМЕОСИНИАТРИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

С.С. БЯЗРОВА, А.С. ЦОГОЕВ, Л.З. БОЛИЕВА*

Ключевые слова: нейропатия, метод гомеосиниатрии

Нейропатия лицевого нерва (НЛН) по частоте возникновения занимает первое место среди поражений черепных нервов (25 случаев на 100000 человек) и остается одной из актуальных проблем неврологии. При традиционном лечении восстановление функции лицевого нерва наступает в 40–60% случаев, у 25–30% больных остаются осложнения в виде вторичной контрактуры мимических мышц (ВКММ) с патологическими синкинезиями и дискинезиями, что проявляется в виде грубого дефекта мимики и может оказывать негативное влияние на качество жизни [2,3,9].

Рационализация фармакотерапии и нелекарственных методов лечения, развитие новых терапевтических стратегий с доказанным

затратно-эффективным потенциалом служат апробированным средством ресурсосбережения в здравоохранении [5]. Однако особенности терапии восстановительного периода НЛН в повседневной практике специализированных учреждений, пути ее клинико-экономической оптимизации изучены недостаточно, масштабы социально-экономического бремени пациентов не определены.

Цель работы – оценка экономической целесообразности включения метода гомеосиниатрии препаратом Траумель С в комплексную терапию НЛН.

Материал и метод. Под нашим наблюдением находилось 100 больных в возрасте от 25–65 лет (ср. возраст 42,4±3,77), из них мужчин 46. Работа проводилась на базе городской поликлиники №1 г. Владикавказа и Республиканского центра восстановительной медицины и реабилитации в период с 2005–2007 г.

Критерии включения пациентов в сравнительное проспективное рандомизированное контролируемое исследование: основной диагноз – идиопатическая нейропатия (простудный паралич Белла), поздний восстановительный период (от 30 дней до 6 мес.) средней тяжести или тяжелый; возраст больных 25–65, информированное согласие пациентов на участие в исследовании, отрицательный тест на беременность (для женщин репродуктивного возраста). Критерии исключения: беременность, лактация, гиперчувствительность или непереносимость лекарственных средств, необходимость проведения сопутствующей терапии, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования.

Для диагностики НЛН использовали клинические, лабораторные (клинический анализ крови и мочи, биохимия крови (общий белок, глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, мочевины, креатинин, кальций, магний), инструментальные (электрокардиография, электроэнцефалография, ультразвуковое исследование внутренних органов) методы обследования пациентов, анкетный метод диагностики состояния нервно-психической сферы. Тяжесть клинических проявлений проанализировали по системе, предложенной Ф.М. Фарбером [6,7].

В зависимости от лечения больные разделены на 2 группы: группу сравнения (ГС) и основную группу (ОГ) по 50 чел. Пациентам ГС проводилась стандартная медикаментозная терапия, направленная на улучшение проводимости по нерву и восстановление регионарного кровообращения. Она включала: тиамин хлорид 5% р-р для инъекций («Брынцалов-А», Россия), пиридоксин гидрохлорид 5% р-р для инъекций («Брынцалов-А», Россия), никотиновую кислоту 1% р-р для инъекций («Новосибхимфарм», Россия), папаверина гидрохлорид 2% р-р для инъекций («Микроген», НПО ФГУП Аллерген, Россия), трентал® 400 (табл. п.о. Aventis Pharma, Индия), дибазол (таблетки по 0,02 г, «Биохимик, Россия); иглорефлексотерапию (ИРТ). Пациенты ОГ вместо ИРТ получали инъекции гомеопатического препарата Траумель С в область акупунктурных точек.

Для фармакоэкономического анализа выбран метод «стоимость – эффективность», так как сравниваемые методы отличаются по эффективности и стоимости, и имеют различные схемы применения [1,4,8]. Соотношение «стоимость – эффективность» рассчитывалось по формуле: $CEA = (DC + IC) / Ef$, где CEA – коэффициент эффективности затрат, т.е. соотношение, показывающее затраты на единицу эффективности; DC – прямые затраты; IC – непрямые затраты; Ef – эффективность лечения.

Критерием эффективности изучаемых методов лечения был выбран показатель, отражающий отношение значения клинической эффективности по шкале Фарбера после лечения к значению до лечения. Для расчета стоимости лечения в обеих группах учитывались прямые и непрямые затраты. Прямые затраты в ГС представляют собой стоимость 1 койко-дня в отделении стационара, включающая стоимость лекарственных средств, стоимость курса ИРТ. Непрямые затраты включали оплату дней нетрудоспособности, которую определяли исходя из 100% компенсации листа нетрудоспособности с учетом средней заработной платы в РСО-А на момент окончания исследования. В ГС и ОГ сумма рассчитывалась на 21 день для больных с НЛН средней тяжести, на 30 дней для больных с тяжелой. Цены на препараты соответствовали средневзвешенным оптовым ценам на рынке Владикавказа в 2007 г., по прайс-листам основных дистрибьюторов, стоимость медуслуг по прейскуранту Республиканского центра восстановительной медицины и реабилитации г. Владикавказа.

Результаты. Динамика двигательных нарушений зависела от тяжести поражения лицевого нерва и варианта терапии.

Для ГС с учетом стоимости одного койко-дня в ФТБ г. Владикавказа (592 руб.) при расчете прямых затрат получены сле-

*Северо-Осетинская ГМА

дующие данные: стоимость лечения 1 пациента с НЛН ср. тяжести составила 14841,75 руб. (592 руб.×21 день + 160,65×15 сеансов ИРТ); стоимость лечения 1 пациента с НЛН тяжелого течения составила 20979 руб. (592 руб.×30 дней+160,65×20 сеансов ИРТ). Непрямые затраты в ГС составили 4125,7 руб. для больных с НЛН ср. тяжести и 5893,8 руб. для лиц с тяжелой НЛН. Общие затраты на лечение в ГС составили 18967,5 руб. для больных с НЛН ср. тяжести и 26872,8 руб. для больных с тяжелой НЛН. В ОГ также рассчитывали прямые и косвенные затраты.

Таблица 1

Сводные данные по эффективности изучаемых методов лечения

Группа больных, степень тяжести		Интегральный показатель по Фарберу		Коэффициент эффективности
		До лечения	После лечения	
ГС	Ср. тяжести	21,28%	42%	2,32
	Тяжелая			1,9
ОГ	Ср. тяжести	23,7%	65,9%	3,05
	Тяжелая			2,51

Прямые затраты: стоимость лекарственных средств и затрат на их введение; стоимость пребывания в дневном стационаре. Препараты: тиамин хлорид – 10 инъекций, стоимость курсового лечения 9,35 руб.; пиридоксин гидрохлорид – 10 инъекций, стоимость курсового лечения 9,7 руб.; никотиновая кислота – 10 инъекций, стоимость курсового лечения 9,1 руб.; папаверин гидрохлорид – 10 инъекций, стоимость курсового лечения папаверина гидрохлоридом – 15,5 руб.; Трентал 400 – 63 таблетки на курс лечения, стоимость курсового лечения 551,3 руб.; Траумель С – 10-15 инъекций в биологически активные (в зависимости от степени тяжести), стоимость курсового лечения Траумель С у больных с НЛН ср. тяжести – 595,8 руб.; стоимость курсового лечения Траумель С у больных с НЛН тяжелого течения – 893,7 руб. Кроме того, одноразовые шприцы, стоимость внутримышечных инъекций, фармакопунктура, пребывание в дневном стационаре. По этим данным стоимость лечения одного пациента в ОГ со среднетяжелым течением НЛН составляет 6448,35 руб. (2340,75руб. плюс 4107,6 руб.), с тяжелым течением – 7081,4 руб. (2973,8 руб. плюс 4107,6 руб.). Непрямые затраты – 4125,7 руб.

Таким образом, общие затраты на лечение 1 больного в ОГ составили 10574,1 руб. и 11207,1 руб. у больных со средней тяжести и тяжелой НЛН соответственно.

Коэффициент «стоимость – эффективность» составил: 1) ГС (средняя степень тяжести): CER=8172,6 руб. на единицу эффективности; 2) ГС (тяжелая степень): CER=14143,6 руб. на единицу эффективности; 3) ОГ (средняя степень тяжести): CER=3466,9 руб. на единицу эффективности; 4) ОГ (тяжелая степень): CER=4482,84 руб. на единицу эффективности;

Выводы. Включение в схему лечения больных НЛН гомеопатии комплексным гомеопатическим препаратом Траумель С приводит к повышению эффективности лечения при более оптимальном соотношении «стоимость – эффективность». Предложенный метод терапии восстановительного периода НЛН в условиях дневного стационара является реальной альтернативой стандартной терапии, проводимой в условиях стационара, как по эффективности, так и по фармакоэкономическим характеристикам.

Литература

- Бекетов А.С. Применение анализа «затраты-эффективность» для выбора препаратов из группы аналогов. / Бекетов А.С. // Качественная клиническая практика, 2002, № 2.
- Иванов Г.А. Контрактура мимической мускулатуры. Казань, 1992. 108 с.
- Карлов В.А. Неврология лица. М.: Медицина, 1991.
- Рощевкин В.В. и др. // Клиническая фармакология - от теории к практике: Сб.науч. трудов. Ставрополь, 2005. С.63-64.
- Саркисян Г.Р. Возможности клинко-экономической оптимизации амбулаторной фармакотерапии депрессивных расстройств. / Мат-лы Рос. конф. «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». Москва, 5-7 октября 2004 г. М., 2004. С. 102.
- Фарбер Ф.М. Клиническая оценка течения паралича Белла // Здоровоохранение Казахстана. 1984. №6. С. 58-60.
- Фарбер М.А., Фарбер Ф.М. Невропатии лицевого нерва. Алма-Ата, 1991. 166 с.
- Фармакоэкономика: Учебное пособие; Сост.: С.И. Богословская, Т.В. Шелехова, В.В. Рощевкин, К.С. Уметский. Утв. УМО РФ-773. Саратов, 2006. 80с.
- Юдельсон Я.Б., Грибова Н.П. Лицевые гиперкинезы и дистонии. Смоленск.: СГМА, 1997. 192 с.

УДК 614.27.008.2:33]:517

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Д.А. КУЗНЕЦОВ*

Ключевые слова: экологическая безопасность, фармацевтика

Очевидна взаимосвязь фармацевтической деятельности субъектов обращения лекарственных средств (ЛС) с экологическими проблемами. Фармацевтические организации при осуществлении экономической деятельности являются активными природопользователями, и должны выполнять экологические требования. Затраты на проведение природоохранных мероприятий ведут к росту издержек, что вступает в противоречие с основной экономической задачей – получением прибыли и снижением себестоимости ЛС при прочих равных условиях. Игнорирование и экономия на природоохранных мероприятиях ведет к ухудшению качества природной среды, вызывает рост вторичных издержек (производства и обращения), возникновению экологического ущерба [1,2].

Запланированный поэтапный переход Российской фармацевтической отрасли на ОСТ 42-510-98 «Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств (GMP)» требует внедрения системы экологического контроля и мониторинга при производстве ЛС. Актуализируются требования природоохранного законодательства к отечественным фармацевтическим производствам, фармацевтическим организациям, осуществляющим уничтожение ЛС, изъятых из обращения [3-5].

Возникает необходимость разработки системы обеспечения экологической безопасности фармацевтической организации по требованиям природоохранного законодательства.

Цель исследования – разработка системы обеспечения экологической безопасности фармацевтической организации в процессе осуществления своей деятельности.

Таблица

Матрица обеспечения экологической безопасности фармацевтической организации

Уровни экологической безопасности	1-й уровень: собственники, учредители, акционеры	2-й уровень: менеджмент, дирекция	3-й уровень: фармацевтический персонал	4-й уровень: организация бизнес-процессов	5-й уровень: организация фармацевтической деятельности	6-й уровень: учет, анализ, аудит
Факторы экологической безопасности	Участие в разработке экологического законодательства, соблюдение международных и национальных стандартов	Внесение предложений по природо-охранному законодательству	Исполнение экологических требований	Осуществление документирования основных процессов	Осуществление производственного контроля	Анализ производственного контроля
Степень соответствия фармацевтической организации экологическим требованиям	Финансирование экологической безопасности, обеспечение экологической безопасности производства и технологий	Организация экологической безопасности фармацевтического производства	Осуществление экологических операций	Разработка экологической безопасности технологических процессов	Производство фармацевтической продукции	Учет, контроль, анализ фармацевтической продукции
Степень соответствия выпускаемой продукции экологическим требованиям, использование экологически безопасного сырья	Финансирование закупок экологически безопасного сырья	Организация экологической безопасности фармацевтической продукции	Выпуск экологически безопасной продукции	Техническое обслуживание оборудования, документация технологического процесса	Разработка экологической безопасности фармацевтической продукции	Контроль, учет готовой экологически безопасной фармацевтической продукции
Степень влияния экологической обстановки на фармацевтическую деятельность	Финансирование строительства зашита и очистных сооружений	Разработка мероприятий по снижению экологической обстановки	Участие в мероприятиях по нормализации экологической обстановки	Разработка системы мониторинга технологических выбросов	Постоянный санитарно-гигиенический мониторинг территории	Отчет и анализ влияния экологической обстановки на фарм. деятельность
Степень развития системы экологического контроля и мониторинга фармацевтической деятельности	Финансирование системы санитарно-гигиенического мониторинга	Разработка системы санитарно-гигиенического мониторинга	Проведение мероприятий санитарно-гигиенического мониторинга	Разработка документации санитарно-гигиенического мониторинга	Проведение санитарно-гигиенического мониторинга в процессе фарм. деятельности	Осуществление анализа системы санитарно-гигиенического мониторинга
Вероятность штрафов, санкций и личной ответственности руководства	Финансирование анализа штрафов	Исполнение требований законодательства	Личная ответственность руководства	Организация исполнения требований	Исполнение требований законодательства	Контроль, аудит исполнения требований
Проведение фармацевтической организацией природоохранных мероприятий	Финансирование природоохранных мероприятий	Заключение договоров на утилизацию отходов фарм. деятельности	Исполнение требований экологических нормативов	Расчет экологических нормативов и затрат выбросов	Выполнение, утилизация отходов фармацевтической деятельности	Контроль исполнения договоров, учет отходов и выбросов фарм. деятельности

Материал и метод. В ходе исследования использовались методы теории принятия решений, принципы системного подхода, методы анкетирования и интервьюирования. Объектами исследования были оптовые и розничные фармацевтические организации организационно-правовых форм; законодательные нормативно-правовые акты и документы РФ, ведомственные документы в области экологии и природопользования.

Результаты. На основе системного анализа деятельности фармацевтических организаций выявлены 6 уровней обеспечения: 1 уровень – собственники, учредители, акционеры; 2 уровень

* Рязанский ГМУ им. ак. И.П.Павлова Росздрава, кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФГДО, 390026, Рязань, ул. Высоковольная, 9, e-mail: oelf@pharm.rzn.ru