

На правах рукописи

**ПЕТРОВ АЛЕКСЕЙ ЛЬВОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ НА ПРИМЕРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

14.04.03 – Организация фармацевтического дела

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата  
фармацевтических наук

Пермь – 2014

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:** доктор фармацевтических наук, профессор ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Андрианова Галина Николаевна**

**Официальные оппоненты:**

**Гришин Александр Владимирович** д.ф.н., профессор, ГБОУ ВПО "Омская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Фирсенко Наталья Петровна** к.ф.н., доцент кафедры «Фармации ФПК и ППС» ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Ведущая организация:**

**ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»** Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «25» февраля 2013 г. в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.068.01 при ГБОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 614990, г. Пермь, ул. Полевая, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 614070, г. Пермь, ул. Крупской, 46.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат фармацевтических наук

Н.В. Слепова

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2013 г.

Дата размещения объявления о защите диссертации на сайте Министерства образования и науки Российской Федерации <http://www.mon.gov.ru> «\_\_» \_\_\_\_\_ 2013 г. и на сайте ГБОУ ВПО ПГФА Минздрава России <http://www.pfa.ru> «\_\_» \_\_\_\_\_ 2013 г.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** По своей сути доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является хроническим урологическим заболеванием, что влечет за собой высокие затраты на фармакотерапию данной патологии. Финансовое бремя по поводу расходов на лекарственное обеспечение ДГПЖ ложится как на личный бюджет пациента, так и на бюджеты федерального и регионального уровней, а в случае стационарного лечения на средства консолидированного бюджета фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

В мире лечение пациентов с ДГПЖ является крайне затратной статьей расхода бюджетов здравоохранения и участников процесса медицинского страхования. По данным ряда авторов емкость сегмента рынка лекарственных препаратов (ЛП) для лечения ДГПЖ в мире превышает 200 млн. долларов. В Свердловской области ежегодно на терапию пациентам с ДГПЖ, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг по программе ОНЛП, в период с 2008 по 2012 гг. из бюджета расходовалось от 5,5 до 12,5 млн. рублей. Проблематика лекарственной терапии ДГПЖ не утрачивает своей актуальности ввиду постоянного обновления структуры ассортимента в данном сегменте. Учитывая приоритетность амбулаторного этапа в проведении фармакотерапии ДГПЖ, существующая организация лекарственной помощи не всегда является доступной. Так, 24% пациентов с ДГПЖ не удовлетворены качеством медицинской помощи и уровнем лекарственного обеспечения.

В региональном сегменте лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ наблюдается диспропорция в емкости коммерческого и государственного сектора закупок данных лекарственных препаратов. На данный момент преобладает фармакотерапия ДГПЖ за счет личных денежных средств пациента и в основном лекарственными препаратами импортного производства. Такая ситуация неблагоприятна, так как пациенты относятся к старшим возрастным группам (70% пациентов являются пенсионерами).

При переходе на новые федеральные стандарты медицинской помощи выявляется несоответствие ассортиментной регламентации системы государственных гарантий, что обуславливает актуальность планирования ассортиментной политики и разработку методических подходов, учитывающих принципы рационального использования лекарственных препаратов, индикаторы регионального рыночного предложения и уровень сформированного спроса для конкретных сегментов потребителей.

Все вышеизложенное указывает на актуальность проведения организационно-фармацевтических исследований в исследуемом сегменте с

целью рационального использования лекарственных препаратов и решения проблем доступности лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ.

**Цель исследования.** Разработка методических подходов к оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ в Свердловской области (СО) на основе организационно-фармацевтических исследований.

**Задачи исследования:**

- Изучить и обобщить данные отечественной и зарубежной литературы по организации лекарственной помощи пациентам с ДГПЖ.
- Оценить доступность лекарственного обеспечения пациентам с ДГПЖ в розничном сегменте фармацевтического рынка Свердловской области (СО).
- Провести организационно-фармацевтический анализ ДГПЖ на амбулаторном уровне в условиях фармакотерапии за счет личных денежных средств пациента.
- Разработать методический подход к формированию заказа на лекарственные препараты для лечения ДГПЖ для коммерческого сегмента.
- Провести организационно-фармацевтический анализ лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ за счет средств федерального и областного бюджетов.
- Разработать методический подход к формированию заказа на лекарственные препараты для лечения ДГПЖ для коммерческого сегмента и сегмента государственного заказа.
- Предложить модель комплексной оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ на региональном уровне на основе стандартов оказания медицинской помощи, оценки доступности и конъюнктуры потребления ЛП данной группы.

**Методическая основа диссертационного исследования.** Исследования в розничном сегменте фармацевтического рынка Свердловской области проводились на базе 120 аптек в период с 2010 по 2012 гг.

Анализ льготного лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ осуществлялся на основе данных отчетной документации, полученной от отдела лекарственного обеспечения и контроля фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области и государственного унитарного предприятия Свердловской области «Фармация», в период с 2008 г. по 2012 г.

Объектами исследования являлись отчеты о товародвижении лекарственных препаратов, данные о закупках лекарственных препаратов в рамках программы ДЛО–ОНЛС и программы «Доступные лекарства». Для организационно-фармацевтического анализа ДГПЖ на амбулаторном уровне использовалось 300 анкет пациентов с ДГПЖ и 300 выкопировок из амбулаторных карт пациентов. Анализ амбулаторного ведения пациентов с

ДГПЖ был проведен на базе МБУ ЦГБ №20 г. Екатеринбурга. Анализ фармакотерапии ДГПЖ на уровне стационара проводился на базе ГКБ №40 г. Екатеринбурга. Для анализа стационарного ведения пациентов с ДГПЖ в качестве объектов исследования использовались выкопировки из историй болезни в количестве 50 штук и оборотные ведомости структурного подразделения ГКБ №40 (аптека) по закупкам лекарственных препаратов для нужд урологического отделения.

Источниками информации послужили действующие нормативно-правовые акты в сфере здравоохранения, Государственный Реестр лекарственных препаратов 2012 г. и 2013 г., Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) выпуск XIII 2012 год; материалы собственных исследований; анкеты пациентов (300 анкет), выкопировки из амбулаторных карт (300 выкопировок), выкопировки из историй болезней пациентов урологического отделения ГКБ №40 г. Екатеринбург (50 выкопировок), фармацевтические и медицинские сайты сети *Internet*.

**Степень разработанности.** Достоверность экспериментальных данных обеспечивается использованием современных средств обработки данных (*MicrosoftExcel*) и методов анализа (контент-анализ, маркетинговый анализ, ABC-анализ). Автором обработан и интерпретирован большой массив первичных данных о назначениях лекарственных препаратов на основе 300 амбулаторных карт пациентов, данных о доступности фармакотерапии из 300 анкет пациентов с ДГПЖ и информации о товародвижении по исследуемой группе лекарственных препаратов, которые получены от 120 аптечных организаций города Екатеринбурга. Объемы выборок для анализа определялись по формуле бесповторного отбора с доверительной вероятностью 95%.

**Объектом исследования** являлась система лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ в РФ на примере Свердловской области.

**Научная новизна исследования.** Разработан алгоритм комплексного исследования системы лекарственного обеспечения пациентов с диагнозом доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи в стационарных условиях. В результате предложены методические подходы к оптимизации ассортиментной политики фармацевтических организаций, определению потребности при составлении сводной заявки для системы государственных закупок.

Впервые разработаны методические подходы по проектированию ассортиментной матрицы для формирования ассортиментной политики в пределах группы препаратов для симптоматического и патогенетического лечения ДГПЖ. Разработанные методические подходы, включают организационные шаги для конкретного отбора лекарственных препаратов, на

основе комплекса факторов (характеристики медико-социального портрета пациента, рекомендаций федеральных медицинских стандартов, результатов анализа врачебных назначений, характеристик состояния фармацевтического рынка и конъюнктуры рынка).

Впервые разработан методический подход к формированию государственного заказа на лекарственные препараты для лечения ДГПЖ, основанный на принципах соблюдения стандартов оказания медицинской помощи, аспектах ценовой доступности и сложившейся в Свердловской области конъюнктуры спроса на лекарственные препараты для лечения ДГПЖ.

На основе результатов ситуационного анализа, оценки качества лекарственного обеспечения пациентов, аспектов доступности в лекарственных препаратах с учетом реальных доходов пациентов с целью оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ обоснован методический подход к разработке областной целевой подпрограммы «Лекарственная помощь», включающий, целевые, технологические и ресурсные элементы. Методология расчета потребности в ЛП базируется на статистических коэффициентах, выявленных по результатам проведенного частотного анализа врачебных назначений и рекомендаций федеральных стандартов медицинской помощи (ориентировочной курсовой дозы), которые позволяют проводить планирование объемов бюджетных средств и гарантировать оказание качественного и доступного лекарственного обеспечения.

**Теоретическая и практическая значимость, внедрение результатов исследования.** Результаты настоящего исследования возможно использовать при разработке перечней необходимых лекарственных средств для целей организации доступной лекарственной помощи отдельным категориям граждан на территориальном уровне (для лечения хронических заболеваний); при формировании региональной заявки на лекарственные препараты для лечения ДГПЖ; для оптимизации ассортиментной политики на уровне аптечной организации и организации оптовой торговли лекарственными препаратами при формировании заказа на лекарственные препараты из группы альфа-адреноблокаторов и ингибиторов тестостерон-5-альфа-редуктазы на основе спроектированной ассортиментной матрицы; при определении потребности в лекарственных препаратах для пациентов с ДГПЖ в условиях амбулаторного этапа в соответствии со стандартами лечения.

На основании проведенных исследований подготовлены и внедрены:

–Методические рекомендации по формированию заявок для программ льготного лекарственного обеспечения внедрены в Министерстве здравоохранения Свердловской области, что подтверждается актом внедрения от 04.02.2012 г. Рекомендации основаны на предложенных методических подходах и учитывают конъюнктуру розничного рынка лекарственных препаратов для

лечения ДГПЖ, стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи и доступность отдельных торговых наименований.

–Методический подход к определению потребности в ЛП для пациентов с диагнозом ДГПЖ на уровне субъекта РФ для разработки подпрограммы «Лекарственное обеспечение» пациентов ДГПЖ и прогноз финансовых инвестиций, которые находятся на рассмотрении в Министерстве здравоохранения Свердловской области (отдел организации лекарственного обеспечения и контроля за фармацевтической деятельностью).

–Рекомендации по оптимизации ассортиментной политики на основе спроектированной ассортиментной матрицы для лечения пациентов с ДГПЖ, которые внедрены в работу аптечных организаций ГУП СО «Фармация». Акт о внедрении от 01.06.2012 г. Рекомендации основаны на предложенных методических подходах и учитывают стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи и аспект ценовой доступности отдельных торговых наименований.

–Алгоритм проведения маркетингового анализа, включающий анализ рыночного предложения, потребления, практики назначений, а также формирование ассортиментной матрицы лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ внедрен в учебный процесс дисциплины «Медицинское и фармацевтическое товароведение» для студентов очного отделения фармацевтического факультета ГБОУ ВПО УГМА (акт о внедрении от 16.10.2012 г.) и ГБОУ ВПО ТюмГМА (акт о внедрении от 01.03.2013 г.).

**Апробация полученных результатов.** Основные положения диссертации представлены и доложены: на 68-й научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (Волгоград, 2010), на 66-й всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» (Екатеринбург, 2011), на XIX Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2012), на конференции «Фармация и общественное здоровье» (Екатеринбург, 2012), на Конгрессе Уральского федерального округа «Человек и лекарство, Урал – 2012» (Тюмень, 2012).

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Результаты оценки доступности лекарственной помощи населению, страдающему от ДГПЖ на основе маркетинговых показателей ассортимента и ABC-анализа.

2. Результаты анализа организационно-фармацевтических аспектов ведения пациентов с ДГПЖ на амбулаторном уровне при условии лечения за счет личных денежных средств.

3. Методический подход к построению ассортиментной политики в фармацевтических организациях различных форм собственности при условии отпуска лекарственных препаратов за счет личных денежных средств пациента.

4. Результаты анализа организационно-фармацевтических аспектов ведения пациентов с ДГПЖ на амбулаторном уровне при условии фармакотерапии за счет средств федерального или областного бюджетов в рамках соответствующей программы предоставления мер по социальной помощи или поддержки.

5. Методический подход к формированию государственного заказа на лекарственные препараты для лечения ДГПЖ в рамках программ государственной социальной помощи и поддержки.

6. Модель комплексного подхода к оптимизации лекарственного обеспечения пациента с ДГПЖ в Свердловской области.

7. **Личный вклад автора.** Работа является результатом 4-летних исследований (2009-2013 гг.). Формулировка цели и постановка задач исследования, разработка методических подходов к их решению, статистическая обработка и анализ результатов, подготовка диссертации выполнены лично автором.

**Публикации.** По теме диссертационной работы опубликовано 15 научных работ, в том числе 4 в изданиях рекомендованных ВАК РФ.

**Связь задач исследования с проблемным планом научно-исследовательских работ.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава Российской Федерации.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа состоит из введения, литературного обзора и двух глав собственных исследований, заключения и списка использованной литературы, включающего 125 работ, в том числе 62 на иностранном языке. Основной материал изложен на 157 страницах текста, содержит 27 таблиц, 29 рисунков, список иллюстраций и 4 приложения.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности:**

Научные положения диссертации соответствуют специальности 14.04.03 – организация фармацевтического дела. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 1, 2, 3, 4 и 10 паспорта специальности «Организация фармацевтического дела».

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Глава 1. Современный взгляд на проблематику доброкачественной гиперплазии предстательной железы на основе организационно-фармацевтических подходов**

По результатам анализа данных российских и зарубежных авторов нами была обобщена действующая модель подходов к лечению пациентов с ДГПЖ. Отдельно проанализирована организационно-фармацевтическая проблематика лечения ДГПЖ на территории РФ и за рубежом. Выявлена проблема нехватки обоснованных исследований по оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ в РФ, в частности, на региональном уровне.

Лечение пациентов с ДГПЖ является крайне затратной статьёй расхода бюджетов здравоохранения и участников процесса медицинского страхования.

Проблеме лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ были посвящены работы ученых Ягудиной Р.И., Дремовой Н.Б., Аполихина О.И., Овод А. И., Перепановой Т.С., Романовой И.С., Кожановой И.Н., Гавриленко Л.Н., Балунова П.А. Вышеперечисленные авторы внесли огромный вклад в разработку проблематики фармакотерапии ДГПЖ. Научные подходы к решению проблемы рационального использования лекарственных препаратов были описаны отечественными исследователями (Мошкова Л.В., Кобзарь Л.В., Солонина А.В., Гришин А.В., Ростова Н.Б. и др.).

В части лекарственного обеспечения существует оторванность реальной практики назначений от действующих стандартов оказания помощи. Принятому во всем мире стандарту комбинированной терапии ДГПЖ лекарственными препаратами из групп альфа-адреноблокаторов и ингибиторов тестостерон-5-альфа-редуктазы в реальных условиях предпочитается монотерапия альфа-адреноблокаторами (что подтверждается результатами проведенных исследований). В РФ принят стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи, предусматривающий приоритет комбинированной терапии ДГПЖ. Однако его соблюдение требует значительного повышения затрат на фармакотерапию. Кроме того, выявлена проблематика преобладания на рынке лекарственных препаратов из дорогостоящего ценового сегмента, следовательно, сохранение условий недоступности фармакотерапии ДГПЖ при условии лечения за счет личных денежных средств для отдельных категорий пациентов.

Нами рассмотрена система предоставления мер государственной социальной помощи и поддержки в виде предоставления лекарственных препаратов за счет средств федерального и областного бюджетов или из средств ОМС при условии госпитализации. В данном сегменте отсутствует стандартизированный подход к фармакотерапии ДГПЖ на стационарном этапе. Для программ ОНЛП и «Доступные лекарства» существуют противоречия перечней лекарственных препаратов и стандартов оказания помощи.

Выявлены несоответствия условий рыночной среды критериям рационального выбора ЛП для лечения ДГПЖ и отсутствие достоверной статистической информации об уровне заболеваемости для расчета обоснованной потребности в ЛП и соотнесения этих данных с результатами

фармакоэкономических исследований с целью достижения наименьшей стоимости для пациента и общества в целом.

## **Глава 2. Особенности лекарственного обеспечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на региональном уровне**

В РФ частота возникновения заболеваний предстательной железы достаточно высока: на 100 тыс. мужского населения в 2008 г. регистрировалось 529,6 случаев, в Свердловской области заболеваемость выше, чем в среднем по стране, и составила в 2008 г. 659,1 случаев на 100 тыс. мужского населения. Важно также отметить негативную динамику, связанную с увеличением частоты возникновения заболеваний предстательной железы.

Для оценки заболеваемости ДГПЖ в Свердловской области нами была изучена динамика обращаемости пациентов по поводу ДГПЖ на базе урологического кабинета, созданного в г. Ирбит Свердловской области в рамках программы «Урологическое здоровье» в период с 2006-2011 гг. Результаты анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1

Уровень заболеваемости ДГПЖ на примере урологического кабинета г. Ирбита в период с 2006 по 2011 гг.

Год	Число обращений					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Всего,	861	887	852	1076	1479	1054
С диагнозом ДГПЖ, чел	373	370	296	434	268	455
Доля больных ДГПЖ, %	43,3	41,7	34,7	40,3	18,1	43,2

Таким образом, в структуре обращений мужчин доля пациентов с диагнозом ДГПЖ варьирует от 18,1% до 43,3%, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости заболевания. Средняя частота обращения в урологический кабинет по поводу ДГПЖ по результатам нашего исследования составила 36,8%. По данным Свердловского общества урологов 70 % пациентов нуждаются в консервативной фармакотерапии ДГПЖ, общая численность которых составляет 45000 человек. Экстраполируя собственные результаты на статистические данные, можно отметить, что в Свердловской области 33 488 пациентов с ДГПЖ требуют фармакотерапии ежегодно. Причем большая часть пациентов являются пенсионерами. При такой эпидемиологической обстановке огромную важность приобретают программы социальных гарантий для пациентов с ДГПЖ.

Государственная система лекарственного обеспечения больных ДГПЖ необходимыми лекарственными препаратами реализуется как на этапе амбулаторного ведения пациента, так и в случае его госпитализации.

Таким образом, лекарственное обеспечение пациентов с ДГПЖ представляет собой комплексную систему. Анализ данной системы мы проводили в соответствии с алгоритмом представленным на рисунке 1.

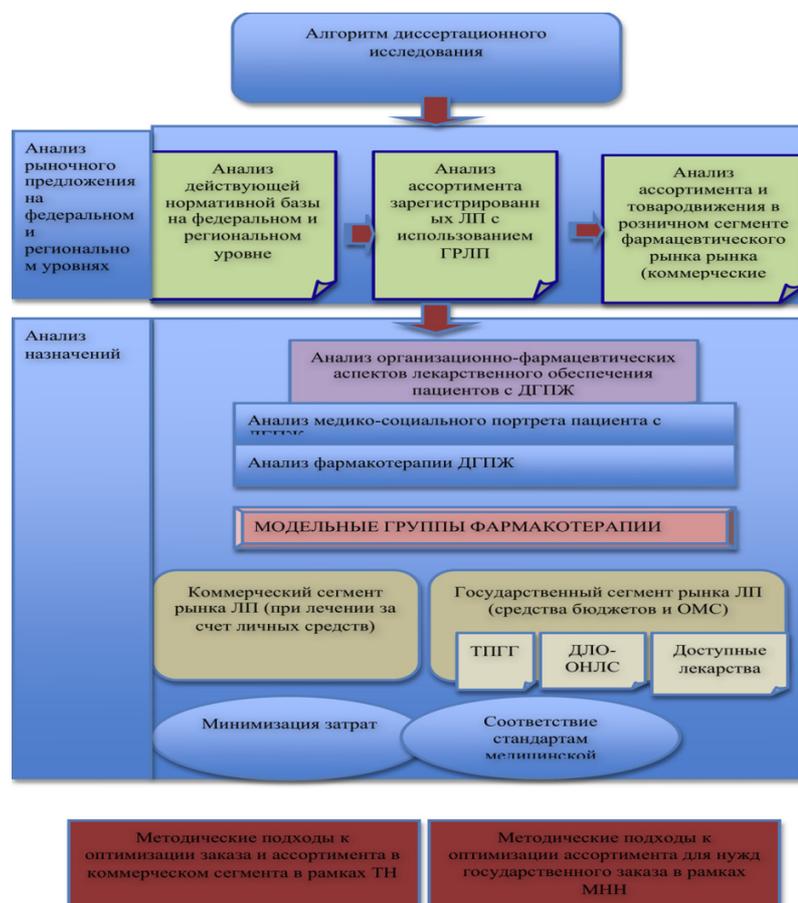


Рисунок 1 - Алгоритм диссертационного исследования

Основу фармакотерапии ДГПЖ согласно Федеральному руководству по использованию лекарственных средств составляют препараты из групп  $\alpha$ -адреноблокаторов, ингибиторов тестостерон-5 $\alpha$ -редуктазы. Регламентация лекарственного обеспечения с использованием ЛП данных групп представлена в таблице 2.

Таким образом, выявлена неравнозначная доступность лекарственной помощи отдельным категориям граждан. Кроме того, существует противоречие регламентирующих перечней МНН ЛП для отдельных категорий граждан с принятым стандартом оказания первичной медико-санитарной помощи, что еще раз подтверждает недоступность фармакотерапии ДГПЖ.

Таблица 2

Регламентация лекарственного обеспечения на федеральном и региональном уровне

	Формулярная система	ЛП, которые могут быть закуплены за счет средств федерального бюджета	ЛП, которые могут быть закуплены за счет средств областного бюджета
Нормативные документы	Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 18.09.2006 №665	Постановление Правительства Свердловской области от 16.11.2010 №1658-ПП
Регламентированные МНН	Алфузозин Тамсулозин Силодозин Финастерид Дутастерид	Доксазозин Тамсулозин Теразозин Финастерид	Доксазозин

Нами изучена динамика регистрации лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ, результаты приведены на рисунке 2.

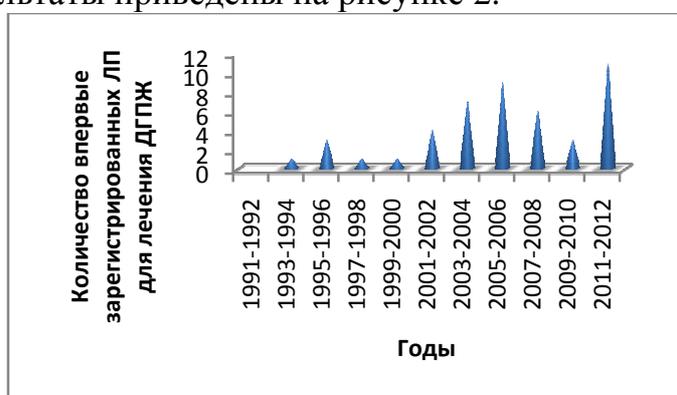


Рисунок 2 – Динамика регистрации лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ в РФ

Для более полного понимания аспектов доступности фармакотерапии ДГПЖ нами был проведен ассортиментный анализ в группе препаратов  $\alpha$ -адреноблокаторов и препаратов ингибиторов тестостерон-5 $\alpha$ -редуктазы (уровень доказательности А) в аптечных организациях г. Екатеринбурга.

В группе МНН представителей ингибиторов тестостерон-5 $\alpha$ -редуктазы, среднесложившийся коэффициент полноты использования для этой группы составляет 0,58. Если сравнивать с группой  $\alpha$ -адреноблокаторов, для которых средний коэффициент полноты использования составил 0,93, то становится очевидным редкое назначение группы препаратов ингибиторов тестостерон-5 $\alpha$ -редуктазы. Группа препаратов ингибиторов тестостерон-5 $\alpha$ -редуктазы назначается существенно реже, чем группа  $\alpha$ -адреноблокаторов. Такая ситуация крайне неблагоприятна, т.к. комбинация ингибиторов тестостерон-5 $\alpha$ -редуктазы и  $\alpha$ -адреноблокаторов является общепринятым стандартом фармакотерапии ДГПЖ.

Наиболее часто назначаемая группа лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ ( $\alpha$ -адреноблокаторов) изучена нами с точки зрения полноты использования (коэффициент полноты использования составил 0,93). Кроме того, нами проведен ABC-анализ по МНН и ТН. При высоком показателе полноты использования ABC-анализ подтвердил неравномерность потребления

препаратов данной группы. При проведении АВС анализа по МНН группу А составляют препараты тамсулозина, причем их доля в товарообороте по всей группе составляет 65,6%. Группа В представлена препаратами теразозина и доксазозина. Доля группы В в аптечном товарообороте составляет -34,23%. Группа С представлена препаратами алфузозина. В данную группу входят как препараты нового поколения, так и устаревшие препараты.

Таким образом, в результате проведенного АВС-анализа нами выявлена неравномерность потребления и тенденция приоритетного отпуска дорогостоящих лекарственных препаратов импортного производства на примере исследуемой группы аптечных организаций на региональном уровне. Мы считаем, что в современных условиях необходима разработка рекомендаций по формированию оптимального ассортимента лекарственных препаратов с учетом требований принятых стандартов оказания медицинской помощи больным ДГПЖ на основе безотказного обеспечения, с высоким уровнем доказанной клинической эффективности и оптимальных по цене, как для пациентов, так и для реализации государственных гарантий.

### **Глава 3. Организационно-фармацевтические аспекты оказания помощи больным с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на всех этапах ведения пациента**

В рамках проведенного нами исследования мы рассмотрели как амбулаторный, так и стационарный этап ведения пациентов с ДГПЖ.

Исследование медико-социального портрета показало, что пациенты, обращающиеся на амбулаторном этапе к врачу-урологу по поводу симптомов нарушения мочеиспускания, обусловленных ДГПЖ, относятся к старшей возрастной категории. В нашем исследовании пациенты с ДГПЖ имели возраст от 51 до 80 лет. Распределение возрастных сегментов показало, что основную часть пациентов (70%) составляют мужчины пенсионного возраста (старше 60 лет). Сопутствующая патология пациентов с ДГПЖ представлена сердечно-сосудистыми заболеваниями (47%) и заболеваниями ЖКТ (17%).

В ходе исследования нами была проведена оценка финансовых затрат пациента на фармакотерапию ДГПЖ.

Затраты пациентов с ДГПЖ на фармакотерапию собственно гиперплазии и сопутствующей патологии варьируют от 600 до 3000 рублей в месяц (рис. 7). Большая часть пациентов расходует от 600 до 1500 рублей в месяц. Если сравнить эти цифры с минимальным размером оплаты труда (5205 рублей), можно сказать, что расходы на фармакотерапию ДГПЖ составляют значительную часть установленного уровня минимально размера оплаты труда.

Большую часть (70%) респондентов составили пенсионеры, соответственно можно соотнести их затраты на лекарственные препараты с

уровнем прожиточного минимума пенсионера в Свердловской области (6 131 рубль).

Таблица 3

## Система модельных групп фармакотерапии ДГПЖ

Модельная группа	МНН	ТН	Доля мод. группы, %	Доля ТН в гр. %	CD1	Предложено ТН	CD2	CMR	Q%
А	тамсулозин	Омник	30,6	86,8	628	Сонизин	435	193	44
		Сонизин		5,7					
		Фокусин		7,5					
В	тераозин	Корнам	17,8	12,9	725,8	Тераозин (РФ)	500	226	45
		Сетегис		77,4					
		Тераозин		9,7					
С	тамсулозин ОКАС	Омник ОКАС	9,8	100	1362	Омник ОКАС	1362	0	0
D	доксаозин	Кардура	5,7	20	420,5	Доксаозин ЗиО Здоровье	200	220	110
		Зоксон		30					
		Камирен		10					
		Артезин		20					
		Доксаозин Здоровье		20					
E	тамсулозин+финастерид	Омник+Финаст	10,3	33	1327,8	Сонирид ДУО	750	578	77
		Омник+Пенестер		11					
		Омник+Альфинал		28					
		Омник+Проскар		11					
		Сонизин+Финаст		0					
		Сонизин+Финастерид		0					
		Омник+Финастерид		17					
F	тамсулозин+дугастерид	Омник+Аводарт	7,5	100	2687	Омник+Аводарт	2687	0	0
G	фиксированная комбинация	Сонирид Дуо	4	100	750	Сонирид Дуо	750	0	0
H	силлодозин	Урорек	2,3	100	580	Урорек	580	0	0
I	алфуозин	Дальфаз	2,3	100	1446	Дальфаз	1446	0	0
		Алфуозин		0		Алфуозин		0	0
J	дугастерид	Аводарт	4	100	2030	Аводарт	2030	0	0
K	тамсулозин ОКАС+дугастерид	Омник ОКАС+Аводарт	2,3	100	3392	Омник ОКАС+Аводарт	3392	0	0
L	тераозин+финастерид	Корнам+Финаст	0,6	0	1105	Тераозин (РФ)+Финаст	830	275	33
		Сетегис+Финаст		100					
		Тераозин+Финаст		0					
M	силлодозин+дугастерид	Урорек+Аводарт	1,1	100	2610		2610	0	0
N	силлодозин+финастерид	Урорек+Проскар	1,1	100	1330	Урорек+Финаст	910	420	46
O	тамсулозин ОКАС+финастерид	Омник ОКАС+Пенестер	0,6	100	1762	Омник ОКАС+Финаст	1692	70	4
Средневзвешанная стоимость					2128		935		

Таким образом, затраты большей части пациентов в нашем исследовании составили до 30% от МРОТ и до 24% от прожиточного минимума пенсионеров в СО. В ходе анализа нами представляется целесообразным выделение модельных групп фармакотерапии ДГПЖ.

Данные группы представляют собой сложившиеся в клинической практике методики лекарственной помощи пациентам, структурированные по международным непатентованным наименованиям. Для коммерческого сегмента рынка лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ нами выделено 15 модельных групп фармакотерапии (таблица 3). Распределение модельных групп по стоимости и частоте назначения представлены на рисунке 3 (группы комбинированной терапии обозначены красным цветом).

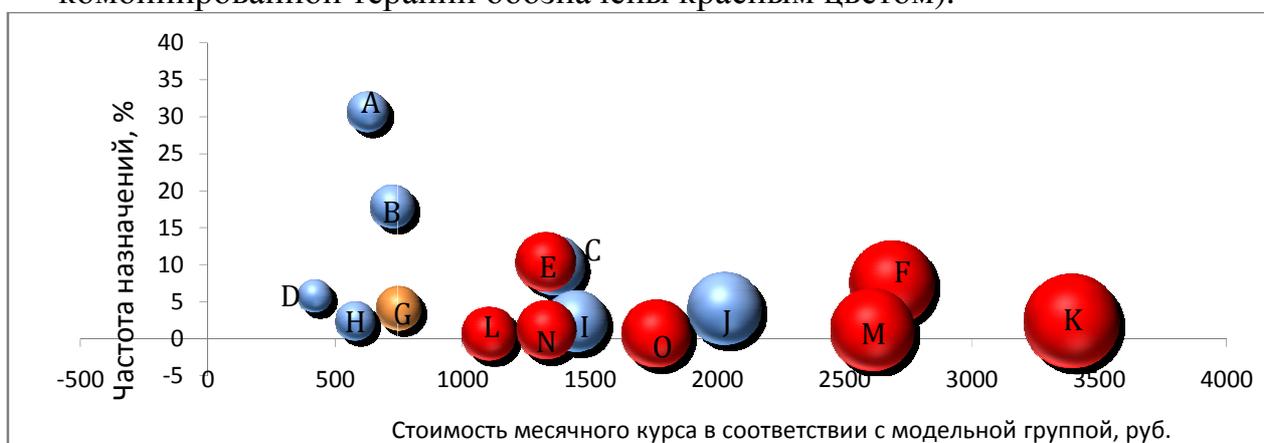


Рисунок 3 - Распределение модельных групп фармакотерапии ДГПЖ

Кроме того, значимым является анализ конкретных торговых наименований лекарственных препаратов, входящих в модельные группы фармакотерапии. Такой анализ особенно актуален для представления об оптимальном ассортиментном предложении для розничных и оптовых фармацевтических организаций, т.к. формирование ассортиментного портфеля в коммерческом сегменте фармацевтического рынка по существу происходит в соответствии с торговыми наименованиями.

Анализ в разрезе торговых наименований имеет социальную направленность в связи с тем, что конкретные торговые наименования лекарственных препаратов привязаны к зарегистрированным в установленном порядке максимальным отпускным ценам (в случае принадлежности ЛП к перечню ЖНВЛП). Лекарственные препараты со свободной отпускной ценой также входят в устоявшиеся ценовые сегменты.

Таким образом, с точки зрения социальной направленности нашего исследования необходимо углубление анализа до уровня торговых наименований. В этом случае можно оценить аспекты ценовой доступности фармакотерапии ДГПЖ в реальных рыночных условиях. Применительно к сегменту государственного заказа подход к анализу, по нашему мнению, должен строиться в рамках МНН в соответствии с действующим

законодательством РФ в области закупок товаров и услуг для нужд государственных заказчиков.

Основной целью ассортиментной оптимизации для оптового и розничного звена фармацевтического рынка является обеспечение ценовой и ассортиментной доступности лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ населению при условии лечения за счет личных денежных средств. Разработка и внедрение данных рекомендаций особенно актуальны в связи с высоким уровнем социальной незащищенности пациентов с ДГПЖ пенсионного возраста, не имеющих право на предоставление мер государственной социальной помощи и региональной социальной поддержки.

Рекомендации для формирования ассортимента по данной группе учитывают:

- Реальную практику назначения группы лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ в Свердловской области.
- Стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с ДГПЖ.
- Аспект ценовой доступности лекарственных препаратов.

Долевое распределение учитывалось нами на уровне торговых и международных непатентованных наименований лекарственных препаратов. Также мы учитывали частоту назначений лекарственных препаратов согласно действующему стандарту оказания первичной медико-санитарной помощи.

Важнейшим фактором формирования ассортимента лекарственных препаратов для лечения хронического прогрессирующего заболевания, которому подвержены пациенты старшей возрастной категории является ценовая доступность. Очевидно, что для данной группы пациентов необходим специфический подход к лекарственному обеспечению за счет личных денежных средств.

Таблица 4

Матрица формирования ассортимента лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ (коммерческий сегмент)

ДГ	Распределение по МНН															
	МНН по стандарту										МНН по результатам собственного исследования					
90%	Тамсулозин		Силодозин		Алфулозин		Финастерид		Дутастерид		Теразолин		Доксазолин		Фиксированная комбинация	
	1										0,23					
Распределение по ТН	Дст	0,3		0,3		0,3		0,5		0,5		0,15		0,05		0,03
		ДЭ		ДЭ		ДЭ		ДЭ		ДЭ		ДЭ		ДЭ		ДЭ
10%	Омник	0,72	Урорек	1	Дальфаз	1	Финаст	0,32	Аводарт	1	Корнам	0,13	Кардура	0,2	Сонирид ДУО	1
	Сонизин	0,03					Пенестер	0,09			Сетегис	0,78	Зоксон	0,3		
	Фокусин	0,04					Альфинал	0,23			Теразолин	0,09	Камирен	0,1		
	Омник ОКАС	0,21					Финастерид	0,18					Артезин	0,2		
							Проскар	0,18					Доксазолин Здоровье	0,2		
10%	МНН по стандарту										МНН по результатам собственного исследования					
	Тамсулозин		Силодозин		Алфулозин		Финастерид		Дутастерид		Теразолин		Доксазолин		Фиксированная комбинация	
10%	1										0,23					
	Дст	0,3		0,3		0,3		0,5		0,5		0,15		0,05		0,03
	Сонизин	1	Урорек	1	Дальфаз	1	Финаст	1	Авдарт	1	Теразолин	1	Доксазолин Здоровье	1	Сонирид ДУО	1

Коммерческий сегмент фармацевтического рынка на данный момент преимущественно предлагает фармакотерапию лекарственными препаратами высокого ценового сегмента. Формирование заказа и поддержку ассортимента мы предлагаем осуществлять в соответствии с матрицей, представленной в таблице 4.

Система формирования ассортиментной политики по данной группе лекарственных препаратов (наряду с другими ФТГ) может быть интегрирована в систему автоматизации работы фармацевтической организации. В соответствии с формулой  $P=(D1*D2*N+D2*N)*K$  можно рассчитать количество упаковок лекарственного препарата конкретного ТН (где  $D1$  – доля ассортиментной группы по показателю ценовой доступности,  $D2$  – доля конкретного ТН по результатам исследования,  $Dст$  – доля в соответствии с действующим стандартом,  $N$  – прогнозируемое количество пациентов (обращений),  $K$  – коэффициент пересчета курсовой дозы (DDD) на упаковки).

Результаты нашего исследования фармакотерапии в рамках программы ОНЛП (32% пациентов с ДГПЖ) представлены в таблице 5.

На основании анализа амбулаторных карт пациентов нами были предложены рекомендации для формирования государственного заказа для исследуемой группы ЛП. По данным нашего исследования лишь 53% пациентов с ДГПЖ, входящих в льготную категорию получают лекарственные препараты в соответствии с действующим стандартом в части МНН входящих в принятый стандарт. Более того лишь 12% пациентов получает комбинированную терапию. Таким образом, терапию в полном соответствии со стандартом ведения пациентов с ДГПЖ на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи получают лишь 4.8% пациентов (комбинации Теразозин+Финастерид и Доксазозин+Финастерид не предусматриваются стандартом). Такая ситуация противоречит государственной регламентации в системе лекарственного обеспечения пациентов, имеющих право на государственную социальную помощь и требует внедрения комплексной оптимизации.

Для формирования ассортиментного портфеля лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ в структуре государственного заказа нами предложена система расчета потребности в конкретных МНН (таблица 6).

Таким образом, государственные заказчики на основании предложенной нами матрицы могут формировать ассортиментный портфель лекарственных препаратов, исследуемой группы.

Для непосредственных расчетов количества упаковок конкретных МНН мы предлагаем использовать формулу, приведенную ниже.

$$n_{уп} = N * D1 * D2 * K$$

При расчете мы предлагаем использовать частотные коэффициенты  $D1$  и  $D2$  (таблица 25), определенные нами в результате анализа фармакотерапии из амбулаторных карт (для тамсулозина  $D1=0,53$ ,  $D2=0,3$ ). При этом, следует

обратить внимание на пересчетный коэффициент  $K_{\text{при}} \text{ при переходе от DDD дозы к дозе в соответствии с формой выпуска (для тамсулозина } K=0,4/0,4=1)$ .

Таким образом, количество упаковок лекарственных препаратов тамсулозина (МНН) на плановый период должно составить  $1000 \cdot 0,53 \cdot 0,3 \cdot 1 = 159$  (уп.) на 1000 пациентов.

Таблица 5

Фармакотерапия ДГПЖ на амбулаторном уровне пациентов, имеющих право на получение государственной социальной помощи

МНН	К-во пациентов	%	ТН	К-во пациентов	%	Стоимость DDD/мес. руб.	Присутствие МНН в стандарте
Альфузозин	3	2,4	дальфаз	3	2,4	1382	+
Доксазозин	14	11,2	артезин	5	4	297	-
			зоксон	7	5,6	300	
			камирен	2	1,6	542	
Доксазозин +Финастерид	3	2,4	зоксон+финаст	1	0,8	580	-
			кардура+финаст	1	0,8	890	
			кардура+проскар	1	0,8	930	
Фиксированная комбинация	5	4	сонирид дуо	5	4	650	-
Силодозин	3	2,4	урорек	3	2,4	470	+
Силодозин +Дутастерид	1	0,8	урорек+аводарт	1	0,8	2302	+
Тамсулозин	46	36,8	сонизин	28	22,4	360	+
			омник	5	4	560	
			фокусин	13	10,4	397	
Тамсулозин ОКАС	9	7,2	омник окас	9	7,2	1208	+
ТамсулозинОКА С +Дутастерид	1	0,8	омник окас, аводарт	1	0,8	3040	+
Тамсулозин +Финастерид	3	2,4	сонизин, финастерид	1	0,8	560	+
			сонизин, финаст	1	0,8	640	
			омник, финаст	1	0,8	840	
Теразозин	35	28	корнам	14	11,2	526	-
			сетегис	9	7,2	720	
			теразозин	12	9,6	420	
Теразозин +Финастерид	2	1,6	корнам+финаст	1	0,8	806	-
			теразозин+финаст	1	0,8	700	

Предложено расширить ассортимент лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ в территориальной программе «Доступные лекарства»,купаемых за счет средств субъекта Свердловской области. Учитывая большой груз сопутствующих болезней, особенно для лиц старшего возраста, наблюдается удорожание медицинской помощи, что требует соответствующего отражения в стандартах и включения в перечень ЖНВЛП препаратов

дугастерида, силодозина и фиксированной комбинации тамсулозина и финастерида.

Таблица 6

Матрица формирования ассортимента лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ (государственный заказ)

		Распределение по МНН							
		МНН по стандарту			МНН, назначаемые пациентам, не вошедшие в стандарт			МНН по стандарту	
		Тамсулозин	Силодозин	Алфузозин	Теразозин	Доксазозин	Фиксированная комбинация	Финастерид	Дугастерид
	Д 1	0,53			0,47			1	
	Д 2	0,3	0,3	0,3	0,65	0,26	0,09	0,5	0,5
Распределение по ТН		Омник	Урорек	Дальфаз	Корнам	Кардура	Сонирид ДУО	Финаст	Аводарт
		Сонизин			Сетегис	Зоксон		Пенестер	1
		Фокусин			Теразозин	Кампрен		Альфинал	
		Омник ОКАС				Артезин		Финастерид	
						Доксазозин Здоровье			
		Альфа-адреноблокаторы						Ингибиторы тестостерон-5-альфа редуктазы	

С целью повышения доступности лекарственной помощи для лиц трудоспособного возраста рекомендовано включить в региональную целевую программу «Урологическое здоровье мужчины» подпрограмму «Лекарственная помощь», что позволит сократить затраты на амбулаторном этапе лечения.

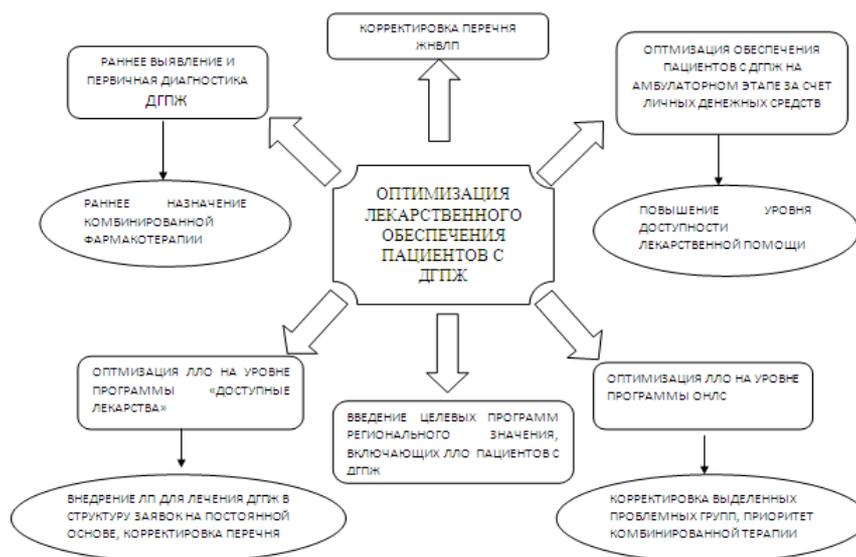


Рисунок 4 - Методические подходы к оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ в Свердловской области

Проведен расчет минимальной потребности в лекарственных препаратах. Возможным источником финансирования может быть бюджет субъекта федерации (СО). Система функционирования данной программы в перспективе могла бы быть максимально схожей с уже реализуемой областной программой «Доступные лекарства». Включение пациента в действующую программу могла бы осуществляться посредством диспансеризации и конкретно, посещения урологического кабинета в рамках программы «Урологическое здоровье мужчины в Свердловской области».

При использовании наших рекомендаций объем финансирования на 1000 пациентов с ДГПЖ составит 1 679 454 руб. на один год.

По данным Свердловского отделения Российского общества урологов, более 130 тыс. мужчин старше 50 лет ежегодно обращаются за урологической помощью. К сожалению точной официальной статистики обращений пациентов пенсионного возраста, с ДГПЖ нет в открытом доступе. По результатам нашего исследования порядка 17% пациентов, приходящих на прием к поликлиническому специалисту-урологу являются пенсионерами и при этом не являются льготниками. Экстраполируя данную частоту на статистику общества урологов можно сказать, что порядка 22 тыс. пациентов ежегодно нуждаются в государственном софинансировании фармакотерапии ДГПЖ.

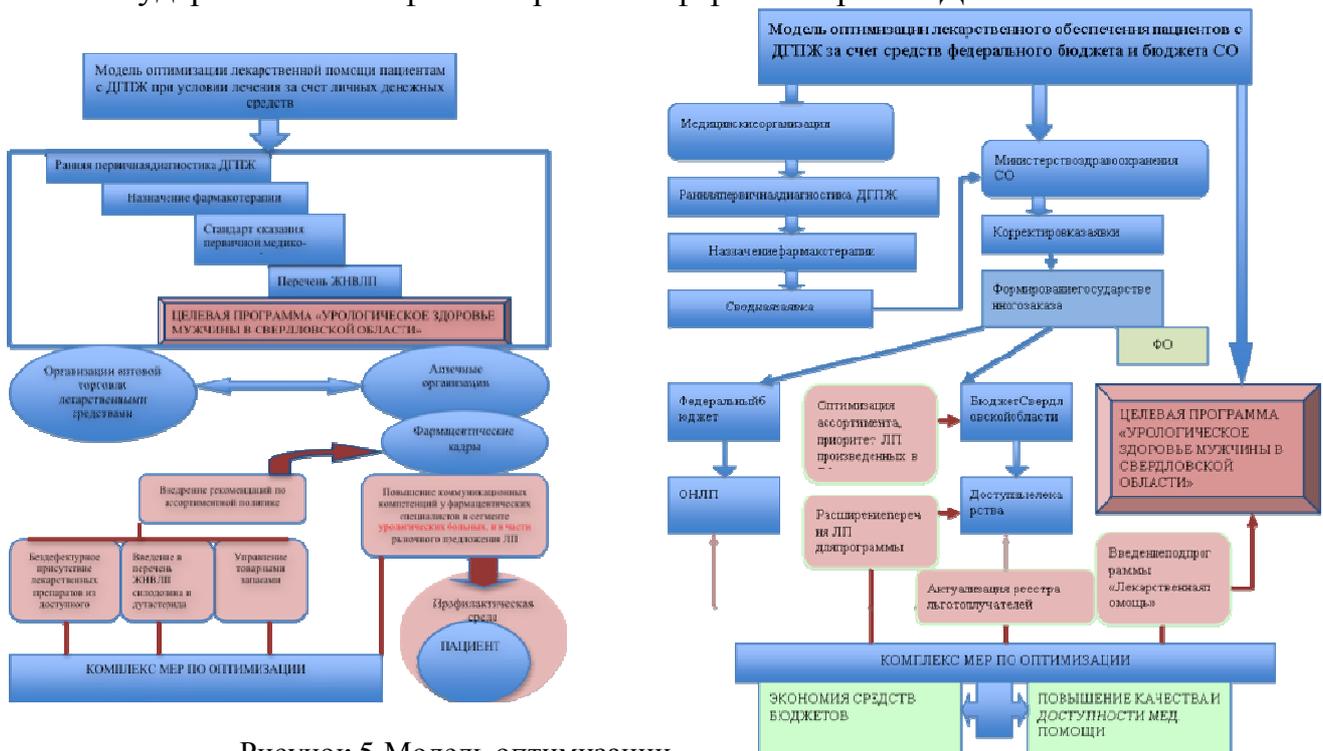


Рисунок 5-Модель оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ на амбулаторном уровне слева коммерческий сегмент, справа сегмент государственного заказа

Таким образом, по нашим расчетам внедрение подпрограммы «Лекарственная помощь» потребует финансирование в размере 36 948 004 руб. ежегодно.

Модель оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ в Свердловской области представлена на рисунке 4.

Разработанные предложения по оптимизации ассортиментной политики для фармацевтических организаций отражены в модели (рисунок 5) и реализованы в практической деятельности, что подтверждено актами внедрения.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

По результатам анализа данных российских и зарубежных авторов нами была обобщена существующая на данный момент модель подходов к лечению пациентов с ДГПЖ. Отдельно проанализирована организационно-фармацевтическая проблематика лечения ДГПЖ на территории РФ и по данным зарубежных авторов. В результате собственного анализа всех этапов ведения пациента были выявлены негативные тенденции, которые, по нашему мнению, не могут не сказываться на доступности лекарственной помощи пациентам, страдающим ДГПЖ.

Изучены аспекты доступности лекарственной помощи пациентам с ДГПЖ на основе оценки маркетинговых показателей ассортимента на примере 120 аптечных организаций. Выявлена неравномерность потребления групп  $\alpha$ -адреноблокаторов (коэффициент полноты использования составляет 0,93) и группы тестостерон-5 $\alpha$ -редуктазы (коэффициент полноты использования составляет 0,58). По результатам проведенного ABC-анализа выявлена неравномерность во вкладе отдельных лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ в общую конъюнктуру потребления ЛП для лечения данного заболевания. Группу А составили 4 импортных лекарственных препарата высокой ценовой категории. В группах, сформированных в результате ABC-анализа, отсутствуют лекарственные препараты, произведенные в РФ. Таким образом, по результатам проведенных исследований нами показана низкая ассортиментная и ценовая доступность лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ в розничном аптечном сегменте Свердловской области. Установлено, что 40% пенсионеров, попавших в наше исследование, приобретают лекарственные препараты для лечения ДГПЖ за счет личных денежных средств.

Проведен организационно-фармацевтический анализ фармакотерапии ДГПЖ на амбулаторном уровне. Доля пациентов, приобретающих ЛП за счет личных денежных средств, составила 68%. Для данной когорты пациентов было выделено 15 модельных групп фармакотерапии и предложена методика минимизации затрат в данных группах.

Предложен методический подход к формированию ассортиментной политики для группы лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ в аптечных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными препаратами. Рекомендации построены с учетом федерального стандарта оказания первичной медико-санитарной помощи, конъюнктуры спроса на данные лекарственные препараты, учтен уровень ценовой доступности лекарственных препаратов. Получена ассортиментная матрица, состоящая из конкретных торговых наименований ЛП. Предложена методика расчета потребности в лекарственных препаратах для анализируемой группы.

Нами был проведен организационно-фармацевтический анализ фармакотерапии ДГПЖ пациентов, имеющих право на получение мер государственной социальной помощи и государственной поддержки на территории Свердловской области. Показано несоответствие фармакотерапии ДГПЖ пациентов (программа ОНЛП) требованиям действующего стандарта оказания первичной медико-санитарной помощи, установлено, что 47% пациентов получают фармакотерапию лекарственными препаратами, входящими в действующий стандарт, при этом лишь 12% получают комбинированную терапию.

Разработан методический подход к формированию государственного заказа на лекарственные препараты для лечения ДГПЖ. Предложена ассортиментная матрица ЛП, актуализированная по МНН и учитывающая требования действующего стандарта оказания первичной медико-санитарной помощи и аспекты приверженности пациентов с ДГПЖ к конкретным МНН.

Предложена модель комплексной оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ на региональном уровне на основе стандартов оказания медицинской помощи, оценки доступности и конъюнктуры потребления лекарственных препаратов данной группы. Данная модель позволяет разработать рекомендации по формированию ассортиментной политики для розничного сегмента фармацевтического рынка и для системы гарантированного лекарственного обеспечения. В рамках действующей региональной целевой программы «Урологическое здоровье мужчины» разработана подпрограмма «Лекарственная помощь» для повышения доступности лекарственного обеспечения пациентам, не имеющим права на предоставление мер государственной социальной помощи или социальной поддержки в рамках действующего законодательства. Рассчитана инвестиционная стоимость внедрения подпрограммы. Предложены меры по расширению ассортиментного портфеля лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ в рамках территориальной программы государственных гарантий на этапе специализированной медицинской помощи.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Петров А.Л. Оценка скорости внедрения на рынок препаратов группы тамсулозина/ А.Л. Петров, Г.Н. Андриянова.// Вестник Уральской медицинской и академической науки. – 2011. – № 3/1 (37). – С. 14 – 15.
2. Петров А.Л. Лекарственное обеспечение пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / А.Л. Петров.// Здоровье семьи 21 век. – 2013.– №2.
3. Петров А.Л. Экономическая обоснованность медикаментозного и хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы /А.Л. Петров, Г.Н. Андриянова. // «Фармация и общественное здоровье»: материалы ежегодной конференции. – Екатеринбург. – 2010. – С. 451-452.
4. Петров А.Л. Маркетинговый анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых при терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.Л. Петров, Г.Н. Андриянова. // «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины»: материалы 68-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной 75-летию ВолГМУ. – Волгоград. – 2010. – С. 319.
5. Петров А.Л. Исследование основных представителей класса альфа-адреноблокаторов, применяемых для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в условиях аптечной организации методом АВС-анализа / А.Л. Петров, Г.Н. Андриянова. // «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»: материалы 66-й всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием. – Екатеринбург. – 2011. – С. 536-538.
6. Петров А.Л. Оценка потребления лекарственных средств группы альфа-адреноблокаторов на примере УрФО/ А.Л. Петров, Г.Н. Андриянова //«Фармация и общественное здоровье»: материалы ежегодной конференции. – Екатеринбург. – 2011. – С. 207 - 209.
- 7.Петров А.Л. Применение АВС-анализа для оценки степени влияния товарной группы альфа-адреноблокаторов на товарооборот аптечной организации на примере УрФО/ А.Л. Петров, Г.Н. Андриянова. // «Фармация и общественное здоровье»: материалы ежегодной конференции. – Екатеринбург. – 2011. – С. 209-211.
8. Петров А.Л. Анализ потребления лекарственных средств, применяемых для лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы/ А.Л. Петров, Г.Н. Андриянова. // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2011. – №1. – С. 63.
- 9.Озорнина Н.П. Изучение лекарственного обеспечения граждан с диагнозом ДГПЖ в рамках федеральной программы «ОНЛП»/ Н.П. Озорнина, А.Л. Петров

// «Фармация и общественное здоровье»: материалы ежегодной конференции. – Екатеринбург. – 2012. – С.252-253.

10. Петров А.Л. Оценка роли федеральной и региональной программы льготного обеспечения лекарственными средствами для ДГПЖ/ А.Л. Петров, Г.Н. Андрианова.// «Человек и лекарство»: материалы XIX Российского национального конгресса. – Москва. – 2012. – С. 450.

11. Петров А.Л. Оценка лекарственного обеспечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы на амбулаторном и стационарном уровнях/ А.Л. Петров, Г.Н. Андрианова. // «Фармация и общественное здоровье»: материалы ежегодной конференции. – Екатеринбург. – 2012. – С. 264 – 266.

12. Петров А.Л. Сравнительная характеристика программ льготного обеспечения граждан лекарственными средствами на федеральном и региональном уровне в группе пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы /А.Л. Петров, Г.Н. Андрианова. // «Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сборник научных трудов – Пятигорск. – 2012. – С. 492-493.

13. Петров А.Л. Особенности лекарственного обеспечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на амбулаторном уровне / А.Л. Петров. // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2013. - №1. – С. 46.

14. Петров А.Л. Лекарственное обеспечение пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на амбулаторном и стационарном уровнях /А.Л. Петров, Г.Н. Андрианова. // Вестник Уральской государственной медицинской академии. – 2013. – Вып. 26. – 86-88 с.

15. Петров А.Л. Изучение маркетинговых показателей ассортимента лекарственных препаратов для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в аптечных организациях г. Екатеринбурга / А.Л. Петров. // Фармацевтический кластер как интеграция науки, образования и производства: сб. материалов III Междунар. науч. конф. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013. – 62-64.

### **Петров Алексей Львович (Россия)**

#### **Оптимизация лекарственного обеспечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на примере Свердловской области**

Изучена система лекарственного обеспечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) на региональном уровне. Проведен анализ доступности лекарственной помощи пациентам с ДГПЖ в Свердловской области с применением маркетингового,

контент-анализа, ABC-анализа. Выявлена тенденция малой доступности фармакотерапии ДГПЖ для населения Свердловской области. Проанализирована система льготного лекарственного обеспечения на региональном уровне. Проведен организационно-фармацевтический анализ ДГПЖ. Предложена система комплексной оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ, включающая рационализацию подходов к формированию ассортиментной политики в розничном и оптовом звене фармацевтического рынка Свердловской области с использованием разработанных ассортиментных матриц, корректировку перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. В качестве перспективного подхода к оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с ДГПЖ предложено развитие региональной целевой программы «Урологическое здоровье мужчины в Свердловской области» с включением подпрограммы «Лекарственная помощь».

**Alexey Petrov (Russia)**

**Optimization of drug supply patients with benign prostatic hyperplasia by the example of the Sverdlovsk region**

Studied drug supply patients with benign prostatic hyperplasia at the regional level. The analysis of the availability of pharmaceutical care to patients with BPH in the Sverdlovsk region using marketing, content analysis, the ABC analysis. The tendency of low availability of pharmacotherapy for BPH in Sverdlovsk region. The system of subsidized drug coverage at the regional level. Pharmacoeconomic analysis conducted by BPH minimize costs. A system of integrated optimization of drug supply patients with BPH, including the streamlining of approaches to the development of assortment policy in the retail and wholesale sector pharmaceutical market in the Sverdlovsk region, updating the list of vital and essential drugs. As a forward-looking approach to the optimization of drug supply patients with BPH proposed development of the regional target program "The urological health of men in the Sverdlovsk region" with the inclusion of sub-program "Pharmaceutical care".

Отзывы на автореферат просим направлять в трех экземплярах с заверенными печатью подписями по адресу: 614990, г. Пермь, ул. Полевая, 2. Пермская государственная фармацевтическая академия, ученому секретарю диссертационного совета Н.В. Слеповой. Факс: ( ) . E-mail: .