

УДК: 615.1 – 617.96

Туева И.А.¹, Геллер Л.Н.², Мымрина А.Л.¹**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПРОВИЗОРА В РАМКАХ ГОСЗАКУПОК (ГОСПИТАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ)***ГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет*

Резюме. Формирование рациональной лекарственной политики медицинской организации требует учета многомерности воздействия лекарственных препаратов, включая клинические, фармацевтические, социальные, экономические и др. аспекты. Поэтому оптимизация работы по госзакупкам продукции, соблюдение баланса интересов социального и коммерческого направлений отечественного фармацевтического рынка требуют непосредственного участия в ней специалистов в вопросах лекарствоведения – фармацевтических работников. Участвуя в формировании тактики лечения конкретного больного, фармацевтические работники, определяя потребность в медикаментах с учетом имеющихся остатков, реально владеют информацией о необходимой и фактической потребности в объеме коечного фонда отделений, что будет способствовать совершенствованию фармацевтической помощи.

Ключевые слова. Фармацевтическая помощь, информационные технологии, фармацевтические кадры, отделение реанимации и интенсивной терапии.

*Tueva I.A.¹, Heller L.N.², Mymrina A.L.¹***PROFESSIONAL COOPERATION OF DOCTORS AND PHARMACISTS IN THE FRAMEWORK OF PUBLIC PROCUREMENT (HOSPITAL LEVEL)**

Summary. The establishment of a reasonable drug policy of medical organization requires taking into account the multidimensional impact of medicines, including clinical, pharmaceutical, social, economic aspects and so on. Therefore, optimization of public procurement of goods, balance of interests of the social and commercial areas of the pharmaceutical market requires the direct participation of experts in pharmacology– pharmaceutical workers. Taking part in the formation of tactics of a particular patient treatment, pharmaceutical workers specify the need for medicines. They also take into account existing balances and have real information about the desired and actual needs of the number of beds in the departments that will contribute to the improvement of pharmaceutical care.

Keywords. Pharmaceutical care, information technology, pharmaceutical personnel, resuscitation and intensive therapy department.

Введение. Характерной чертой отечественной системы здравоохранения и фармации является поиск наиболее эффективных способов повышения качества оказания медицинской и фармацевтической помощи (МП и ФП) и разработка путей оптимизации баланса интересов социального и коммерческого направлений отечественного фармацевтического рынка, включающего экономические, фармацевтические, медицинские, социальные, информационные и другие виды измерений лекарственных препаратов (ЛП) [2]. Одним из механизмов достижения подобного баланса измерений является организация оптимальной фармакотерапии и рациональное использование ЛП. Под рациональным понимается такое их использование, при котором выбор и назначение ЛП специалистами осуществляется в соответствии с терапевтическими потребностями и особенностями пациентов, с обоснованным доказательством эффективности и безопасности препаратов, принципами целесообразности их использования, результатами фармакоэкономических исследований, с наименьшими финансовыми затратами для пациентов и общества в целом [1, 3].

Являясь ключевой научной категорией фармации, ЛП обуславливают основные направления профессиональной деятельности провизора в системе здравоохранения и точки его профессионального соприкосновения с медицинским персоналом. Наличие органичной и постоянной взаимосвязи ЛП и фармации и, распространение этой взаимосвязи на все виды профессиональной деятельности фармацевтических работников, позволяет говорить о необходимости выстраивания и развития системы терапевтических взаимоотношений врачей и

провизоров, о высокой степени влияния уровня, качества и объема ФП на результат фармакотерапии и лечения в целом.

Становление и совершенствование подобной формы сотрудничества актуально в силу сложной кадровой и финансовой ситуации в системе оказания МП и ФП.

По статистике за последние пять лет количество аптек в медицинских организациях (МО) юга Кемеровской области снизилось на 25%. В действующих аптеках МО произошло изменение видов фармацевтической деятельности и существенное сокращение штата сотрудников – закрытие отделов аптечного изготовления. Как свидетельствуют данные статистики, провизоры-аналитики и провизоры-технологи МО не остались в стационарах, а перешли работать в розничные сети. На сегодняшний день многие аптеки МО имеют в своем штате заведующую, двух-трех фармацевтов, занятых исключительно получением, хранением, отпуском готовых ЛП и изделий медицинского назначения (ИМН).

Формирование потребности в ЛП и ИМН для МО стало приоритетным направлением деятельности экономистов и контрактных управляющих. Подобная «искаженная» форма лекарственного обеспечения на госпитальном уровне породила целый ряд проблемных вопросов: некорректность формирования заявки, истечение сроков годности ЛП и ИМН, дублирование ЛП по международному непатентованному наименованию и др.

В результате на сегодняшний день вопрос формирования рациональной лекарственной политики на госпитальном уровне оказания МП и ФП, в частности в рамках госзакупок, стоит особенно остро.

Цель исследования. Обоснование и разработка на основе кластерного принципа профессионального терапевтического взаимодействия (ТВ) в системе: «врач – провизор» в формате информационно-интеграционной технологии в рамках единого информационно-справочного поля (ЕИСП) (на примере отделения реанимации и интенсивной терапии).

Материалы и методы. В процессе разработки системы профессионального ТВ использовалось логическое и математическое моделирование. На первом этапе, на основе системы поддержки принятия решения (СППР) осуществлялась постановка многокритериальной задачи по выбору начальной точки лечения. С этой целью нами, совместно с врачами-реаниматологами МБЛПУ «ГКБ №1» (г. Новокузнецк), была избрана тактика выбора антибактериальной терапии (АБТ) на основе объективной прогностической шкалы оценки степени тяжести состояния больных на этапе реанимации и интенсивной терапии (ЭРИТ) APACHE II. Использование данной оценочной шкалы позволяет врачу прогнозировать исход лечения и выбирать тактику АБТ, провизору формировать качественное и количественное наполнение фармакотерапии [4]. Для этого 123 тяжелых пациентов (степень тяжести по шкале APACHE II ≥ 9 баллов) ЭРИТ хирургического профиля за период 2004–2010гг. были разделены на две группы:

- с использованием деэскалационного принципа – начальное эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия;
- с использованием эскалационного принципа – начальное эмпирическое назначение антибиотиков узкого спектра действия.

Выбор альтернативного варианта начальной тактики АБТ заключается в последовательной декомпозиции, выделении и оценке факторов, определяющих исход лечения. При этом нами обоснованы и выделены экономико-фармацевтические и медицинские показатели, временные затраты, числовые значения которых получены в результате статистической обработки данных контент-анализа 123 медицинских карт выбранных пациентов ЭРИТ и данных экспертных оценок. Дальнейшая декомпозиция рассматриваемого процесса позволила провести более углубленную детализацию полученных критериев [2, 3].

На втором этапе (непосредственно сам процесс моделирования) был использован метод многокритериального анализа (метод анализа иерархий). Алгоритм оценки вариантов решений с использованием данного метода заключался в осуществлении последовательных пошаговых вычислительных действий, в основе которых заложено экспертное определение основных критериев, влияющих на предпочтение использования соответствующего ЛП, их ранжирование и нормализация [2, 3].

В ходе апробации эффективности разработанного нами кластерного принципа взаимодействия врача-реаниматолога и провизора оценивалось наличие статистических связей между следующими показателями: степенью тяжести пациента, длительностью его пребывания на ЭРИТ, затратами на фармакотерапию. С этой целью пациенты внутри групп с деэскалационным и эскалационным принципом АБТ были распределены по степени тяжести состояния на две подгруппы: значения по АРАСНЕ II составили от 9 до 15 баллов и ≥ 15 баллов.

Статистический анализ данных проведен с помощью пакета SPSS Statistics 19. Попарное межгрупповое сравнение показателей произведено с использованием ранговой корреляции Спирмена. Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. В результате статистической обработки данных в группе с деэскалационным принципом АБТ выявлены следующие закономерности:

- в подгруппе со значением АРАСНЕ II в интервале от 9 до 15 баллов показатель степени тяжести состояния больного оказывает непосредственное влияние на длительность лечения ($r=0,7037$, $p=0,0023$ – сильная значимая прямая корреляция) и затраты на фармакотерапию ($r=0,6161$, $p=0,0110$ – средняя значимая прямая корреляция). Следует отметить наличие средней прямой значимой взаимосвязи между длительностью лечения и затратами на фармакотерапию ($r=0,6796$, $p=0,0038$);
- в подгруппе со значением АРАСНЕ II ≥ 15 баллов также наблюдается прямое влияние показателя степени тяжести состояния больного на длительность пребывания в ОРИТ ($r=0,8985$; $p<0,0001$ – сильная прямая значимая корреляция) и затраты на фармакотерапию ($r=0,7273$; $p<0,0001$ – сильная прямая значимая корреляция).

Также наблюдается сильная прямая значимая корреляция между длительностью лечения и затратами на фармакотерапию ($r=0,8209$; $p<0,0001$).

Полученные результаты (значения r в интервале от 0,6161 до 0,8985; $p<0,05$) позволяют говорить о наличии прямой значимой тесной и средней силы зависимости результата лечения от скоординированности профессионального взаимодействия врача и провизора.

Использование метода анализа иерархий позволило разработать аналитическую компьютерную программу (АКП) «Эффект» (государственная регистрация от 19.03.2012г. №2012611909), выполняющую все необходимые действия, включая фармакоэкономический анализ деэскалационного и эскалационного принципов АБТ, в автоматическом режиме, формируя ЕИСП соответствующего содержания. Разработка и применение АКП «Эффект», являющейся инструментарием накопления, структурирования знаний и перераспределения информации всех уровней, позволяет формировать и использовать банк данных (фармакотерапевтические стандарты лечения больных на ЭРИТ (рациональные схемы лечения с указанием наименований ЛП, их доз, количеств приема, стоимостной нагрузки и т.д.), особенности фармакотерапии рассматриваемых нозологий и др.) в необходимый временной интервал. Использование подобного инструментария способствует своевременному принятию оптимального варианта не только в отношении тактики АБТ конкретного пациента, но и в отношении медикаментозного сопровождения отделения реанимации и интенсивной терапии и лекарственной политики МО в целом.

В результате разработки и использования предложенной модели разнопрофильным специалистам МО представляется равная возможность своевременно и оперативно разрабатывать и реализовывать единую тактику действий. Преимущество подобного подхода подразумевает не только своевременное, а подчас и одновременное оказание услуг, связанных как с терапией, так и с использованием соответствующих ЛП, ИМН, в строго определенной последовательности и целесообразном сочетании. Описываемый подход также подразумевает, что основной формой взаимодействия врача и провизора является разработка совместных программ по реализации стоящих целей с четкой координацией действий. При этом необходимо отметить, что прямая и обратная связь между кластерами различных уровней осуществляется благодаря наличию и функционированию ЕИСП МО. В результате произведенного моделирования ЕИСП выступает как источник устойчивого партнерства взаимосвязанных видов деятельности, подразделений лечебно-профилактического организ-ации, а наличие

специалистов, обладающий мультипликативным эффектом, во многом превышает простую сумму потенциалов отдельных составляющих.

Подобный подход требует наличия, обучения, функционирования в МО специалиста фармацевтического профиля, владеющего знаниями, навыками, компетенциями в вопросах проведения корректной фармацевтической экспертизы: прогноза потребности в ЛП и ИМН отделений в соответствии с остатком; наличием и формированием связи между финансированием и рациональной организацией ФП.

Специалист подобного профиля должен обладать рядом компетенций и навыков. Для этого он должен владеть:

1. Базовыми знаниями по фармацевтическим дисциплинам.
2. Углубленными знаниями по клинической фармакологии.
3. Принципами проведения государственных закупок.
4. Информационными технологиями.
5. Логистикой товародвижения на фармацевтическом рынке.
6. Основными принципами хранения ЛП и ИМН.
7. Порядком создания формулярных перечней.
8. Определением потребности ЛП и ИМН в отделениях МО с учетом существующих каналов финансирования, тенденций развития фармацевтической промышленности и др.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования и математической обработки статистического материала доказывают, что стоимость ЛП – только часть составляющей процесса проводимой фармакотерапии. Современный, рациональный подход к организации ФП подразумевает учет не только экономических, но и клинико-фармакологических, фармакоэкономических, фармацевтических, социальных аспектов данной проблемы. Эффективность лечения больных на ЭРИТ во многом зависит не только от своевременного и грамотного подхода в выборе тактики необходимой фармакотерапии, скоординированности действий медицинского и фармацевтического персонала, но и от наличия необходимого объема соответствующих ЛП. В свою очередь лекарственная политика МО, оперативное и рациональное управление товарными запасами требуют непосредственного участия в проводимых госзакупках (аукционах) фармацевтических работников и активного внедрения в процесс лекарственного обеспечения компьютерных технологий. Соответственно возникает настоятельная необходимость включения в штат МО должности старшего провизора для его непосредственного участия в формировании заявки на ЛП и ИМН. Кроме того, в целях дальнейшего совершенствования данного раздела работы, возникла необходимость в регулярном повышении профессионального уровня фармацевтического персонала МО и разработке программы тематического цикла повышения квалификации специалистов фармацевтического профиля по вопросам госзакупок медицинской продукции.

Литература:

1. Дремова Н.Б. Основы фармацевтической помощи в здравоохранении / Н.Б. Дремова, А.И. Овод, Э.А. Коржавых. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – 412с.
2. Моделирование процесса оказания фармацевтической помощи больным отделения реанимации и интенсивной терапии / А. Л. Мырина [и др.] // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т.107, №8. – С. 57-61.
3. Мырина А.Л. Моделирование организации фармацевтической помощи больным отделения реанимации и интенсивной терапии / А.Л. Мырина, Л.Н. Геллер, И.А. Туева // “Человек и лекарство”: сб. материалов конгресса (тезисы докладов). – М., 2012. – Вып. 19. – С. 541 – 541.
4. Мырина А. Л. Шкалы оценки тяжести состояния как составляющая оптимизации фармацевтической помощи реанимационным больным / А.Л. Мырина, Л.Н. Геллер, С.В. Воеводин // “Человек и лекарство”: сб. материалов конгресса (тезисы докладов). – М., 2011. – Вып. 18. – С. 535 – 536.