

№3 ^{Том 8}
2020

Фармакоэкономика

теория и практика



ФФ

Pharmacoeconomics
theory and practice

№3 ^{Volume 8}
2020

- АВС/VEN АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
- ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАТРАТ НА КОРРЕКЦИЮ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ АМИОДАРОНА
- МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ТАНДЕМНОГО ПРИНЦИПА

МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ТАНДЕМНОГО ПРИНЦИПА

Спичак И.В., Дерезлазова Ю.С., Глембоцкая Г.Т., Спичак А.С.

ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ», Институт фармации, химии и биологии, г. Белгород
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет), Москва

DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.3.2020.3>

Аннотация: В статье представлен методический подход к проведению лекарственного обеспечения больных с различными нозологиями, получающими фармакотерапию последовательно в амбулаторных и стационарных условиях медицинской организации.

Данный подход может представлять интерес при оптимизации вопросов назначения, обеспечения преемственности и эффективности фармакотерапии пациентов в условиях амбулаторного, стационарного и пост-стационарного лечения.

Ключевые слова: лекарственная помощь, лекарственные препараты, амбулаторные условия, стационарные условия, формулярные списки, ассортиментные портфели.

В отечественной практике в настоящее время сформированы и успешно реализуются подходы к проведению фармакоэкономических исследований лекарственного обеспечения пациентов стационарных или амбулаторных подразделений медицинских организаций [1,2,3,4].

Однако на сегодняшний день нет единого методического подхода, который позволил бы провести фармакоэкономическое исследование лекарственного обеспечения больных с различными нозологиями комплексно и в амбулаторных, и в стационарных условиях, оценивая преемственность процесса фармакотерапии на каждом этапе оказания лекарственной помощи.

Фармакотерапевтический процесс большинства нозологий, в особенности, хронических, реализуется в стационарных отделениях больниц, а также в поликлиниках, осуществляющих диспансерное наблюдение пациентов на этапе пре-/пост- и межстационарного лечения. Наличие отличительных особенностей в тенденциях формирования ассортимента лекарственных препаратов (ЛП) и подходах к фармакотерапии в вышеперечисленных условиях оказания медицинской помощи, свидетельствует о необходимости разработки методического подхода к комплексному фармакоэкономическому исследованию. Ведущими факторами эффективности и результативности фармакотерапии в зависимости от условий оказания медицинской помощи, на наш взгляд, должны стать: обоснованность назначения ЛП в амбулаторных или стационарных условиях, что определяется, как правило, степенью тяжести заболевания пациента; обеспечение последовательности и преемственности фармакотерапии; оптимизация выбора ЛП врачом и рационализация затрат [5,6,7,8].

В связи с вышеизложенным, актуальной является разработка подходов к проведению комплексного фармакоэкономического исследования

лекарственного обеспечения больных с различными нозологиями, получающих фармакотерапию в амбулаторных и стационарных условиях медицинских организаций, с формированием методического и управленческого сопровождения процесса.

Цель исследования: разработка методического подхода к обеспечению преемственности фармакотерапии пациентам на всех этапах оказания лекарственной помощи на основе тандемного принципа и апробация его на примере оптимизации лекарственной помощи детям с ювенильными артритами (ЮА) в амбулаторных и стационарных условиях (АУ и СУ) детских медицинских организаций (МО) Белгородской области.

В исследовании использованы методы: логический, системный, структурный, графический, контент-анализ, стоимостной.

Результаты и обсуждение

В основу формирования методического подхода положены следующие задачи:

- 1) Выполнить сравнительный анализ ассортимента ЛП, которые назначаются при амбулаторном и стационарном лечении с учетом его преемственности и последовательности;
- 2) Выявить в зависимости от условий оказания медицинской помощи возможные факты нерациональности лекарственных назначений;
- 3) Провести многоаспектную экспертизу ЛП с привлечением высококомпетентных фармацевтических и медицинских специалистов;
- 4) Разработать ограничительные перечни ЛП, которые будут максимально соответствовать принципам рациональной фармакотерапии в амбулаторных и стационарных условиях.

Главной целью анализа является разработка ограничительных списков ЛП (формулярных списков - для СУ и ассортиментных перечней ЛП - для АУ), оптимальных по критериям «фармакотерапевтическая эффективность ЛП» - «фармацевтические характеристики» - «потребительские характеристики» - «цена».

Проведение на основе тандемного принципа является весьма трудозатратным, т.к. посредством контент-анализа амбулаторных карт, а также историй болезни пациентов, предусматривает формирование и последующую обработку значительного объема информационных данных по лекарственным назначениям. Вместе с тем, существенными преимуществами разрабатываемого подхода, являются: возможность проведения сравнительного анализа и выявления тенденций в формировании лекарственного ассортимента в определенных условиях терапевтического процесса. Таким образом, изучается последовательность и преемственность лечения при различных условиях оказания медицинской помощи;



оптимизация проведения экспертизы ЛП высококомпетентными специалистами ввиду четкого разграничения требований к фармакотерапии в зависимости от условий оказания медицинской помощи. Как следствие, формируются наиболее полные и рациональные ограничительных списков ЛП для лечения изучаемых нозологий.

Разработанный нами методический подход к обеспечению преемственности фармакотерапии пациентам на всех этапах оказания лекарственной помощи на основе tandemного принципа предусматривает 6 этапов, представленных на рис. 1.

Так, на первом этапе осуществляется формирование информационного массива исследования по лекарственным препаратам на основании контент - анализа историй болезней пациентов стационарных учреждений и амбулаторных карт поликлинических учреждений во время до-, стационарного и пост- стационарного лечения. Таким образом, формируется информационная база данных по препаратам стационарного и амбулаторного ассортимента.

Для получения информации о препаратах целесообразно использовать официальный источник информации о лекарственных препаратах – «Государственный реестр лекарственных средств России»; а также справочные источники информации: «Регистр ЛП России» и др.; прайс-листы региональных фармацевтических дистрибьюторов; программное обеспечение «АналитФармация» и т.д.

На втором этапе исследования проводится структурный анализ выявленного ассортимента ЛП, а также показателей его потребления, внутривидовой анализ препаратов, назначаемых пациентам в СУ и АУ.

Подход к проведению структурного анализа, реализуемый в рамках исследования, заключается в одновременном сравнительном анализе ассортимента назначаемых лекарственных препаратов и преемственности лечения определенной нозологии в условиях амбулаторного и стационарного лечения. Также выявляются ключевые отличия в формировании групп потребления ассортимента ЛП при назначении в условиях поликлиники и стационара.

Внутригрупповой анализ заключается в детальном изучении ассортимента каждой группы с целью оценки рациональности их применения у больных при данной нозологии, а также учитывая серьезность заболевания в условиях амбулаторного или стационарного лечения.

На следующем этапе осуществляется ABC - анализ амбулаторного и стационарного ассортимента по затратам и частоте назначения ЛП.

Сегментационный ABC – анализ по затратам в СУ позволяет определить наиболее дорогостоящие направления расходов медицинских организаций на терапию изучаемой нозологии. Анализ выполняется путем расчета общей суммы затрат ЛП на фармакотерапию всех больных в медицинской организации за время их пребывания на госпитализации, и рассчитывается как произведение количества упаковок препаратов, которыми лечили больных в отделении стационара, на стоимость конкретного препарата.

ABC-анализ по затратам в условиях амбулаторного лечения проводится с целью определения ценовой приверженности врачей назначаемым ЛП, которые пациент впоследствии самостоятельно приобретает в аптеке. Поэтому для амбулаторного ассортимента сегментационный анализ целесообразно выполнять, исходя из рыночной стоимости упаковок конкретного назначенного препарата на курс лечения пациентам с изучаемой нозологией.

Затем вычисляется доля стоимости препаратов в общем объеме затрат стационарного и амбулаторного ассортимента и кумулятивный процент. Ассортимент ранжируется на группы А, В и С, определяются высоко -, средне - и низко затратные группы препаратов, проводится сравнительный анализ и осуществляется интерпретация полученных результатов.

Для проведения ABC-анализа препаратов по частоте их назначения необходимо определить коэффициент потребления по каждому ЛП, который рассчитывается как доля использования каждого препарата в общем объеме лекарственных назначений. Далее в порядке убывания выполняется ранжирование проанализированного ассортимента ЛП по группам потребления - от наиболее часто назначаемых к наименее часто и редко назначаемым препаратам в стационарных и амбулаторных условиях. Таким образом, формируется структура ассортимента по группам высокой, средней и низкой частоте назначения при фармакотерапии в изучаемых условиях оказания медицинской помощи.

На основании полученных результатов формируются перечни ЛП для дальнейшей экспертизы ассортимента. При отборе ЛП для дальней-

шей экспертизы учитываются такие критерии как: включение препарата в группы с высокой и средней частотой назначения по результатам частотного и ABC - анализа по затратам при проведении фармакотерапии в СУ и АУ; препараты, рекомендованные стандартами специализированной или первичной медицинской помощи пациентам с изучаемой нозологией. Кроме того, эксперты могут добавить препараты, которые не представлены в материалах, однако, по экспертному мнению, необходимые для проведения оптимальной и эффективной фармакотерапии пациентов с изучаемой нозологией в условиях стационара или поликлиники. Сформированные перечни ЛП направляются на экспертную оценку высококвалифицированными специалистами.

Как правило, традиционно осуществляемая экспертиза ассортимента ЛП (VEN-экспертиза) выполняется врачами – экспертами по критерию «фармакотерапевтическая эффективность – стоимость». Однако, зачастую, при подобном подходе неучтенными остаются фармацевтические и потребительские характеристики ЛП, по причине того, что являются сферой профессиональной компетенции фармацевтических специалистов.

Кроме того, в ходе исследования нами установлено, что на сегодняшний день при проведении экспертизы врачи зачастую испытывают сложности при оценке различных торговых предложений одного международного непатентованного наименования, особенностей лекарственных форм, возрастных ограничений по применению ЛП и т.д. Данная ситуация негативно сказывается на качестве формируемых в последствие ограничительных списков ЛП.

Устранение вышеизложенной проблемы возможно проведением многоаспектной совместной экспертизы ассортимента ЛП с привлечением высококомпетентных фармацевтических и медицинских специалистов по значительному ряду критериев.

Разработанная нами технология многоаспектной экспертизы ассортимента ЛП направлена на оптимизацию отбора препаратов в ограничительные перечни для стационара и поликлиники и предусматривает выполнение 4-х этапов: фармацевтическая экспертиза (ФЭ) ЛП с позиции их фармацевтических характеристик, VEN-экспертиза с помощью врачей-специалистов, анализ соответствия потребительским предпочтениям, оценка стоимостных критериев (рис.2).

В ходе исследования нами выделено 19 основных характеристик ЛП для проведения экспертизы. Для фармацевтической экспертизы – 17 (из них только 9 представлены в инструкции к ЛП), а также 2 характеристики препаратов аналитической направленности («безопасность» и «фармакотерапевтическая эффективность»), оценку которых осуществляет врач-эксперт в ходе VEN- экспертизы. При разных исследовательских задачах категории характеристик препаратов и их наличие в исследовании могут изменяться в зависимости от нозологии, возраста пациента и т.д.

На первом этапе высококвалифицированные фармацевтические эксперты анализируют представленный перечень ЛП по фармацевтическим характеристикам (референтный препарат/воспроизведенный (дженерик), препарат-партнер при приеме, особенности приема, минимизация риска при делении ЛП для ребенка и др.), выделяют препараты, наиболее полно удовлетворяющие предъявляемым характеристикам. Затем формируются аналитические информационные материалы с подробным информационным сопровождением для медицинских специалистов, которые далее будут переданы на врачебную экспертизу.

VEN – экспертиза ассортимента ЛП для лечения пациентов с конкретной нозологией в стационарных условиях проводится по параметрам «оптимальная фармакотерапевтическая эффективность» – «безопасность» – «цена» с целью сегментирования ассортимента ЛП. В амбулаторных условиях VEN – экспертиза выполняется по оптимальности критериев: «фармакотерапевтическая эффективность» – «безопасность» – «потребительские характеристики» – «цена» для лечения пациентов с изучаемой нозологией.

На следующем этапе проводится оценивание соответствия характеристик ЛП критериям потребительских предпочтений, определяемых в ходе социологического исследования потребителей услуг. Таким образом, выполняется анализ амбулаторного ассортимента ЛП на соответствие потребительским предпочтениям.

Далее осуществляется оценка стоимостных критериев фармакотерапии в условиях стационарного и амбулаторного лечения путем сравнительной оценки стоимости ЛП и определения затрат на курс лечения.

На заключительном этапе разрабатываются ассортиментные портфели ЛП для амбулаторного лечения пациентов и формулярные списки ЛП для пациентов стационара.

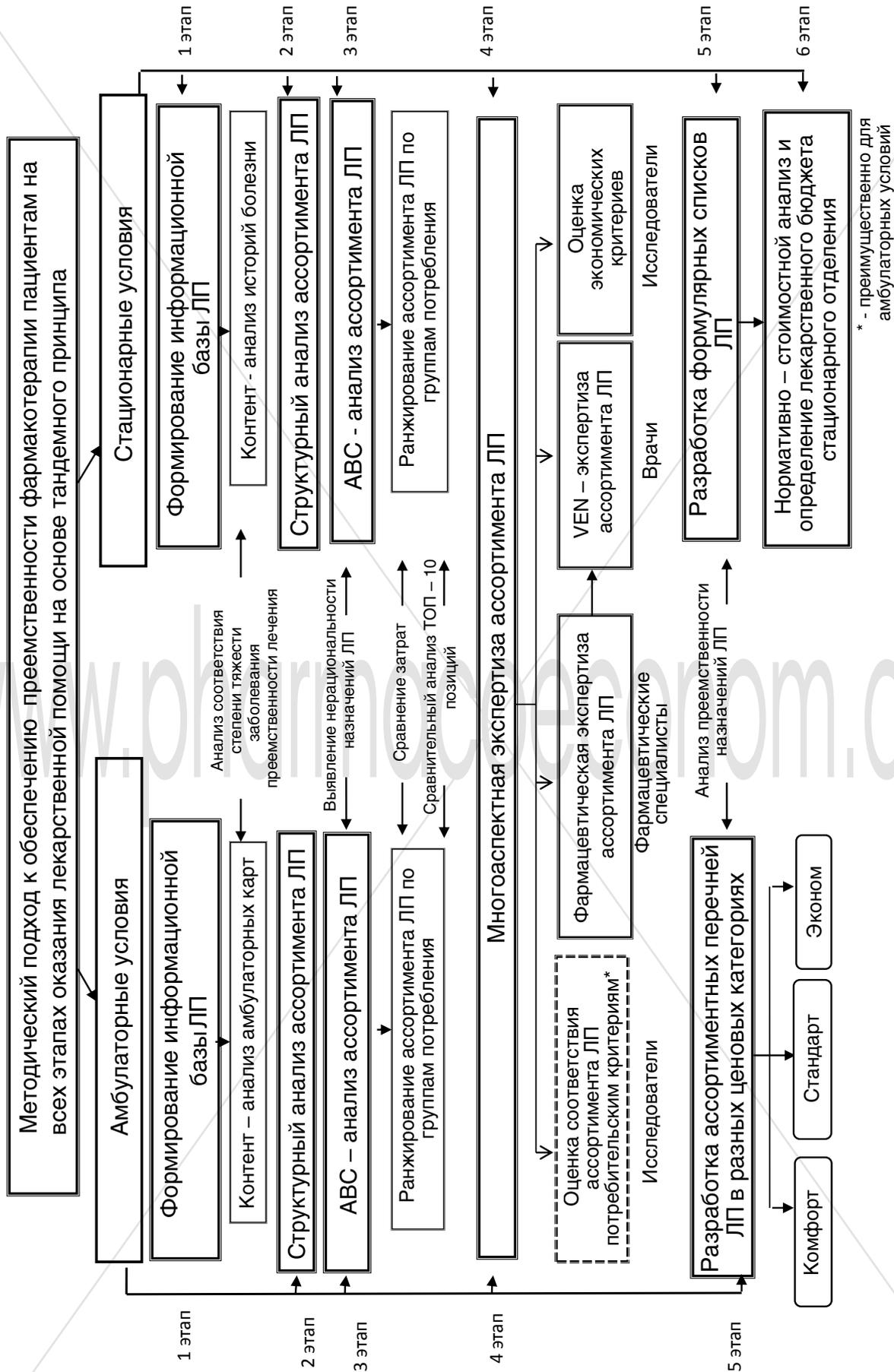


Рисунок 1. Методический подход к обеспечению преемственности фармакотерапии пациентам на всех этапах оказания лекарственной помощи на основе тандемного принципа



Рисунок 2. Этапы многоаспектной экспертизы ассортимента лекарственных препаратов

Целесообразно, чтобы в данных ограничительных списках ЛП были представлены:

1. полный фармакотерапевтический комплекс ЛП, направленный на устранение всех патогенетических проявлений нозологии;
2. основные препараты и предложения их замены в случае отсутствия. Все ЛП должны обладать высокой фармакотерапевтической эффективностью и быть максимально безопасными для организма больного;
3. сопутствующие препараты, препараты-партнеры (при необходимости);
4. информация по ЛП, необходимая врачу для назначения и выписывания рецептов, а провизору при рационализации закупочной деятельности в медицинской организации: МНН/ТН и форма выпуска, ограничения по возрасту, фармакологический эффект, дозировка препарата, курс лечения и его длительность и т.д.

При формировании ассортиментных портфелей необходимо учитывать, что при амбулаторном лечении пациент самостоятельно приобретает в аптеке препараты, назначенные врачом, следовательно, оптимально предложение портфелей в нескольких ценовых категориях. Нами сформированы следующие возможные варианты:

1. Высокозатратный портфель «Комфорт» формируют, как правило, оригинальные препараты, обладают высокой фармакотерапевтической активностью и максимально удовлетворяющие потребительским критериям (удобство применения, кратность приема и др.). Препараты в этом списке, как правило, являются дорогостоящими;

2. Среднезатратный «Стандарт» ассортиментный портфель формируют ЛП, имеющие высокий терапевтический эффект, как правило, дженерики, со средним ценовым диапазоном, в большей степени соответствующие потребительским критериям;

3. В низкозатратный «Эконом» портфель включаются, как правило, отечественные препараты с высокой фармакотерапевтической эффективностью, которые успешно зарекомендовали себя в терапии изучаемой нозологии, обладают низким ценовым диапазоном и средними показателями по потребительским характеристикам.

Наличие данных портфелей предоставляет возможность врачу объяснить пациенту необходимость приобретения всего назначенного фар-

макотерапевтического комплекса ЛП и предложить ему самостоятельно определиться с ценовой категорией.

Для стационарных ограничительных перечней на заключительном этапе проводится нормативно-стоимостной анализ формулярного списка ЛП и определяется лекарственный бюджет отделения МО.

Изложенный методический подход апробирован в ходе фармакоэкономического исследования лекарственной помощи детям с ювенильным артритом в амбулаторных и стационарных условиях детских медицинских организаций в Белгородской области.

В результате исследования разработано 5 ориентировочных формулярных списков ЛП для лечения детей, страдающих реактивными артритами, ассоциированными различными инфекциями; поли- и олигоартрикулярными артритами в условиях стационара. Фрагмент формулярного списка для лечения ювенильного артрита в условиях стационара представлен в таблице 1.

Также сформировано 3 ассортиментных портфеля ЛП для лечения детей с юношеским поли-/олигоартрикулярным артритом в амбулаторных условиях с различным диапазоном цен – высокозатратный («Комфорт»); среднезатратный («Стандарт») и низкозатратный («Эконом») на курс лечения до 1 месяца. Фрагмент разработанного ассортиментного портфеля для лечения ювенильного артрита в амбулаторных условиях представлен в таблице 2.

Использование разработанных списков ЛП способствует рационализации процесса фармакотерапии в практической деятельности врача; облегчается выбор препарата при назначении в условиях стационарного и амбулаторного лечения; осуществляется мониторинг за лекарственными назначениями; оптимизируется лекарственный бюджет медицинской организации (при стационарном лечении); формируется ответственное отношение к лечению у пациентов, кроме того, они вовлекаются в лечебный процесс; предоставляется выбор лекарственного комплекса, исходя из финансовых возможностей пациента (при амбулаторном лечении).

Сформированные ассортиментные портфели и формулярные списки внедрены в деятельность Департамента здравоохранения Белгородской области и детских медицинских организаций г. Белгорода.

Таблица 1. Фрагмент ориентировочного формулярного списка для лечения ювенильного хронического олигоартрикулярного артрита в стационаре на курс лечения 21 день

№ п/п	Наименование ЛП и форма выпуска	Вид терапии	Возрастные ограничения	Групповой Кисп.	1) Степень активности (ФНП) 2) Наличие факторов неблагоприятного прогноза (ФНП) 3) Отсутствие ФНП			Рекомендуемая доза и курс лечения	Ориентировочная цена, руб	Ориентировочное количество ЛС на курс лечения	Стоимость курса лечения, руб
					1) Низкая ФНП ↔ ФНП	2) Средняя ФНП ↔ ФНП	3) Высокая ФНП ↔ ФНП				
1	Метотрексат (Методжек) 1 мл раствора для инъекций — 10 мг; во флаконах по 1 мл, в коробке 1 флакон. 1) Шприц 10 мг/мл 0,75 мл 2) Шприц 10 мг/мл, 1 мл. 3) Шприц 10 мг/мл, 1,5 мл 4) Шприц 10 мг/мл, 2 мл. 5) Шприц 10 мг/мл 2,5 мл. ЖВНПС	Основная терапия	0,8	1) Низкая ФНП ↔ ФНП	1) Средняя ФНП ↔ ФНП	1) Высокая ФНП ↔ ФНП	<p>Препарат назначается из расчета 10мг/м²/нед. Формула расчета поверхн. тела (S) в м² по Костеффю: $S = (4 \text{ пл} - 7) / (m - 90) * 10$ или по таблице.</p> <p>Оптимальная доза при низкой и средней активности болезни и наличии факторов неблагоприятного прогноза; при высокой активности болезни вне зависимости от факторов неблагоприятного прогноза - подкожно или в/м.</p>	<p>1) от 815,23 2) от 951,4 3) от 1087,13 4) от 1195,7 5) от 1304,76 Средн.= 1070,8</p>	<p>1) от 540,0 2) от 600,0 3) от 690,0 4) от 739,2 5) от 840,0</p>	<p>От 10 табл. (0,2 уп.)</p>	<p>от 13,6</p>
	Метотрексат (Метотрексат) таблетки, покрытые оболочкой 2,5, 5, 10 мг; фл. д/л/пропилен... 50. код. 1. ЖВНПС			Рассчёт дозы соответственнo массе тела	1) - 2) + 3) -	1) + 2) + (после ГК вн./суст.) 3) -					
Нестероидные противовоспалительные средства для локального применения											
Симптоматическая терапия суставного синдрома: противовоспалительный, обезболивающий эффект. Для снижения общей дозы пероральных НПВС, с целью щадящего воздействия на ЖКТ. Курс лечения от 14 дней											
4	Диклофенак (Дикловит) гель для наруж. прим. 1 %; туба алюм. 20 г	Основной препарат	6+	0,5	1) +	2) +	3) +	102,70	1	51,35	<p>Детям старше 12 лет препарат наносят тонким слоем над очагом воспаления 3–4 раза в сутки и слегка втирают. Детям с 6 до 12 лет применять не чаще 2 раз в день.</p>
5	Ибупрофен (Долгит) гель для наруж. прим. 5 %; туба алюм. 20 г ЖВНПС	Резерв	12+	0,2	1) +	2) +	3) +	70,0	1	21,00	<p>Полосу геля длиной 5–10 см наносят на область повреждения и тщательно втирают легкими движениями до полного впитывания 3–4 раза в день. Длительность лечения зависит от степени тяжести заболевания и характера повреждения и составляет в среднем 2–3 нед</p>



Таблица 2. Фрагмент низкочастотного ассортимента комплекса ЛП для лечения юношеского поли-/ олигоартрита у детей в условиях поликлиники Ориентировочная стоимость курса лечения на 1 мес. до 1600 руб.

Основной препарат			Препарат замены			
Мп/п	ТН, МНН	Режим дозирования	ТН, МНН	Возрастные ограничения (для детей с ЮА)	Режим дозирования	Примечание
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)						
Симптоматическая терапия суставного синдрома: противовоспалительный, обезболивающий эффект. Препараты назначаются до регрессии суставного синдрома и нормализации лабораторных показателей.						
1.	<p>Регос Ибупрофен (Нурофен для детей), суспензия для приема внутрь 100 мг/5 мл; флакон (флакончик) полиэтилентерефталатный 100 мл с мерной ложкой (ложечкой) и мерным шприцем Отпуск из аптек-без рецепта ЖВНПС</p>	<p>Детям от 3 до 6 мес — по 2,5 мл 3 раза в сутки (не более 150 мг/сут); от 6 до 12 мес — по 2,5 мл 3–4 раза в сутки (не более 200 мг/сут); от 1 года до 3 лет — по 5 мл 3 раза в сутки (не более 300 мг/сут); от 4 до 6 лет — по 7,5 мл 3 раза в сутки (не более 450 мг/сут); от 7 до 9 лет — по 10 мл 3 раза в сутки (не более 600 мг/сут); от 10 до 12 лет — по 15 мл 3 раза в сутки (не более 900 мг/сут).</p>	<p>Регос Нимесулид (Нимулид), суспензия для приема внутрь 50 мг/5 мл; флакон (флакончик) темного стекла 60 мл с дозировочным стаканом Рецептурный отпуск Форма рец.бл. №107У</p>	С 2 лет	<p>1,5 мг/кг массы тела 2-3 раза/сут. Максимальная доза для детей - 5 мг/кг/сут, в 2-3 приема.</p>	Только для кратковременного применения. = Перед употреблением тщательно взболтать флакон. Для точного отмеривания дозы препарата прилагается удобный мерный шприц. 5 мл препарата содержит 100 мг ибупрофена или 20 мг ибупрофена в 1 мл.
	<p>Регос Мелоксикам (Мелоксикам), 7,5 мг, №10 Рецептурный отпуск Форма рец. бл. №107У</p>	С 12 лет	<p>Регос Диклофенак (Диклофенак), табл. п/о /раст./киш. 25 мг, №20 Рецептурный отпуск Форма рец.бл. №107У ЖВНПС</p>	С 6 лет	<p>2-3 мг/кг/сут, в 2-3 приема, 10-15 дней</p>	Внутрь, не разжевывая, во время или после еды, запивая небольшим количеством воды
		0,25 мг/кг/сут- 7-14 дней	<p>Регос Диклофенак (Ортофен), табл. п/о /раст./киш. 25 мг, №20 Рецептурный отпуск Форма рец.бл. №107У (ЖВНПС)</p>	С 6 лет	<p>2-3 мг/кг/сут, в 2-3 приема, 10-15 дней</p>	

Список литературы

1. Ерофеева, С. Б. Опыт применения ABC- и VEN- анализа в практике работы городского стационара [Текст] / С. Б. Ерофеева, К. Э. Соболев, А. М. Шелухин // Заместитель главного врача. – 2012. – № 5. – С. 46-51.
2. Шаповалова М.А., Корецкая Л.Р. ABC- и VEN-анализы затрат на лекарственные средства и медицинских затрат на лечение пациента. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2014;7(1):19-21.
3. Ягудина Р.И., Серпик В.Г., Бабий В.В., Угрехелидзе Д.Т. Критерии эффективности в фармакоэкономическом анализе // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2017. – Т.5, №3. – С.5-10 DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.3.2017.7>
4. Куликов А.Ю., Почуприна А.А. Фармакоэкономическая оценка применения абатацепта у пациентов с ревматоидным артритом, имеющих недостаточный ответ на терапию метотрексатом, в Российской Федерации // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2016. – Т.4, №1. – С.116-122 DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.1.2016.34>
5. Серпик В.Г., Ягудина Р. И. Фармакоэкономическая оценка применения препарата далбаванцин (ксидалба) в лечении инфекций кожи и мягких тканей в условиях стационара в Российской Федерации // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2017. – Т.5, №2. – С.62-66 DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.2.2017.2>
6. Спичак И. В., Панкратова О. Г., “Методический подход к оптимизации лекарственной помощи детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях”, Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация, вып.№ 16 (111), pp. 165–170, 2011.
7. Гравченко, Л. А. Исследование по оптимизации фармацевтической помощи в сфере планирования семьи на уровне субъекта РФ [Текст]: автореф. дис. ... канд. фармац. наук : 14.04.03 / Л. А. Гравченко. – Москва, 2012. – 26 с.
8. Мошкова, Л.В. Некоторые аспекты российских исследований в области фармацевтической помощи [Текст] / Л.В. Мошкова, Э.А. Коржавых, Л.В. Шукиль // Правовые, экономические, технические аспекты импортозамещения в современных условиях. – 2015. С. 84-87

METHODOLOGICAL APPROACH TO ENSURING THE CONTINUITY OF PHARMACOTHERAPY TO PATIENTS AT ALL STAGES OF PROVIDING MEDICINAL CARE BASED ON THE TANDEM PRINCIPLE

Spichak I.V., Dereglazova Yu.S., Glembotskaya G.T., Spichak A.S.

Summary: *The article presents a methodological approach to drug provision of patients with various nosologies, receiving pharmacotherapy consecutively on an outpatient and inpatient basis of a medical organization.*

This approach may be of interest in optimizing prescribing, ensuring the continuity and effectiveness of pharmacotherapy for patients in outpatient, inpatient and post-inpatient treatment.

Keywords: *medical care, medicines, outpatient conditions, inpatient conditions, formulary lists, assortment portfolios.*