УДК 616.25:616.61-008.64-036.1-082]-047.37(100)

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ НИРКОВУ НЕДОСТАТНІСТЬ У СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

О. С. Яковлева

Запорізький державний медичний університет

feknfau@ukr.net

Резюме. На підставі аналізу літературних джерел та статистичних даних досліджено сучасний стан фінансування фармацевтичного забезпечення хворих на хронічну хворобу нирок. Актуальність досліджень обумовлена специфікою цього захворювання, значними витратами на надання діалізної допомоги та необхідністю розробки дієвих механізмів забезпечення її доступності у вітчизняній охороні здоров'я. Встановлено, що, не зважаючи на появу за останній час певних позитивних змін основних складових надання спеціалізованої допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні, відставання від європейських країн за величиною основних параметрів, які визначають доступність та ефективність лікування хвороб сечовивідільної системи, є більше, ніж значним.

Ключові слова: ниркова недостатність, нефрологія, фармацевтичне забезпечення.

Вступ. Проблема захворювання населення вторинними нефропатіями (особливо при цукровому діабеті та артеріальній гіпертензії), токсичними нефропатіями та хронічною нирковою недостатністю (ХНН) знаходиться в центрі уваги світової нефрології. Це обумовлено високою летальністю, виходом на інвалідність нефрологічних хворих та складністю технічного забезпечення сучасними методами лікування. До відомих на сьогоднішній день методів лікування хронічної ниркової недостатності відносяться гемодіаліз (ГД), перитонеальний діаліз (ПД) і трансплантація нирки. На практиці кожен з цих методів може зберегти життя хворого і заміщати втрачену функцію власних нирок протягом багатьох років. Однак всі види ниркозамісної терапії є високовитратними способами лікування, їх використання пов'язане зі значними фінансовими видатками системи охорони здоров'я.

Існуючи на сьогодні у нефрології, проблеми організаційного та фінансового характеру суттєво впливають не тільки на якість самого лікування хворих, але й на своєчасне виявлення захворювання. За оцінками фахівців, навіть цільове спрямування бюджетних коштів, як державних, так і місцевих, є вкрай недостатнім для гарантованого забезпечення доступності спеціалізованої допомоги. Подальший розвиток нефрологічної служби викликає необхідність створення та забезпечення функціонування стабільного механізму диверсифікації фінансування ниркової замісної терапії [1,2,4].

Впровадження соціально орієнтованих форм і методів обслуговування хворих, а саме медичного страхування, дозволить залучити додаткові джерела фінансування та гарантувати надання якісної медичної та фармацевтичної допомоги, що є вкрай важливо для хворих на ХНН. За таких умов розробка ефективної моделі фінансового забезпечення фармацевтичної допомоги хворим нефрологічного профілю потребує цілої низки організаційно-економічних досліджень.

Мета. Дослідження сучасного стану фінансування спеціалізованої медичної допомоги хворим на ХНН у світі та в Україні.

Матеріали та методи. Сьогодні на ХНН у світі страждають більше 3 млн. людей, при цьому тільки один з п’яти одержує необхідне лікування. За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я, щорічно на 1 млн. населення з’являються від 65 до 100 нових хворих з даною патологією. В Україні темп приросту таких хворих за останні 4 роки склав 22% і суттєво випереджає цей показник в інших країнах [4].

Життєзабезпечувальне лікування хворих за допомогою діалізу дозволяє врятувати їх життя, але вимагає значних фінансових витрат протягом тривалого періоду. Вирішення цього питання у різних країнах залежить від національних систем охорони здоров’я та їх економічних можливостей.

Доступність діалізної допомоги для хворих на ХНН в США забезпечується значною кількістю лікувальних закладів для проведення замісної терапії ниркової недостатності. Це дозволяє здійснювати ГД 83,3%

пацієнтів, ПД – 14,63%, а на інші методи лікування припадає 4%. Застосування ГД коштує в середньому 35 тисяч доларів на одного хворого за один рік. Щорічні витрати на проведення ГД та трансплантації нирки коштують 86 тисяч доларів на одного хворого, а у подальшому знижуються до 7000 доларів. Витрати на проведення одного діалізу є постійними протягом декількох років. При цьому враховуються витрати на діаліз, оплата праці медперсоналу, вартість супутньої терапії. Необхідно зазначити, що протягом перших двох місяців витрати на діаліз та медичне обслуговування сплачує хворий, за винятком осіб, які готуються до трансплантації нирки та старші, ніж 65 років. З третього місяця лікування 80% витрат на надання діалізної допомоги відшкодовується за рахунок соціальних програм медичного страхування, решту сплачує хворий. Щорічно витрати на надання допомоги хворим на ХНН складають 1,23% від всіх видатків, які виділяються на охорону здоров'я. Така система фінансування, за якою існують фіксовані ціни на виконання діалізу та державні гарантії відшкодування вартості лікування, дозволяє враховувати фінансові можливості пацієнта і зробити діаліз доступним для всіх, навіть для іноземних хворих.

У Канаді діаліз і трансплантація нирки є безоплатними для хворого. На 1 млн. жителів припадає 43,5 діалізного місця. Допомога надається хворим віком від 1 місяця до 93 років. Із загальної кількості хворих на ХНН 37% пацієнтів отримають ПД. Витрати на лікування одного хворого із застосуванням ГД протягом 1 року складають 39 000 доларів США, ПД – 34000 доларів. Після трансплантації нирки на надання діалізної допомоги протягом 1-го року замісної терапії необхідно витратити 34000 доларів, а протягом наступних років, за умов задовільного стану хворого, витрати значно скорочуються.

У Великобританії надання спеціалізованої діалізної допомоги забезпечується за рахунок державних джерел фінансування. На програми замісної терапії витрачається 1% бюджетних видатків на медицину. Більш широко, ніж в інших країнах, використовувався ПД (43,7% пацієнтів). Вартість лікування одного хворого із застосуванням діалізу протягом року становить

35 000 доларів США, вартість трансплантації нирки з витратами у найближчому післяопераційному періоді – 19 700 доларів, в подальшому щорічні витрати на надання допомоги при неускладненому перебігу віддаленого післяопераційного періоду становлять 6800 доларів. Особливістю фінансування замісної ниркової терапії у Великобританії є те, що кошти держбюджету розподіляють спеціальні комісії.

У Франції видатки на надання замісної терапії хворим на ХНН становить 1,1% від загальних витрат на охорону здоров'я. Особливістю відшкодування витрат на лікування нефрологічних хворих є подіалізне фінансування, тобто кошти за проведення діалізу надходять до лікувального закладу відповідно до кількості проведених сеансів. На відміну від інших країн, у Франції непередбачувана фіксована ціна на діаліз, вона залежить від типу лікувального закладу і його розташування, а оплата за лікування здійснюється за рахунок державних джерел або фондів медичного страхування. Мінімальні витрати на лікування із застосуванням діалізу протягом 1 року в умовах стаціонару складають 72322 долара, в центрі самообслуговування – 40997 доларів, на дому – 38875 доларів, з використанням ПД – 29 661 долар. Найбільш дорогим є лікування в умовах університетських клінік – 162189 доларів на рік. Подальше удосконалення надання допомоги хворим на ХНН передбачає розширення програми трансплантації нирок, що дозволить значно скоротити витрати на проведення замісної терапії.

В Італії діаліз застосовують у 0,05% жителів країни. У країні 65% місць для діалізу припадає на державні, а 35% – на приватні установи. На надання діалізної допомоги одному хворому на ХНН витрачається 1236 доларів США на рік. Загальні видатки на надання нефрологічної допомоги становлять 7,7% національного доходу. Окрім вартості діалізаторів, враховуються вартість витратних матеріалів, дезінфікуючих засобів, амортизація діалізного устаткування, вартість лікарських засобів, що вводяться під час діалізу, лабораторних аналізів, оплата праці медпрацівників. Для проведення одного сеансу діалізу необхідно витратити 137,5 долара США. У подальшому витрати

можуть збільшуватись у зв'язку з підвищенням коефіцієнта якості. Параметрами якості, за наявності яких вартість лікування підвищується на 1,5%, є кооперація відділення діалізу та відділення інтенсивної терапії або кардіології; на 0,5% – за участю співробітників відділення у дослідницькій роботі, а також якщо відділення входить до національного діалізного реєстру. З урахуванням зазначених коефіцієнтів вартість лікування із застосуванням діалізу висока, вона знижується при погіршенні якості лікування або обмеженні показань до його застосування [1].

Витрати на надання діалізної допомоги в Україні у різних регіонах суттєво відрізняються. Насамперед, це пов'язано з тим, що кожна область розробляє та затверджує власну програму надання спеціалізованої допомоги нефрологічним хворим, відповідно до якої здійснюється фінансування лікувальних заходів за рахунок місцевих бюджетів.

Поширеність ХНН серед населення України має певні міжрегіональні відмінності. За даними «Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок» у 2013 р. в Україні було зареєстровано 490234 таких пацієнтів – 10785,6 на млн. Загалом у 13 областях показник перебуває у межах 1151 – 2690 на млн. У 10 областях поширеність ХХН коливається від 1524 у Херсонській до 9878 – у Миколаївській, а у м. Києві вона становила лише 283 на млн. (рис. 1).

У 2012 р. в Україні функціонувало 97 центрів нефрології та діалізу, що на 36,6 % більше, ніж у 2009 р., а за останній час розпочали роботу 20 нових. Проте незважаючи на зростання кількості центрів нефрології та діалізу, практично половина адміністративних територій в Україні мають лише 1–2 таких центри.

Аналіз забезпеченості населення України нирковою замісною терапією в цілому та за окремими її видами свідчить про позитивну динаміку. За чотири останніх роки кількість хворих, які мали можливість лікуватись методами замісною терапії, зросла на 43,8 %.

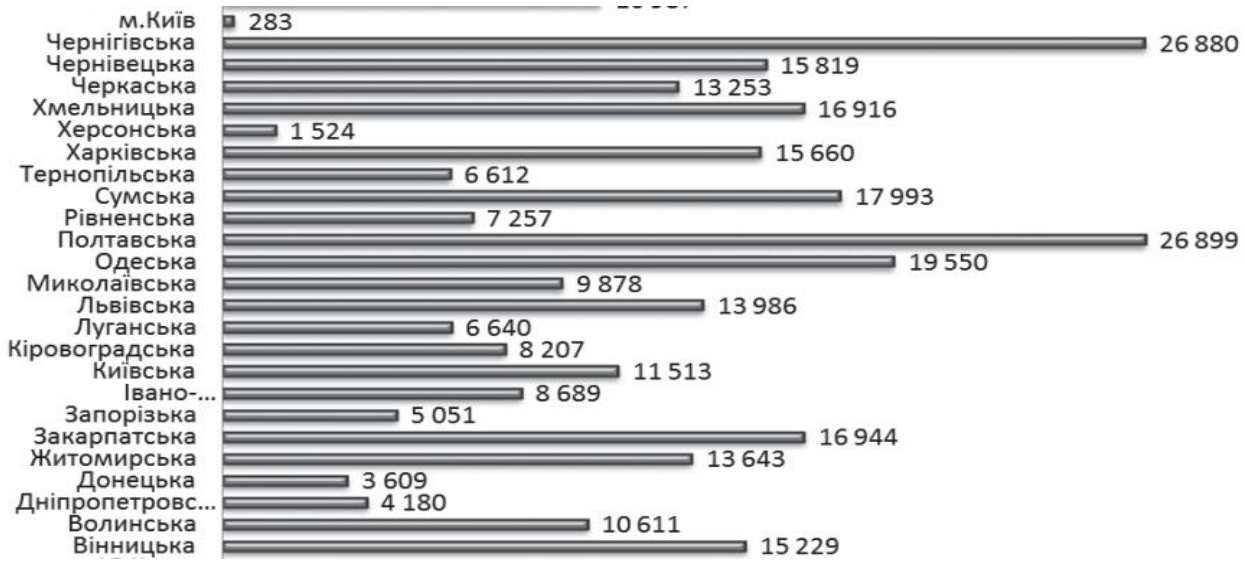

Рис. 1. Поширеність на 1 млн. населення (2013 р.)

Однак залишилась нерівномірність забезпечення замісною терапією за адміністративними територіями. Так, у Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Сумській, Кіровоградській, Луганській, Херсонській, Чернівецькій областях цей показник на 10–50 % менший, ніж в цілому по країні. Загалом рівень забезпеченості становив від 71 на 1 млн. у Луганській області до 278 на 1 млн. у Івано-Франківській. Забезпеченість ГД-машинами по Україні становила у середньому 21 на 1 млн. населення, величина показника коливалась від 7, у Луганській, до 44, в Одеській області.

Рівень забезпечення ГД становив 109 на 1 млн. населення, що на 43,4 % більше, ніж за минулі роки. Показник забезпечення коливався від 49, у Луганській області, до 246, в Івано-Франківській. Серед пацієнтів переважали особи працездатного віку: віком 18-44 роки їх було 37,4 %; 45-64 роки – 52,3%; старших за 64 роки – 9,6%, а віком 17 років і молодше – 0,9%. Розподіл за віком хворих, які вперше розпочали ГД, суттєво не відрізнявся.

Щодо тривалості лікування ГД, то за останній час питома вага пацієнтів, які отримували зазначену терапію протягом 6-10 років, складає 21,3%, 11-15 років – 6,85 % та 16-20 – 0,9 %.

Порівнюючи показники, які визначають доступність, ефективність лікування та якість діагностики хвороб сечововидільної системи, можна стверджувати, що, не зважаючи на появу за останній час певних позитивних

змін основних складових надання спеціалізованої допомоги хворим нефрологічного профілю в Україні, відставання від європейських країн, за величиною основних параметрів, є більше ніж значним (табл.1).

Таблиця 1

Величина основних параметрів організації спеціалізованої медичної допомоги хворим нефрологічного профілю, на 1 млн. населення

Показник	Європа	Україна
Кількість лікарів-нефрологів	48	10
Кількість ліжок	47	35
Кількість центрів (відділень)	16,4	2
Розповсюдженість ХН,%	8,5	1,1
Розповсюдженість ниркової замісної терапії	741	144,8
Ниркова замісна терапія уперше протягом року	123	27,2
Основні причини ХНН:		
Діабетична нефропатія	28	5,1
Гіпертензивна нефропатія	22,8	5,3
Хронічний гломерулонефрит	14,5	7,2

З метою зменшення розповсюдженості хвороб сечовидільної системи, поліпшення якості життя та рівня соціальної реабілітації, зниження рівня інвалідності і смертності в Україні була затверджена «Державною програмою розвитку системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю на 2006-2010 роки». Передбачалось, що виконання сприятиме значному підвищенню ефективності та якості надання спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги хворим нефрологічного профілю. Як свідчать дані спеціальної літератури, програма не була виконана у повному обсязі, а її реалізація не призвела до очікуваних епідеміологічних покращень.

На сьогодні доступність спеціалізованої допомоги хворим з ураженням нирок досить низька, у тому числі через відсутність необхідної кількості медичного обладнання, високої вартості витратних матеріалів та ліків, які є переважно іноземного виробництва. В умовах обмеженого фінансування закладів охорони здоров’я висока вартість ліків та витратних матеріалів

ускладнює надання медичної та фармацевтичної допомоги в повному обсязі та потребує впровадження з боку держави цільових програм імпортозаміщення.

Таким чином, подальше удосконалення надання діалізної допомоги хворим в Україні викликає необхідність формування ефективної законодавчої бази по врегулюванню діяльності вітчизняної нефрологічної служби та відповідного фармацевтичного забезпечення хворих. У зв'язку з вищезазначеним для покращення рівня фінансування першочергово необхідно удосконалити механізми державного регулювання цін та організацію процесу безперебійного постачання необхідними витратними матеріалами та лікарськими засоби для гарантованого забезпечення доступності спеціалізованої медичної допомоги хворим на ХНН.

Висновки.

1. Надання діалізної допомоги хворим на ХНН відноситься до найбільш високовартісних видів медичної допомоги. Забезпечення її доступності у різних країнах залежить від національних системи охорони здоров'я та їх економічних можливостей.

2. В Україні у кожній області цільове фінансування діалізної допомоги здійснюється відповідно до затверджених місцевих програм надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю. Доступність спеціалізованої допомоги хворим з ураженням нирок є достатньо низькою, у тому числі через відсутність необхідної кількості медичного обладнання, високої вартості витратних матеріалів та ліків.

3. Встановлено, що за показниками, які визначають доступність, ефективність лікування та якість діагностики хвороб сечовивідної системи, нефрологічна допомога в Україні суттєво відстає від допомоги хворим на ХНН у європейських країнах.

4. Практично всі витратні матеріали та лікарські засоби, які необхідні для проведення діалізу, є препаратами іноземного виробництва, що обумовлює доцільність впровадження з боку держави цільових програм імпортозаміщення.

5. Подальше удосконалення фармацевтичного забезпечення хворих на ХНН в Україні викликає необхідність формування ефективної законодавчої бази, у якій будуть враховані регіональні відмінності та передбачена розробка та впровадження механізмів стабільного фінансування діалізної допомоги.

Література

1. Денісов В. К. Шляхи підвищення ефективності міждисциплінарної взаємодії в трансплантології / В. К. Денісов // Медицина сьогодні і завтра. – 2011. – № 1-2 (50-51). – С. 62-65.

2. Медико-профілактична допомога хворим нефрологічного профілю // М. О. Колесник, Н. О. Сайдакова, Н. І. Козлюк, С. С. Ніколаєнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2013. – № 2(3). – С. 78-87.

3. Немченко А. С. Дослідження систем реїмбурсації (компенсації) вартості лікарських засобів у міжнародній практиці / А. С. Немченко, А. А. Котвіцька // Вісн. фармації. – 2007. – № 4. – С. 24-49.

4. Перитонеальний діаліз в Україні: 2009-2013 / Н. О. Сайдакова, Н. І. Козлюк, С. С. Ніколаєнко, Н. М. Степанова // Український журнал нефрології та діалізу. – 2014. – № 3 (39). – С. 3-14.

5. Яковлева О. С. Маркетингові дослідження сучасного ринку засобів для перитонеального діалізу / О. С. Яковлева : матеріали І Міжнар. наук.-практ. інтернет конференції «Технологічнні та біофармацевтичні аспекти створення лікарських препаратів різної направленості дії. – Х.: НФаУ. – 2014. – С. 193-194.

6. Delphine M. De Smedt. Economic evaluation of different treatment modalities in acute kidney injury / Delphine M. De Smedt., Monique M. Elseviers., et al. // Nephrol Dial Transplant – 2012. – V. 27. – P. 4095-4101.

7. Dor A, Pauly MV, Eichleay MA, Held PJ. End-stage renal disease and economic incentives: the International Study of Health Care Organization and Financing (ISHCOF). Int J Health Care Finance Econ 7(2-3):73-111, 2007.

8. Roggeri D. P. Chronic Kidney Disease: Evolution of Healthcare Costs and Resource Consumption from Predialysis to Dialysis in Piedmont Region, Italy / D. P.

Roggeri [et al.] [Електроний ресурс] // Advances in Nephrology. – 2014. – Vol. 2014, Article ID 680737, 6 p. – Режим доступу: http: //www.hindawi.com/journals/an/2014/680737.

9. United States Renal Data System, 2012 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States / National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases // Am. J Kidney Dis. – 2013. – Vol. 61. – P. 248-258.

UDC: 616.25:616.61-008.64-036.1-082]-047.37(100)

RESEARCH OF THE FINANCING OF PHARMACEUTICAL PROVISION OF THE PATIENTS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY IN THE WORLD AND IN UKRAINE

The issue of availability of medical and pharmaceutical care of the patients with chronic kidney disease have been studied on the basis of literature and statistics. The relevance of the research is based on the specifics of the disease, significant costs of providing care and the need to develop effective mechanisms to ensure the availability of dialysis care to the patients in home health care. It is established that despite the appearance of some positive changes in the main components of specialized care providing to patients with renal profile in Ukraine in recent years, lagging from European countries due to the value of the basic parameters that determine the availability and effectiveness of treatment of the urinary system diseases, is more than significant according to the research's results.

Keywords: renal failure, nephrology, pharmaceutical software.

УДК 616.25:616.61-008.64-036.1-082]-047.37(100)

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В МИРЕ И В УКРАИНЕ

На основании анализа литературных источников и статистических данных изучены вопросы обеспечения доступности медицинской и фармацевтической помощи больным с хроническими заболеваниями почек. Актуальность исследований обусловлена спецификой этой болезни, значительными затратами на оказание помощи и необходимостью разработки действенных механизмов обеспечения доступности диализной помощи больным в отечественном здравоохранении. Установлено, что, несмотря на появление в последнее время определенных позитивных изменений основных составляющих оказания специализированной помощи больным нефрологического профиля в Украине, показатели, которые определяют доступность и эффективность лечения заболеваний мочевыделительной системы в европейских странах являются более высокими.

Ключевые слова: почечная недостаточность, нефрология, фармацевтическое обеспечение.