

© ЖУРАВЛЕВ Д. А., БОЧАНОВА Е. Н., БОГДАНОВ В. В.

УДК 616.12 – 008.331.1:[615.03:364.32](571.51)

АНАЛИЗ СТОИМОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ В УСЛОВИЯХ ЛЕКАРСТВЕННОГО СТРАХОВАНИЯ

Д. А. Журавлев, Е. Н. Бочанова, В. В. Богданов

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор – д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра управления и экономики
фармации с курсом ПО, зав. – д. м. н., проф. К. Г. Ноздрачев.

Цель исследования. Рассчитать стоимость лечения первичной артериальной гипертензии в Красноярском крае в условиях лекарственного страхования.

Материалы и методы. Рассчитывалась стоимость лечения первичной артериальной гипертензии в Красноярском крае в условиях лекарственного страхования на основе методического подхода определения потребности в финансовых ресурсах по отдельным заболеваниям на основании стандартов медицинской помощи.

Результаты. Был произведен анализ стоимости лечения первичной артериальной гипертензии в Красноярском крае в расчете на одного пациента. Стоимость лечения одного пациента составила около 13 тыс. руб. на 1 пациента в год.

Заключение. Введение системы лекарственного страхования первичной артериальной гипертензии экономически возможно только при софинансировании пациентом не менее 50 % стоимости лекарственных препаратов.

Ключевые слова: лекарственное страхование, лекарственное обеспечение, артериальная гипертензия, Красноярский край.

ANALYSIS OF TREATMENT COST OF ESSENTIAL HYPERTENSION IN THE KRASNOYARSK REGION IN TERMS OF DRUG INSURANCE

D. A. Zhuravlev, E. N. Bochanova, V. V. Bogdanov

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voino-Yasenetsky

The aim of the research. To calculate the cost of treatment the essential hypertension in the Krasnoyarsk Region in terms of drug insurance.

Materials and Methods. Was calculated the cost of treatment of essential hypertension in the Krasnoyarsk Region in terms of drug insurance on the basis of a methodical approach to determine the need in financial resources for specific diseases on the basis of standards of medical care.

Results. Was analyzed the cost of treatment of essential hypertension in the Krasnoyarsk Region per a patient. The cost of one patient was about 13 thousand rubles a year.

Conclusion. The using of system of drug insurance the essential hypertension is economically possible only at patient co-financing of at least 50 % of the cost of drugs.

Key words: drug insurance, drug coverage, hypertension, Krasnoyarsk Region.

Введение

Качественная и доступная лекарственная помощь является одним из основных направлений здравоохранения. Лекарственная помощь предоставляется на всех этапах оказания медицинской помощи: амбулаторной, госпитальной, скорой медицинской и высокотехнологичной помощи [1, 2]. Но при этом при амбулаторном лечении для населения, не входящего в льготные категории, доступность лекарственного обеспечения является недостаточной [3]. Предоставление лекарственной помощи большей части населения происходит на муниципальном уровне. Это связано с тем, что около 90% населения получает помощь в амбулаторно-

поликлинических учреждениях и не нуждается в госпитализации [2]. Пациенты вынуждены покупать лекарственные препараты за свой счет, что уменьшает доступность лекарственной помощи. Решить проблему доступности лекарственных средств призвана система лекарственного страхования.

Расчет стоимости лечения был проведен для первичной артериальной гипертензии (АГ). Артериальная гипертензия широко распространена среди населения Российской Федерации (РФ) и является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Этим заболеванием страдает около 40% взрослого населения РФ (39,2% мужчин и 41,1% женщин) [4, 6].

В многочисленных исследованиях было продемонстрировано, что наличие АГ существенно ухудшает прогноз жизни [9], в первую очередь за счет увеличения риска инфаркта миокарда и мозгового инсульта. С другой стороны, на сегодняшний день совершенно очевидно, что адекватное лечение АГ способствует существенному снижению риска осложнений и увеличению продолжительности жизни больных [10]. При этом принимают антигипертензивные препараты 59,4% больных АГ, из них эффективно лечится 21,5% пациентов [6].

Материалы и методы

В исследование включался федеральный стандарт первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни), утвержденный приказом МЗ РФ от 9 ноября 2012 г. № 708н. Был проведен расчет референтных цен и стоимости суточной дозы с учетом применяемости в рублях по 46 международным непатентованным наименованиям (МНН), входящим в федеральный стандарт. Каждое международное непатентованное наименование включало от 2 до 18 торговых наименований, всего 235 торговых наименований.

Для изучения демографических данных и данных о первичной и общей заболеваемости использовался Государственный доклад о состоянии здоровья населения Красноярского края в 2011 году.

Для изучения количества больных первичной артериальной гипертензией, госпитализированных в 2012 году, и затрат на их лечение, а также количества больных нестабильной стенокардией и различными формами инфарктов и инсультов, госпитализированных в 2012 году, и затраты на их лечение использовались база данных реестров стационарной медицинской помощи ТФОМС Красноярского края и данные Региональной общественной организации «Ассоциация терапевтов Красноярского края».

Расчет стоимости затрат на лечение производился с использованием фармакоэкономического метода – анализ стоимости болезни. Рассчитывались прямые затраты по тарифам системы ОМС Красноярского края с использованием сводного прайса оптовых цен на лекарственные препараты базы данных «Е-фарма». Для планирования затрат при внедрении лекарственного страхования был проведен анализ федерального стандарта по лечению АГ и оценка стационарной медицинской помощи больным артериальной гипертензией.

Для расчета референтных цен на лекарственные препараты использовались методы математической статистики. В качестве референтной цены использовалась средневзвешенная стоимость по МНН и форме выпуска по ценам трех ведущих оптовых фирм-поставщиков лекарственных препаратов в Красноярском крае с учетом доли рынка, занимаемой каждой фирмой. Использовался прайс-лист оптовых цен на лекарственные препараты трех фирм-поставщиков: Катрен, Протек и Роста на 01.01.2013. При этом доля рынка в Красноярском крае ЗАО НПК «Катрен» составляет 17,6%, ЗАО фирма «ЦВ «ПРОТЕК» – 16,1%, ЗАО «РОСТА» – 13,8% [7].

Для расчета стоимости лечения использовался методический подход определения потребности в финансовых ресурсах по отдельным заболеваниям на основании стандартов медицинской помощи [3]. На основании данного методического подхода производился расчет стоимости суточной дозы по формуле:

$$\frac{\text{Референтная цена упаковки, руб.} \times \text{Средне-суточная доза, мг}}{\text{Дозировка препарата, мг} \times \text{Количество таблеток в упаковке, шт}}$$

Результаты и обсуждение

Был проведен расчет референтных цен и средней стоимости суточной дозы с учетом применяемости в рублях по всем МНН (46), входящим в федеральный стандарт. Пример расчета представлен в табл. 1.

Таблица 1

Расчет референтной цены упаковки и стоимости суточной дозы с учетом частоты назначения препаратов на примере препарата Каптоприл

Название торговой марки	Цена Катрен, руб.	Цена Протек, руб.	Цена Роста, руб.	Реф. цена упаковки, руб.	Частота предоставления	ССД, мг	Стоимость суточной дозы, руб.	Стоимость с учетом применяемости, руб.
Каптоприл 25 мг № 20	6,66	8,71	7,91	7,72	0,3	25	0,39	0,0039
Каптоприл 25 мг № 40	9,02	8,71	12,91	10,04			0,25	0,0025
Капотен 25 мг № 28	107,58	97,23	102,95	102,72			3,67	0,0367
Капотен 25 мг № 40	138,43	135,95	136,85	137,13			3,43	0,0343
Капотен 25 мг № 56	208,33	187,66	187,35	195,22			3,49	0,0349
Средняя стоимость							2,24	0,0224

В результате стоимость амбулаторного лечения АГ в расчете на 1 пациента в соответствии с федеральным стандартом составила:

- в день – 36,47 руб.
- в год – 13 311,70 руб.

По данным Региональной общественной организации «Ассоциация терапевтов Красноярского края», заболеваемость АГ по обращаемости составляет 113 человек на 1000 взрослого населения, на диспансерном учете находится больных АГ 47,2 человека на 1000 взрослого населения. Количество взрослого населения составляет 80,4% населения, болеют артериальной гипертензией 40% взрослого населения [5].

Таблица 2

Расчет количества больных артериальной гипертензией

Показатель	Количество человек
Население Красноярского края на 01.01.2013 г.	2 838 396
Взрослые (80,4% населения)	2 281 879
Заболеваемость АГ (40% взрослого населения)	912 752
Заболеваемость по обращаемости (113 чел. на 1000 взрослого населения)	257 852
Находится больных АГ на диспансерном учете (47,2 чел на 1000 взрослого населения)	107 704

На основании этих данных проводился расчет стоимости лечения (табл. 2).

С учетом стоимости амбулаторного лечения АГ в расчете на 1 пациента в соответствии с федеральным стандартом в год (13311,70 руб.), прямые затраты при введении лекарственного страхования составляют:

- 12,1 млрд. руб. при лечении всех больных АГ, в год;
- 3,4 млрд. руб. при лечении только тех пациентов, которые обращаются к врачу, в год;
- 1,4 млрд. руб. при лечении только тех пациентов, которые находятся на диспансерном учете, в год.

По данным исследователей, при адекватном амбулаторном лечении 95% пациентов не нуждаются в стационарной помощи [8].

В Красноярском крае в 2012 году было госпитализировано 25 478 чел. с диагнозом АГ, сумма затрат составила 44 млн. руб. При введении лекарственного страхования количество пациентов с диагнозом АГ составит 1 274 чел., сумма затрат составит 2,2 млн. руб. Экономия на стационарном лечении составит 41,8 млн. руб.

По данным исследователей, при адекватном амбулаторном лечении количество больных нестабильной стенокардией, а также различными формами инфарктов и инсультов уменьшается на 30% [10].

В Красноярском крае в 2012 году было госпитализировано 26 682 чел. с диагнозом нестабильная стенокардия, а также различными формами инфарктов и инсультов, сумма затрат составила 1 500 млн. руб. При введении лекарственного страхования количество пациентов с диагнозом нестабильная стенокардия, а также различными формами инфарктов и инсультов составит 18 677 чел., сумма затрат составит 1 050 млн. руб. Экономия на стационарном лечении составит 450 млн. руб.

Лекарственное страхование должно заменить собой льготное обеспечение.

Затраты на льготное обеспечение пациентов с АГ в Красноярском крае в 2012 году составляли:

- Краевой бюджет – 149,3 млн. руб.
- Федеральный бюджет – 74,7 млн. руб.
- Итого льготное обеспечение – 224 млн. руб.

При этом экономия на льготном обеспечении в год составит 224 млн. руб.

Экономия всего в год составит 715 млн. руб. При сравнении этого значения с самой малочисленной группой больных АГ, находящихся на диспансерном учете (107 704 чел., стоимость лечения в год 1,4 млрд. руб.) видно, что затраты на лечение превышают экономию на 685 млн. руб (табл. 3).

Таблица 3

Расчет затрат при введении лекарственного страхования

Показатель	Значение
Находится больных АГ на диспансерном учете (47,2 чел на 1000 взрослого населения)	107 704 чел.
Стоимость лечения в год больных, которые находятся на диспансерном учете, в условиях лекарственного страхования	1 400 млн. руб.
Экономия на стационарном лечении пациентов с АГ в год	41,8 млн. руб.
Экономия на стационарном лечении пациентов с нестабильной стенокардией, а также различными формами инфарктов и инсультов в год	450 млн. руб.
Экономия за счет исключения льготного лекарственного обеспечения в год	224 млн. руб.
Экономия всего в год	715 млн. руб.
Превышение потребности в денежных средствах над экономией	685 млн. руб.

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы. Расчет прямых затрат показал, что при внедрении лекарственного страхования со 100% компенсацией стоимости препаратов государством необходимо дополнительно 685 млн. руб. в год для оплаты лекарственных препаратов в амбулаторной практике для лекарственного обеспечения больных АГ на диспансерном

учете. Введение лекарственного страхования возможно только при софинансировании пациентом не менее 50% стоимости лекарственных препаратов. При введении лекарственного страхования со 100% компенсацией необходимо привлечение денежных средств из других источников.

Литература

1. Артюхов И.П., Наркевич И.А., Баранкина Т.А., Богданов В.В., Якименко О.Н. Кластерный подход к оценке доступности лекарственной помощи населению (на модели Красноярского края) // Экономика здравоохранения. – № 6. – 2012. – С. 17-21.
2. Богданов В.В., Малаховская М.В. Моделирование доступности лекарственной помощи населению муниципальных образований // Вестник Томского государственного университета. – 2012. – № 4 (20). – С. 167-174.
3. Об утверждении стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 66 от 13.02.2013 // Здравоохранение. – 2013. – № 4. – С. 113-125.
4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2012 году. – Красноярск, 2013. – 340 с.
5. Кононова Л.И., Петрова М.М., Прокopenko С.В., Можейко Е.Ю., Штарик С.Ю. Алгоритмы действий при диспансеризации больных с артериальной гипертензией, осложненной энцефалопатией: учебно-методическое пособие. – Красноярск, 2009. – 49 с.
6. Куличенко В.П., Полубенцева Е.И., Буклешева М.С., Дупляков Д.В. Контроль качества медицинской помощи больным гипертонической болезнью с использованием международных профилей индикаторов качества в амбулаторно-поликлинических учреждениях Самарской области // Артериальная гипертензия. – 2009. – Т. 15, № 5. – С. 565-570.
7. Обзор оптового рынка лекарственных средств на территории субъектов Российской Федерации в 2008-2009 гг. – Москва, 2011. – 83 с.
8. Чазова И.Е., Беленков Ю.Н. От идеи к клинической практике: первые результаты Российского национального исследования оптимального снижения артериального давления (РОСА) // Системные гипертензии. – 2004. – Т. 06, № 2. – С. 18-23.
9. Stokes J., Kannel W., Wolf P., D'Agostino R., Cupples L. Blood pressure as a risk factor for cardiovascular disease. The Framingham Study – 30 years of follow-up // Hypertension. – 1989. – № 13 (5 Suppl.) – P. 13-18.
10. Waeber B. Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patients // Blood Pressure. – 2001. – № 10. – P. 62-73.

References

1. Artukhov I.P., Narkevitch I.A., Barankina T.A., Bogdanov V.V., Yakymenko O.N. The cluster approach to the assessment of the availability of the drug to the population (on the model of the Krasnoyarsk Region) // Health Economics. – № 6. – 2012. – P. 17-21.
2. Bogdanov V.V., Malahovskaya M.V. Simulation of drug availability to the population of municipalities // Vestnik of Tomsk State University. – 2012. – № 4 (20). – P. 167-174.
3. About approval of strategy to providing the population of the Russian Federation by drugs for the period up to 2025: the order of the Ministry of Health of the Russian Federation dd. 13.02.2013 № 66 // Health Care. – 2013. – № 4. – P. 113-125.
4. The State report on the status of public health and health care activities in the Krasnoyarsk Region in 2012. – Krasnoyarsk, 2013. – 340 p.
5. Kononova L.I., Petrova M.M., Prokopenko S.V., Mozheyko E.Yu., Shtarik S.Yu. Algorithms of action at clinical examination of patients with hypertension complicated with encephalopathy: Textbook. – Krasnoyarsk, 2009. – 49 p.
6. Kulichenko V.P., Polubentseva E.I., Buklesheva M.S., Duplyakov D.V. Monitoring the quality of care to patients with hypertension using international quality indicators profiles in outpatient clinics in the Samara region // Hypertension. – 2009. – Vol. 15, № 5. – P. 565-570.
7. Review of the wholesale market of medicines in the territory of the Russian Federation in 2008-2009. – Moscow, 2011. – 83 p.
8. Chazova I.E., Belenkov Yu.N. From idea to clinical practice: first results of the Russian national study of optimal blood pressure reduction (ROSA) // System Hypertension. – 2004. – Vol. 06, № 2. – P. 18-23.
9. Stokes J., Kannel W., Wolf P., D'Agostino R., Cupples L. Blood pressure as a risk factor for cardiovascular disease. The Framingham Study – 30 years of follow-up // Hypertension. – 1989. – № 13 (5 Suppl.) – P. 13-18.
10. Waeber B. Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patients // Blood Pressure. – 2001. – № 10. – P. 62-73.

Сведения об авторах

Журавлев Дмитрий Александрович – преподаватель кафедры управления и экономики фармации с курсом ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 663491, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. (391) 2201901; e-mail: dmitriizhur8@gmail.com.

Бочанова Елена Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 663491, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. (391) 2283666; e-mail: bochanova@list.ru.

Богданов Вячеслав Владимирович – кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры управления и экономики фармации с курсом ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ.

Адрес: 663491, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. (391) 2201901; e-mail: bogdanovvv@krasgmu.ru.