Экономические проблемы сахарного диабета в России

И.И. Дедов, Ю.И. Сунцов, С.В. Кудрякова

Эндокринологический научный центр (дир.- акад. РАМН И.И.Дедов) РАМН, Москва

В последнее десятилетие все большее внимание исследователей стали привлекать не только медицинские, но и экономические аспекты сахарного диабета (СД). Рост числа больных СД, увеличение стоимости средств, методов лечения, обследования ведут за собой затраты, связанные прямо или косвенно с диабетом [1,8]. Человеческий инсулин, эффективные пероральные сахароснижающие препараты не стали дешевле. Несмотря на то, что операции на конечностях (искусственные суставы), шунтирование коронарных артерий, трансплантация почки, гемодиализ в развитых странах считаются обычными, стоимость их остается высокой и хотя они финансируются государством, доступность этих видов помощи для многих больных, остается проблемой.

Крайне важно понимание экономических проблем, с которыми сталкивается государство и сам больной СД как в процессе лечения заболевания, так и в решении социальных вопросов.

Экономические проблемы СД базируются на общих положениях [10]: определение прямых затрат, связанных с заболеванием (затраты на медикаменты, средства контроля, оборудование, лабораторные исследования, уход в больнице, дома, расходы, связанные с заболеванием, которые несут больные и их семьи); определение косвенных затрат, связанных с заболеванием (потеря трудоспособности, инвалидность и преждевременная смерть). Важным является и определение расходов, которые несет сам больной (оплата медицинских услуг, потеря времени на поиски работы, страховки и т.п.), а также определение наиболее эффективного использования ресурсов здравоохранения.

В данной статье мы представим данные экспертной оценки прямых расходов, связанных с СД в России. Они основаны на расчетах эпидемиологических данных (в статье не рассматриваются косвенные расходы, хотя они составляют не менее половины всех затрат на диабет; их оценка сложна и требует специальных исследований).

Работ по экономическим проблемам СД немного, значительная часть их проведена в США. Однако сравнение имеющихся данных следует проводить с учетом различий в системах здравоохранения. В различных странах доля расходов, связанных с диабетом, которую берет на себя государство, может существенно различаться.

Данные о прямых расходах на диабет в некоторых странах мира представлены на рис. 1; величина этих расходов зависит от числа больных в стране [1,8,11]. В США прямые расходы в расчете на 1 больного в год составили в 1997 г. 5512,5 $ [2,9,11], в Англии - 3080 $ [5], в Финляндии - 3209 $ [3], в Австралии - 2060 $[6,7], в странах Центральной и Южной Америки лишь 353 $[4]. (Величина этих расходов зависит от уровня медицинской помощи и может не соответствовать необходимым и достаточным расходам на диабет).

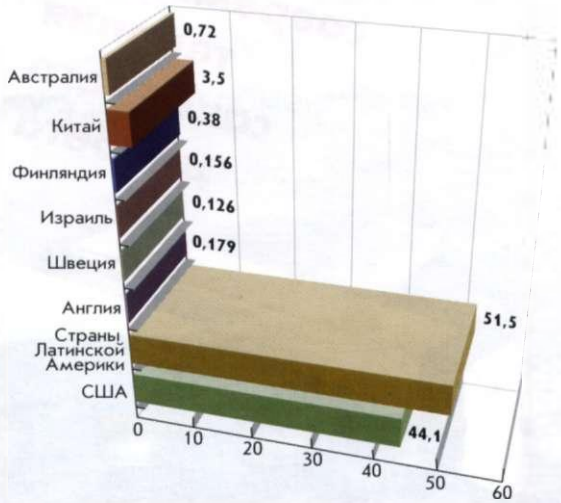

Рис.1. Прямые расходы на диабет в различных странах (в млрд $ US)

Свои расчеты прямых расходов на диабет мы строили из стоимостной ситуации в России в отношении лекарственных средств, средств самоконтроля, оборудования, лечения в условиях стационара и амбулатории, обучения больных и т.д. Мы учитывали, что эти расходы существенно зависят от наличия осложнений диабета и их тяжести. Так, на офтальмо-

логическую помощь больному с начальной ретинопатией расходуется в среднем 62,4 $ в год, с тяжелой пролиферативной формой - 960 $, т.е в 15 раз больше. На лечение больного с нефропатией в начальной стадии расходуется 232 $ в год, с хронической почечной недостаточностью (ХПН) - 308 $ без учета расходов на гемодиализ, трансплантацию почки; стоимость лечения ХПН в США - 45000 $ в год [5].

На рис.2 представлены данные о средних прямых расходах на 1 больного в год с учетом типа СД и тяжести сопутствующих осложнений. При 1 типе СД без осложнений средние прямые затраты составили 1066 $, при 2 типе - 653 $ в год. Они заметно возрастают с появлением осложнений, средние прямые расходы на 1 больного с 1 типом СД возрастают до 2105 $, со 2 типом - до 1692 $ в год. При наличии у больных ХПН, отслойки сетчатки и слепоты, диабетической стопы, требующей не только консервативного, но и хирургического лечения (пластика сосудов, ампутация с последующим протезированием), инфаркта миокарда, нарушений мозгового кровообращения - прямые расходы резко возрастают, в среднем они составляют 20373 $ в год на 1 больного с 1 типом СД и 6 940 $ - со 2 типом СД.

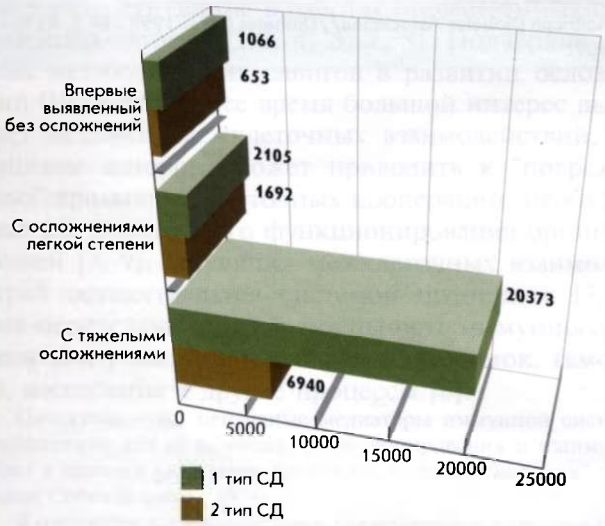

Рис.2. Средние прямые расходы на 1 больного в год в России (в $ US)

Основываясь на эпидемиологических данных, мы провели стоимостную оценку прямых расходов на диабет в России. На 01.01.99 г. в стране зарегистрировано 15 110 детей, 272 380 подростков и взрослых с 1 типом СД и 1 721 620 подростков и взрослых со 2 типом СД.

На рис.3 представлены данные прямых расходов в год на указанное выше число больных в России. Прямые расходы на детей с 1 типом СД составили 25,7 млн $ в год, на подростков и взрослых с 1 типом СД - 2 137,6 млн $, на подростков и взрослых со 2 типом СД - 5 328,4 млн $ в год.

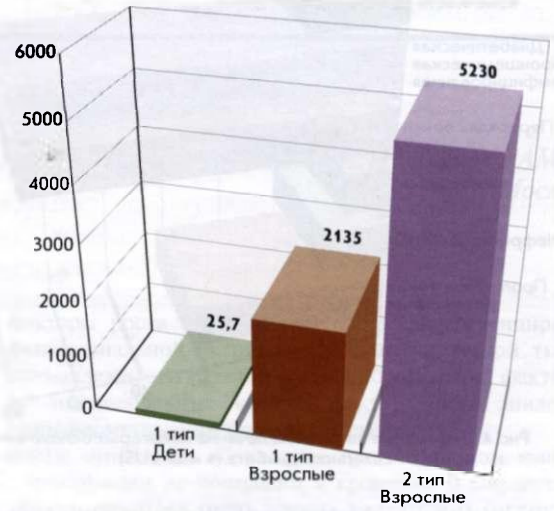

Рис.3. Ежегодные прямые расходы на больных сахарным диабетом в России (в млн $ US).

Таким образом, прямые расходы, связанные с диабетом в России, в 1999 г. должны были составить 7 491,7 млн $. Насколько эта сумма близка к фактическим расходам - вопрос предстоящих исследований.

Если пересчитать прямые затраты на 1 больного в России, то получится сумма, близкая к аналогичным расходам в европейских странах - 3728,8 $ в год. Эта величина в последующем может снижаться, если средства используются эффективно, с учетом современных достижений диабетологии. Если вложения в современные технологии лечения и профилактики СД были недостаточны, то расходы увеличиваются.

Основная тяжесть прямых расходов приходится на расходы, связанные с развитием осложнений СД, Некоторые данные, связанные с затратами на лечение осложнений СД представлены на рис.4. Ежегодно в России больным диабетом проводится до 12 тыс.высоких ампутаций. Расходы, связанные только с пребыванием больных в стационаре по поводу ампутации конечности, составляют 14,4 млн $. (в США - 718 млн $). Однако число ампутаций нижних конечностей у больных СД в США достигает 55 - 60 тыс. в год. Расходы на лечение диабетической нейроишемической инфицированной стопы составляют 56,2 млн $ в год. Если бы трансплантация почки проводилась всем больным, которым это необходимо, то расходы составили 56,3 млн $. Потребность в гемодиализе и трасплантации почки превышает число фактически проводимых операций и требует больших расходов.

Представленные данные показывают, что решение проблемы СД требует значительных затрат, однако они могут быть снижены. Хотя успехи в обла-

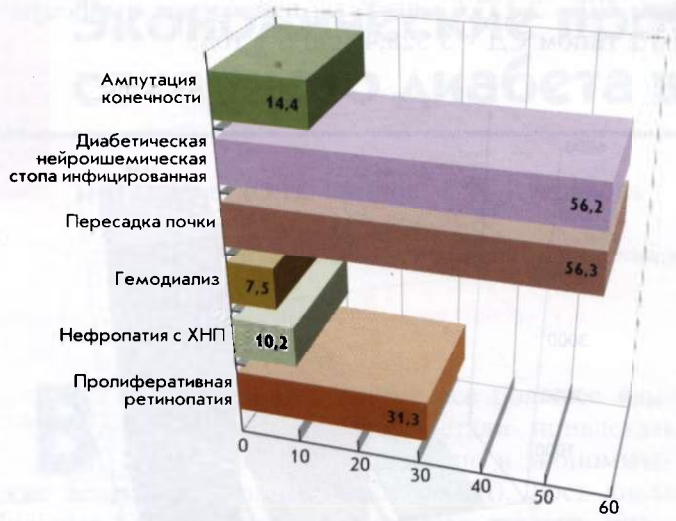

Рис.4. Ежегодные затраты на лечение некоторых осложнений сахарного диабета (в млн $ US)

сти первичной профилактики диабета еще незначительны, существенный прогресс достигнут в профилактике и лечении осложнений СД. На этом пути можно получить значительный экономический эффект. Раннее выявление и лечение осложнений , постепенный переход от стационарного преимущественно к амбулаторному лечению без ухудшения метаболических показателей позволит снизить расходы на диабетическую помощь примерно на 25% [10]. Доказана высокая эффективность работы многопрофильной команды в амбулаторных условиях. Начальное удорожание диабетической помощи обязательно компенсируется значительным снижением затрат в будущем.

Литература

1. Organization for Economic Cooperation and Development. Health care system in tranition; the search for efficiency.//OECD Social Policy Studies.-1990.-№ 7.-P.129-135.
2. Rubin J.R., Altman W.M., Mendelson D.N. //J.Clin.Endocrinol.Metab.-1994.-v.78.-P.809.
3. Kangas T.,Reunanen A., Koivisto V.A. et al. Direct costs of health care of drug-treated diabetic patients in Finland in 1989. In: Kangas T. (ed). The Findiab report. Health of peuple with diabetes in Finland. Helsinki: STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1995 (STAKES Research Report № 58).
4. Cowie C.C.,Eberhardt M. Diabetes 1996: vital statistics. Alexandria, VA.-ADA.-1996.
5. Curie C.J., Gill L., Peters J.R//Diabet Med.-1996.-v.13(Suppl.3).-P.57.
6. Gross P.F., Tiffen A. Total economic cost diabetes in Australia. Sydney: Institute of Health Economics and Technology Assessment.-1991.
7. McCarty D.J.,Zimmet P., Dalton A. et al. International Diabetes Institute//Diabetes.-Australia.-1996.
8. World Health Organization. World health report 1997.-Geneva.-1997.
9. HarrisM.I., Cowie C.C., Estman R.//Diabetes Care.-1994.-№ 6.-P.585-591.
10. The Economics of Diabetes and Diabetes Care//In: ed. Wolfgan Gruber et al.-1999.
11. Amtrican Diabetes Association//Diabetes Care.-1998.- № 2.-P.296-309.