



Документ исследования политики

**Оценка затрат на
медикаментозные вмешательства
по контролю гипертонической
болезни в КР с целью выработки
возможных механизмов
обеспечения лекарствами для
лечения ГБ на бесплатной основе**

Бишкек - 2014



РЕФЕРАТ

Гипертоническая болезнь является важным фактором в смертности и инвалидизации населения Кыргызской Республики от сердечно - сосудистых заболеваний. Гипертоническая болезнь в сочетании с гиперлипидемией и коронарной болезнью сердца в 80 % случаев является причиной смертности и инвалидности в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По данным исследований, проводимых за последнее время, распространённость гипертонической болезни растёт, составляя до 34% среди лиц старше 18 лет. Основное внимание в данном исследовании уделяется оценке финансовых затрат на приобретение лекарственных средств для лечения гипертонической болезни в КР. Результаты расчетов могут стать основой для рассмотрения механизмов обеспечения лекарственными препаратами больных с гипертонией на льготных условиях в качестве стимула для улучшения диагностики и постоянного контроля гипертонической болезни.

Авторы: Абдраимова А. (ЦАПЗ), Урманбетова А. (ЦАПЗ), Борчубаева Г. (ФОМС), Азизбекова Ж. (ФОМС)

Запросы относительно публикаций Общественного Фонда «Центр анализа политики здравоохранения» следует направлять по адресу:

**ОФ «Центр анализа политики здравоохранения»
Кыргызская Республика
Бишкек 720040
ул. Тоголок-Молдо, 1 (каб №№201,203,205)**

или по электронной почте: office@hpac.kg

Кроме того, информацию о Центре и подготовленные документы исследований политики, а также информационные обзоры и другие документы можно найти на вебсайте Центра анализа политики здравоохранения www.hpac.kg

Все права принадлежат Центру анализа политики здравоохранения. Документ может цитироваться со ссылкой на данный документ, но не для продажи или в коммерческих целях. Мнение и взгляды, выраженные в данном отчете, основаны на анализе данных, полученных в ходе проведенного исследования, и авторы не несут ответственность за любой ущерб, возникший в результате его использования.

Данный отчет был подготовлен при технической поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве (BCA), охватывающих период с 2012 по 2015 год, между Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Проведение исследования стало возможным благодаря финансовой помощи, предоставленной Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству (SDC) на реализацию проекта ВОЗ «Усиление мониторинга и оценки, и также политического диалога в рамках программы «Ден Соолук». Сделанные выводы и их интерпретация в данном документе принадлежат команде, подготовившей отчет, и необязательно отражают официальное мнение Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству (SDC) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	5
1. ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ	6
2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	7
3. МЕТОДОЛОГИЯ.....	8
3.1 Анализ льготных лекарственных программ по обеспечению больных ГБ лекарственными средствами	8
3.2 Анализ цен основных ЛС, используемых для лечения ГБ	8
3.3. Расчет стоимости (затрат) медикаментозного лечения ГБ.....	9
4. РЕЗУЛЬТАТЫ	11
4.1. Анализ уровня охвата больных ГБ льготными программами по лекарственному обеспечению.....	11
4.2. Анализ цен основных лекарств, применяемых для лечения гипертонии	12
4.3. Расчет стоимости (затрат) медикаментозного лечения ГБ.....	13
4.4. Варианты возможных механизмов бесплатного или льготного обеспечения лекарствами для лечения ГБ	22
5. ВЫВОДЫ И ОБСУЖДЕНИЯ.....	24
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	26

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	артериальная гипертензия
АД	артериальное давление
ВОВР	высокий и очень высокий риск
ГБ	гипертоническая болезнь
ДПОМС	Дополнительная программа ОМС по лекарственному обеспечению застрахованных граждан
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
СР	средний риск
ССО	сердечно-сосудистые осложнения
КР	Кыргызская Республика
КИОД	комплексное интегрированное обследование домохозяйств
ЛС	лекарственные средства
МНН	международное непатентованное название (лекарства)
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
НЦКиТ	Национальный центр кардиологии и терапии
ПГГ	Программа государственных гарантий
ЦАПЗ	Центр анализа политики здравоохранения
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве КР

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Центр анализа политики здравоохранения выражает глубокую признательность за поддержку, оказанную Министерством здравоохранения Кыргызской Республики в проведении данного исследования в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Ден Соолук» (2012-2016).

Особую признательность команда ЦАПЗ выражает д-ру Бартону Смит, Региональному заместителю директора по качеству проекта ЮСАИД "Качественное здравоохранение", Кадыралиевой Р.Б., Заместителю директора НЦКиТ, Борчубаевой Г.Ш., Начальнику управления экономики и финансов ФОМС при Правительстве КР, Азизбековой Ж.А., Начальнику управления реализации программ медицинского страхования ФОМС при Правительстве КР и другим за консультации, комментарии и вклад в дизайн исследования и подготовку настоящего документа.

Предварительные результаты были доложены и обсуждены на Совместном ежегодном обзоре программы «Ден Соолук» в ноябре 2014 года. Заключительный отчет был подготовлен с учетом полученным комментариям и рекомендаций.

1. ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гипертоническая болезнь (ГБ) является важным фактором в смертности и инвалидизации населения Кыргызстана в результате сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В сочетании с гиперлипидемией и коронарной болезнью сердца, вклад гипертонической болезни в смертность и инвалидность в связи с ССЗ достигает 80 %¹. Распространенность гипертонии растет, составляя от 30,1 % взрослых (по стандартизированным результатам КИОД за 2007 год) до 34.1% среди лиц старше 18 лет (по данным исследования «Интерэпид» за 2012-2013 годы).

Контроль ССЗ является одним из приоритетов во всех программах КР по реформированию здравоохранения («Манас», «Манас Таалими», «Ден Соолук»). В программе реформирования здравоохранения «Ден Соолук» улучшение выявления и контроля гипертонической болезни выделены в отдельные результаты деятельности по ССЗ, которые в сочетании с другими результатами, должны привести к 1% ежегодному снижению смертности от ССЗ.

В системе здравоохранения Кыргызстана были предприняты огромные усилия по улучшению первичной помощи, и в данном процессе на контроле гипертонии был сделан особый акцент, как на одном из мониторируемых заболеваний.

Кроме того, Программа государственных гарантий (ПГГ) и ДПОМС на амбулаторном уровне для застрахованного населения призваны обеспечить финансовую доступность услуг по выявлению и лечению заболеваний, в том числе гипертонии.

Основное внимание в данном исследовании уделено изучению вопроса финансовой доступности лекарств для лечения гипертонии, то есть стоимости медикаментозного лечения, **поскольку эффективный контроль гипертонии может улучшить результаты здоровья, сократив острые случаи сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инсульты и инфаркты миокарда, а также может быть экономичным для системы здравоохранения, значительно сократив число госпитализаций.** Эта необходимость продиктована также результатами нескольких исследований и динамикой в сфере обеспечения и потребления лекарственных средств в стране.

Во-первых, исследование ВОЗ «Эффективность системы здравоохранения в области контроля гипертонической болезни в Кыргызстане»² за 2007 год показало, что лишь **57% из тех, кто знал о наличии у них гипертонии, принимали лекарство для лечения гипертонии за последние 24 часа.** Среди тех, кто не принимал лекарства в последние 24 часа, несмотря на наличие рецепта на гипотензивный препарат, **10% респондентов сказали, что причиной являлся финансовый барьер к приобретению лекарств.** Авторы делают предположение о том, что цифра 10% могла быть выше, если бы вопрос был нацелен не на прием гипотензивных средств за последние 24 часа, а на получение лечения в целом. К сожалению, этот вопрос больше не изучался, и задокументированных прямых подтверждений сделанного авторами предположения также не имеется.

¹ Джумагулова А.С., Миррахимов Э.М. Первичная и вторичная профилактика артериальной гипертонии и гиперхолестеринемии в Кыргызской Республике. ЦАМЖ 1997; 1: 35-39

² Данное исследование проведено на репрезентативной выборке домохозяйств и с проведением стандартизированных результатов анкетирования

Во вторых, «расходы из кармана» на медицинские услуги за последние 10 лет увеличились в 3,5 раза - с 1,5 млрд. сомов в 2000 году до 5,6 млрд. сомов в 2009 году. **В структуре «расходы из кармана» около 60% составляют расходы на лекарства.** За период с 2000 по 2009 год расходы домохозяйств на ЛС с учетом инфляции увеличились почти в 2 раза³. В структуре расходов людей старше 50 лет затраты на ЛС составляют около 1/3 дохода, что может в значительной степени влиять на постоянное использование ЛС при хронических заболеваниях, в том числе при гипертонии, особенно для групп населения с низким уровнем доходов⁴.

В-третьих, анализ ДП ОМС показывает, что **до 70 % гипотензивных средств, назначенных врачом по Дополнительной программе, носят торговые наименования⁵, которые, как правило, дороже генерических лекарств под международными непатентованными названиями (МНН)**, что оказывает влияние на финансовое бремя пациента и снижение приверженности к постоянному приему лекарств.

В связи с вышеназванными проблемами и упором в программе «Ден Соолук» на разрешение барьеров при получении услуг, данное исследование ставит целью провести расчет стоимости медикаментозного лечения гипертонической болезни на основе утвержденного клинического руководства для лечения ГБ у взрослых. Результаты расчетов могут стать основой для рассмотрения механизмов бесплатного обеспечения антигипертензивными препаратами, в качестве стимула для улучшения диагностики и постоянного контроля ГБ.

2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования является расчет стоимости лечения гипертонической болезни (ГБ) с учетом распространенности и риска сердечно-сосудистых осложнений в соответствии с клиническим протоколом по лечению ГБ.

Основные исследовательские вопросы:

1. Насколько имеющиеся в настоящее время льготные программы по лекарственному обеспечению охватывают и обеспечивают больных ГБ лекарственными средствами?
2. Анализ цен основных ЛС, используемых для лечения ГБ в Кыргызстане.
3. Какова стоимость медикаментозного лечения ГБ с учетом распространенности для разных категорий больных (с учетом степени повышения артериального давления, риска сердечно-сосудистых осложнений и сопутствующей патологии) в соответствии с клиническим протоколом по лечению ГБ?

³ЦАПЗ: КИОД, НСЗ – 2009 г.

⁴ЦАПЗ: анализ ГЛП 2007-2010гг.

⁵ЦАПЗ: Эффективность системы здравоохранения в области контроля гипертонической болезни в Кыргызстане, 2007 г.

3. МЕТОДОЛОГИЯ

3.1 Анализ льготных лекарственных программ по обеспечению больных ГБ лекарственными средствами

При обсуждении вопросов о расчете стоимости медикаментозного лечения ГБ с целью рассмотрения возможности их бесплатного распространения со всеми заинтересованными сторонами было высказано много мнений о том, что имеющаяся программа на амбулаторном уровне (ДПОМС) является достаточной, и нет надобности в дополнительном обеспечении больных ГБ лекарствами на льготных условиях. С этой целью мы провели анализ использования лекарств больными ГБ и охвата больных ГБ данной программой. Данный анализ основан на базе данных ФОМС.

3.2 Анализ цен основных ЛС, используемых для лечения ГБ

На сегодняшний день в стране имеется большой рынок лекарственных средств для лечения гипертонической болезни, и цены варьируют в разных пределах. Для расчета стоимости медикаментозного лечения мы использовали два типа расходов населения на лечение ГБ - с использованием цен самых дешевых генериков под МНН, имеющих на рынке, и генериков под торговыми названиями, которые произведены в европейских странах со строгими регуляторными функциями, и имеют сертификат на соответствие GMP.

Причина расчетов стоимости лечения с использованием цен генериков под МНН и генериков под торговыми названиями, имеющих гарантированное качество, связана с тем, что на сегодняшний день в стране надлежащий контроль обеспечения терапевтической эффективности лекарств недостаточный, и есть вероятность присутствия на рынке генериков с низкой клинической эффективностью.

Исследование по изучению качества препаратов в фармацевтическом секторе, проведенное в 2008 году⁶, которое включало оценку около 10% от общего числа зарегистрированных на тот момент лекарств, используемых для лечения наиболее распространенных заболеваний, в том числе для лечения гипертонической болезни, показало, что на рынке присутствуют лекарства, которые могут иметь низкую клиническую эффективность. По данным исследования только 30% препаратов были от производителей, прошедших аудит ВОЗ на соответствии GMP стандартов ВОЗ и ЕС или завезены из стран со строгими регуляторными органами. В то же время, данное исследование показало, что высокая цена на ЛС не всегда является показателем качества. Учитывая то, что в Кыргызстане очень распространена практика назначения широко рекламируемых торговых аналогов лекарств, это является немаловажным фактом в лечении гипертонии, поскольку неэффективные препараты могут вызывать критические состояния у больных, постоянный прием более дорогих торговых аналогов может сильно оказывать влияние на финансовое бремя и приверженность к постоянному приему. Ситуация осложнена тем, что ни больной, ни врач не могут объективно оценивать эффективность и качество препаратов, которые имеются на рынке.

⁶ Качество лекарственных средств в секторе государственных закупок в КР, ВОЗ. 2008

3.3. Расчет стоимости (затрат) медикаментозного лечения ГБ

Основные подходы, которые были использованы для расчета стоимости медикаментозного лечения ГБ для населения Кыргызстана:

- С учетом распространенности гипертонии

На январь 2013 г. число больных, имеющих ГБ и официально зарегистрированных в КР, составляет 4,1% больных ГБ от взрослого населения (старше 18 лет). Однако проведенные за последние годы исследования по распространенности гипертонической болезни свидетельствуют о неполноте регистрации и ограниченности данных по распространенности гипертонии. По результатам исследования КИОД за 2007 год, распространенность ГБ в Кыргызстане составила 28,4%. При стандартизации данных результатов к населению мира для международной сопоставимости, она достигает 30,98%. Далее, по данным исследования «Интерэпид» в 2012-2013 гг., проведенного НЦКиТ, распространенность ГБ составила 34,1% от взрослого (старше 18-ти лет) населения республики.

Разница между официальными показателями распространенности и результатами указанных двух исследований свидетельствует о недостатках в системе выявления, регистрации и лечения ГБ. Тем не менее, ожидаемые результаты Национальной программы здравоохранения «Денсоолук» предполагают увеличение количества выявленных случаев гипертонической болезни на уровне первичной медико-санитарной помощи на 10 % каждый год, при базовом показателе распространенности 4,1% от взрослого населения. Таким образом, целевым показателем для улучшения охвата лечением больных ГБ в программе «Ден Соолук» к 2016 году обозначен уровень 6,1% от взрослого населения.

В связи с наличием указанных показателей, произведены расчеты стоимости лечения ГБ для населения по трем сценариям - i) охват зарегистрированных больных ГБ - 4,1% от взрослого населения, ii) целевой показатель охвата больных ГБ - 6,1% от взрослого населения, и iii) распространенности ГБ согласно данным исследования «Интерэпид» – 34,1 % от взрослого населения.

- Стратификация больных ГБ по добавочному риску сердечно-сосудистых осложнений для определения медикаментозных схем лечения гипертонии.

Согласно рекомендациям ВОЗ/МОАГ от 1999 г., "...основной целью лечения больного с ГБ является достижение максимального снижения степени риска сердечнососудистой заболеваемости и смертности". Это означает, что для лечения пациентов с ГБ недостаточно лишь снижать уровень артериального давления (АД) до оптимальных цифр, необходимо воздействовать и на другие факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Кроме того, наличие факторов риска определяет тактику лечения пациентов с ГБ.

В настоящее время, с принятием Национального руководства по лечению гипертонической болезни у взрослых в Кыргызстане, также произошли значительные изменения в подходах к ведению пациентов с гипертонией.

Согласно принятого клинического руководства в стране по ведению гипертонии, лечение данных пациентов наряду со степенью повышения артериального давления определяется в первую очередь наличием или отсутствием сопутствующих факторов риска (ФР), субклинических поражений органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС). Один и тот же уровень АД может быть расценен как неприемлемо высокий для пациента с высоким риском и допустимый для пациентов с низким риском ССО.

Поэтому, для определения медикаментозных схем лечения мы основывались на оценке риска сердечно-сосудистых осложнений как основном показании к медикаментозному вмешательству и на уровне артериального давления, как дополнительном указании к назначению лекарств. То есть, при подборе стандартной схемы лечения исходили из того, что препарат выбора должен не только снижать АД, но и улучшать (по крайней мере, не ухудшать) течение сопутствующих заболеваний и иметь наиболее высокую эффективность и доказательства.

Для получения данных по стратификации больных ГБ по риску сердечно-сосудистых осложнений мы использовали данные международных руководств по управлению гипертонией⁷, клинических исследований по стратификации больных по добавочному риску сердечно-сосудистых осложнений⁸ и использовали данные исследований местного уровня^{9,10}.

Поскольку медикаментозная терапия при ГБ с низким риском сердечно-сосудистых осложнений зависит в большей степени от эффективности не медикаментозной терапии и чаще всего не требует приема медикаментов¹¹, расчеты стоимости медикаментозных схем лечения ГБ с низким риском сердечно-сосудистых осложнений не проводились.

- Использование оптимального сочетания пролонгированных лекарств с учетом степени повышения АД и риска ССО

Для расчета стоимости схем медикаментозного лечения ГБ использовались оптимальное сочетание пролонгированных препаратов для достижения максимального гипотензивного действия и минимизации нежелательных явлений на основе утвержденного клинического руководства по лечению гипертонической болезни у взрослых пациентов (2010 г.).

⁷ Guidelines for the Management of Arterial Hypertension (ESC, 2007)

⁸ Cardiovascular risk in patients with arterial hypertension: an evolution of views, The Russian University of National Friendship, «Moscow, Russia»

⁹ КИОД, 2011г.

¹⁰ «Интерэпид» НЦКиТ, 2013 г.

¹¹ European Society of Hypertension–European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. Journal of Hypertension 2003, www.eshonline.org

4. РЕЗУЛЬТАТЫ

4.1. Анализ уровня охвата больных ГБ льготными программами по лекарственному обеспечению

В настоящее время является очевидным то, что необходимо **дальнейшее развитие и усиление роли государственных программ льготного лекарственного обеспечения** на амбулаторном уровне. Целью введения Дополнительной программы ОМС по лекарственному обеспечению (ДПОМС) было снижение финансового бремени населения, в том числе для больных ГБ, по расходам на лекарства за счет возмещения части стоимости ЛС, соблюдения надлежащей практики назначения ЛС и снижения уровня госпитализаций при тех заболеваниях, которые могут эффективно регулироваться на первичном уровне. Однако опыт реализации данной программы показывает, что имеются барьеры, которые препятствуют их эффективной реализации. В связи с чем, необходимо 1) пересмотреть механизмы реализации льготных лекарственных программ в плане усиления адресности, 2) увеличение размеров финансирования в рамках льготных лекарственных программ, 3) оказание влияния на цены ЛС в обмен на гарантированный сбыт, 4) воздействие на поставщиков услуг при выборе между генериками под МНН и более дорогими генериками под торговыми названиями.

В настоящее время, в рамках предоставления услуг по ДПОМС для лечения гипертонической болезни включено 15 наименований лекарств, что составляет 17% от общего списка возмещаемых наименований лекарств. Подушевой норматив, выделяемый на ДПОМС, составляет менее 1 доллара на 1 человека в год. При имеющихся ограниченных средствах, все застрахованные граждане имеют одинаковые права в рамках данной программы. Никакие другие критерии – социальный статус, хроническое течение заболевания – не рассматриваются, единственным условием для выписывания лекарств по сниженным ценам для пациентов является наличие медицинских показаний.

Так, за 2013 год по Дополнительной программе ОМС 120,9 тыс больным с диагнозом ГБ было реализовано лекарственных средств по 285,0 тыс рецептам на сумму 45,9 млн. сом, что составляет 26% от общего бюджета, выделяемого на ДПОМС. Фактическая сумма возмещения за все реализованные лекарственные средства составила 185,8 млн. сом.

Получается, что в среднем, одному пациенту с ГБ выписывается не более 2 рецептов в год. В одном рецепте прописывается курсовая доза не более, чем на 1 месяц. То есть, те больные с ГБ, которым выписываются лекарства по данной программе, обеспечиваются необходимыми лекарствами максимально только 2 месяца в год. Учитывая то, что больные ГБ должны принимать лекарства постоянно, а на льготных условиях предоставляется ограниченное количество лекарств, мы не можем говорить об эффективном контроле гипертонии.

Кроме того, реализация данных программ также указывает на недостаточное использование более дешевых генерических ЛС. Анализ данных ФОМС показал, что только 30% средств, направляемых для возмещения ЛС по ДП ОМС, идут на возмещение лекарственных средств под генерическими наименованиями, а 70% - на возмещение более дорогих генериков под торговыми названиями.

4.2. Анализ цен основных лекарств, применяемых для лечения гипертонии

Для расчета стоимости лечения ГБ, были использованы оптимальные комбинации из 5 препаратов, из которых 3 препарата, согласно утвержденному клиническому протоколу, являются препаратами первого ряда для лечения ГБ: из группы диуретиков – гидрохлортиазид, антагонистов кальция – амлодипин и ингибиторов АПФ – лизиноприл; в схему лечения пациентов с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений дополнительно были включены гиполипидемическое средство – аторвастатин и антиагрегант – ацетилсалициловая кислота.

Все указанные препараты включены в Перечень жизненно-важных лекарственных средств и разрешены к применению на территории страны.

Согласно Реестра разрешенных к применению ЛС на рынке Кыргызстана, разрешено к применению 19 торговых наименований Амлодипина, 3 наименования Гидрохлортиазида, 16 торговых наименований Лизиноприла, 13 наименований Ацетилсалициловой кислоты и 9 генерических наименований Аторвастатина.

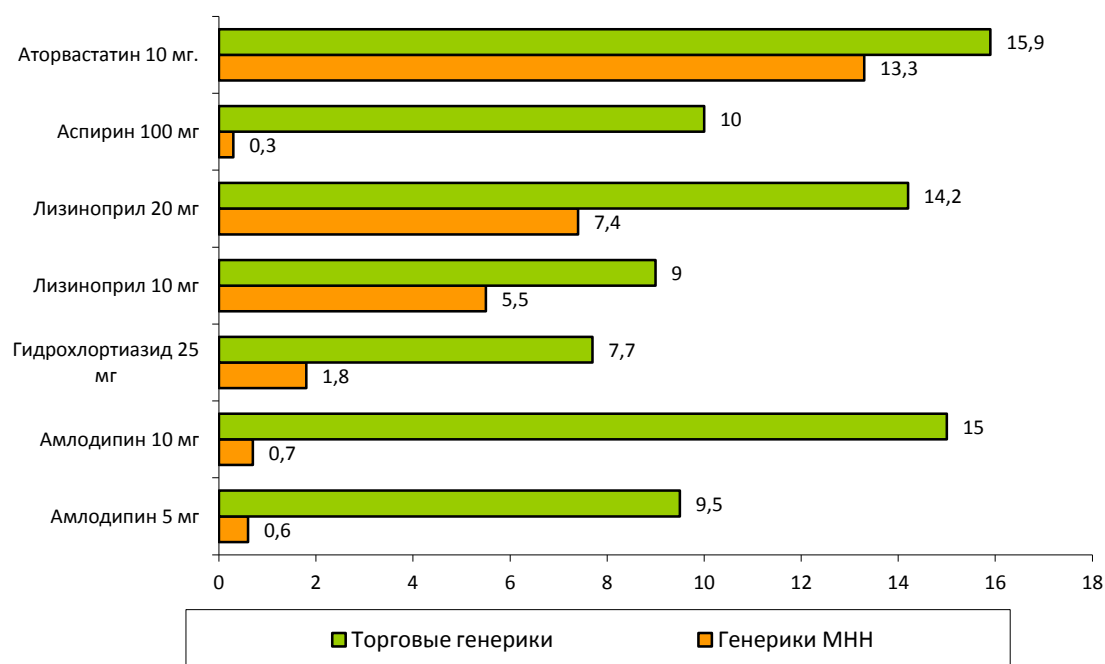
Для расчета были выбраны генерические лекарства под МНН, которые имели наименьшую цену и генерические лекарства под торговыми названиями от производителей, прошедших аудит ВОЗ на соответствии GMP стандартов ВОЗ и ЕС или завезены из европейских стран со строгими регуляторными органами.

Цены на лекарственные средства получены из Базы данных оптовых цен на ЛС Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники (ДЛО и МТ) по состоянию на сентябрь 2013 года.

Выбранные для расчетов цены препаратов имеют довольно большой разброс. Существенные различия в ценах у препарата Амлодипин, где разница между ценами выбранных препаратов была более, чем в 15 раз. Следует отметить, что цены выбранных генериков под торговыми названиями не являются максимальными из имеющихся на рынке.

Наиболее дорогими являются препараты из группы статинов – аторвастатинов, и необходимо отметить, среди данных препаратов не очень большая разница в ценах между генериками под МНН и генериками под торговыми названиями (Рис.1).

Рисунок 1. Цены отобранных лекарственных средств (за 1 табл/сом)



Источник: База данных оптовых цен ЛС (ДЛО и МТ), сентябрь 2013г.

Несмотря на то, что на рынке зарегистрировано 9 наименований воспроизведенных аналогов аторвастатина, данные препараты доступны, в основном, только в аптечной сети столицы. Если судить по данным количества ввезенного в страну Аторвастатина, то очевидно, что в Кыргызстане его не потребляют в больших количествах, следовательно, слабая конкуренция не способствует снижению цены. Это может быть связано с тем, что врачи не назначают статины регулярно, несмотря на то, что они включены в клинические протоколы лечения больных ГБ с высоким риском ССО.

Так, за 2013 год из 9 разрешенных к применению аналогов аторвастатина ввозились в страну только 5 наименований, общее количество ввезенных таблеток за 2013 год составило 1,187 млн. штук. Допуская, что больные принимают данный препарат ежедневно в минимальной дозировке - по 1 таблетке (10 мг), данное количество может указывать на то, что в стране его регулярно потребляют не более 3252 человек. Согласно приведенным ниже расчетным данным, количество зарегистрированных больных ГБ II и III степеней, имеющих высокий и очень высокий риск ССО, и которым рекомендовано принимать статины, составляет около 52 тыс. человек.

4.3. Расчет стоимости (затрат) медикаментозного лечения ГБ

- Структура распространенности ГБ по степеням

Для расчетов стоимости лечения гипертонии с учетом распространенности, были использованы данные исследования НЦКиТ «Интерэпид». По результатам данного исследования, распространенность гипертонии составляет 34,1% от взрослого населения (3 596 360 человек по состоянию на 2013 год), т.е. 1 226 346 человек.

Согласно утвержденного клинического руководства по лечению гипертонии у взрослых, в Кыргызстане придерживаются классификации, предложенной ВОЗ (1999) и Европейским обществом кардиологов (ЕОК/ЕОАГ, 2007), ВНОК, 2009, согласно которой существуют три степени повышения АД.

I степень гипертонии	140-159	90-99
II степень гипертонии	160-179	100-109
III степень гипертонии	≥180	≥110

В рамках исследования «Интерэпид», исходя из уровня АД, согласно принятой в стране классификации, были получены данные по степеням ГБ: ГБ I степени имеют 61%, ГБ II степени имеют 23% и ГБ III степени имеют 16% лиц, как это представлено в таблице ниже:

ГБ	В %	В абсолютных цифрах
I степени	61 %,	748 035
II степени	23%	280 513
III степени	16%	197 798
Всего:		1 226 346

- Стратификация больных ГБ по добавочному риску сердечно-сосудистых осложнений

Для стратификации больных ГБ в КР по рискам сердечно-сосудистых осложнений, использовались данные международных руководств по лечению ГБ и данные исследований по стратификации больных ГБ по риску ССО. Согласно использованным данным, среди пациентов с I степенью повышения АД около 6% обычно имеют умеренный (средний) риск ССО, 94% имеют высокий и очень высокий риски ССО. Среди пациентов с ГБ II степени 17% имеют умеренный (средний) риск ССО, 83% - высокий и очень высокий риск ССО. Все пациенты, имеющие ГБ III степени повышения АД, относятся к группе лиц с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, которым показана комбинированная антигипертензивная терапия, усиленная статином и антиагрегантом.

Менее 1% пациентов с низким риском ССО наблюдается, и они не нуждаются в медикаментозной терапии при условии выполнения базисных мероприятий по изменению образа жизни. Данная структура больных ГБ по степеням и рискам была применена для расчетного числа больных ГБ по рискам ССО в КР.

Для получения структуры распространенности ГБ по рискам ССО с использованием вышеуказанной структуры, были произведены расчеты в два шага:

1. Экстраполяция структуры распространенности по рискам ССО к структуре распространенности по степеням АГ из исследования Интерэпид.
2. Полученные абсолютные цифры использованы для выведения структуры распространенности ГБ по рискам ССО.

При экстраполяции структуры распространенности ГБ по рискам ССО к данным распространенности ГБ по степеням, согласно исследования «Интерэпид» (34,1% или 1 226 346 человек), получены следующие данные:

Таблица 1. Экстраполяция структуры распространенности ГБ по рискам ССО

	Количество больных ГБ по степеням (Интерэпид, 2013 г.)	Расчетное количество больных ГБ со средним риском ССО	Расчетное количество больных ГБ с высоким и очень высоким риском ССО
ГБ I степени	748 035	44 882 (6%)	703 153 (94%)
ГБ II степени	280 513	47 687 (17%)	232 826 (83%)
ГБ III степени	197 798		197 798 (100%)
Всего:	1 226 346	92 569	1 133 777

Таким образом, все 197 798 больных с III степенью ГБ, а также большая часть больных ГБ с I и II степенями отнесены к группе с высоким и очень высоким риском ССО.

Далее расчетные значения числа больных по степеням и рискам были использованы для составления структуры распространенности ГБ в процентном соотношении среди общего числа больных ГБ (получены из результатов исследования Интерэпид - 34.1 % от взрослого населения КР) (Таблица 2):

Таблица 2. Расчетное количество больных ГБ в %, по рискам и степени АД

	% больных ГБ со средним риском ССО	% больных ГБ с высоким и очень высоким риском ССО
ГБ I степени	44 882 (3.66%)	703 153 (57,34%)
ГБ II степени	47 687 (3.88%)	232 826 (19%)
ГБ III степени		197 798 (16.1%)
Всего:		1 226 346 человек (100%)

Согласно расчетным данным, больные с высоким и очень высоким рисками ССО в КР составляют около 93 % из всех больных ГБ, выявленных по исследованию Интерэпид. Наиболее распространенной группой больных являются больные с I степенью ГБ и ВОВР ССО (57,3%). Полученные данные будут использованы при расчете стоимости ЛС для лечения больных ГБ в зависимости от риска ССО, при условии 100% охвата больных.

Данная структура распространенности ГБ по рискам ССО применена для получения расчетного количества больных ГБ при охвате 6,1% взрослого населения (219 898 чел) - целевой показатель по Программе «Ден Соолук», при охвате 4,1 % больных ГБ (147 429 чел.) - зарегистрированное количество больных ГБ, базовый показатель в программе «Ден соолук»:

Таблица 3. Расчетное количество больных ГБ по степеням и рискам ССО при охвате 4.1 % от взрослого населения

	К-во больных ГБ со средним риском ССО	К-во больных ГБ с высоким и очень высоким риском ССО
ГБ I степени	5 396 (3.66%)	84 544 (57,34%)
ГБ II степени	5 734 (3.88%)	28 016 (19%)
ГБ III степени		23 739 (16.1%)
Всего:		147 429 человек (100%)

Таблица 4. Расчетное количество больных ГБ по степеням и рискам ССО при охвате 6.1 % от взрослого населения

	К-во больных ГБ со средним риском ССО	К-во больных ГБ с высоким и очень высоким риском ССО
ГБ I степени	8 052 (3.66%)	126 154 (57,34%)
ГБ II степени	8 556 (3.88%)	41 804 (19%)
ГБ III степени		35 423 (16.1%)
Всего:		219 989 человек (100%)

- Определение схем медикаментозного лечения ГБ с учетом риска сердечно-сосудистых осложнений и степени повышения АД

В соответствии с утвержденным клиническим протоколом в КР, состав схем медикаментозной терапии гипертонии зависит от 1) оценки рисков сердечно-сосудистых осложнений, 2) степени гипертонической болезни и 3) наличия сопутствующих заболеваний. Целью применения этих медикаментозных схем является достижение максимального гипотензивного действия и минимизация нежелательных явлений у взрослых пациентов.

Схемы терапии в протоколе КР не являются стандартными схемами терапии, как это практикуется в программах по лечению, к примеру, некоторых инфекционных заболеваний. При лечении гипертонической болезни используется индивидуализированный подход к каждому пациенту. Применение стандартных схем медикаментозной терапии ГБ заметно повысило бы достоверность расчетов стоимости лечения. В отношении ГБ, схемы терапии в протоколе являются оптимальными в зависимости от степени суммарного сердечно-сосудистого риска у больного и уровня артериального давления. В приведенных ниже схемах медикаментозного лечения и расчетах стоимости пришлось сделать допущение в том, что при лечении больных с ГБ с

разными степенями повышения АД и рисками ССО, все врачи строго придерживаются данных схем.

Исходя из рекомендаций в утвержденном протоколе по лечению гипертонии и мнений опрошенных экспертов, составлена матрица комбинаций медикаментов, составляющих эти схемы терапии. При составлении оптимальной схемы лечения использовались препараты длительного действия для достижения 24-часового контроля АД при однократном или двукратном приеме медикамента в сутки, что удобно для пациента и повышает его приверженность к длительному лечению.

Для расчета стоимости лечения ГБ I степени среднего риска была использована монотерапия одним из трех препаратов: амлодипин 5 мг/сут или лизиноприл 10мг/сут, или гидрохлортиазид 25мг/сут.

Для расчета стоимости лечения ГБ II степени среднего риска также использована монотерапия одним из антигипертензивных средств - амлодипином 10мг или лизиноприлом 20мг или же их сочетанием в среднетерапевтических дозах.

Для расчета стоимости лечения больных с ГБ I, II, III степеней с ВОВР использована одна комбинированная терапия из максимального количества препаратов, включающая 2 антигипертензивных препаратов, статин и антиагрегант в средних дозировках (Таблица 5).

Таблица 5. Используемые схемы лечения для расчета стоимости лечения ГБ

	Со средним риском ССО (I,II степени ГБ)		С высоким и очень высоким риском ССО (I,II,III степени ГБ)	
	Наименование препарата	Доза	Наименование препарата	Доза
ГБ I ст.	1. Амлодипин 2. Лизиноприл 3. Гидрохлортиазид	5 мг/сут 10мг/сут 25мг/сут	Лизиноприл + Амлодипин+ Ацетилсалициловая кислота +Аторвастатин	10мг/сут 10 мг/сут 100 мг/сут 10 мг/сут
ГБ II ст.	1. Амлодипин 2. Лизиноприл 3. Лизиноприл + Амлодипин	10 мг/сут 20 мг/сут 10 мг/сут 5 мг/сут		

- Расчетная стоимость схем медикаментозного лечения ГБ с использованием наиболее дешевых генериков под МНН и генериков под торговыми названиями.

Расчетная стоимость лечения ГБ I степени среднего риска при лечении самым дешевым генериком амлодипина в год на 1 человека составит 230 сом, гидрохлортиазидом - 650 сом и при приеме самого дешевого генерика лизиноприла составит 1997 сом.

При проведении лекарственной терапии генериками под торговыми названиями стоимость лечения возрастает в разы. Например, монотерапия амлодипином при использовании торгового аналога стоит дороже в 15 раз, чем при использовании самого дешевого генерика под МНН и составляет 3468 сом.

Расчетная стоимость лечения ГБ II степени среднего риска при использовании наиболее дешевых генериков в зависимости от используемого препарата существенно отличается. Так, при применении амлодипина стоимость в год на 1 пациента составляет 267 сом, при использовании лизиноприла - 3990 сом.

Как и при лечении ГБ I степени, лекарственная терапия генериками под торговыми названиями при лечении ГБ II степени среднего риска намного дороже. Например, монотерапия амлодипином при использовании торгового аналога стоит дороже в 20 раз, чем при использовании самого дешевого генерика под МНН, и составляет 5475 сом в год на 1 пациента.

Стоимость комбинированного лечения ГБ II степени среднего риска для 1 пациента в год (по схеме амлодипин + лизиноприл), при использовании самых дешевых генериков, составит 2227, что в 3 раза дешевле, чем при использовании торговых наименований - 6753 сом (Таблица 6).

Таблица 6. Годовая стоимость лечения одного больного ГБ со средним риском

Лекарственные препараты	Затраты на 1 чел/год дешевыми генериками (сом)	Затраты на 1 чел/год генериками под торговыми наименованиями (сом)	Разница между стоимостью лечения
ГБ I степени среднего риска			
1. Амлодипин 5мг	230	3 468	15,1
2. Гидрохлортиазид 25мг	650	2 811	4,3
3. Лизиноприл 10мг	1 997	3 285	1,6
ГБ II степени среднего риска			
1. Амлодипин 10 мг	267	5 475	20,5
2. Лизиноприл 20 мг	3 990	5 201	1,3
3. Лизиноприл 10 мг + Амлодипин 5 мг	2 227	6 753	3,0

Расчетная стоимость лечения ГБ всех степеней с ВОВР при использовании комбинированной терапии на 1 пациента в год, при использовании наиболее дешевых генериков, составляет 7 154 сом, при использовании торговых генериков стоимость лечения по данной схеме возрастает в два раза и составляет 15 294 сом в год на 1 пациента (Таблица 7).

Таблица 7. Годовая стоимость лечения одного больного ГБ по схеме с высоким и очень высоким риском

Схема лечения	Затраты на 1 чел/год дешевыми генериками (сом)	Затраты на 1 чел/год генериками под торговыми наименованиями (сом)	Разница
ГБ с высоким и очень высоким риском (I, II, III степеней)			
Амлодипин 10 мг + Лизиноприл 10 мг + Ацетилсалициловая кислота 100 мг + Аторвастатин 10 мг	7154	15294	2,1

- Расчетная стоимость лечения ГБ при охвате больных по 3 сценариям: 4,1%, 6,1%, 34,1% больных ГБ от взрослого населения

При охвате всех зарегистрированных больных ГБ - 4,1% от взрослого населения, расчетная стоимость лечения больных ГБ I степени среднего риска составляет от 1,24 млн. сом до 10,8 млн. сом в год. При применении генериков под торговыми названиями соответственно стоимость лечения будет составлять от 18,7 млн. сом до 17,7 млн. сом в год. Комбинированная схема лечения ГБ II степени среднего риска составит от 12,7 млн. сом (наиболее дешевые генерики) до 38, 7 млн. сом в год (генерики под торговыми наименованиями). Расчетная стоимость лечения ГБ с ВОВР составляет от 975 млн. сом (наиболее дешевые генерики) до 2, 08 млрд. сом в год (Таблица 8).

Таблица 8. Затраты на лечение ГБ среднего, высокого и очень высокого рисков при охвате зарегистрированного количества больных - 4,1% от взрослого населения¹²

Лекарственные препараты	Затраты в год/охват 4,1% взрослого населения (зарегистрированные больные на 2013г.)	
	наиболее дешевые генерики (сом)	генерики под торговыми наименованиями (сом)
ГБ I степени среднего риска		
1. Амлодипин 5мг	1 241 166,3	18 714 628,8
2. Гидрохлортиазид 25 мг	3 507 643,8	15 169 210,4
3. Лизиноприл 10мг	10 776 561,1	17 727 092,2
ГБ II степени среднего риска		
1. Амлодипин 10 мг	1 530 869,4	31 391 423,0
2. Лизиноприл 20 мг	22 877 037,1	29 820 418,5
3. Лизиноприл 10 мг + Амлодипин 5 мг	12 768 712,2	38 718 955,2
ГБ высокого и очень высокого риска (I, II, III степеней)		
Амлодипин 10 мг + Лизиноприл 10 мг + Ацетилсалициловая кислота 100 мг + Аторвастатин 10 мг	975 080 552,1	2 084 551 574,5

При охвате 6,1% от взрослого населения, расчетная стоимость лечения больных ГБ I степени среднего риска составляет от 1,85 млн. сом до 16,08 млн. сом в год. При применении генериков под торговыми названиями, соответственно стоимость лечения будет составлять от 27,9 млн. сом до 26,45 млн. сом в год. Комбинированная схема лечения ГБ II степени среднего риска составит от 19,05 млн. сом (наиболее дешевые генерики) до 57,8 млн. сом (торговые генерики) в год. Расчетная стоимость лечения ГБ с ВОВР составляет от 1,45 млрд. сом (наиболее дешевые генерики) до 3, 11 млрд. сом в год (Таблица 9).

¹² 4,1% от взрослого населения КР является показателем количества зарегистрированных случаев АГ в 2013 году и базовым показателем в Пакете индикаторов Программы «Ден соолук»

Таблица 9. Затраты на лечение ГБ со средним, высоким и очень высоким рисками при охвате зарегистрированного количества больных 6,1% от взрослого населения¹³

Лекарственные препараты	Затраты в год при охвате 6,1% взрослого населения (Целевой показатель охвата больных ГБ "Ден Соолук")	
	наиболее дешевые генерики (сом)	генерики под торговыми наименованиями (сом)
ГБ I степени среднего риска		
1. Амлодипин 5мг	1 852 035,6	27 925 475,4
2. Гидрохлортиазид 25 мг	5 234 013,6	22 635 095,6
3. Лизиноприл 10мг	16 080 500,1	26 451 899,3
ГБ II степени среднего риска		
1. Амлодипин 10 мг	2 284 322,9	46 841 453,3
2. Лизиноприл 20 мг	34 136 511,2	44 497 241,8
3. Лизиноприл 10 мг + Амлодипин 5 мг	19 053 135,4	57 775 403,5
ГБ высокого и очень высокого риска (I, II, III степеней)		
Амлодипин 10 мг + Лизиноприл 10 мг + Ацетилсалициловая кислота 100 мг + Аторвастатин 10 мг	1 454 989 475,5	3 110 512 865,2

Расчетная стоимость лечения больных ГБ I степени среднего риска при охвате всех больных ГБ - 34,1% от взрослого населения страны - составляет от 10,32млн. сом до 89,62 млн. сом в год. При применении генериков под торговыми названиями соответственно стоимость лечения будет составлять от 155,6,9 млн. сом до 147,43 млн. сом в год. Комбинированная схема лечения ГБ II степени среднего риска составит от 103,7 млн. сом (наиболее дешевые генерики) до 314,7 млн. сом (торговые генерики) в год. Расчетная стоимость лечения ГБ с ВОВР составляет от 8,1 млрд. сом (наиболее дешевые генерики) до 17, 33 млрд. сом в год (Таблица 10).

¹³ 6,1 % от взрослого населения КР является целевым показателем количества зарегистрированных случаев АГ в Пакете индикаторов Программы «Ден соолук»

Таблица 10. Затраты на лечение больных ГБ со средним, высоким и очень высоким рисками при охвате 34,1% от взрослого населения¹⁴

Лекарственные препараты	Затраты в год при охвате 34,1% населения (Распространенность больных ГБ по данным Интерэпид)	
	наиболее дешевые генерики (сом)	генерики под торговыми наименованиями (сом)
ГБ I степени среднего риска		
1. Амлодипин 5мг	10 322 816,5	155 650 120,2
2. Гидрохлортиазид 25 мг	29 173 177,1	126 162 770,5
3. Лизиноприл 10мг	89 628 976,4	147 436 748,8
ГБ II степени среднего риска		
1. Амлодипин 10 мг	12 442 506,5	255 141 285,3
2. Лизиноприл 20 мг	185 938 580,5	242 372 570,7
3. Лизиноприл 10 мг + Амлодипин 5мг	103 780 756,6	314 697 552,4
ГБ высокого и очень высокого риска (I, II, III степеней)		
Амлодипин 10 мг + Лизиноприл 10 мг + Ацетилсалициловая кислота 100 мг + Аторвастатин 10 мг	8 109 777 590,7	17 337 285 221,1

4.4. Варианты возможных механизмов бесплатного или льготного обеспечения лекарствами для лечения ГБ

Вариант 1. Включение статинов в ДПОМС

Рассмотрение данного варианта потребует значительного увеличения размера финансирования в рамках ДПОМС, в связи с чем необходим пересмотр механизмов реализации данной программы в плане усиления адресности.

По предварительным расчетам, при включении аторвастатина в ДПОМС при уровне возмещения 50%, сумма возмещения для 1 уровня составит 12,91 сом за 1 табл. (из расчета средних базисных цен). Сумма возмещения ФОМС на 1 человека в год составит 4712,2 сом.

¹⁴ По данным исследования Интерэпид, распространенность гипертонии в КР составила 34,1% от взрослого населения КР

Согласно расчетным данным количество зарегистрированных больных ГБ (I, II, III степеней), которые имеют высокий и очень высокий риск ССО, составляет 136 279 человек, и которым показана обязательная терапия статинами. При обеспечении всех данных больных статинами в рамках ДПОМС, сумма возмещения в год составит 642, 17 млн. сом.

	Сумма возмещения за 1 табл. (сом)	Сумма возмещения в год на 1 чел (сом)	Расчетное количество зарегистрированных пациентов с ГБ высокого и очень высокого рисков – 136 279 чел.) X Сумма возмещения в год на 1 чел (сом)
Аторвастатин 10 мг.	12,91	4712,2	642 173 903,8

**Примечание: Прогнозный план финансирования на 2014 год по ДП ОМС составляет всего 182 812 725 сом. С учетом вышеуказанного предложения, необходимо пересмотреть дальнейшую политику ДП ОМС в целом.*

Вариант 2. Включение ГБ всех степеней высокого и очень высокого риска в лекарственный пакет по ПГГ

Учитывая то, что при первом варианте льготными лекарствами могут воспользоваться только застрахованные граждане, возможно рассмотрение вопроса о включении больных ГБ высокого и очень высокого риска в льготную категорию больных на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий для обеспечения ЛС по лекарственному пакету ПГГ, которая на сегодняшний день включает категории больных по 4 заболеваниям независимо от статуса застрахованности.

Для этого необходимо определить наименование препаратов, которые будут возмещаться бесплатно по лекарственному пакету ПГГ, и определить норму отпуска данных лекарств на 1 год на одного пациента.

Исходя из вышеприведенных расчетов, стоимость комбинированного лечения ГБ высокого и очень высокого риска наиболее дешевыми генериками при охвате зарегистрированного количества больных ГБ (4,1% от взрослого населения) составила **975,08 млн. сом в год.**

Однако на льготное лекарственное обеспечение по ПГГ прогнозный план финансирования на 2014 год из средств республиканского бюджета составляет 23 272 400 сом.

Для включения указанной категории больных в лекарственный пакет в рамках ПГГ, необходимо в целевом порядке предусмотреть в бюджете системы Единого плательщика на 2015 год дополнительные средства, с соответственным внесением изменений в ПГГ в части включения к пяти имеющимся мониторируемым заболеваниям больных с гипертонической болезнью высокого и очень высокого рисков.

5. ВЫВОДЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

1. Разница между официальными показателями распространенности ГБ и результатами двух исследований о распространенности ГБ, которые следовали строгой методологии, свидетельствует о недостатках в системе выявления, регистрации и лечения ГБ. Поэтому вполне закономерно, что охват больных программами по лечению ГБ неполный.

2. Несмотря на имеющиеся льготные лекарственные программы, большие расходы на амбулаторное лечение остаются главной причиной высокого финансового бремени для больных с ГБ. Это вызвано как ограниченностью льгот по наименованиям необходимых препаратов, так и недостаточным охватом нуждающихся больных с ГБ. Согласно проведенным исследованиям, в Кыргызстане более 1,2 млн. человек имеют повышенное артериальное давление. За 2013 год, в рамках имеющейся льготной программы по обеспечению лекарствами 120 тыс. больных с ГБ имели возможность приобрести лекарства по сниженным ценам в течение года (около 10%). Однако объемы выписываемых лекарств ограничены и не позволяют больным постоянно и эффективно контролировать давление, используя субсидируемые государством лекарства. Приведенные выше данные, согласно которым программа ДП ОМС обеспечивает одного больного лекарствами для лечения ГБ в среднем на 2 месяца из всей годовой потребности, показывают недостаточность лекарственного обеспечения этой группы больных.

3. Произведенные расчеты стоимости медикаментозных схем лечения ГБ в зависимости от степени и риска ССО показали, что стоимость лечения сильно зависит от цены на используемое наименование (генерик с МНН или генерик под торговым наименованием). Несмотря на то, что наличие большого количества воспроизведенных аналогов на рынке Кыргызстана предполагает расширение выбора, и, в некоторых случаях, улучшение приверженности к приему лекарств, задача по улучшению доступа к антигипертензивным медикаментам в связи с сильным разбросом цен диктует необходимость дальнейшего усиления регулирования цен. Результаты расчета стоимости лечения ГБ в Кыргызстане для индивидуальных пациентов и по трем сценария охвата больных ГБ оказались с выраженной вариацией. Причиной этому являются i) зависимость от схемы медикаментозного лечения ГБ, отражающая клинические аспекты болезни, ii) наличие большого числа генерических наименований лекарств на фармацевтическом рынке с большим разбросом цен.

4. Получены следующие результаты расчетной стоимости лечения ГБ для 1 пациента в год:

4. 1. Для пациентов с ГБ со **средним риском** осложнений стоимость варьирует:

- i. **при монотерапии**, которая применяется при ГБ I и II степеней, от 230 сомов (самые дешевые генерики) до 5475 сомов для одного пациента в год (торговые наименования);
- ii. **при комбинированной терапии**, которая применяется при ГБ II степени от 2227 сомов (самые дешевые генерики) до 6753 сомов в год (торговые наименования);

Для пациентов с **высоким и очень высоким риском** осложнений стоимость комбинированного лечения с использованием статинов варьирует:

- iii. при использовании наиболее **дешевых генериков** составляет 7154 сомов в год на 1 пациента
- iv. при использовании **торговых наименований** 15294 сомов в год на одного пациента

4.2. Расчетная стоимость лечения ГБ при охвате зарегистрированных больных ГБ – **4, 1% от взрослого населения:**

Для пациентов **со средним риском** осложнений

- i. стоимость **монотерапии** при ГБ I и II степеней составила от 1,24 млн. сомов до 22,87 млн. сомов в год при использовании наиболее дешевых генериков
- ii. стоимость **комбинированной терапии**, применяемой при ГБ II степени, от 12,76 млн. сомов (самые дешевые генерики) до 19,05 млн. сомов в год (торговые наименования)

Для пациентов с **высоким и очень высоким риском** осложнений стоимость варьирует:

- iii. при использовании наиболее **дешевых генериков** составляет 975,08 млн. сомов в год
- iv. при использовании **торговых наименований** составляет 2,08 млрд. сомов в год

5. Требуется особое внимание использованию статинов при лечении ГБ, особенно у пациентов имеющих высокий и очень высокий риск ССО. Низкое потребление статинов в стране и наличие их в сетях розничной торговли исключительно в центральных районах страны и городах указывает на необходимость улучшения доступа к статинам среди больных ГБ. Среди возможных причин отмечаются высокая цена на статины относительно цен на другие компоненты антигипертензивного лечения и географические барьеры, связанные с физической доступностью статинов.

Возможно низкое потребление статинов больными с высоким риском осложнений вызвано в большей степени редким назначением со стороны врачей, что в свою очередь влечет низкий спрос на него и соответственно отсутствие в аптечной сети и конкуренции, призванной снизить цену на статины.

В данном случае необходимо изучить, насколько врачи осведомлены о роли статинов в ведении больных с гипертонией и имеющих высокие риски ССО.

В любом случае, доступ к статинам среди нуждающихся пациентов значительно увеличивает стоимость лечения для пациентов с гипертонией и осложнениями, и при включении статинов в льготные субсидируемые государством лекарственные программы требует значительного увеличения финансирования.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Затраты на лечение ГБ среднего риска (I и II степени) и высокого и очень высокого рисков наиболее дешевыми генериками

Лекарственный препарат	Суточная доза	Цена за ед.(сом)	Затраты на 1 чел/мес (30дн), сом	Затраты на 1 чел/год/сом (365 дн.), сом	Затраты в год/охват ГБ 4,1% от населения /сом	Затраты в год/ охват ГБ 6,1% от населения /сом	Затраты в год/ охват ГБ 34,1% от населения /сом
ГБ 1 степени среднего риска:							
Амлодипин	5мг	0,63	19	230	1 241 166,3	1 852 036	10 322 817
Гидрохлортиазид	25мг	1,78	53,5	650	3 507 644	5 234 014	29 173 177
Лизиноприл	10мг	5,47	164	1997	10 776 561	16 080 500	89 628 976
ГБ 2 степени среднего риска							
Амлодипин	10 мг	0,73	22	267	1 530 869	2 284 323	12 442 507
Лизиноприл	20 мг	10,93	328	3990	22 877 037	34 136 511	185 938 581
Лизиноприл + Амлодипин стоимость лечения по схеме	10 мг 5 мг	5,47 0,63 6,1	 183	 2227	 12 768 712	 19 053 135	 103 780 757
ГБ высокого и очень высокого рисков всех степеней							
Амлодипин + Лизиноприл + АСК +	10 мг 10 мг 100 мг	0,73 5,47 0,06			975 080 552	1 454 989 475	8 109 777 591

Аторвастатин	10 мг	13,33					
стоимость лечения по схеме		19,6	588	7154			

Затраты на лечение ГБ среднего риска (1и2 степени) и высокого и очень высокого рисков всех степеней генериками под торговыми названиями

Лекарственный препарат	Суточная доза	Цена за ед.(сом)	Затраты на 1 чел/сут	Затраты на 1 чел/год/сом	Затраты в год/4,1% распространенность ГБ/сом	Затраты в год/6,1% распротстраненость ГБ/сом	Затраты в год/34,1% распротстраненость ГБ/сом
------------------------	---------------	------------------	----------------------	--------------------------	--	--	---

ГБ 1 степени среднего риска:

Амлодипин	5мг	9,5	285	3468	18 714 629	27 925 475	155 650 120
Гидрохлортиазид	25мг	7,7	231,5	2811	15 169 210	22 635 096	126 162 770
Лизиноприл	10мг	9	270	3285	17 727 092	26 451 899	147 436 749

ГБ 2 степени среднего риска

Амлодипин	10 мг	15	450	5475	31 391 423	46 841 453	255 141 285
Лизиноприл	20 мг	14,25	427,5	5201	29 820 418	44 497 242	242 372 571
Лизиноприл + Амлодипин	10 мг 5 мг	9 9,5 18,5	555	6753	19 053 135	57 775 403	314 697 552

ГБ всех степеней высокого и очень высокого риска

Амлодипин + Лизиноприл + АСК + Аторвастатин	10 мг 10 мг 100мг 10 мг	15 9 2 15,9 41,9	1257	15294	2 084 551 575	3 110 512 865	17 337 285 221
--	----------------------------------	-------------------------------------	-------------	--------------	---------------	---------------	----------------