



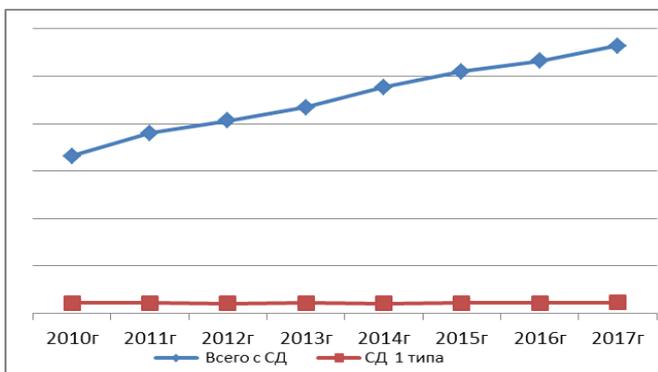
## Информационный обзор Экспресс-оценка доступа к инсулину и оказания помощи больным сахарным диабетом

Настоящий информационный обзор содержит информацию по основным результатам исследования по выявлению проблем при оказании медицинской помощи больным сахарным диабетом (СД) и доступности инсулина, а также оценке произошедших изменений в области предоставления услуг по диабету с момента проведения подобной оценки в 2009 году.

Для проведения оценки была использована специальная методология, позволяющая провести быструю оценку качества оказываемой медицинской помощи больным диабетом и доступности инсулина (RAPIA) в странах с низким и средним уровнем доходов. Основная цель данного метода заключается в сборе данных, анализе и презентации данных для проведения оценки и информирования о состоянии здравоохранения в отношении лечения диабета в стране.

На 1 января 2018 г. по данным Центра электронного здравоохранения (ЦЭЗ) зарегистрировано 56448 человек с диагнозом СД, что составляет 0,9% от общей численности населения. Очевидно, что реальная численность данных больных намного больше, так как многие люди не проходят соответствующего обследования и не регистрируются.

Рисунок 1. Количество зарегистрированных пациентов с СД, 2010-2017 гг.

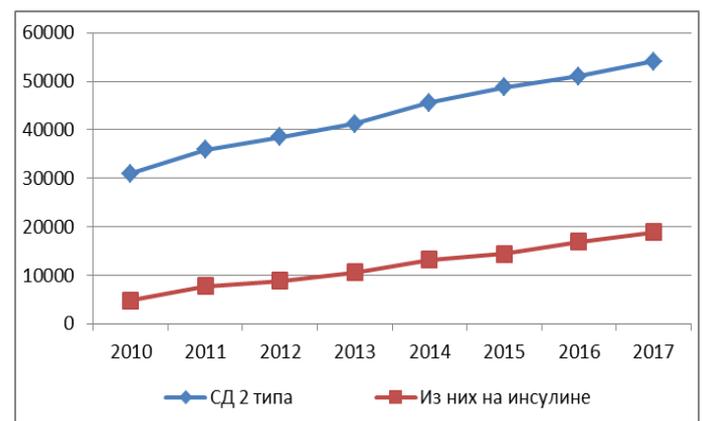


Источник: Центр электронного здравоохранения, 2017

По оценочным данным Международной диабетической федерации (IDF), заболеваемость СД в стране должна составлять примерно 180200 человек<sup>1</sup>, что в три раза больше количества официально зарегистрированных больных с СД.

Количество больных с СД 2 типа, принимающих инсулин, ежегодно увеличивается. В 2010 году, доля таких пациентов составляла - 15%, тогда как в 2017 году их стало более трети от общего количества зарегистрированных больных с СД 2 типа - 35 %.

Рисунок 2. Больные СД 2 типа, которые получают инсулин



### Основные результаты исследования

#### Законодательство и нормативные документы

В настоящее время в Кыргызстане имеется хорошая политическая и законодательная рамочная основа для профилактики и контроля НИЗ, включая борьбу с диабетом.

Программа государственных гарантий гарантирует бесплатные медицинские услуги для больных с СД, в том числе предоставление инсулинов и средств для его введения.

Закон КР «О сахарном диабете» был принят в 2006 году, и многие составляющие данного Закона остаются нереализованными из-за недостаточности

<sup>1</sup> IDF Diabetes Atlas 7th Edition. Brussels, 2015

бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение.

В октябре 2017 года Министерством здравоохранения КР была утверждена Программа «Сахарный диабет в Кыргызской Республике на 2018-2022 годы».

На сегодняшний день остаются недостаточными вопросы межотраслевой координации профилактических мероприятий, связанными с НИЗ на уровне населения.

### **Организация системы здравоохранения**

Семейные врачи полностью не вовлечены в ведение СД. Ведение пациентов с СД 1 типа возложено только на эндокринологов, которые в основном сконцентрированы на национальном и областном уровнях, особенно в гг. Бишкек и Ош.

Осложнения, связанные с диабетом, ведут другие узкие специалисты.

Регулярный мониторинг использования стандартов и оценки качества помощи при диабете, как составляющей процесса улучшения качества, не проводится.

Преимственность в ведении диабета ограниченная, поэтому пути пациентов при оказании медицинской помощи остаются сложными, необходимо обращаться на разные уровни.

Уровень госпитализации детей и подростков с СД остается высоким и достигает 150%, при этом расходы «из-кармана» пациентов также являются высокими. Госпитализация детей проводится только на центральном уровне - в г. Ош в межобластной детской клинической больнице (ОМКДБ) и в г. Бишкек в национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМид).

### *Регистр сахарного диабета*

Регистр сахарного диабета внедрен во всех регионах, но данные Регистра не используются при планировании закупок сахароснижающих лекарственных средств, в том числе инсулинов.

Система централизации и сбора данных Регистра остается сложной. Лица, ответственные за ведение регистра, не обучены, имеющиеся процедуры не обеспечивают качество данных,

### *Клинические руководства и клинические протоколы (КР/КП)*

Разработаны клинические руководства и протоколы для лечения и диагностики сахарного диабета 2 типа и его осложнений. Однако семейные врачи не обучены и полностью не вовлечены в ведение диабета СД 2 типа.

Отсутствуют стандарты и индикаторы для проведения мониторинга и оценки диагностики и лечения диабета 2 типа согласно КР/КП.

КР/КП для ведения СД 1 типа и его осложнений отсутствуют.

### **Профилактика**

Врачи ПМСП несут ответственность за проведение профилактических мероприятий, но их нагрузка продолжает оставаться чрезмерной. Роль медицинских сестер в информировании населения по вопросам здоровья недостаточно развита.

Учреждения здравоохранения на уровне ПМСП предлагают минимальный набор услуг в области питания: проводится оценка статуса питания, консультации об изменении рациона питания для пациентов с диабетом, но последующие действия по оценке достигнутого прогресса пациентами ограничены.

Остаются проблемы раннего выявления диабета и первичной профилактики, уровень осложнений, связанных с диабетом, постоянно растет. Обучению пациентов не уделяется достаточного внимания. Школы диабета существуют только на центральном уровне, на уровне первичного звена здравоохранения, эти школы не работают.

### **Диагностические инструменты и инфраструктура**

Базовые диагностические исследования проводятся бесплатно на ПМСП, определение холестерина в крови также осуществляется бесплатно с 2015 года.

Остаются проблемы, связанные с наличием реактивов и расходных материалов, в том числе тест-полосок, для диагностических исследований по определению сахара в организациях здравоохранения.

Исследования на гликолизированный гемоглобин (HbA1) проводятся только в частных лабораториях, стоимость в среднем составляет 650 сом (около 10 долларов США).

Отмечается низкая обеспеченность пациентов глюкометрами и тест-полосками в регионах, 42% опрошенных пациентов в рамках оценки имели глюкометры. В основном, это были люди, проживающие в центральных городах Бишкек, Ош и Каракол.

Программа по льготному обеспечению тест-полосками для определения сахара в крови имеет низкий охват в регионах.

Доступность диагностических инструментов в организациях здравоохранения, необходимых для ведения осложнений, связанных с диабетом, ограничена.

## Доступность инсулинов и пероральных лекарств

В Кыргызстане инсулин закупается Министерством здравоохранения КР централизованно на бюджетные средства и предоставляется всем больным с СД бесплатно.

По сравнению с 2009 годом стоимость человеческих инсулинов была снижена в 1,5 раза, соответственно и стоимость месячного курса лечения стала дешевле.

**Таблица 1. Стоимость месячного курса лечения с использованием флаконов и картриджей.**

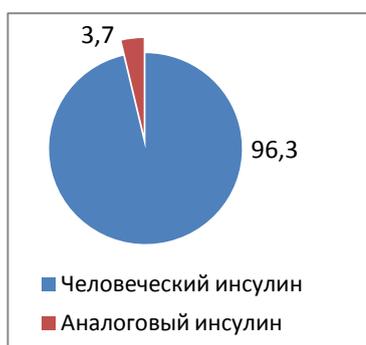
Виды инсулина	Стоимость в мес., 2009, \$	Стоимость в мес., 2016, \$
Человеческий, во флаконах	5,84	3,9
Человеческий, в картриджах	14,51	9,6
Аналоговый, в картриджах	49,45	54,4

Источник: Данные Министерства здравоохранения

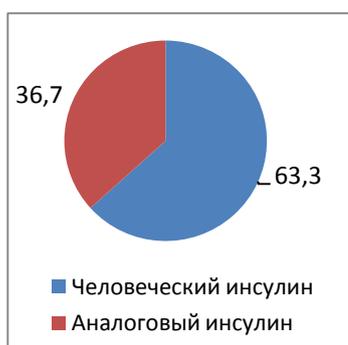
Согласно Приказа Министерства здравоохранения КР с 2015 года только для пациентов с СД до 18 лет закупается аналоговый инсулин. После этого возраста все пациенты должны использовать человеческий инсулин. Многие пациенты продолжают использование аналогового инсулина после 18 лет и покупают его в близлежащих странах за свои средства, поскольку в аптечной сети Кыргызстана инсулин не продается.

Стоимость аналоговых инсулинов остается высокой и составляет более трети бюджета, выделяемого в целом на закупку инсулинов.

**Закупленное к-во упаковок, %**



**Доля затрат, %, 2016**



Остаются проблемы в определении потребности и распределении инсулинов, поскольку закупаемые и распределяемые объемы не учитывают реальных потребностей организаций здравоохранения.

По итогам проведенной оценки в 2009 году, транспортировка инсулина до уровня областных и районных ОЗ обозначилась как серьезная проблема. Данная проблема остается актуальной. Кроме того, хранение инсулина в организациях здравоохранения не всегда соответствующее.

## Доступность Метформина

Ценовая доступность пероральных лекарств представляет собой проблему для больных с СД 2 типа, особенно препаратов первой линии для лечения диабета - метформина.

Закупки метформина на средства государственного бюджета ограничены, последние два года не закупались, поэтому больные с СД 2 типа покупают данный препарат за свой счет.

В аптечной сети страны имеются различные торговые названия метформина, цены варьируют в разрезе регионов.

По сравнению с 2009 годом, средние цены на генерические наименования метформина в сомах выросли до 2 раз. Метформин в субсидируемые государством лекарственные программы на амбулаторном уровне не включен.

**Таблица 1. Средняя цена за одну таблетку широко применяемых при диабете пероральных лекарственных средств**

Генерическое название ЛС	Средняя цена за 1 табл., сом (\$ США), 2009	Средняя цена за 1 табл., сом (\$ США), 2018 (февр.)
Глибенкламид 3.5 мг	1.3 (0.03)	1,63 (0,02)
Глибенкламид 5 мг	1.2 (0.03)	1,2 (0,02)
Гликлазид 30 мг	9.8 (0.23)	19,3 (0,28)
Метформин 500 мг	5.0 (0.12)	9,6 (0,14)
Метформин 850 мг	6.3 (0.14)	10,7 (0,16)
Метформин 1000 мг	9.7 (0.22)	14,9 (0,2)

Доступность лечения торговыми наименованиями метформина была оценена по методологии (ВОЗ и организации «Международные действия в области здравоохранения»), по которой лечение хронического заболевания считается недоступным, если пациент затрачивает больше однодневной заработной платы для покупки необходимого препарата на 30-дневный курс лечения. Стоимость месячной нормы препаратами метформина недоступна, потому что эквивалентна работе от 15 до 30 дней при минимальной заработной плате и от 1,2 до 2,4 дней при средней заработной плате.

**Таблица 1. Данные по доступности метформина под разными торговыми наименованиями**

Препараты метформина, доза	К-во дней работы за мин. зарплату для покупки метформина на месячный курс	К-во дней работы за сред. зарплату для покупки метформина на месячный курс
Сиофор,500	15,9	1,3
Метфогамма, 500	15	1,2
Глюкофаж, 500	30	2,4
Метформин, 500	25,4	2

### Основные выводы и рекомендации

Принимая во внимание важность ПМСП и роль семейных врачей, занимающихся лечением диабета, требуется проведение соответствующего практического обучения и предоставления им ресурсов. Очевидно, что необходимо решать проблему отсутствия необходимых средств диагностики на соответствующих уровнях в системе здравоохранения, включая необходимые инструменты для диагностики осложнений диабета. Для этого требуется специальная подготовка специалистов системы здравоохранения по работе с пациентами, включая медицинских сестер, и разработка социальных и культурально адаптированных материалов.

Также необходимо регулярно проводить оценку качества помощи при диабете, как составляющей процесса улучшения качества и финансирования на основе результатов.

Бесплатное предоставление инсулина поддерживается из государственного бюджета, при

этом бюджет постоянно увеличивается. Необходимо эффективное использование ресурсов путем совершенствования системы сбора данных по диабету и использование этих данных в планировании закупок инсулинов.

Необходимо рассмотреть вопрос включения метформина, как препарата первой линии при лечении СД 2 типа, в льготные лекарственные программы на уровне ПМСП.

Больные остаются приверженными к госпитализации, этому способствуют некоторые противоречия в законодательстве, которые в необоснованных случаях вынуждают больных госпитализироваться, чтобы получать инвалидность и связанные с этим пособия. Необходимость госпитализации должна определяться в соответствии с КР/КП.

Диабет приоритизирован путем принятия отдельной Программы по сахарному диабету, но требуется совершенствование законодательства в области сахарного диабета, в том числе пересмотр Закона КР «О сахарном диабете».

Диабетические ассоциации могут играть важную роль, помогая улучшить управление диабетом. В Кыргызстане, несмотря на трудности, существующие организации помогли включить проблемы диабета в повестку дня. Большинство проводимых ими мероприятий осуществляются в Бишкеке, и необходимо определить их роль в области адвокации, обучения пациентов и оказания содействия системе здравоохранения.