



Качество жизни: ГОТОВНОСТЬ ОПЛАЧИВАТЬ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГОСУДАРСТВА.

Яко Кейя

Директор отдела Глобального Ценообразования и
Экономики здравоохранения,
Органон, Нидерланды

Заявление

- Информация в данной презентации не является исчерпывающей и служит только для целей презентации.
- Мнения, утверждения и суждения в этой презентации являются авторскими и могут не совпадать с позицией компании.
- Данная презентация не может являться основой для каких-либо заявлений.



Содержание

- Почему необходим универсальный подход?
- Европейские страны и универсальный подход
- Пример вспомогательных репродуктивных технологий
- Вывод: пересмотр доступности лечения
- Готовность оплачивать качество жизни в публичном секторе США



Доступ к высококачественному здравоохранению считается обязательным в Европейских странах

Устоявшееся общественное мнение заключается в том, что независимо от возраста, пола, дохода и рассы все люди должны иметь одинаковый доступ к

- Любым медицинско-фармацевтическим или иным методам лечения, которые необходимы в течение жизни
- Наилучшим, с точки зрения современной науки медицинским технологиям

Считается аморальным, что некоторые люди могут иметь доступ к необходимой медицинской помощи, в то время как другие лишены ее из-за недостатка средств.



Система здравоохранения в Европейских странах организована таким образом, чтобы снять какие-либо финансовые затруднения с пациентов

Финансируется широкий спектр медицинских услуг, таких как

- Первичное звено, например врач общей практики, ведение беременности
- Лечение у специалистов, например по общей хирургии или гинекологии
- Лечение в стационаре
- Лекарственное обеспечение
- Профилактическое лечение - вакцинация
- Хосписы
- И.т.д.



Финансирование и возможность получать те или иные медицинские услуги различны в разных странах

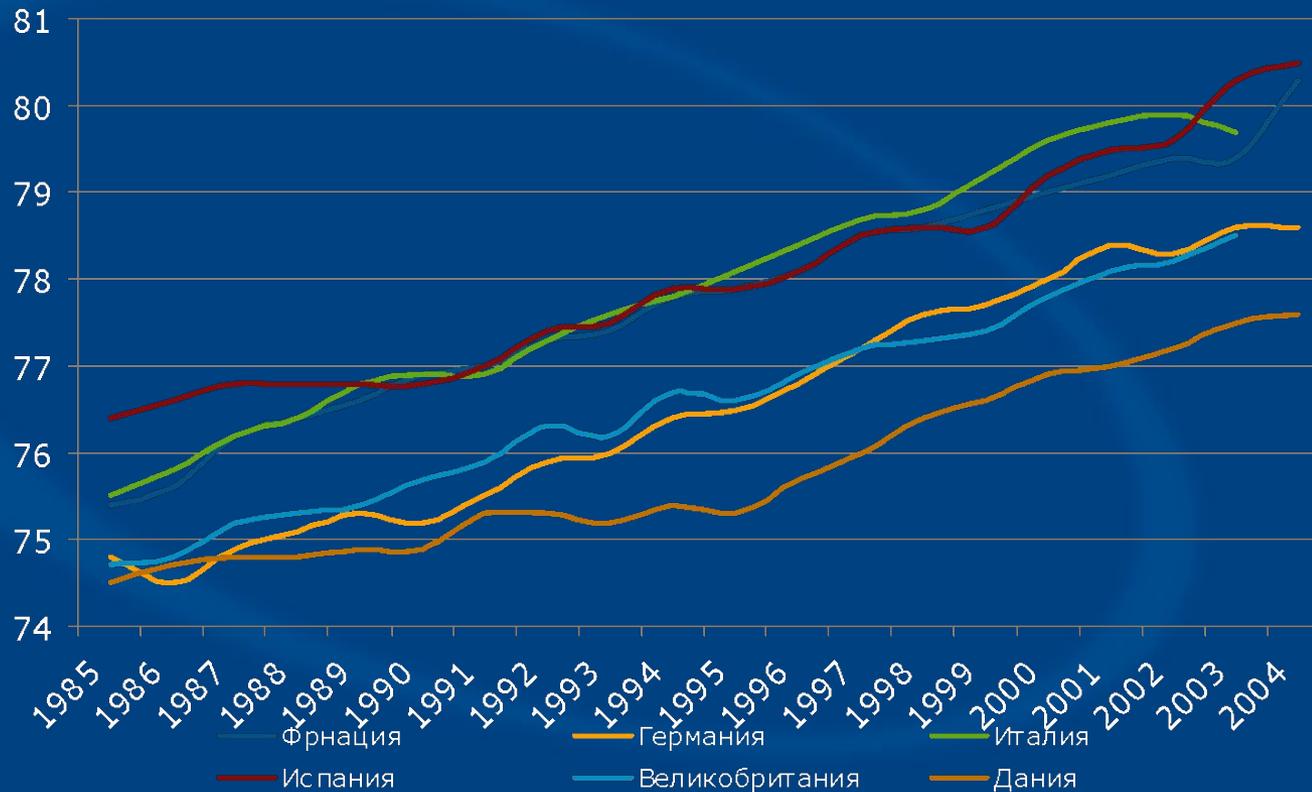
Страны могут иметь разный взгляд на:

- Финансовую ответственность пациентов
- Что должно быть профинансировано государством, а что нет
- Является ли определенное состояние заболеванием или просто жизненным фактом
- Серьезность заболевания
- Стандарты лечения
- Приемлемость оплаты лечения пациентом
- Организацию системы здравоохранения

Единый подход к организации здравоохранения внес свой вклад в увеличение продолжительности ЖИЗНИ

За последние 20 лет средняя продолжительность жизни
увеличилась на 4 года

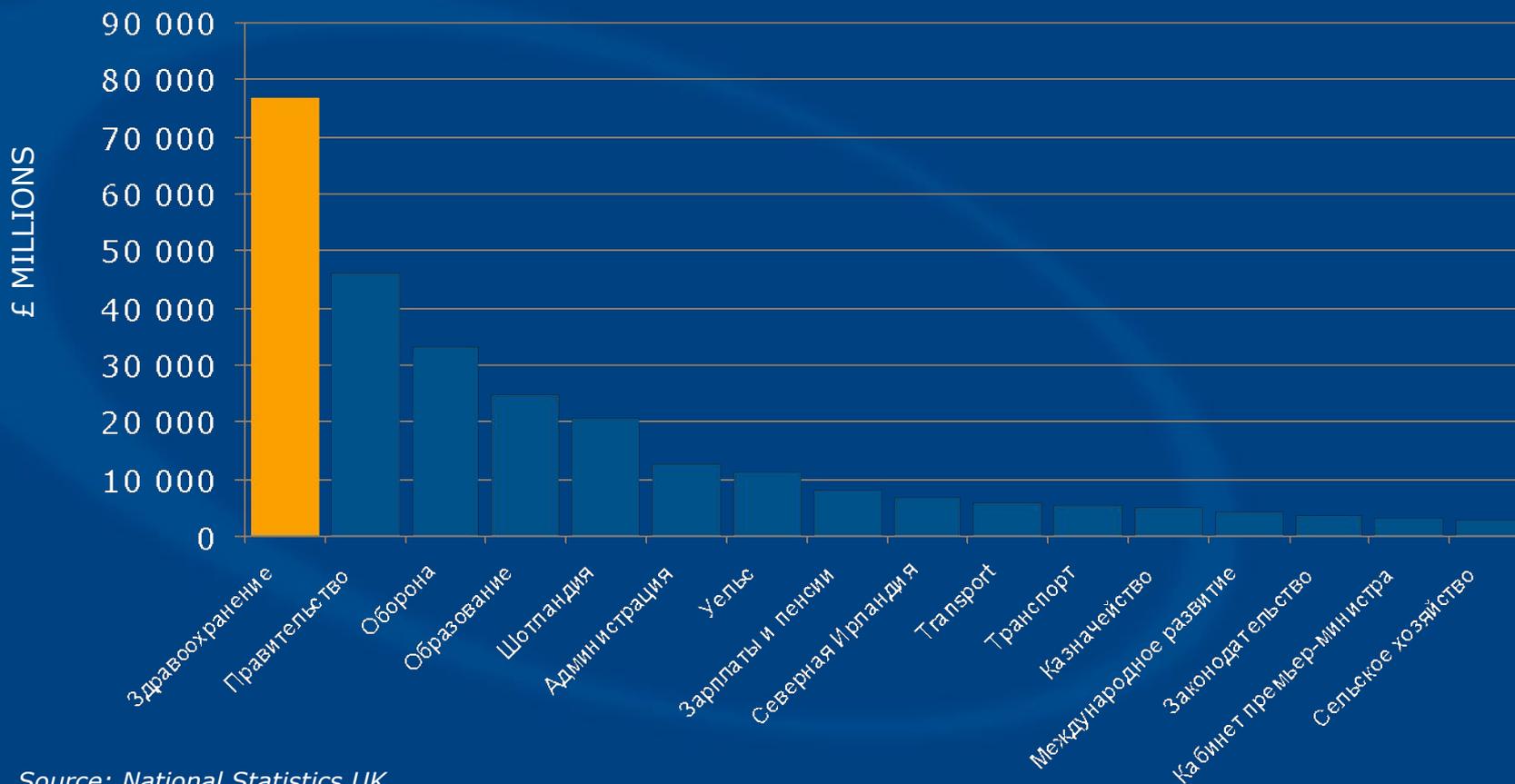
Продолжительность жизни



Source: OECD HEALTH DATA 2006, June 2006

Затраты на здравоохранения являются самой большой статьей расходов национальных бюджетов

Расчетный бюджет Великобритании 2005-6

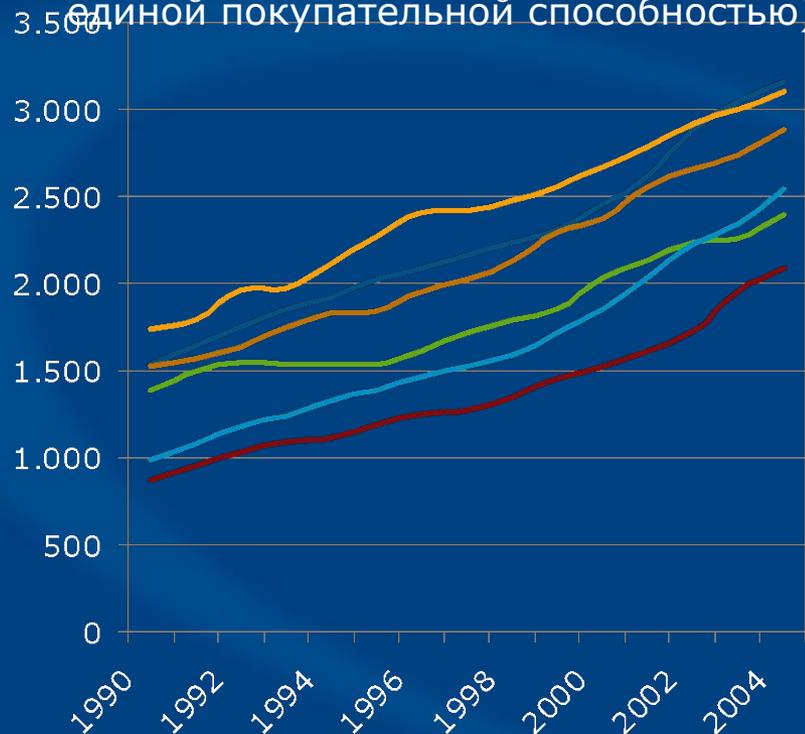


Source: National Statistics UK

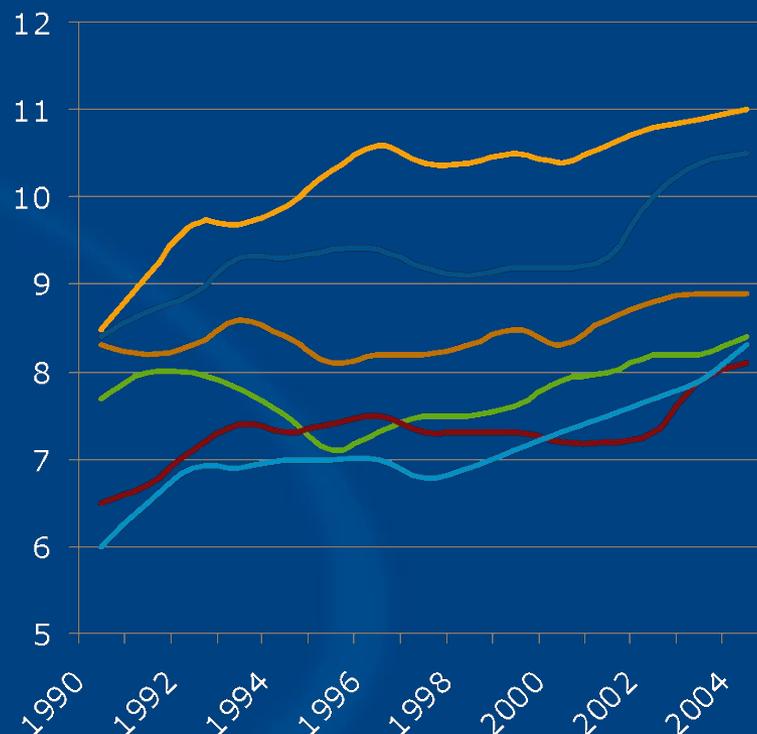


Чтобы контролировать затраты на здравоохранение, странам необходимо пересмотреть свои системы финансирования здравоохранения

Общие затраты на здравоохранение на душу населения (доллары США с единой покупательной способностью)



Общие затраты на здравоохранение, % ВВП



- Франция
- Германия
- Италия
- Испания
- Великобритания
- Дания

Source: OECD HEALTH DATA 2006, June 2006





Страны пересматривают, какие медицинские услуги должны финансироваться государством, а когда возможна оплата населением

Основные вопросы, на которые необходимо ответить:

- Для каких медицинских услуг действительно необходимо государственное финансирование?
- Какое количество медицинских вмешательств необходимо финансировать?
- Нужно ли компенсировать все затраты?
- В какой степени (полностью или частично) пациенты должны финансировать затраты на лечения?
- Необходимо ли вводить доплату за лечение чтобы избежать избыточное обращение за медицинской помощью?

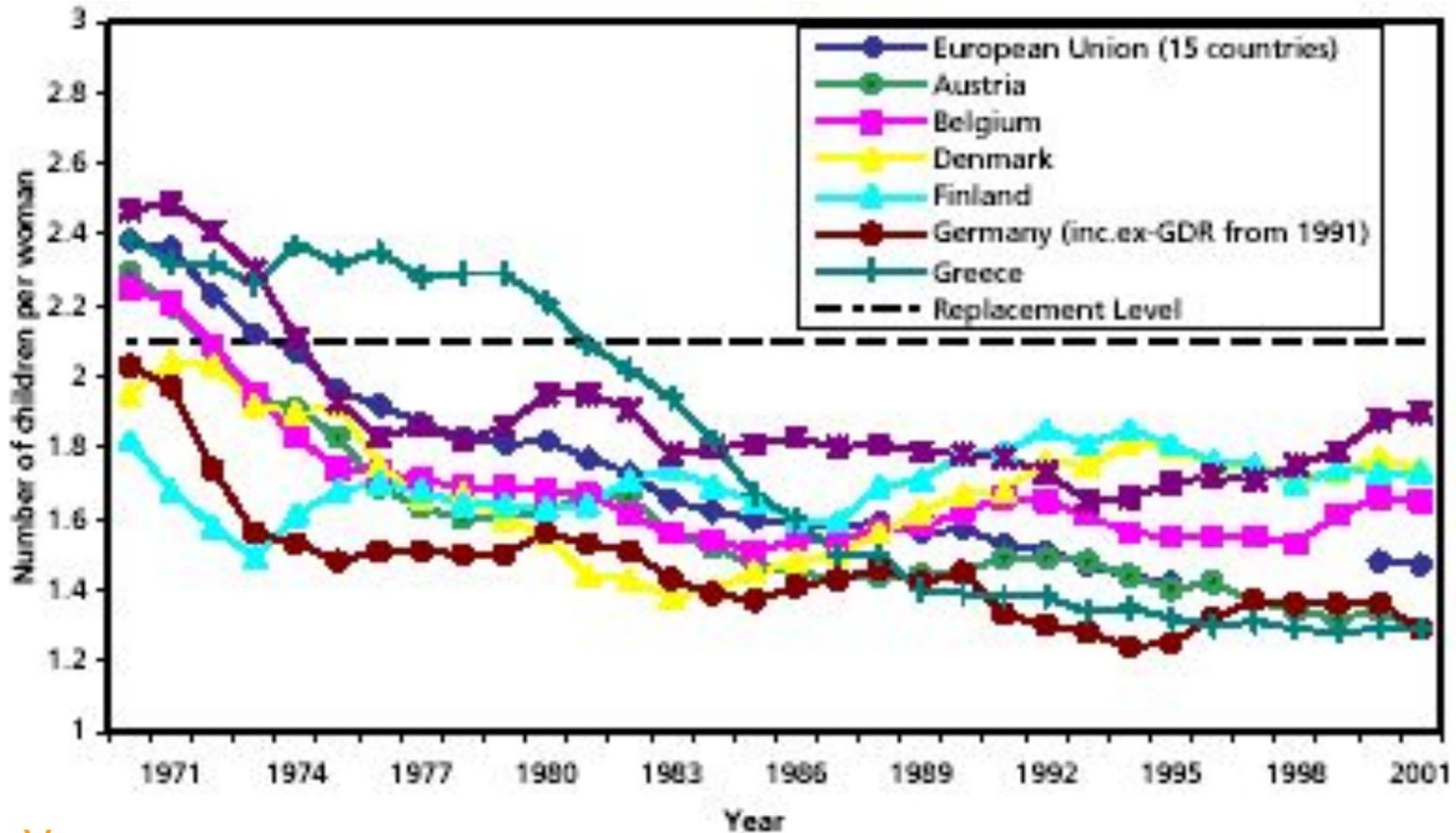
Иными словами: как далеко могут распространяться солидарность и общедоступность!



Используя наш пример лечения бесплодия, необходимо дать ответы на ключевые вопросы

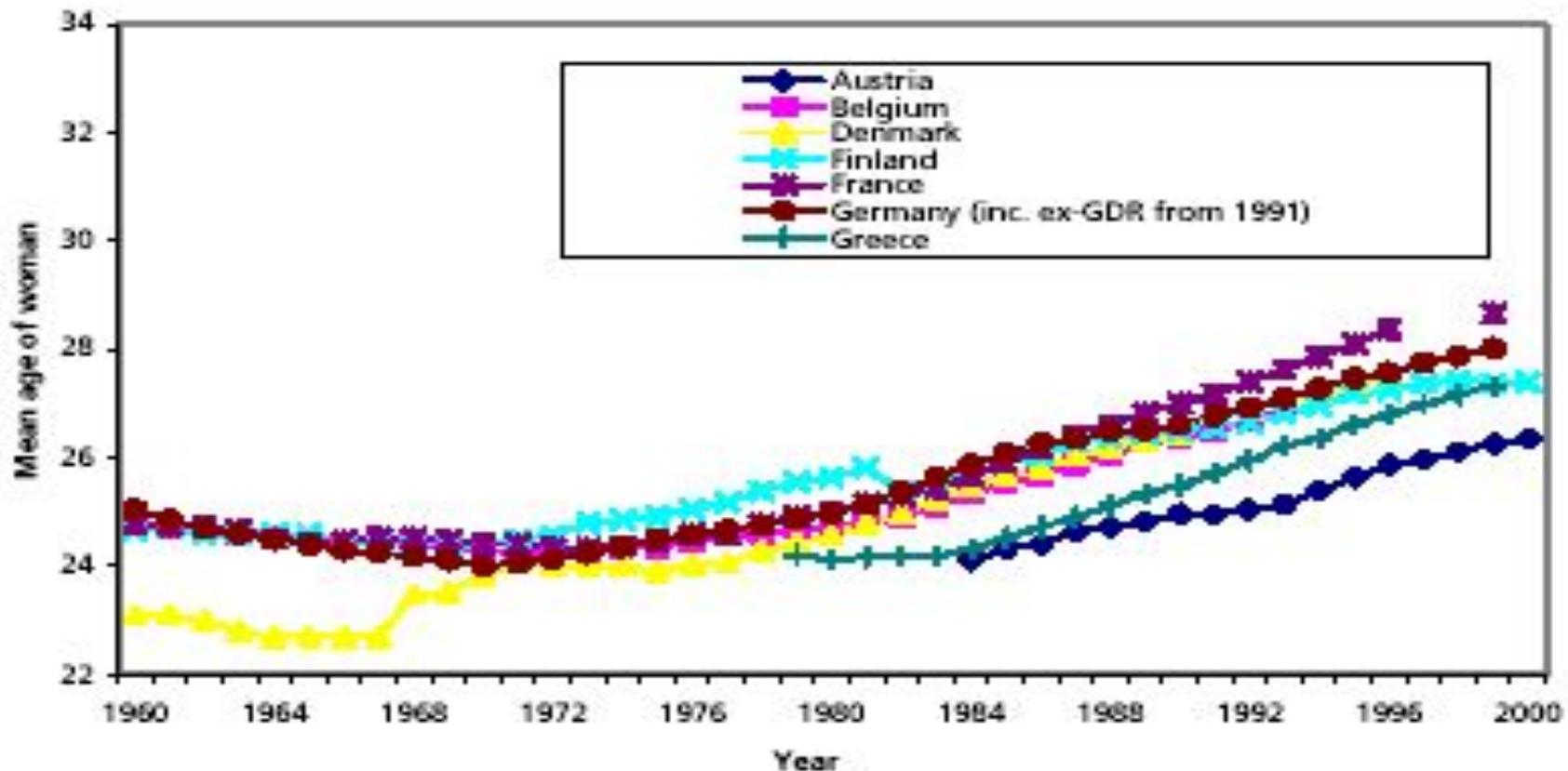
1. Необходимо ли государственное финансирование лечения бесплодия?
2. Если да, какие из существующих методик должны быть профинансированы?
3. Лечение каких женщин должно быть профинансировано?
4. Так как однократного лечения как правило недостаточно, как много циклов индукции овуляции может быть профинансировано для одной женщины?
5. Какую часть лечения пациенты должны (если должны) оплачивать самостоятельно?
6. Необходимы ли какие-то ограничения, чтобы избежать ненужных медицинских вмешательств и злоупотребления?

Стабильное снижение рождаемости в европейских странах



Уровень рождаемости упал ниже уровня воспроизводства

Увеличение среднего возраста первых родов



Увеличение возраста первых родов приводит к увеличению бесплодия

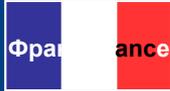


Снижение уровня рождаемости наряду со старением населения приводит к далеко идущим экономическим и социальным последствиям

- Доля пожилого населения удвоится к 2050 году
- Замедление роста ВВП на душу населения
- Снижение производительности труда
- Затраты, связанные с возрастом возрастут (здравоохранение)

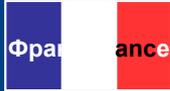
Страны вынуждены пересмотреть свою позицию относительно финансирования лечения бесплодия

1. Не удивительно, что во многих странах решено компенсировать стоимость лечения/препаратов, используемых для лечения бесплодия

	 Германия	 Италия	 Испания	 ВБ	 Франция
Процент компенсации	50%*	100%	99%	100%	100%

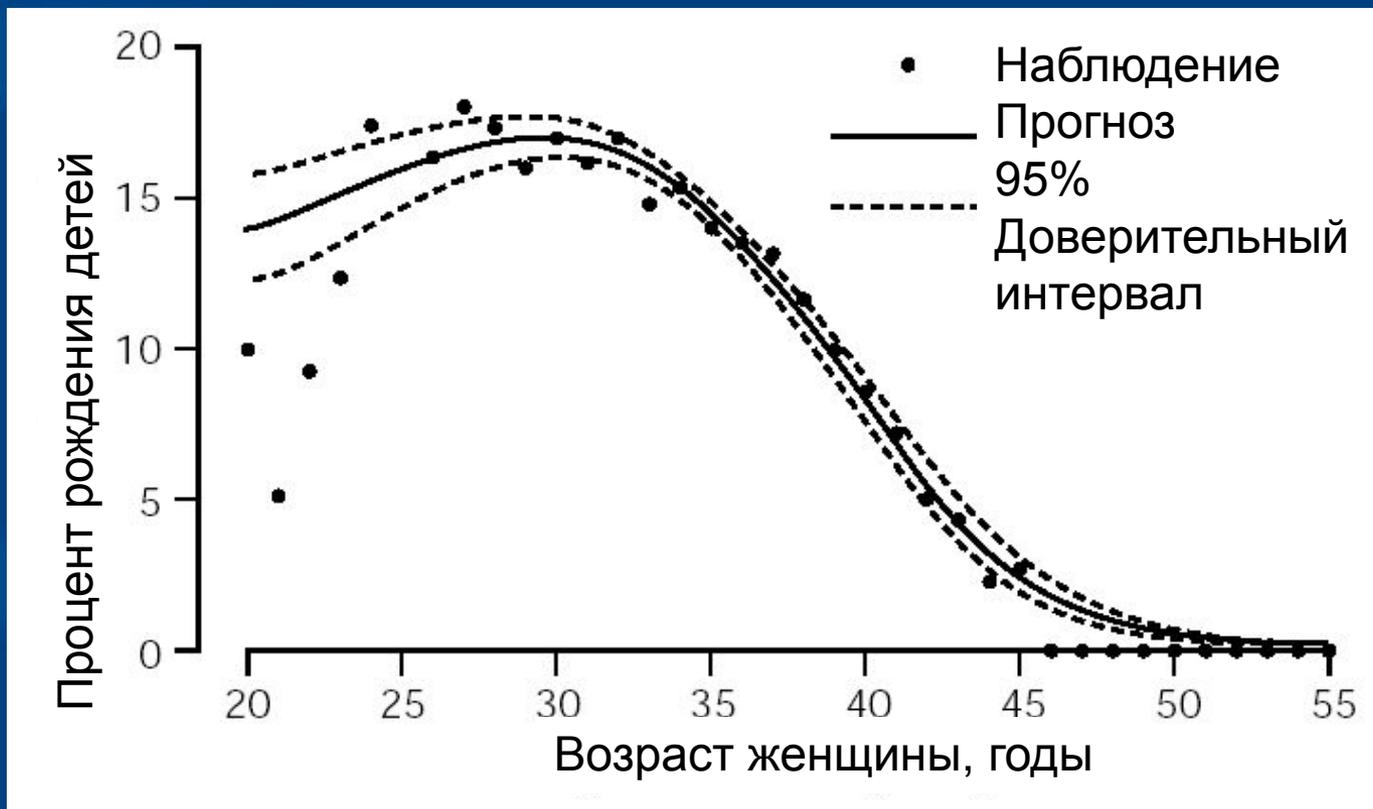
*добровольное страхование: 80% - 100%

2. Среди большинства стран достигнуто согласия о финансируемых процедурах

	 Германия	 Италия	 Испания	 ВБ	 Франция
Процент компенсации	50%*	100%	99%	100%	100%
Процедуры, стоимость которых компенсируется	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ

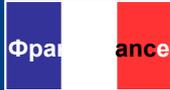
*добровольное страхование: 80% - 100%

3. Какие женщины должны иметь возможность получить дотацию на лечение бесплодия?



Source: Templeton et al. Lancet, 1996; 348; 1402-06

Возраст женщины зачастую определяет возможность получения дотации на лечения бесплодия

	 Германия	 Италия	 Испания	 ВБ	 Франция
Процент компенсации	50%*	100%	99%	100%	100%
Процедуры, стоимость которых компенсируется	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ
Женщины, имеющие возможность получить дотацию на лечения бесплодия	<41 лет	-	<41 лет	<40 лет	<43 лет

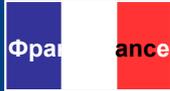
*добровольное страхование: 80% - 100%

4. Так как одного цикла лечения как правило не достаточно, сколько циклов необходимо финансировать в расчете на одну пациентку?

Кол-во предыдущих циклов	Количество циклов	Процент родов (95% ДИ) На один цикл :
0	18 239	14.0 (13.5–14.5)
1	8123	13.0 (12.2–13.7)
2	3706	11.4 (10.4–12.5)
3	1786	11.5 (10.1–13.2)
4	864	8.9 (7.2–11.2)
5	389	9.3 (6.7–12.9)
6–9	483	10.2 (7.7–13.7)
≥10	111	6.2 (2.6–12.6)

Source: Templeton et al. Lancet, 1996; 348; 1402-06

В большинстве стран датируется до 3х циклов лечения бесплодия

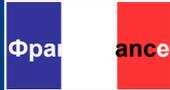
	 Германия	 Италия	 Испания	 ВБ	 Франция
Процент компенсации	50%*	100%	99%	100%	100%
Процедуры, стоимость которых компенсируется	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ
Женщины, имеющие возможность получить дотацию на лечения бесплодия	<41 лет	-	<41 лет	<40 лет	<43 лет
Количество датируемых циклов	2-3	Без Ограничения	3	0-3	4

*добровольное страхование: 80% - 100%

5. Должна ли какая-то часть лечения оплачиваться пациентами?

- Франция: до 50% всех циклов производятся докторами, которые запрашивают более высокую плату, чем датируется государством. Разница в стоимости покрывается либо за счет пары, либо за счет дополнительного страхования.
- Италия: Около 70% посещают частные клиники, в которых датируется только 100% стоимости препаратов, при этом медицинские услуги оплачиваются из кармана пациентов.
- Испания: В частных клиниках пациенты полностью оплачивают стоимость лечения. Официально 3 ЭКО или ИКСМ цикла датируются. Однако из-за большой листа ожидания большинство женщин не имеет возможность пройти все циклы бесплатно.

Доплата обычно ограничена

	 Германия	 Италия	 Испания	 ВБ	 Франция
Процент компенсации	50%*	100%	99%	100%	100%
Процедуры, стоимость которых компенсируется	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ
Женщины, имеющие возможность получить дотацию на лечения бесплодия	<41 лет	-	<41 лет	<40 лет	<43 лет
Количество датируемых циклов	2-3	Без Ограничения	3	0-3	4
Доплата пациентами	50%	40-50%	60%	70-75%	10-15%

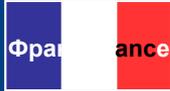
*добровольное страхование: 80% - 100%

6. Должны ли существовать какие-то ограничения, не позволяющие не рационально использовать или перерасходовать средства на лечения?

Рекомендации Британского Сообщества по лечению бесплодия для создания национальных критериев для предоставления финансирования Национальной Системой Здравоохранения. criteria for NHS funding

- Возраст женщины
- Возраст мужчины
- Стерилизация
- Вес женщины
- Курение
- Предыдущее лечение
- Однополые пары
- Время ожидания лечения

В большинстве стран датируется лечение, произведенное в специализированных клиниках и у определенных специалистов.

	 Германия	 Италия	 Испания	 ВБ	 Франция
Процент компенсации	50%*	100%	99%	100%	100%
Процедуры, стоимость которых компенсируется	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ	ЭКО/ИКСИ
Женщины, имеющие возможность получить дотацию на лечения бесплодия	<41 лет	-	<41 лет	<40 лет	<43 лет
Количество датируемых циклов	2-3	Без Ограничения	3	0-3	4
Доплата пациентами	50%	40-50%	60%	70-75%	10-15%
Ограничение дотаций	✓	✓	✓	✓	✓

*добровольное страхование: 80% - 100%



Какие уроки можно извлечь из рассмотрения системы дотации лечения бесплодия

- Дотация - это политический и социальный выбор
- Демография должна быть частью политического решения
- Необходимо обращать внимание на психологический статус пациентки
- Объективность
- Эффективность затрат и готовность оплачивать лечение
- Основа на клинических критериях и небольшая доплата

- Стоимость или QUALY?

Определение ценности лечения в государственном секторе США

Некоторые показатели эффективности затрат на лечебные процедуры, которые недавно были включены в CMS

- Искусственный клапан левого желудочка: \$500,000-\$1.4 million/QALY
- Имплантируемые дефибрилляторы: \$30,000-\$85,000/QALY
- Оперативное уменьшение объема легких: \$100,000-\$330,000/QALY
- PET для лечения болезни Альцгеймера (over \$500,000/QALY)

(Neumann, pers comm.)

Сравнение эффективности затрат и использования некоторых медицинских процедур среди населения, включенного в программу Medicare

Процедура	Эффективность затрат (2002\$ / QALY)	% Процент покрытия Medicare
Вакцинация против гриппа	Снижение затрат	40-70%
Бетта блокаторы	Менее \$10,000 / QALY	85%
Контроль уровня холестерина, вторичная профилактика	От \$10,000 до \$50,000 / QALY	30%
Диализ для	От \$50,000 до \$100,000 / QALY	90%
Хирургическое уменьшение объема легких	От \$100,000 до \$300,000 / QALY	От 5,000 до 100,000 случаев в течение года*
Искусственный клапан	Более \$500,000 / QALY	От 5,000 до 100,000 случаев в течение года*
PET для болезни Алцгеймера	От \$500,000 / QALY	50,000 случаев в течение года*

* projection

Source: Neumann et al. *New Engl J Med*, 2005;353:1516-22





Готовность платить на действительно свободном рынке?

Даже в таких странах в выбор в пользу решения о государственной компенсации того или иного метода лечения основано не только на рациональном фармакоэкономическом подходе.

Готовность общества оплачивать то или иное лечение является в гораздо большей степени политическим выбором, основанном на укоренившихся общественных ценностях