

## НА ЗАКІНЧЕННЯ НОМЕРА

### ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

J. McMurray

American Journal of Hypertension 1999; Vol. 12 (10), Suppl. 1, P. 99–104

*У сучасній економічній ситуації важливо, щоб ресурси системи охорони здоров'я використовувалися ефективно. Зважаючи на це, значення фармако-економічного аналізу для оцінки співвідношення вартості та ефективності нових стратегій лікування важко переоцінити.*

*Часто повторювані захворювання, лікування яких поглинає значні ресурси, дають найбільші можливості для економії витрат. Навпаки, коли погіршення стану пацієнтів настають нечасто і є маловитратними, можливостей повернути початкові витрати на лікування менше. Отже, стратегії лікування, які характеризуються швидким досягненням ефекту та суттєвим впливом на прогресування хвороби, з найбільшою імовірністю можуть стати ефективними відносно витрат ("витратно-ефективними", cost-effective).*

*Підвищений рівень артеріального тиску в літніх осіб та клінічно виражена ішемічна хвороба серця (ІХС) асоціюються з високою частотою серцево-судинних подій, які вимагають значних витрат, зокрема, інсульту, інфаркту міокарда та серцевої недостатності. Клінічними дослідженнями доведено, що призначення антигіпертензивних засобів літнім пацієнтам з артеріальною гіпертензією та лікування гіперхолестеринемії статинами у вторинній профілактиці ІХС є високоефективними стратегіями запобігання цим ускладненням. Фармако-економічний аналіз цих клінічних досліджень тепер дає додаткову інформацію щодо "витратної ефективності" застосованих засобів лікування. Його результати дозволяють припустити, що антигіпертензивна терапія у літніх осіб та застосування статинів у лікуванні гіперхолестеринемії у пацієнтів з високим ризиком ІХС є надзвичайно "витратно-ефективними" відносно витрат і тому більш доцільними, ніж багато інших звичайних терапевтичних втручань.*

Лікування ішемічної хвороби серця (ІХС) є суттєвим фінансовим тягарем для ресурсів охорони здоров'я. Зважаючи на це, фармако-економічний аналіз стратегій лікування та запобігання ІХС є важливим засобом порівняння вартості та ефективності нових терапевтичних втручань. Він дозволяє тим, хто відповідає за прийняття рішень, зберігати ресурси шляхом вибору найбільш ефективних втручань. Важливо зрозуміти, як виконується такий аналіз. У цій публікації основи фармако-економіки розглядаються на прикладі двох найважливіших стратегій запобігання ІХС: антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії.

#### ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ

Коли для лікування певного захворювання обирають терапевтичну стратегію й аналізують вартість та ефективність, беруть до уваги не лише прямі витрати, а й економію ресурсів, яку забезпечує ця стратегія. Іншими словами, цей аналіз визна-

чає здатність відповідного методу лікування “самооплатитися” через подальшу економію витрат. Зрозуміло, що стан, який характеризується частим виникненням і великими витратами у зв’язку з захворюваністю (пов’язаними, наприклад, з поступленнями у госпіталь чи дорогими хірургічними втручаннями), дає величезні можливості економії витрат на лікування. Навпаки, при стані, який характеризується нечастими та “недорогими” захворюваннями, можливостей заощадити кошти значно менше. Отже, базисний принцип полягає в тому, що лікування менш “витратно-ефективне” при значній очікуваній тривалості життя, коли захворювання виникають нечасто і не вимагають значних витрат. Тому стратегії первинної профілактики імовірно є менш “витратно-ефективними”, ніж стратегії вторинної профілактики.

Для того, щоб стратегія лікування була здатна помітно зменшити витрати, вона повинна мати швидкий та суттєвий вплив на процес захворювання, тобто бути високоефективною. Вплив результатів лікування на співвідношення витрат та ефективності очевидний при зниженні концентрації холестерину в еру препаратів з групи інгібіторів 3-гідрокси-3-метилглутарил коензим А редуктази (статинів). У деяких з більш ранніх досліджень ефективності гіполіпідемічної терапії було отримано досить слабкий ефект, який часто відображався у помірному зменшенні захворюваності. Застосування статинів — більш ефективних гіпохолестеринових препаратів — дозволило досягнути суттєвішого зниження вмісту холестерину, що забезпечило сприятливі ефекти на захворюваність протягом 6—12 місяців після початку терапії.

При здійсненні аналізів витрат та ефективності, як звичайно, ігнорують непрямі витрати, пов’язані з лікуванням. Одна з причин полягає у тому, що прямі витрати (наприклад, вартість операції шунтування чи догляду за пацієнтом після перенесеного інсульту) звичайно виміряти досить легко, тоді як непрямі витрати (наприклад, зумовлені зменшенням продуктивності праці, тимчасовою непрацездатністю чи інвалідизацією) визначити значно важче. Проте коли в людини середнього віку, яка могла б прожити ще багато років продуктивного життя, стається інсульт чи інфаркт, що зумовлює втрату працездатності і вимагає тривалих виплат через інвалідність, з’являються непрямі витрати, які можуть суттєво вплинути на результат аналізу “витратної ефективності”.

Загалом співвідношення витрат та ефективності для препарату можна оцінити шляхом порівняння загальних витрат на лікування, включаючи додаткові витрати у період після закінчення лікування, з загальним обсягом заощаджених коштів (табл. 1). Додаткові витрати можуть бути пов’язані, наприклад, з моніторингом рівнів ліпідів після призначення гіпохолестеринемічного засобу чи лікуванням зумовлених прийомом препарату побічних подій. Як уже зазначалося, найбільшого заощадження коштів досягають у тому випадку, коли лікування забезпечує зменшення захворюваності.

Є кілька показників, якими оцінюють співвідношення витрат та ефективності різних методів лікування. До них належать вартість здобутого року життя (cost per life-year gained, LYG); вартість здобутого року “якісного життя” (quality-adjusted life-year gained, QALY); кількість пацієнтів, яких потрібно лікувати (number needed to treat, NNT).

Вартість LYG оцінює сприятливий вплив лікування лише щодо показника смертності. Простіше кажучи, це сума коштів, які потрібно витратити (звичайно це робить служба охорони здоров’я країни) для збільшення тривалості життя пацієнта на 1 рік.

Але оптимальний засіб лікування повинен поліпшувати чи принаймні не погіршувати якість життя пацієнта. Показник QALY вимірює не лише “витратну ефективність” із позицій збільшення тривалості життя, а й бере до уваги по-

Таблиця 1.

Економічна оцінка: міркування щодо лікування, яке продовжує життя

	Витрати	Економія витрат
Прямі	Вартість препарату і пов'язані з прийомом препарату. Пов'язані з побічними ефектами лікування. Нові візити лікаря, госпіталізації, процедури та втручання у зв'язку із збільшенням тривалості життя.	Поліпшення якості життя. Сповільнене прогресування захворювання. Зменшення кількості візитів лікаря, кількості ускладнень, хірургічних процедур та операцій.
Непрямі	Продовження виплати пенсії.	Продовження роботи, збереження працездатності, здатності платити податки.

ліпшення способу життя, тому він є стандартним засобом виміру у багатьох дослідженнях.

Показник NNT хоча й не є безпосереднім засібом оцінки витрат, однак це важливий провісник “витратної ефективності”. Для певного способу лікування дослідження NNT вказує на кількість осіб, яких потрібно лікувати протягом певного періоду часу (звичайно 5 років), щоби запобігти виникненню однієї великої події. Чим менший NNT, тим з більшою імовірністю засіб лікування буде “витратно-ефективним”.

### “ВИТРАТНА ЕФЕКТИВНІСТЬ” ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ

Клінічно виражена ІХС асоціюється з високою захворюваністю, яка поглинає значні ресурси. Нещодавно проведені дослідження довели драматичний ефект застосування статинів для вторинної профілактики ІХС, зокрема збільшення тривалості життя хворих та зменшення імовірності серцево-судинних подій. Безпосереднім наслідком зменшення захворюваності пацієнтів з ІХС є суттєве заощадження ресурсів. Воно дозволяє повернути частину коштів, витрачених на проведення терапії статинами. Про це свідчить аналіз результатів Скандинавського дослідження впливу симвастатину на виживання (4S), рандомізованого дослідження ефективності гіполіпідемічної терапії у 4444 пацієнтів з клінічно вираженою ІХС. Протягом 5,5 року дослідження пацієнти, які отримували симвастатин, провели приблизно на 6000 менше днів у шпиталі (включаючи відділення коронарної допомоги та палати для лікування гострих станів), ніж при прийомі плацебо. Допомога в умовах шпиталю, особливо у відділеннях коронарної допомоги та інтенсивної терапії, поглинає величезні кошти. Відтак будь-яке зменшення кількості днів, які пацієнт проводить у шпиталі (у дослідженні 4S — на 34%), дасть можливість заощадити значні ресурси.

Як уже зазначено раніше, застосування стратегії зниження рівня ліпідів для первинної профілактики ІХС менш ефективно відносно витрат, ніж у випадках вторинної профілактики ІХС. Менший вихідний ризик дає менше потенційних можливостей заощадження коштів. Відмінності “витратної ефективності” стратегій первинної і вторинної профілактики добре ілюструє аналіз NNT (табл. 2). У Західно-шотландському дослідженні з профілактики ІХС (WOSCOPS) первинну профілактику ІХС у чоловіків з рівнем холестерину понад 7 ммоль/л здійснювали праваста-

Таблиця 2.

Оцінка сприятливих ефектів різних засобів лікування кардіологічних захворювань за показником NNT (кількість осіб, яких потрібно лікувати протягом 5 років для запобігання одній події)

Засоби лікування і стани	Події, яким запобігають	NNT
Антигіпертензивна терапія у літніх осіб (дослідження STOP)	Фатальні та нефатальні серцево-судинні події	6
Аспірин при минутих порушеннях мозкового кровообігу	Смерть, інсульт	6
Непрямі антикоагулянти (варфарин) при миготливій аритмії	Інсульт	7
Інгібітори АПФ при помірній серцевій недостатності	Смерть від серцево-судинних причин, госпіталізація з приводу серцевої недостатності	8
Статини після перенесеного ІМ (дослідження 4S)	Смерть від ІХС, ІМ, зупинка серця	10
Аспірин після перенесеного ІМ	Смерть від серцево-судинних причин, ІМ, інсульт	12
Статини при стенокардії (дослідження 4S)	Смерть від ІХС, ІМ, зупинка серця	16
Антигіпертензивна терапія при ізольованій систолічній гіпертензії у літніх осіб (дослідження SHEP)	Фатальні та нефатальні серцево-судинні події	18
Статини після перенесеного ІМ (дослідження CARE)	Смерть від ІХС, ІМ	33
Статини у безсимптомних чоловіків з підвищеними рівнями холестерину ліпопротеїнів низької густини (дослідження WOSCOPS)	Смерть від ІХС, ІМ	42

тином. Для запобігання одній смерті, зумовленій ІХС, або нефатальному інфаркту міокарда (ІМ) потрібно було лікувати близько 40 чоловіків протягом 5 років. Для порівняння, для профілактики однієї серцево-судинної події у дослідженні 4S показник NNT становив від 10 до 16 пацієнтів.

Фармакоеконічний аналіз результатів досліджень 4S і WOSCOPS свідчить про те, що при первинній профілактиці ІХС вдається повернути значно менше коштів, ніж при вторинній профілактиці ІХС. У дослідженні 4S вартість терапії симвастатином на LYG у Великій Британії становила 5502 фунти стерлінгів, а в дослідженні WOSCOPS — приблизно 20 000 фунтів. Втім, якщо аналіз даних дослідження WOSCOPS обмежити пацієнтами з найвищим ризиком ІХС (абсолютний ризик 20% протягом найближчих 10 років), то вартість LYG знижується до 14 000 фунтів. Отже, з огляду на “витратну ефективність” стратегія первинної профілактики ІХС може стати більш прийнятною, якщо зусилля зосередити лише на групах найвищого ризику.

Таблиця 3.  
Вартість здобутого року “якісного життя” (QALY)  
для різних методів лікування

Методи лікування захворювань	Вартість (фунти) 1995 р.
Інгібітори АПФ при ХСН	610
Протезування клапана при аортальному стенозі	1385
Аортокоронарне шунтування (лівої коронарної артерії, стовбура при тяжкій стенокардії)	2539
Трансплантація нирки	5720
Зниження рівня холестерину, статини для вторинної профілактики	5 000-10 000
Інгібітори АПФ після ІМ (дослідження SAVE)	5 000-10 000
Трансплантація серця	9522
Амбулаторний гемодіаліз	20 963
Аортокоронарне шунтування (односудинне ураження та помірна стенокардія)	22 859
Амбулаторний перитонеальний діаліз	24 133
Гемодіаліз	26 583
Еритропоетин при анемії (діаліз)	153 385

Терапія статинами є більш “витратно-ефективною” у вторинній профілактиці ІХС. Але якою є її вартість порівняно з іншими медичними втручаннями? У таблиці 3 наведено дані щодо “витратної ефективності” різних стратегій лікування за показником QALY. При термінальній нирковій недостатності стандартом у більшості країн є проведення гемодіалізу або інших видів діалізу. Лише та стратегія лікування, яка більш “витратно-ефективна”, ніж гемодіаліз (для нього показник QALY становить 26 500 фунтів), може бути прийнятною. З цього огляду застосування статинів для лікування клінічно вираженої ІХС (показник QALY 5000—10 000 фунтів) може розглядатися як економічно обґрунтований метод лікування.

### “ВИТРАТНА ЕФЕКТИВНІСТЬ” ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Багато лікарів, включаючи деяких кардіологів, у своїй практиці не зважають на те, що літні пацієнти з гіпертензією становлять групу високого ризику, чий стан асоціюється з високим рівнем захворюваності. Справді, частота серцево-судинних подій у літніх пацієнтів з гіпертензією подібна до такої при клінічно виражених серцево-судинних захворюваннях і значно вища, ніж в інших категоріях пацієнтів, які підлягають первинній профілактиці ІХС (табл. 4). Крім інсульту та ІМ, у літніх пацієнтів з гіпертензією особливо зростає ризик появи хронічної серцевої недостатності (ХСН) — надзвичайно інвалідизуючого стану. Зважаючи на те, що лікування інсульту, ІМ та ХСН поглинає значні кошти, застосування антигіпертензивних

Таблиця 4.  
Кількість подій у групах плацебо  
на 1000 пацієнто-років спостереження у клінічних дослідженнях  
гіпертензії у літніх осіб та у пацієнтів з гіперхолестеринемією

Категорії пацієнтів, дослідження	Інсульт	ХСН	ІМ
Ізольована систолічна гіпертензія у літніх осіб (SHEP)	15,3	10,2	9,4
Гіпертензія у літніх осіб (STOP)	31,2	22,9	16,5
Гіперхолестеринемія (4S)	6,2		22,5
Гіперхолестеринемія (WOSCOPS)	3,2		12,6

ліків для зниження рівня артеріального тиску в літніх пацієнтів здатне суттєво зменшити витрати.

Економічні аспекти сприятливого впливу лікування гіпертензії у літніх осіб можна оцінювати також методом аналізу NNT. Аналіз даних Шведського дослідження гіпертензії у літніх пацієнтів (STOP Hypertension), рандомізованого дослідження, у якому порівнювали ефекти антигіпертензивної терапії та плацебо, свідчить, що для запобігання одній тяжкій серцево-судинній події потрібно лікувати лише шість пацієнтів протягом 5 років. У дослідженні систолічної гіпертензії у літніх осіб (SHEP), іншому плацебо-контрольованому дослідженні ефективності антигіпертензивної терапії, одного тяжкого серцево-судинного ускладнення вдавалося уникнути при лікуванні 18 пацієнтів протягом 5 років. Показники NNT для досліджень STOP і SHEP можна порівнювати з ефектами інших стратегій вторинної профілактики (табл. 2).

Фармакоеконічний аналіз результатів дослідження STOP свідчить, що стратегія зниження високого артеріального тиску в літніх осіб характеризується добрим співвідношенням вартості та ефективності. Для пацієнтів-чоловіків вартість LYG становила приблизно 500 фунтів (табл. 5). Загалом у кардіології (та й в інших галузях медицини) це один з найкращих показників “витратної ефективності”. Можливо, пояснити цей факт можна застосуванням у дослідженні STOP недорогого-

Таблиця 5.  
“Витратна ефективність” лікування гіпертензії  
у літніх пацієнтів за показником LYG

Методи лікування захворювань	Вартість LYG, фунти
Антигіпертензивна терапія в літніх осіб (дослідження STOP)	
чоловіки	500
жінки	1500
Антигіпертензивна терапія в 40-літнього чоловіка з діастолічним АТ 95 мм рт. ст.	49 000
Зниження рівня холестерину, вторинна профілактика (дослідження 4S)	5 000-10 000
Зниження рівня холестерину, первинна профілактика (дослідження WOSCOPS)	20 000

го препарату з групи тіазидових діуретиків. Натомість вартість LYG при проведенні антигіпертензивної терапії у 40-річного чоловіка приблизно в 100 разів більша і становить 49 000 фунтів. Отже, лікування молодших пацієнтів з гіпертензією лягає набагато більшим тягарем на ресурси системи охорони здоров'я.

Слід обережно інтерпретувати дані фармакоекономічних аналізів, виконаних різними групами дослідників, особливо якщо вони використовували різні методи. Втім, більшість показників у таблиці 5 були отримані тією ж групою, а аналіз результатів дослідження WOSCOPS був здійснений за подібними принципами. Зважаючи на це, логічно зробити висновок, що “витратна ефективність” антигіпертензивної терапії в літніх пацієнтів більша, ніж у молодих; її можна порівнювати з “витратною ефективністю” інших стратегій вторинної та первинної профілактики ІХС.

### ВИСНОВКИ

Порівняно з іншими стратегіями лікування серцево-судинних захворювань, лікування гіпертензії та гіперхолестеринемії характеризується прийнятною “витратною ефективністю”. Коли лікування здійснюється в осіб з категорій високого ризику, таких як літні пацієнти з гіпертензією або пацієнти з клінічно вираженою ІХС, зниження рівня артеріального тиску та гіполіпідемічна терапія стають ще більш “витратно ефективними”. Отже, при проведенні первинної профілактики та визначенні тактики ведення осіб з кількома факторами ризику нема переконливих економічних аргументів проти того, щоб докласти максимальних зусиль.

## ВАРТІСТЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Олег Жарінов

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Шупика,  
кафедра кардіології і функціональної діагностики

“Витратна ефективність” і “фармакоекономіка” — категорії поки що досить екзотичні для лексики практичних лікарів в Україні. Від студентської лави економічні аспекти медицини тісно асоціюються в їхніх головах із кафедрами, які займаються “організацією охорони здоров'я”. Пам'ятаючи про отримані там знання, медики звикли триматися якомога далі від проблем економіки, переважно цікавлячись лише своєчасним отриманням заробітної платні та передоручаючи вирішення усіх стратегічних проблем своїм головним лікарям. Але, на превеликий жаль, “організаторами” медицини в нас нерідко ставали невдалі клініцисти. Вони вміли добре бити кулаками по столі, передоручати свої обов'язки підлеглим і впевнено заштовхували невирішені проблеми охорони здоров'я, мов більярдну кулю, у далекий кут. Втім, у добрі старі часи коштів вистачало на все, і в підсумку вітчизняна медицина посіла провідні позиції в світі за кількістю медичних вузів, лікарів та шпиталів. Населення охопили “всеобщей диспансеризацией” і здавалося, що за показниками здоров'я скоро нам не буде рівних. Так і сталося, тільки із знаком навпаки: на початку 90-х років за загальною смертністю та смертністю від найпоширеніших серцево-судинних захворювань Україна значно “випередила” інші країни Європи\*. А на порозі третього тисячоліття держава залишила медиків і

\* Див.: Тягар смертності від серцево-судинних захворювань в Європі та Україні. Мед. світу 1998; 5 (3): 149—159. (Прим. ред.)

пацієнтів віч-на-віч із власними проблемами. Вона фактично зняла з себе відповідальність за здоров'я своїх громадян, ухваливши бюджет охорони здоров'я на одного громадянина в сотні разів менший, ніж у розвинутих країнах\*\*.

Парадоксально, але бідність нерідко асоціюється з невмінням рахувати та заощаджувати кошти. Ми звикли скаржитися на обмеженість бюджетного фінансування медицини (трохи більше 7 гривень на рік на одного громадянина), недостатнє забезпечення лікарів і пацієнтів необхідними засобами діагностики та лікування захворювань. Але водночас продовжуємо бездумно “розбазарювати” кошти, будь-якими засобами підтримуючи спроможність неефективної та скомпрометованої системи. Нещодавно я побував в одному з обласних центрів України на конференції, присвяченій проблемам геронтології. Після моєї доповіді, присвяченої проблемам амбулаторного лікування артеріальної гіпертензії і шляхам профілактики її ускладнень у літніх осіб, виступив дуже респектабельний та досвідчений головний лікар новоствореного шпиталю для інвалідів війни та праці, колишній керівник обласного відділу охорони здоров'я. Він поскаржився, що районні та дільничні лікарі не користуються можливостями лікування пацієнтів у новому шпиталі. Склалася дивна ситуація. Уявіть собі: у чудовій лісовій зоні за містом за колосальні кошти держава побудувала та відкрила шпиталь для ветеранів та інвалідів на кілька сот ліжок. Видаються безплатні путівки, а лікарі все це ігнорують і не виконують “священну корову” — план госпіталізацій, продовжуючи лікувати пацієнтів з артеріальною гіпертензією амбулаторно! Внаслідок цього план ліжко-днів не виконується, шпиталь недовантажений, а державні кошти летять у прірву. Який вихід із цієї ситуації? Звичайно, ви вгадали, що пропонує головний лікар: скеровувати якомога більше пацієнтів. У шпиталі їм допоможуть крапельничками, “підкріплять” серце рибоксином (цей цілющий препарат скоріш за все пацієнтам порекомендують придбати за власні кошти), АТФ, кокарбоксілазою, вітамінами та різноманітними фізіотерапевтичними процедурами, “поколять” папаверин з дібазолом, а якщо тиск усе ж не знизиться, витягнуть засіб генерального резерву — магnezію. Роботи вистачить усім: і медсестрам, і лікарям. У головного лікаря з'явиться матеріал для доповіді на черговій нараді, а щоденні поїздки персоналу на роботу за містом будуть напевно виправдані. Проте після повернення додому пацієнти вже точно не отримуватимуть так необхідних їм антигіпертензивних ліків, адже пенсії ледь вистачає на хліб та оплату комунальних послуг, а держава все витратила на будівництво, організацію та підтримання життєдіяльності нового шпиталю. Залишається лише сподіватися на те, що через рік видадуть нову путівку.

Цікаво, що в цьому ж місті є обласний кардіологічний диспансер. Він міститься у розвалюсі, в яку навіть страшно зайти. Там найтяжчий контингент хворих і найбільш кваліфіковані кардіологи області. Не дивно, що саме в провідне кардіологічне відділення дільничні та районні лікарі найчастіше скеровують для порад своїх пацієнтів. Головний лікар диспансеру давно благає обласну адміністрацію про нове приміщення та обладнання для диспансеру та поліклініки. Але, як видно, прагнення допомогти нашим інвалідам та ветеранам (а може, працевлаштувати головного лікаря “ветеранського” шпиталю?) переважило.

Інколи складається враження, що система охорони здоров'я у нашій країні зорієнтована не на організацію ефективного надання медичної допомоги, а на те, як витратити якомога більше бюджетних грошей. У “ситих” країнах пріоритети медицини та суспільства інші. Замість планової дільби державних чи страхових коштів їх керівники думають, як найефективніше вкласти ці кошти у здоров'я своїх громадян. У будь-якій європейській країні, починаючи від нашого західного кордону, медики не уявляють, як пацієнт з гострим інфарктом міокарда може не отримати

\*\* Див.: Результати лікування в онкології: Економіка. Мед Світу 1999; 7 (5): 274. (Прим. ред.).



мати тромболітичного засобу, а хворий із серцевою недостатністю — препаратів із груп інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту і бета-адреноблокаторів. Як можна пацієнтові з тяжкою ІХС не виконати життєво необхідну балонну ангіопластику, аортокоронарне шунтування чи імплантувати стент, а хворого з тяжким порушенням ритму не скерувати для радіочастотної катетерної абляції? Підкреслимо, що значні пільги виділяються також для лікування багатьох хронічних захворювань із відносно добрим прогнозом, у тому числі пожиттєвого придбання антигіпертензивних і гіполіпідемічних ліків усіма пацієнтами, які цих ліків потребують. Підстава для такої уваги з боку держави чи страхових компаній очевидна: є переконливі докази ефективності відповідних методів лікування для збільшення тривалості та поліпшення якості життя людей.

Звичайно, надання оптимальної медичної допомоги всім, хто її потребує, вимагає величезних коштів. І тому без оцінки “витратної ефективності” жоден засіб діагностики та лікування не може бути запроваджений у клінічну практику. Зокрема, у Великій Британії вартість здобутого року життя при лікуванні артеріальної гіпертензії в літніх осіб у популяції становила принаймні 500 фунтів, що дослідники розцінили як добре співвідношення витрат та ефективності. “Витратна ефективність” лікування гіперліпідемії поступається у 10—20 разів, але держава і/або страхові компанії все одно спроможні покривати витрати на придбання, м’яко кажучи, недешевих гіполіпідемічних препаратів. З іншого боку, кошти ніколи не витрачаються на безпідставні госпіталізації та застосування дорожчих методів лікування у тих випадках, коли є докази ефективності більш економічних.

Безперечно, принципи “витратної ефективності”, прийнятні для західної медицини, не вдається, та й не можна одразу та бездумно перенести в Україну. Передусім на порядок меншими є можливості бюджету та системи медичного страхування. Наприклад, в Україні лише офіційно зареєстровано 5 млн. пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Більшість із них літнього віку і переважно потребують регулярного прийому антигіпертензивних ліків. Пільги на придбання препаратів нині має мізерна частка населення. Причому ці пільги поширюються лише на затверджений МОЗ обмежений перелік “життєво необхідних” ліків вітчизняного виробництва. Суму, яку потрібно було б виділити для проведення адекватної пожиттєвої антигіпертензивної терапії сучасними засобами вибору та збільшення очікуваної тривалості життя наших пацієнтів, можна сміливо порівнювати з теперішнім бюджетом системи охорони здоров’я України. Крім безпосередніх, слід зважати на непрямі витрати, оскільки збільшення тривалості життя літніх пацієнтів неодмінно означає збільшення пенсійних виплат та витрат на медичне обслуговування. Очевидно, таке замкнуте коло дуже небажане для бюджету держави.

Втім, хочеться порадити нашим горе-організаторам від медицини підрахувати: скільки ветеранів та інвалідів могли б отримати безплатно антигіпертензивні ліки замість однієї необґрунтованої госпіталізації у побудований для них шпиталь? І скільки приладів для амбулаторного вимірювання артеріального тиску, яких так бракує нашим лікарям, можна було б придбати на заощаджені кошти? Так само ніхто не знає розміру витрат, пов’язаних із майбутньою реабілітацією та доглядом за пацієнтами після перенесеного інсульту чи інфаркту, матеріальних та моральних збитків, завданих хворим та членам їхніх сімей, а в підсумку — державі. І невідомо, що переважає: вартість тривалого лікування кількох пацієнтів антигіпертензивними ліками чи наслідки появи в одного з них незворотних ускладнень гіпертензії.

Оцінка “витратної ефективності” не може обмежуватися лише урахуванням прямих витрат на надання допомоги та заощаджених коштів. Справді, лікування молодих кардіологічних хворих нібито більш економічно доцільне для самих пацієнтів і держави, оскільки дозволяє зберегти їх працездатність, здатність утриму-

вати сім'ї та платити податки. Тоді як ефективне лікування і збільшення тривалості життя літніх пацієнтів лише збільшують тягар на систему охорони здоров'я. Страшно подумати, але в цьому випадку найбільш “витратно-ефективним” за популярними на Заході критеріями LYG і QALY (табл.) було б лікування, яке сприяло б негайній смерті пацієнтів... Напевно, критерій NNT краще відповідає нашим реаліям. Значно легше переконати суспільство, що адекватна антигіпертензивна терапія у шести літніх пацієнтів протягом 5 років дозволяє запобігти одному тяжкому ускладненню гіпертензії, ніж пояснити Міністерству фінансів, що додаткове вкладення 500 £ (чи понад 4000 гривень) дозволить врятувати за рік одне життя. Зважаючи на такий підхід, хочеться згадати сучасну класифікацію артеріальної гіпертензії\*. Надто складна з першого погляду, вона дозволяє насправді прагматично оцінити ризик та визначити категорії пацієнтів з найбільшою очікуваною користю антигіпертензивної терапії (і, відповідно, доцільність вкладення коштів). Втім, у молодих пацієнтів з артеріальною гіпертензією потрібно значно більше часу, щоб отримати реальну віддачу від витрачених на лікування коштів. Отже, бездумно покладатися на критерій NNT також не можна.

## Таблиця.

Сучасні показники “витратної ефективності” медичних втручань

Показники	Інтерпретація
LYG (cost per life-year gained)	Вартість здобутого року життя
QALY (quality-adjusted life-year gained)	Вартість здобутого року «якісного життя»
NNT (number needed to treat)	Кількість пацієнтів, яких потрібно лікувати протягом 5 років, щоби врятувати одне життя

На жаль, ті, хто повинен оцінювати економічну доцільність медичних втручань та визначати стратегію розвитку системи охорони здоров'я і, зокрема, кардіологічної служби в Україні, займаються пошуком шляхів збереження невиліковно хворої системи. Відтак “витратну ефективність” переважно оцінюють самі лікарі та їх пацієнти. Більшість витрат, пов'язаних з лікуванням кардіологічних захворювань, лягають на гаманець пацієнта. Вибір найбільш сучасної, але недоступної за вартістю стратегії ведення пацієнта може негативно позначитися на якості життя. Підкреслимо, що фінансова спроможність — один з найважливіших аспектів якості життя людей. Зважаючи на це, лікар відповідає і за якість надання допомоги, і за “витратну ефективність” та доцільність обраних методів діагностики та лікування.

Проблеми нашої кардіології породжені не лише обмеженим бюджетним фінансуванням, а й неефективністю організації кардіологічної допомоги, яка далеко не відповідає критеріям “витратної ефективності”. Дотепер пріоритетною залишається стаціонарна допомога, яка, однак, потребує найбільших витрат. З іншого боку, нашим західним колегам неможливо пояснити, навіщо створювати та утримувати кардіологічні клініки на 200—300 ліжок, у яких не виконують ангіографічні дослідження, ендоваскулярні втручання, процедури катетерного лікування аритмій та імплантації кардіостимуляторів. Одразу виникає питання: чим займаються

\*Див. статтю автора “Артеріальна гіпертензія: останні стандарти століття”. Мед. світу 1999; 7 (4): 166—178.

ці клініки і чим вони відрізняються від непогано оснащених поліклінік? Адже переважна кількість пацієнтів, які лежать у таких клініках, можуть і повинні обстежуватися та лікуватися амбулаторно.

Майбутній прогрес кардіології в Україні важко уявити без обладнаних новітніми технологіями сучасних кардіологічних клінік, де здійснюються катетерні процедури, складні хірургічні та ендоваскулярні втручання. Проте найбільш перспективна та економічно виправдана стратегія зменшення захворюваності і смертності пов'язана з переорієнтацією лікарів та хворих на пріоритет амбулаторної допомоги. У суспільстві потрібно нагально формувати ідеологію тривалого поліклінічного спостереження за кардіологічними хворими, наполегливо впроваджувати уніфіковані стратегії їх ведення поза стаціонарами, детально обговорювати з пацієнтами переваги та недоліки різних методів лікування. Звичайно, економічні та соціальні негаразди дуже перешкоджають впровадженню будь-яких новацій. Але ефективної безплатної медицини бути не може. І тому лише перегляд пріоритетів та структури витрат у системі кардіологічної допомоги здатний зупинити катастрофічне зростання смертності від серцево-судинних захворювань в Україні.

### Шановні читачі!

У статті “Гостра ниркова недостатність, індукована медикаментами” (т. VIII, ч. 6, 304—312) на с. 308 концентрація сечовини крові замість 6,0 ммоль/л має бути 13 ммоль/л, а замість 4,9 ммоль/л — 10,8 ммоль/л.

На с. 309 — замість 3,0 ммоль/л має бути 6,5 ммоль/л, а замість 6,6 ммоль/л — 14,4 ммоль/л.

На с. 311 — замість 4,8 ммоль/л має бути 10,1 ммоль/л.

Редакція просить вибачення за помилки.