


№1 <sup>Том 7</sup>  
2019

# Фармакоэкономика

*теория и практика*



ФЭП

**Pharmacoeconomics**  
*theory and practice*

№1 <sup>Volume 7</sup>  
2019

- СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОЛОГИИ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ (ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ) ОЦЕНКИ СОГЛАСНО ИСХОДНОЙ (ОТ 28.08.2014) И ДЕЙСТВУЮЩЕЙ (ОТ 29.10.2018) РЕДАКЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ № 871
- МАТЕРИАЛЫ XIV НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – «ФАРМАКОЭКОНОМИКА 2019» 2 – 3 АПРЕЛЯ 2019, Г.САМАРА



## СОЦИАЛЬНАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

## SOCIAL STRATIFICATION PATIENTS OF THE DIABETES MELLITUS

Джунпарова И.А., Борисова О.А., Абрашкина Е.А., Джунпаров А.С.  
Dzhuparova I.A., Borisova O.A., Abrashkina E.A., Dzhuparov A.S.

Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск  
Novosibirsk state medical university, Novosibirsk, Russia

www.pharmacoeconom.com

DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.1.2019.54>

Одной из важнейших задач организации здравоохранения является оптимизация лекарственного обеспечения больных сахарным диабетом (СД).

**Цель:** определение готовности и возможности софинансирования больными СД г. Новосибирска стоимости лекарственных средств (ЛС), средств введения инсулина и средств контроля.

**Методы:** специально разработанная анкета для больных СД, социологический метод.

**Результаты:** по результатам социологического опроса стратифицированы больные СД г. Новосибирска по доходу на одного члена семьи на 4 страты. В 1-ую вошли респонденты с наименьшим уровнем дохода на одного члена семьи – 6,9%, во 2-ую с уровнем дохода 6001-10000 руб. – 52,4%, в 3-ю – 10001-15000 руб., – 19,31%, в 4-ю – более 15 000 руб. – 21,39% опрошенных. Установлено преобладание лиц женского пола в 1, 2 и 3 стратах, причем 1 страту составляют неработающие пенсионеры (100%), во 2-ой страте их доля сокращается до 62,96%, в 3 и 4 страте преобладают респонденты, работающие полный день (58,82% и 82,76% соответственно), семейная нагрузка составляет 2 – 3 человека. Удельный вес респондентов, имеющих инвалидность, сокращается со 100% в 1 страте до 17,24% в 4 страте. Первую страту составляют больные СД 2 типа, во 2-4 стратах преобладают больные СД 1 типа, длительность заболевания СД респондентов колеблется от 5 лет в 3 и 4 стратах до 15 и более лет в 1 страте. Удельный вес больных СД, имеющих осложнения и сопутствующие заболевания, снижается со 100% до 55,17% и 44,83% в крайних доходных стратах.

Анализ статей расхода семейных бюджетов респондентов показал, что самый высокий удельный вес зафиксирован по потребительскому комплексу – продукты питания, доля расходов на питание составляет 46% – 33,7% в крайних доходных стратах, расходы на основные непродовольственные товары составляют 1,9% – 17,2% в семейных бюджетах

респондентов. Доля расходов на медицинское обслуживание (в т.ч. и на лекарственные препараты) снижается с 31% в 1 до 20,8% в 4 страте.

Единственным источником получения сахароснижающих лекарственных препаратов (ЛП) для больных СД в 1 и 2 стратах является приобретение по льготному рецепту (100%), а в 3 и 4 стратах наряду с ним тратят на приобретение ЛП дополнительно 15,24% и 17,24% средств семейного бюджета.

На лечение осложнений СД и сопутствующих заболеваний респонденты тратят ежемесячно от 500 до 4000 рублей из бюджета семьи. Количество одновременно назначаемых и принимаемых респондентами ЛП не различается, составляет 5 – 6 ЛП.

Несмотря на ограниченность доходов, больные СД согласны участвовать в сооплате средств самоконтроля (от 65,2% респондентов в 1 страте до 82,76% – в 4) и новых, качественных ЛП (готовы доплачивать за аналоги инсулина 31,7% респондентов в 1 страте и 68,96% – в 4 страте). С увеличением дохода готовность к сооплате средств введения инсулина растет, в 3 страте она составляет 15,4%, в 4 страте – 65,5%. Больные СД из 1 страты согласны доплачивать за ЛП не более 700 руб., респонденты из 2 страты до 1000 руб., в 3 и 4 стратах – до 2000 руб. в месяц.

**Выводы:** таким образом, основная часть «льготников» готова выделять дополнительные средства на приобретение лекарств. Однако, ресурсная база участия пациентов в сооплате ЛС достаточно ограничена и очень важно, чтобы она функционировала не за счет ограничения потребностей пациентов в товарах первой необходимости: продуктах питания, одежде и т.д. Это необходимо учитывать при организации лекарственного обеспечения и разработке территориальной программы государственных гарантий для оказания дифференцированной адресной помощи больным СД.