

Доклад по исследованию проблем и нужд сообщества пациентов, живущих с гепатитом С в проекте «Доступность медикаментов – право, а не привилегия»

Исследование проводилось в соответствии с 1-й задачей проекта «Изучить и проанализировать проблемы с доступом к жизненно необходимым медикаментам, реалистичные возможности к его расширению и определить инструменты для расширения доступа.»¹

Автор: защитник интересов пациентов Агита Сея.

В ходе исследования планировалось изучить проблемы и нужды людей, живущих с гепатитом С и ко-инфекцией ВИЧ/ВГС; определить препятствия к лечению ВГС с точки зрения пациентов; провести необходимые анкетирования, опросы и фокус-группы; провести опрос региональных инфекционистов.

Исследование проводилось в период с февраля по июнь 2012 года.

Исследование состоит из:

- анализа анкетирования пациентов (опрошено 98 респондентов с ВГС или коинфекцией ВГС/ВИЧ)²;
- анализа трех фокус-групп³ (в каждой фокус-группе участвовало по 5 пациентов; 1-я фокус-группа для пациентов с ВГС, приобретенном путем медицинских манипуляций; 2-я фокус-группа – пациенты с коинфекцией ВГС/ВИЧ; 3-я фокус-группа — пациенты с моноинфекцией ВГС, приобретенном при интравенном употреблении наркотиков);
- опроса экспертов – региональных врачей инфекционистов (опрошено три врача инфекциониста в Земгальском, Видземском и Курземском регионах)⁴.

Были обобщены данные, полученные в ходе консультирования пациентов тремя защитниками интересов пациентов (семейный врач, равный консультант и социальный работник).

В целом за три месяца⁵ была предоставлена 171 консультация⁶ по вопросам, касающимся лечения ВГС и ВИЧ и возможности получить социальную или иную помощь.

На практике семейного врача было произведено 18 тестов на антитела ВГС и 20 тестов на антитела ВИЧ⁷. Было обнаружено 5 первичных положительных случаев ВГС (27% из числа обследованных пациентов). Тестирование осуществлялось, как дополнительная активность, не предусмотренная собственно проектным предложением.

В результате исследования были выработаны «дерево проблем⁸» и «дерево целей⁹», которые отражают самую острую проблему, ее причины, следствия, цель, которую необходимо достигнуть, способы ее достижения и ожидаемый результат.

1 Консолидированное проектное предложение, с учетом согласований и в соответствии с грантовым соглашением от 15 декабря 2011 года

http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2012/ProposalFOSI_2012_LV.doc

2 Результаты анкетирования пациентов с гепатитом С и коинфекцией ВИЧ/ВГС

http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2013/Anketirovanije_pacientov.pdf

3 Обобщение ответов участников фокус-групп (пациенты с гепатитом С и двойной инфекцией ВИЧ/ВГС) http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2013/Fokusgruppi_pacientov.pdf

4 Не опубликовано из-за чувствительности информации.

5 В данном обзоре приведены данные только за время исследования - 3 месяца.

Консультационная работа проводилась на протяжении 11 месяцев.

6 Всего за время реализации проекта была предоставлена 431 консультация, 9 пациентам с ВГС/ВИЧ и 1 пациенту с ВИЧ была оказана квалифицированная помощь в написании жалоб.

7 Всего за время реализации проекта семейным врачом было сделано 52 экспресс-теста на антитела к ВИЧ и 49 экспресс-тестов на антитела к ВГС.

Параллельно проводилось отдельное правовое исследование¹⁰, в котором отражена ситуация в законодательстве и проанализированы нормативные акты, которые препятствуют или наоборот - способствуют улучшению доступности лечения инфекций ВГС и ВИЧ.

Анкетирование пациентов

Анкетирование пациентов проводилось с марта по май 2012 года (3 месяца).

Опрошено 98 респондентов с гепатитом С (ВГС) или коинфекцией ВГС/ВИЧ.

Анкету опроса¹¹ условно можно разделить на блоки

общие сведения о респонденте;

вопросы о состоянии здоровья;

вопросы о доступности лечения и медикаментов.

Было опрошено 67 мужчин и 31 женщина:

Возраст пациентов:		Образование пациентов:	
Возраст, сколько лет	Количество пациентов	Образование	Количество пациентов
Моложе 20	1 (1%)	Начальное	5 (5%)
От 20 до 30	64 (65%)	Среднее	81 (83%)
От 35 до 55	32 (33%)	Вышее	9 (9%)
Старше 55	1 (1%)	Нет ответа	3 (3%)
Итого:	98 (100%)	Итого:	98 (100%)
Занятость пациентов:		В домохозяйстве пациентов проживает:	
Род занятости	Количество пациентов	Количество людей в домохозяйстве	Количество пациентов
Безработные	35 (36%)	1	19
Специалисты	34 (35%)	2	49
Служащие в учреждении	9 (9%)	3	23
Рабочие (физический труд)	8 (8%)	4	7
Работает в собственном хозяйстве	3 (3%)	Итого:	98 (100%)
Неработающие инвалиды	4 (4%)	Средний доход на человека в домохозяйстве:	
Учатся	2 (2%)	Доход на человека, LVL	Количество пациентов
Нет ответа	3 (3%)	Ниже 100	31 (32%)
Итого:	98 (100%)	От 100 до 200	56 (57%)
		От 200 до 400	10 (10%)
		Выше 400	1 (1%)
		Итого:	98 (100%)

8 Страница 5 оригинального материала

http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2012/Petijums_pacientiLAT.pdf

9 Страница 7 оригинального материала

http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2012/Petijums_pacientiLAT.pdf

10 Правовое исследование в проекте «Доступность медикаментов – право, а не привилегия». Параллельный импорт лекарств. Распространение незарегистрированных лекарств в Латвии. Принципы ценообразования лекарств. Изменения в Законе о фармации. Договор партнерства стран Балтии. Выводы.

http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2013/Pravovoje_issledovanije.pdf

11 http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2012/anketa_pacientiem_FOSI_RUS.doc ,

http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2012/FOSI_anketa_ielu_darbsRU.doc

Фокус -группы¹²

Фокус-группы были набраны и проведены в соответствии с разработанным методологом руководством.¹³ Беседы в фокус-группах проведены с 15 участниками (9 мужчин и 6 женщин).

9 участников работали, 6 – не работали, 3 участника не имели регулярных доходов. Состояние своего здоровья как хорошее оценили 10 участников, как плохое – 4, удовлетворительное – 1 участник. Свое состояние здоровья регулярно проверяли 10 участников. За последние пол-года болели 9 участников.

8 участников признали, что из-за длительных проблем здоровья им тяжело работать или найти труд по-наиму. Надо отметить, что есть различия в мнениях участников фокус-групп о возможностях работать. Участники с моноинфекцией ВГС, приобретённой путём внутривенного употребления наркотиков, отметили, что состояние здоровья не мешает работать, в то же время участники с ВГС, приобретенном путем медицинских манипуляций, отмечают ограничения во выполнении работы («усталость», «в договоре указано, что нельзя работать на скорой помощи и в родильном отделении»). Участники с коинфекцией ВГС/ВИЧ отмечают, что физическое состояние существенно ограничивает возможность работать: «занимаюсь легкой работой, но все равно устаю», «состояние здоровья мешает работе, бывают боли», «можно было бы работать максимум 3 часа в день», «быстро устаю», «не могу даже записаться на курсы, потому что, как только в отделе Государственного Агентства занятости увидят группу инвалидности, сразу отвечают, что подходящей работы нет»). Надо отметить особо критичное отношение к регулярным проверкам здоровья участников фокус-группы с коинфекцией ВГС/ВИЧ семейным врачам: «за лекарствами хожу раз в три месяца, потому что семейный врач не любит, когда часто к нему ходят», «семейный врач многого не знает о ВИЧ и ВГС», «в Латвийском Центре инфектологии от нас отказались, теперь надо ходить к семейному врачу»; «однажды семейный врач спросил – вы от ВИЧ уже вылечились?»

Все же существенных различий во взглядах на доступность лечения ВГС между участниками фокус-групп нет.

Обоснование «дерева проблем»

Анализируя данные, полученные в ходе исследования, основной — центральной, - проблемой была признана нехватка денег как у пациентов, так и в сфере здравоохранения в целом¹⁴.

В анкетах респонденты отметили низкие доходы. 57% респондентов в месяц имеют доход на одного члена домохозяйства от 100 до 200 LVL, 31% респондентов имеет доход ниже 100 LVL. Только 10% респондентов имеют доход от 200 до 400 LVL в месяц и один более чем 400 LVL в месяц. Учитывая, что в среднем медикаменты для лечения ВГС в месяц обходятся пациентам в сумму от 111 до 208 LVL¹⁵, это создает

12 Подробнее смотрите «Сообщение о проблемах и потребностях пациентов, которые живут с гепатитом С, а также о препятствиях к лечению ВГС с точки зрения пациентов, и о возможностях региональных инфекционистов в лечении пациентов с ВГС»

http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2013/Resume_VHCpacienti.pdf

13 Руководство по проведению и вопросы для фокус-групп

http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2012/Fokusgrupas_pacientiem_RUS.doc

14 От причин к последствиям, по методике “Problem Tree analysis”

<http://www.odi.org.uk/resources/docs/6461.pdf> Проблему определили и анализ «дерева проблем» подготовили защитники интересов пациентов Агита Сея и Айла Берзиня.

15 Протокол для внутреннего пользования дискуссии от 22 мая 2012 года «Это рассказ о жизни». Публичная информация о прошедшей дискуссии <http://hepatits.lv/lv/nozares-eksperti->

материальные проблемы, которые отметили опрошенные респонденты фокус-групп: «не могу купить прописанное лекарство из-за цены», «не получаю от врача ясный ответ по поводу возможностей получить более дешевое лекарство», не могу заплатить за обследования¹⁶»¹⁷

Уровень безработности определяет эту экономическую ситуацию в домохозяйствах пациентов. 36% опрошенных респондентов — безработные, 4 неработающих инвалида, что в целом составляет 40%; 6 из 15 участников фокус-групп не работают. Безработица порождает социальную безнадежность, неверие в возможность вылечиться, нежелание следить за своим состоянием здоровья, что отражается в ответах респондентов («ничему не верю»; «не хочется и говорить»; «нет смысла что-то говорить»; «и так все ясно»; «лечиться бессмысленно»; «лень»; «государство не заботится о своих гражданах — маленькие зарплаты»).

Опрошенные региональные инфекционисты также отметили нехватку финансирования и недостаточность квот на оплачиваемые государством обследования¹⁸, что не разрешает пациентам в регионах делать анализы и назначать лечение. Кроме этого, есть еще другие тормозящие факторы, например, лечение назначает только Латвийский Центр инфектологии¹⁹ (теперь стационар РВКУБ), квоты для гепатологов в достаточном объеме предоставлены только в Риге, диагностика РНК вируса и биопсия печени проводятся только в Риге, не делегируется право выписывать медикаменты.

Недоступность медицинских обследований, что в интервью отметили региональные инфекционисты, не позволяет пациентам делать подтверждающую и другую диагностику ВГС рядом с местом жительства, и в связи с этим нельзя начинать лечение, о чем свидетельствует число наблюдаемых пациентов в регионах: в Видземском регионе наблюдается 1 пациент с ВГС в месяц, с ВИЧ — 3 - 4 пациента в год; в Земгальском регионе наблюдаются 1 пациент с ВГС и 2 пациента с ВИЧ; в Курземском регионе наблюдаются 2 пациента с ВГС и 3 пациента с ВИЧ, и еще примерно 10 человек с ВГС, которые «ничего не делают в свою пользу для излечения».

Респонденты — анкетированные пациенты, как одно из последствий отметили недоступность медиков и медикаментов. Общее состояние здоровья не проверяют 55% респондентов, 38% это делать мешают расценки, 45% респондентов должны были отказаться от лечения из-за нехватки средств. Респонденты фокус-групп отмечают, что «дорога (транспорт) стоит дорого», «нет денег, трудно попасть», «не хватает денег на обследование». Отмечается также и долгое ожидание на обследования, которые оплачивает государство, что связано с распределением финансовых потоков:

norada-uz-tuliteju-nepieciemamibu-iesaitit-valsts-augstakas-amatpersonas-c-hepatita-izplatibas-ierobezosana-latvija-tam-nepieciemams-tikai-miljons-latu

16 После того, как диагноз гепатита С установлен, обследования пациенту оплачиваются государством, однако, надо платить «пациентский взнос» в диапазоне от 1 до 30 латов (<http://www.vi.gov.lv/lv/veselibas-aprupe/veselibas-aprupe-iedzivotajiem/pacienta-iemaksas>) Сумма пациентских взносов не может превышать 400 латов в таксационный год.

17 См. также «Лечение гепатита С в месяц стоит больше, чем человеческая жизнь» <http://apvienibahiv.lv/novosti-na-russkom/obwestvo-obedinenie-hivlv-provedjot-akciju-protesta-lechenie-gepatita-s-v-mesjac-stoit-bolshe-chem-c?gads=2012&menesis=7>

18 Национальная Служба здоровья определяет размер квот отдельно для каждого врача индивидуальной практики и лечебного учреждения. В случае обоснованного перерасхода, квоты могут пересматриваться. В случае необоснованного перерасхода — Инспекция здоровья накладывает штрафы и изымает необоснованно полученную оплату.

19 С 01 апреля 2012 года Латвийский Центр Инфектологии работает в новом статусе, став одним из стационаров Рижской Восточной университетской клинической больницы (РВКУБ)

«очереди», «хотелось меньшей очереди на подтверждающую диагностику». Прерывание терапии или отказ от начала терапии, как последствия финансовых трудностей, отмечают региональные инфекционисты: «многие не начинают лечиться, потому что нет денег». Из 171 консультации, что предоставили пациентам защитники интересов, в 35 (20%) случаях пациенты спрашивали о расценках на лечение и возможностях получить материальную помощь. 28% анкетированных респондентов признали, что не готовы платить за лечение.

Несколько причин, по которым доступность лекарств для лечения ВГС сильно ограничена и которые связаны с государственной политикой ценообразования и развития компенсационной системы, названы в правовом исследовании, которое проводилось в рамках данного проекта.²⁰

Из причин прерывания терапии надо упомянуть также побочные явления медикаментов, что отмечают участники фокус-групп: «бросил терапию из-за побочных явлений», «было очень тяжело – употреблял медикаменты в выходные дни, но все равно было трудно работать», «нервозность, резкие перемены настроения». Неиспользование новых, инновационных медикаментов, которые могли бы уменьшить побочные эффекты, отмечают как региональные инфекционисты, так и участники фокус-групп.

Учитывая, что средняя месячная заработная плата в Латвии в 2012 году была LVL 343 (после уплаты налогов)²¹, стоимость обследований и лечение, а также недеlegation финансирования региональным инфекционистам, является причиной того, что возможности пациентов осуществлять обследования и лечение ограничены.

В свою очередь, государственная политика отнюдь не способствует проникновению более дешевых медикаментов на Латвийский лекарственный рынок.

Респонденты опроса и участники фокус-групп отмечали отношение врачей, которое не способствует приверженности («у врачей не хватает профессионализма», «не хочет помогать», «не хватает знаний», «врачи не понимают, что со мной и хотят от меня избавиться», «не нравится отношение врачей», «не хватает хороших врачей»). 8% респондентов опроса недовольны отношением врачей к себе.

Сделаны следующие выводы:

- 1). На доступность лечения пациентов с инфекцией ВГС и/или коинфекцией ВГС/ВИЧ больше всего влияет их финансовое положение, из-за которого они не могут заплатить за лечение²².
- 2). Государственная политика по лечению ВГС, не компенсируя стоимость медикаментов в 100% объеме, не позволяет пациентам начать и закончить курс лечения.
- 3). Государственная политика по распределению финансовых потоков, не делегируя квоты региональным инфекционистам и поддерживая централизацию лечения ВГС, создает очереди пациентов и провоцирует желание отказаться от обследований и лечения.

20 Правовое исследование в проекте «Доступность медикаментов – право, а не привилегия». Параллельный импорт лекарств. Распространение незарегистрированных лекарств в Латвии. Принципы ценообразования лекарств. Изменения в Законе о фармации. Договор партнерства стран Балтии. Выводы.

http://apvienibahiv.lv/docs/729/Projekti_2013/Pravovoje_issledovanije.pdf

21 <http://www.csb.gov.lv/notikumi/2012gada-laika-darba-samaksa-palielinajas-par-17-latiem-jeb-37-36395.html>

22 ВИЧ инфекция не является индикацией для бесплатного лечения гепатита С, как это действует в некоторых странах региона.

- 4). Государственная политика, отказываясь от внедрения инновационных медикаментов²³ и, используя доступные медикаменты, вызывающие побочные явления и неудобства парентерального употребления, провоцирует неприверженность пациентов лечению, а также сокращает количество успешно вылеченных пациентов.
- 5). Отношение врачей не способствует приверженности пациентов с ВГС или коинфекцией ВГС/ВИЧ, желанию сотрудничать, регулярно проверять здоровье.²⁴
- 6). Государство должно принимать меры для профилактики ВГС, распространяя информацию и организовывая (финансируя) образовательные мероприятия.

Обоснование «дерева целей»

Результаты исследования показывают, что главным условием для уменьшения распространения ВГС является доступность лечения и медикаментов. Доступность лечения и медикаментов определена, как центральная цель.²⁵

В исследовании были выявлены задачи, которые надо решать ответственным учреждениям.

В 2011 году объединение «Arvienība HIV. LV» предложило как рекомендацию увеличение процента компенсации на лекарства: *«Министерству здоровья сохранить с 1 января 2012 года уровень государственной компенсации лекарств для амбулаторного лечения гепатита С на уровне 75%, одновременно рассмотрев вопрос о повышении уровня компенсации до 90% с 1 июля 2012 года»*²⁶ Рекомендация не учтена в части повышения уровня компенсации.²⁷

Также не учтена рекомендация включить в список С²⁸ компенсируемых лекарств инновационные ингибиторы протеазы вируса гепатита С для лечения 10 больных хроническим гепатитом С с 1 марта 2012 года.

Увеличение финансирования, о необходимости которого в интервью отмечают региональные инфекционисты, улучшило бы доступность обследований и лечения. О делегировании финансирования региональные инфекционисты высказываются прямо: «существуют две медицины – в Риге и в провинции», хотя и отмечают, что в связи с небольшим количеством пациентов было бы неэкономично делать обследования на местах в регионах.²⁹

С 1 января 2012 года были изменены Правила № 1046 Кабинета Министров «Порядок

23 Инновационные препараты боцепревир и телапревир заявлены производителями к включению в компенсационную систему, заявлены так же и цены на них. Однако заявки производителей пока не рассмотрены.

24 В ходе проекта пациентам оказана помощь в написании 9 авторизованных мотивированных жалоб на отношение врачей в Инспекцию здоровья.

25 Цель определили и анализ «дерева целей» подготовили защитники интересов пациентов Агита Сея и Айла Берзиня.

26 Отчёт о ситуации с гепатитом С (ВГС) и его лечением в Латвии
http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/projekti_2011/Report_HCV_LV2011_RUS.pdf

27 Рекомендация учтена в декабре 2012 года: Министерство здоровья должно подготовить Доклад правительству о компенсационной системе до 1 апреля 2013 года. Национальная Служба здоровья внесет в доклад два предложения по компенсации лекарств для амбулаторного лечения ВГС — с компенсацией в 90% и в 100%, с соответствующими расчетами дополнительно необходимого финансирования.

28 В список «С» включаются особенно дорогие медикаменты для лечения за государственный счет строго ограниченного числа пациентов.

организации и финансирования здравоохранения», которые определили, что полная компенсация пациентских взносов и доплат за компенсируемые лекарства касается только бедных лиц, а льготы жителям, чей уровень доходов составляет от 120 до 150 латов в месяц (после уплаты налогов), отменены. Таким образом, пациенты, чей доход на одного члена домохозяйства превышает узаконенный уровень бедности в 90 латов на человека в месяц (после уплаты налогов)³⁰ хотя бы на один лат, не получают более тех льгот, которыми пользовались до 31 декабря 2011 г.³¹

Заинтересованность семейных врачей в своевременном распознании ВГС и направлении к инфекционистам / гепатологам является одним из важнейших факторов в лечении пациентов с ВГС.

В связи с этим, как цель выдвигается улучшение доступности лечения и медикаментов. Разработаны соответствующие рекомендации³², которые могут способствовать достижению цели.

Рекомендации:

- 1). Не допускать ситуаций, когда нормативные акты механически подстраиваются под экономическую ситуацию в стране, не соблюдая интересы пациентов и мнения медиков.³³
- 2). Выполнить Распоряжение Кабинета министров № 99 от 12 февраля 2009 года, которое отмечено на портале законов «Likumi.lv» как «действующее», и начать внедрение утвержденной Правительством Концепции о развитии Системы Компенсации приобретения лекарств (СКПЛ).³⁴

29 Интересна реакция «столичных» медиков на «Круглом столе» 16 января 2013 г., проведенном по результатам проекта в Минздраве: «Нет проблем дать квоты на анализы. Но кто будет их считать и интерпретировать?» Таким образом, налицо недоверие к коллегам.

30 Правила Кабинета министров «Правила о признании бедной семьи или отдельно живущего лица» № 299 <http://www.likumi.lv/doc.php?id=207462&from=off>

31 Социальные службы самоуправлений имеют право рассматривать на комиссиях вопрос о признании жителя бедным в случаях, если доход жителя незначительно превышает 90 латов. Нам известны случаи, что самоуправления действительно присваивают статус бедности в случаях, если требуется дорогостоящее лечение (пациенты с ВГС, по их словам, получили такой статус и освобождение от доплат при уровне доходов в 94 и 108 латов).

32 Рекомендации (http://apvienibahiv.lv/docs/729/2013_dazadi/Rekomendacijas_VHC_Final.doc) на этот раз прошли полный процесс согласования: они были обсуждены на круглом столе в Минздраве 16 января 2013 г. (<http://apvienibahiv.lv/aktualitates/apala-galda-tiksanas-par-hroniska-c-hepatita-arstesanas-pieejamibu-latvija?gads=2013&menesis=1>), а также на заседании Консультативного Совета по фармации при Минздраве 14 февраля 2013 г. (получено также официальное заключение от Ассоциации Международных инновативных фармацевтических фирм).

33 Имеется в виду прежде всего механическое снижение уровня компенсаций с 90% до 75%, с 75% до 50%, проведенное в 2009 году (тогда и пострадали пациенты с гепатитом С — им был снижен уровень компенсации стоимости лекарств с 75 до 50%).

34 <http://www.likumi.lv/doc.php?id=187840> Чиновники Минздрава полагают, что об этом Распоряжении лучше забыть, так как оно предусматривало, что в 2009 — 2011 годах СКПЛ вообще не получит ни лата дополнительных средств, а тем временем, вливания в систему в результате поправок к Государственному бюджету все же осуществлялись. Тем не менее, условие Концепции, что в 2012 году в СКПЛ будет на 32,7 миллиона латов больше, чем в 2009 — не выполнено (в результате поправок к Госбюджету система получила дополнительно не

- 3). Восстановить четыре компенсационные категории в Правилах Кабинета министров № 899 «Порядок компенсации расходов на приобретение лекарственных средств и медицинского оборудования, предназначенных для амбулаторного лечения» в редакции, существовавшей на 28 февраля 2009 года, и определить, что диагнозы хронических гепатитов В и С подпадают под вторую категорию: «компенсация в размере 90%, если у пациента констатировано такое хроническое заболевание, лечение которого без применения определённых медикаментов осложняет поддержание жизненных функций и / или вызывает тяжёлую инвалидность».
- 4). Ввести 50%-ю компенсацию стоимости вакцин к гепатитам А³⁵ и В пациентам с хроническим гепатитом С, если вакцинирование признает необходимым врач инфекционист/гепатолог или семейный врач.
- 5). Увеличить заинтересованность семейных врачей в своевременном распознавании гепатита С и направлении пациентов к инфекционистам или гепатологам, одновременно улучшив доступность подтверждающей диагностики во всех регионах страны³⁶. Постановить, что если в образце крови пациента обнаружены антитела к ВГС, этот образец крови исследуется³⁷ так же и методами подтверждающей диагностики.
- 6). Ввести в рамках «Э-здоровья» ясную систему учета, наблюдения и оценки экономической эффективности лечения пациентов с хроническим гепатитом С, чтобы была возможность получить достоверные статистические данные, как по общему числу пациентов с гепатитом С, так и о числе пациентов начавших и прекративших лечение, или успешно излеченных.³⁸
- 7). Государство должно снизить пошлины³⁹ на регистрацию лекарств, содержание их в различных регистрах и списках. Кроме того, необходимо обсудить возможность внедрения единой системы национальной регистрации лекарственных средств в трех Балтийских странах, в т.ч. выработать единую политику в установлении госпошлин.
- 8). Ввести правило, что цены на компенсируемые патентованные медикаменты, включенные в списки В и С, которые находятся на рынке Латвии более 10 лет, базовая цена компенсации существенно снижается.⁴⁰
- 9). Все скидки, которые применяются в ходе процесса реализации лекарств, должны достигать конечного потребителя — пациента, ибо существующий надзор за

более 18 млн. латов.) Не говоря уже о запланированной на 2013-й год сумме в 51,2 млн. латов больше, чем в 2009 г., и соответственно — 72,6 млн. в 2014-м.

- 35 Вакцина против гепатита А была включена в рекомендации по настоянию эпидемиологов, ибо во время эпидемии гепатита А в 2009 — 2011 годах, более половины умерших страдали гепатитом С. Расчеты врачей показывают, что эта рекомендация не очень затратна, ибо большая часть пациентов с гепатитом С имеет антитела к гепатитам А и/или В.
- 36 Первоначальная рекомендация № 6 была исключена по настоянию инфекционистов — см. примечание 29. Рекомендация была сформулирована так: «Вовлечь региональных инфекционистов и гепатологов в динамическое наблюдение больных хроническим гепатитом С после того, как консилиум стационара РВКУБ ЛЦИ назначил курс лечения, соответствующим образом изменив распределение финансовых потоков.»
- 37 Эта часть рекомендации также предложена эпидемиологами. То есть кровь пациента при обнаружении антител к ВГС должна исследоваться по тому же алгоритму, который сейчас действует в случае обнаружения антител к ВИЧ.
- 38 В настоящее время достоверных данных о числе пациентов с гепатитом С нет. Есть только данные о пациентах, которые отоварили в аптеке хотя бы один рецепт.
- 39 Сделано уже с 1 марта 2013 года и готовятся новые снижения пошлин с 1 июля 2013.

применением наценок на лекарства недостаточно эффективен и система - непрозрачна⁴¹.

10). Для компенсируемых лекарств ставка НДС не должна превышать 5%.

11). В систему компенсаций необходимо включить инновативные медикаменты для лечения гепатита С.

12). Разработать программы приверженности лечению гепатита С и ВИЧ/СПИДа, которая включала бы в себя эффективный менеджмент побочных эффектов и осуществление лечения в соответствии с международными рекомендациями. Компенсировать приобретение медикаментов для устранения побочных эффектов, нормативно определив необходимые условия назначения этих медикаментов.

13). Государство должно продолжать программу поддержки в отношении бедных, а также ввести аналогичную программу в отношении малообеспеченных жителей страны с диагнозами, при лечении которых доплата за компенсируемые лекарства соизмерима с установленным прожиточным минимумом.

40 Правило действует в отношении медикаментов списка А (взаимозаменяемых и генерических). Однако, на заседании Консультативного Совета по фармации при Минздраве 14 февраля 2013 г. , при обсуждении этой рекомендации, фармкомпании заявили, что в случае появления на рынке генерической молекулы, цена соответствующего бренда будет снижена на 40%.

41 Полностью отрегулировано в компенсационной системе. В отношении некомпенсируемых лекарств все попытки Минздрава достичь этого провалились. В результате, на фоне удешевления компенсируемых лекарств, производители и торговцы берут теряемую прибыль с прочих лекарств.