

Цена на болничното лечение на пациенти с bronхиална астма



Въведение

Пациентите с лошо контролирана бронхиална астма (БА) често се хоспитализират поради екзацербация, което поражда значителни разходи за лечението им.

Резултати

Пациентите с БАЕ са 27 (24.11%), с ПБА 8 (7.14%), с ББА 77 (68.75%). Установи се, че пациентите в групата с БАЕ са значително по-млади от пациентите от другите две групи ($F=4.55$; $p=0.0127$). При сравнение между изчислените стойности и цените на клиничните пътеки (НЗОК 2014) се установи: в групата БАЕ – среден приход от 30.48 лв. на пациент, в другите две групи – дефицит от 131.45 лв. на пациент за групата ПБА и 78.17 лв. в групата с ББА.

от възрастното население, а при деца достига и по-високи стойности – около 15%^[1].

Пациентите с лошо контролирана астма често се хоспитализират поради екзацербация, което поражда значителни разходи за лечението им^[2]. В миналото контролът и тежестта на астмата като понятия са се припокривали, но днес се приема, че тежестта на астмата отразява интензивността на болестния процес. Така някои пациенти с тежко протичаща астма могат да имат добър контрол върху заболяването, докато други с леко протичаща астма могат да бъдат с лош контрол и чести екзацербации. Логично е да се очаква, че при пациенти с тежко протичаща БА по-трудно се постига контрол върху заболяването, но с подходящо лечение и сътрудничество от страна на пациента може да се постигне пълен контрол върху заболяването. За оценка на степента на контрола на астмата са разработени редица въпросници – бързо и лесно попълващи се, но с различно ниво на чувствителност и специфичност. Най-често използваните са Asthma Control Questionnaire (ACQ), Asthma Control Test (ACT), Asthma Therapy Assessment Questionnaire (ATAQ)^[3].

Цел

Да се направи оценка на директните разходи за болнично лечение на пациенти с БА.

Материали и методи

Ретроспективно са проучени 112 пациенти с БА, постъпили в Клиника по пневмология и фтизиатрия, УМБАЛ – гр. Плевен, за периода януари-юни 2014 г. Пациентите са разпределени в три групи: с БА екзацербация (БАЕ), с пневмония и БА (ПБА) и бронхиектазна болест и БА (ББА). Данните са статистически обработени и е направен анализ на директните разходи за лечението.

Заклучение

Финансирането, определено за болнично лечение на пациентите с БА и насложена инфекция (пневмония или бронхиектазна болест), е недостатъчно и води до финансов дефицит в болничния бюджет.

Въведение

В България бронхиалната астма (БА) е едно от най-честите хронични белодробни заболявания. Тя засяга около 9%

г-р Златина Иванова¹,
доц. Надя Велева²
д-м, г-р Паулина Глоговска¹ д-м,
г-р Пламен Павлов¹
д-м, г-р Цаня Попова³,
доц. г-р Явор Иванов¹ д-м

¹Клиника по Пневмология и фтизиатрия, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен

²Катедра “Медицинска етика, управление на здравните грижи и информационни технологии” – МУ Плевен

³Катедра “Профилактика на вътрешните болести” – МУ Плевен

Ключови думи:
бронхиална астма,
цена, болнично
лечение

» В България бронхиалната астма (БА) е едно от най-честите хронични белодробни заболявания. Тя засяга около 9% от възрастното население, а при деца достига и по-високи стойности – около 15%.

Наблюдението и лечението на пациентите с БА се провежда в амбулаторни условия. При екзацербация се преценява необходимостта от болнично лечение. Част от критериите за болнично лечение на пациенти с БА са: застрашаващ живота пристъп или/и наличие на рискови фактори (бременност, психически заболявания, друга хронична патология, преживяна механична вентилация по повод астматичен пристъп, преживяна хоспитализация поради астма в интензивно отделение), остра или остра върху хронична дихателна недостатъчност, пациенти със среднотежък астматичен пристъп – ФЕО1 <80% от предвидения, незадоволително повлияване от започнато лечение в амбулаторни условия, чести нощни пристъпи (>5 седмично) и ФЕО1 – 50-80%^[4].

Източници на финансиране на лечебните заведения в България са: Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), сгржавният и общинските бюджети, застрахователи, местни и чуждестранни юридически и физически лица^[5]. Разходите за болничното лечение на пациентите с БА също се покриват от посочените източници. Разходите, които генерират пациентите с БА, биват директни (разходите на

лечебното заведение за медикаменти, консумативи, храна, работна заплата и др.), индиректни (разходите, които се заплащат от пациентите и техните семейства за медикаменти, консумативи и транспортране, загубата на време, временна нетрудоспособност) и неизчислими (тревогите, болката, страданието и другите травми, свързани със заболяването, които трудно се измерват в икономически категории)^[6].

Цел

Целта на настоящото проучване е да се изчислят и оценят директните разходи за болнично лечение на пациенти с БА в УМБАЛ – гр. Плевен през 2014 г.

Материали и методи

Ретроспективно са проучени 112 па-

циенти с БА, постъпили в Клиника по пневмология и фтизиатрия на УМБАЛ – гр. Плевен за периода януари-юни 2014 г. Пациентите са лица над 18-годишна възраст, въведени по реда на постъпване в клиниката, като повод за хоспитализацията е екзацербация на бронхиалната астма или възпалителен процес на белия гроб (пневмония или бронхиектазна болест) с придружаваща астма. Диагнозата бронхиална астма е поставена чрез съответните клинични и функционални изследвания



Фигура 1:
Разпределение на пациентите в отделните групи (в брой и като проценти). БА – бронхиална астма; БАЕ – БА екзацербация; ПБА – пневмония и БА; ББА – бронхиектазна болест и БА



таблица 1

ДОГОВОРНИ ЦЕНИ* И СРЕДНИ РАЗХОДИ ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ №91, №92 И №96 ЗА 2014 Г. (В ЛВ.)			
Група	БАЕ (КП №92)	ПБА (КП №91)	ББА (КП №96)
Цена на КП (лв.)	426.00	450.00	700.00
Средни разходи на КП (лв.)	395.52	581.45	778.17
Разлика (лв.)	+30.48	-131.45	-78.17

по време на настоящата или предхож-
гаща хоспитализация или при визита в
амбулаторната практика.

Пациентите са разпределени в три
групи според диагнозата: с БА – екса-
цербация (БАЕ), с пневмония и БА (ПБА)
и бронхиектазна болест и БА (ББА)
(Фиг. 1).

Разходите за лечението са извлечени
от болничната информационна сис-
тема ГамаКонсулт. Направен е анализ
на директните разходи за лечението,
които са представени като средна
стойност от сумата от разходите за
леглоден, за медицински консумативи
и за медицински услуги на пациентите
от трите групи.

Данните са представени и кодирани в
табличен вид и обработени със ста-
тистическа програма Statgraphics plus
(for Windows version 2.1 6/20/96). Камо
параметричен тест е използван опе-
way ANOVA с post hoc LSD мест.

Резултати

В настоящото проучване преоблада-
ват пациентите от женски пол – 89
(79.46%), докато мъжете са 23 (20.54%).
Разпределението в групите е след-
ното: 27 пациенти (24.11%) с БАЕ, 8
(7.14%) с ПБА, 77 (68.75%) с ББА. На Фиг.
1 е представено схематично разпре-
делението на пациентите в отделни-
те групи.

Средната възраст на пациентите в
групата БАЕ е 51.4 (+/- 12.62), в ПБА 63
(+/-15.05), а в ББА групата е 60.27 (+/-
14.21). Установи се, че пациентите в
групата с БАЕ са значително по-млади
от пациентите от другите две групи
(F=4.55; p=0.0127).

Цените на клиничните пътеки по НРД
– 2014 г. са: БА екзацербация (КП №92)
– 426 лв., пневмония (КП №91) – 450 лв.;
бронхиектачна болест (КП №96) –
700 лв.

Средните разходи за болнично лечение
на пациентите с бронхиална астма от
трите групи са следните: БАЕ – 395.52

лв.; ПБА – 581.45 лв.; ББА – 778.17 лв. При
сравнение между договорните цени и
средните разходи по клиничните пъ-
теки се изчисляват следните разлики:
в групата на БАЕ средните разходи
са по-ниски от договорната цена с
30.48 лв. на пациент, докато в другите
две групи се установява дефицит от
131.45 лв. за групата ПБА и 78.17 лв. за
групата с ББА. Данните със средните
стойности на разходите са обобщени
в Табл. 1.

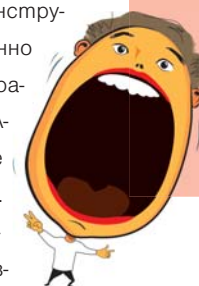
Дискусия

От проведеното проучване се уста-
нови, че по-възрастните пациенти с
БА и насложено друго белодробно за-
боляване (в случая пневмония или брон-
хиектазна болест) поражат повече
разходи за лечението си спрямо аст-
матиците, хоспитализирани заради
водеща екзацербация на астмата.

Астмата в напреднала възраст може
да се разглежда като новопоявило се
заболяване или като състояние, което
е възникнало още в млада възраст. За-
болеваемостта от астма в напредна-
ла възраст варира от 4 до 13%^[7]. Въз-
можно е реалната заболеваемост да е
по-висока, поради недиагностициране
на всички случаи или припокриване с
други заболявания, най-често сърдеч-
но-съдови^[8]. Астмата, възникнала в на-
преднала възраст, се характеризира с
по-тежко протичане, по-малка обрати-
мост и по-често засягане на женския
пол^[7]. При възрастни намалената физи-
ческа активност е предикативен фак-
тор за бронхиална хиперреактивност
(данни от изследването ECRHS-II)^[9].
Белодробната функция се понижава с
напредване на възрастта поради на-
малена функция на респираторните
мускули, намалена подвижност на
гърбната стена, загуба на еластич-
ност с повишаване на остатъчния
обем, което в крайна сметка води

ФАКТ

До 60-годишна възраст човек губи 50% от своите вкусови луковци.



до намален отговор към бронходилататори и глюкокортикостероиди. Настъпват и промени в имунитета – повишават се паметовите Т-лимфоцити и броят на неутрофилите, понижава се функцията на В-лимфоцитите, а еозинофилите не променят своята функционалност^[8]. Като се има предвид състоянието на имунната система на възрастните пациенти, респираторните инфекции се оказват важна причина за екзацербациите на БА. Едни от най-честите вирусни причинители на екзацербациите на БА са риновирусите, а от бактериалните – *M. pneumoniae* и *S. pneumoniae*^[10]. Смъртността от астма нараства с напредване на възрастта^[7].

Едновременно присъствие на БА и бронхиектазии може да се определи като множествено хронично състояние (МХС). МХС е състояние, при което две или повече хронични заболявания се наблюдават при един и същ човек. МХС се свързва с преждевременна смъртност, намалена работоспособност и високи здравни разходи^[11].

Наличието на съпътстваща патология увеличава броя посещения поради екзацербация на БА в ЦСМП (Център за спешна медицинска помощ) в САЩ с 20%^[11], което от своя страна увеличава разходите по лечението на тези пациенти. Рискът от предотвратимо усложнение или хоспитализация се увеличава с броя на съпътстващите заболявания^[12].

Разходите, които пораждаат пациентите с БА, до голяма степен зависят от нивото на контрол на заболяването. Проведено е проучване във Франция и Испания, което е потвърсило връзката между контрола върху БА, разходите за лечението и качеството на живот. Пациентите с контролирана астма и в двете страни пораждаат най-малко разходи, докато за пациентите с неконтролирана астма

са необходими допълнително около €450 и €400 на пациент за тримесечие за Франция и съответно за Испания. Също така се установило, че по-възрастните пациенти (над 65-годишна възраст) по-често са с неконтролирана астма^[2] и затова за тях са необходими повече разходи за здравни грижи.

При възрастните болни с БА и насложена съпътстваща белодробна болест (пневмония или бронхиектазна болест) се установи дефицит между финансирането за тяхното лечение и реалната цена. Основната причина за скъпото им лечение е необходимостта от венозно антибиотично лечение. Трябва да се има предвид, че това са възрастни болни, често с много придружаващи заболявания, които изискват внимателен подбор и максимално подходящ антибактериален препарат. Често в клиничната практика се налага добавянето и на втори антибактериален препарат (особено при лечението на пациенти с бронхиектазична болест) или преценка на първоначално започнатото лечение, което допълнително увеличава разходите. Лечението на пациентите с астма и насложена съпътстваща друга белодробна патология (пневмония или бронхиектазии) изисква и по-продължително болнично лечение – 6 дни минимален болничен престой при пациенти с пневмония и 7 дни за пациенти с бронхиектазии (в сравнение пациентите с БАЕ са с четири дни минимален престой). Тези „допълнителни“ два дни за ПБА и три дни за ББА силно се отразяват върху крайните разходи за лечението на пациентите с БА, изразени като допълнителни леглодни, разходи за медицински услуги и консумативи.

Заклучение

Финансирането, определено за болнич-

но лечение на пациентите с бронхиална астма и насложена инфекция (пневмония или бронхиектазна болест), с цените на клиничните пътеки през 2014 г., е недостатъчно. Ограничение на клиничните пътеки като инструмент за финансиране е именно неспособността им да отразяват тежестта на отделния случай, придружаващите заболявания и усложненията. Освен това цената на клиничната пътека не отразява разходите на различните типове болници, а е унифицирана на национално ниво. Това допълнително натоварва болничния бюджет и води до заглъбчаване на финансовия дефицит. ■

Книгопис:

1. Я. Иванов, Бронхиална астма във Вътрешни болести, Първа част, Учебник за студенти по медицина под ред. на проф. С. Тишева, изд. център МУ - Плевен 2013, стр. 351.
2. Doz M, Chouaid C, Com-Ruelle L, Calvo E, Brosa M, Robert J et al. The Association Between Asthma Control, Health Care Costs, and Quality of Life in France and Spain BMC Pulm Med. 2013;13(15).
3. Paul O'Byrne Asthma control in Global Atlas of Asthma, editors Cezmi Akdis, Ioana Agache, 2013, p.130.
4. <http://www.nhif.bg/web/guest/233>, Приложение №16 „Клинични пътеки“, КР 92-2014.doc, актуален линк към 13.10.2014.
5. <http://www.nhif.bg/web/guest/66> Закон за лечебните заведения, Глава гВанагесета, Финансиране на лечебните заведения, чл. 96, ал. 1-4, актуален линк към 14.10.2014 г.
6. Драмънд, М. и кол. Методи за икономическа оценка на здравни програми. Изд. Медицина и физкултура, София. 2007, стр. 32.
7. Ledford D. Asthma in the elderly in Global atlas of Asthma editors Cezmi Akdis, Ioana Agache, 2013, p. 60.
8. Reed C. Asthma in the elderly: Diagnosis and management J Allergy Clin Immunol 2010; 126 (4): 681-687
9. Владимир Ходжев ХОББ и астма – поглед отвъд белите дробове, InSpiro 2010; 1 (9).
10. Jackson D, Johnston S Asthma exacerbations in Global atlas of Asthma editors Cezmi Akdis, Ioana Agache, 2013, p. 110.
11. Patel M, Janevic M, Heeringa S, Baptist A, Clark N An Examination of Adverse Asthma Outcomes in U.S. Adults with Multiple Morbidities Ann Am Thorac Soc 2013, 10(5):426-431.
12. Wolff JL, Starfield B, Anderson G Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly Arch Intern Med 2002;162:2269-2276.