

Ev Hemodializi 14 Politikası ve Maliyetleri

Michael A. Kraus ve Eric Weinhvel

Çeviri:

Doç. Dr. Ahmet Karataş, Prof. Dr. Kenan Turgutalp

ANA BAŞLIKLAR

UYGULAMA POLİTİKASI

ÖDEME POLİTİKASI

EV HEMODİYALİZİ EKONOMİSİ

Ev hemodiyalizi (EHD), Amerika Birleşik Devletleri'nde en az kullanılan diyaliz yöntemi olup, merkez hemodiyalizi (HD) ve periton diyalizinden (PD) sonra gelir. Bununla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2002 yılında yalnızca 1519 olan EHD hasta sayısı, günümüze kadar beş kattan fazla artmıştır.¹ Politik konular EHD'nin artışında önemli role sahiptir, bazı politikalar EHD'yi teşvik ederken, bazı politikalar ise cesaret kırıcı niteliktedir.

■ UYGULAMA POLİTİKASI

EHD çoğunlukla kapsam koşulları olarak da bilinen güvenlik ve kalite standartlarını belirleyen Medicare Anket ve Sertifikasyon Programı tarafından sağlanır. Ev ortamında diyaliz ile ilgili olarak, bu standartlar EHD eğitiminin gerekliliklerini, EHD hastasını izleme sıklığını, ev ziyaretleri ve su kalitesi değerlendirilmeleri dahil olmak üzere destek hizmetlerinin kapsamını ele al-

mi de önemlidir. Kanada'nın Manitoba eyaletinde yakın zamanda yapılan bir diyaliz ekonomisi çalışmasında, geleneksel ekipmanla yapılan eğitim maliyetleri, NxStage ekipmanı ile yapılan eğitim maliyetlerinden önemli ölçüde daha yüksek bulundu.⁶

Ödeyenlere yansıyan masrafların yanı sıra, EHD'nin hastalara ve ailelerine maliyeti de dikkate alınmalıdır. Özellikle ekipman tedavi başına yüksek miktarda diyalizat tükettiğinde, EHD ile elektrik ve su harcamalarının da artması muhtemeldir. Tıbbi zorluk programları mevcut olmasına rağmen, yerel yönetimler ve kamu hizmetleri tarafından bu maliyetlerden feragat edilemez. Bazı hastalar EHD'yi kolaylaştırmak için evde tadilat yapmaya gerek duyabilir. Gece EHD'sinin Sık Hemodiyaliz Ağı (FHN) denemesinde, medyan ev tadilat maliyeti Virginia'da kabaca 1200 \$ ve Kanada'nın Ontario eyaletinde 4000 dolardı.⁷

Sonuç olarak, Amerika Birleşik Devletleri'nde EHD'nin merkez içi HD'ye göre göreceli ekonomisi öncelikle, öngörülebilir bir gelecek için iyileştirilmiş hacim yönetimi ve kardiyovasküler sağlık nedeniyle ek HD seanslarının maliyeti ile daha az hastaneye yatışla ilişkili tasarruflar arasındaki dengeye bağlı olacaktır. Şu anda, ek HD seansları genellikle ödeme yapanlar için masraf yaratmaktadır. Bununla birlikte, yoğun EHD'nin kardiyovasküler sistemle ilişkili olarak hastaneye yatış riskini düşürmesi ve enfeksiyonla ilişkili hastaneye yatış riskini arttırmaması durumunda EHD'nin merkezde HD'ye göre göreceli ekonomisi muhtemelen nötr olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Saran R, Robinson B, Abbott KC, et al. US Renal Data System 2019 Annual Data Report: epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis.* 2020;75(1 suppl 1):A6-A7.
2. Weinhandl ED, Gilbertson DT, Collins AJ. Mortality, hospitalization, and technique failure in daily home hemodialysis and matched peritoneal dialysis patients: a matched cohort study. *Am J Kidney Dis.* 2016;67(1):98-110.
3. Canadian Institute for Health Information. Treatment of end-stage organ failure in Canada, Canadian Organ Replacement Register, 2009 to 2018: end-stage kidney disease and kidney transplants—data tables; 2019.
4. Manns B, Agar JWM, Biyani M, et al. Can economic incentives increase the use of home dialysis? *Nephrol Dial Transplant.* 2019;34(5):731-741.
5. Walker RC, Howard K, Morton RL. Home hemodialysis: a comprehensive review of patient-centered and economic considerations. *Clin Outcomes Res.* 2017;9:149-161.
6. Beaudry A, Ferguson TW, Rigatto C, Tangri N, Dumanski S, Komenda P. Cost of dialysis therapy by modality in Manitoba. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2018;13(8):1197-1203.
7. Pipkin M, Eggers PW, Larive B, et al. Recruitment and training for home hemodialysis: experience and lessons from the Nocturnal Dialysis Trial. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010;5(9):1614-1620.