

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ ШИЗОФРЕНИИ В РОССИИ

Е. Б. Любов¹, В. С. Ястребов², Л. С. Шевченко²,
С. А. Чапурин, Ю. Ю. Чурилин, И. А. Былим,
А. К. Гажа, В. В. Доронин, А. М. Косов,
Ю. Л. Петухов, П. Н. Фадеев

¹ *Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

² *ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН*

Стоимостной анализ (СА) бремени отдельных психических расстройств проведен в ряде отечественных [3, 8, 11, 12, 31, 33] и регулярно обновляемых зарубежных [8, 20, 32, 40] работах. СА шизофрении как парадигмального психического расстройства осуществлен в РФ лишь однажды, более 10 лет назад [8]. Объективизация масштаба бремени шизофрении важна как научно доказательное обоснование реформирования психиатрических служб на пути к управляемой модели, благодаря рациональному использованию и распределению «всегда ограниченных» медицинских (тезис ВОЗ) и общественных ресурсов. Необходимость мониторинга бремени шизофрении, возможного ресурсосбережения при внедрении в повседневную практику новых терапевтических, реабилитационных и организационных подходов очевидна в связи с растущим вниманием к качеству специализированной помощи и отдельных ее звеньев.

Цель исследования: оценка суммарного бремени шизофрении в РФ с позиций психиатрических служб, пациента, его семьи и общества в целом.

Материалы и методы исследования

СА экономического бремени шизофрении и расстройств шизофренического спектра (далее – шизофрении) (F20 МКБ-10) включил медицинские и социальные затраты в ценах 2009 года и потери на уровнях болезненной популяции и отдельного зарегистрированного психиатрической службой больного с опорой на официальные статистические данные, многоцентровые эпидемиологические и фармакоэпидемиологические исследования; также использована база данных «Розничный аудит ГЛС в РФ» компании IMS (RMBC) [15], целевые опросы членов ОООИ «Новые возможности» (332 больных шизофренией и их близких из Вологды, Кемерово, Москвы, Омска, Оренбурга, Первоуральска, Ставрополя). Медицинские и социальные затраты и потери подсчитаны на уровне

РФ, болезненной популяции, отдельных подгрупп и пациента; использован так называемый «сверху вниз» (top-down) подход [40], когда данные о суммарном бремени расстройства делятся на всех зарегистрированных и/или охваченных лечением пациентов.

Медицинские (прямые) издержки рассчитаны как затраты на оказание специализированной помощи: лечение в психиатрической больнице (ПБ) и дневном стационаре (ДС), амбулаторные посещения психиатра и на амбулаторную психофармакотерапию. Учтены затраты в связи с вызовом бригады скорой психиатрической помощи (СПП).

Социальные издержки включали два компонента: 1) затраты государства в виде социальной поддержки (реальные выплаты и льготы, обеспечиваемые бюджетом) больного при его временной или длительной нетрудоспособности; 2) потери валового внутреннего продукта (ВВП), а также снижение доходов и сборов консолидированного бюджета РФ и доходов пациента (в размере средней начисленной зарплаты), доходов домохозяйств и налоговых сборов, определяющие социальное бремя шизофрении в РФ, а также потери больного в связи с его инвалидностью или временной нетрудоспособностью, преждевременной смертью в трудоспособном возрасте, с безработицей. Оценка потерь ВВП при временной нетрудоспособности и безработице проведена методом «человеческого капитала» [9]. Для определения относительного бремени шизофрении в РФ подсчитана доля (%) ВВП.

СА основан на следующих параметрах (табл. 1).

Амбулаторная психофармакотерапия. В среднем половина больных (48,2–50,2%) получила хотя бы один курс лечения за год (табл. 1). Данные о моделях назначения фармакотерапии: число и частота случаев назначения, средняя назначаемая доза, средняя длительность терапии, средняя доза и экспозиция курсовой дозы в расчете на пациента по-

Статистические, медико-эпидемиологические и экономические данные (2009 г.)

Показатель	Значение
Численность больных шизофренией под наблюдением (диспансерным и консультативным) ПНД (чел.)	547 553
Число мест в ДС в РФ	17 352
Количество больных шизофренией, получающих лечение в течение года (чел.)	283 177
Госпитализировано за год (пациентов)	227 783
Доля больных шизофренией, регоспитализированных в течение года (%)	27,7
Суммарная длительность больничного лечения выписанного в течение года больного шизофренией (койко-дни)	105,7
Средняя длительность эпизода госпитализации больного шизофренией (койко-дни)	82,77
Средняя длительность лечения в ДС больного шизофренией (дни)	45
Число больных шизофренией, не выписанных из ПБ на конец года	14 590
Охват амбулаторной психофармакотерапией больных шизофренией (%)	50
Число амбулаторных визитов к психиатру больного шизофренией	6
Количество вызовов СПП для больных шизофренией	389 270
Госпитализация (койко-день)*	1 380
Лечение в ДС (день)*	478
Амбулаторные визиты к психиатру (посещение)*	218,1
Вызов СПП*	1 710,1
ВВП на душу населения (руб.)	275 533 [25]
ВВП в расчете на занятого в экономике гражданина РФ (руб.)	580 625 [25]
Доходы консолидированного бюджета в расчете на занятого в экономике гражданина РФ (руб.) с учетом налоговой нагрузки (34,8%)	202 058
Численность больных шизофренией трудоспособного возраста (чел.)	401 594
Численность инвалидов трудоспособного возраста (чел.) вследствие шизофрении	213 775
Количество больных шизофренией, работающих в обычных условиях (включая инвалидов)	110 439
Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работника (руб.) [25]	18 638
Количество дней временной нетрудоспособности на работающего пациента, исходя из средней длительности внебольничных обострений или рецидивов (37,13 дня) и эпизода госпитализации (82,77 дня)	53,7
Средний размер пенсии по инвалидности вследствие психического расстройства (руб.) [25, 33]	4 791
Число больных шизофренией трудоспособного возраста без определенных средств дохода	70 967
Смертность больных шизофренией трудоспособного возраста	3 855

Примечания: * – согласно тарифам, утвержденным Правительством РФ (в ред. Постановления Правительства РФ от 05.12.2008 N 913 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год») и методическим рекомендациям в редакции Письма МЗ и СР РФ от 31 декабря 2008 г. N 10407-ТГ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год».

лучены из суммированных и усредненных данных многоцентрового¹ количественного фармакоэпидемиологического анализа (табл. 2).

Треть пациентов получала монотерапию, 37% пациентов – не менее 2 нейролептиков и 26% – 3 и более нейролептиков в течение года. Более 85% пациентов получали типичные нейролептики (73% – галоперидол или трифтазин). Половина (52%) пациентов получала антидепрессанты (78% – трициклического ряда), 27% – транквилизаторы/гипнотики (92% – бензодиазепинового ряда), 15% – нормотимики (89% соли лития и/или карбамазепин) и

¹ Данные внебольничных и больничных психиатрических учреждений Кировской, Московской, Самарской, Тамбовской, Челябинской областей, Краснодарского и Ставропольского краев, Республики Марий Эл.

Таблица 2

Частота назначения психотропных препаратов и корректоров в течение года

Группа	Число пациентов	Число назначений препаратов за год
Нейролептики	451	1,959±0,148
Антидепрессанты	255	0,567±0,095
Транквилизаторы	148	0,281±0,071
Нормотимики	75	0,146±0,053
Корректоры экстрапирамидных расстройств (ЭПР)	294	0,573±0,074
Суммарная выборка	501	3,526±0,249

57% – корректоры экстрапирамидных расстройств (93% – циклодол).

Цены на лекарственные препараты (ЛП) рассчитаны на основе «Розничного аудита ГЛС в РФ» [15]. По данным об объеме продаж в РФ, указана усредненная цена мг активного вещества для каждого международного непатентованного наименования (МНН). Для каждого МНН рассчитаны два значения цены: в системе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО/ОНЛС) и в розничной аптечной сети. Цена в системе ОНЛС/ДЛО использована для расчета усредненной стоимости амбулаторной терапии. Доля назначений атипичных антипсихотиков (АА) среди антипсихотиков – 11,4% (соответствует усредненным данным предваряющего СА фармакоэпидемиологического исследования). Продажи в аптеках антипсихотиков в типовых схемах составили 1 349 млн. рублей, из них АА – 704 млн. рублей (52,2%), в сегменте ДЛО/ОНЛС – 1 562 и 1 316 млн. рублей (84,25%) соответственно. В сегменте ДЛО/ОНЛС основные продажи пришлись на кветиапин, таблетированные и инъекционные формы рисперидона. По данным о средней суточной дозе и длительности терапии в течение года, объеме продаж в мг для МНН определено максимальное число курсов терапии антипсихотиками: в сегменте аптечных продаж 449,8 тысяч, из них 14,4 тысяч – курсы АА, в ДЛО/ОНЛС – 239,7 тысяч и 25,8 тысяч соответственно. Отсюда из гипотетически возможных 689,5 тысяч обеспеченных нейролептиками за год пациентов 40,2 тысяч могли получать АА. Итак, нейролептиками могут быть обеспечено не более 62% зарегистрированных психиатрическими службами пациентов. При учете «декретированного» права больных шизофренией на бесплатное лечение, а ДЛО/ОНЛС обеспечивает немногим более трети (34,8%) продаж нейролептиков, лишь каждый пятый пациент мог лечиться в течение года. При этом не менее 90% амбулаторных больных шизофренией, охваченных фармакоэпидемиологическими аудитам в регионах, получали нейролептики. Однако с учетом фактических охвата фармакотерапией и проблем комплаенса (косвенный и приблизительный показатель которого – частота посещений психиатра с возможностью получить лекарства лишь на месячный курс) ЛП хватает и при назначениях нейролептиков не только страдающим шизофренией. На класс АА пришлись 2/3 объема продаж антипсихотиков [15], что достаточно лишь для 30 тысяч человеко-лет терапии. При частоте назначений антипсихотиков 1,959 в год (табл. 2) аптеки и ДЛО/ОНЛС обеспечили лечением не более 352 тысяч пациентов, из них 40,2 тысяч (11,4%) – АА, включая арипипразол и сертиндол, не применяемых в типовых схемах ПНД. Среди пероральных АА, без клозапина (азалептина), более трети продаж в денежном и половина – в натуральном (человеко-лет терапии) выражении составляют препараты риспери-

дона. Доля оригинального рисполепта составляет менее половины продаж в денежном выражении и 40% – в натуральном. На три генерика рисперидона приходится более 20% объема продаж. Даже если АА лечатся только зарегистрированные психиатрическими службами больные шизофренией, в течение года АА получает каждый пятнадцатый пациент, при реальном охвате терапией – каждый 7-ой, как и 10 лет назад [8].

На региональном уровне социальная поддержка больных различна. По Федеральному закону (ФЗ) №122 от 22 августа 2004 года инвалид имеет право на ежемесячную денежную выплату (ЕДВ) и набор социальных услуг (НСУ), от которых можно отказаться (65–80% больных в отдельных регионах так и поступают, не теряя гарантированного законом права на медицинскую помощь), получив денежную компенсацию. В СА учтены усредненная пенсия по инвалидности во всех регионах РФ, ЕДВ и компенсация за НСУ 1 544 и 641 рублей в месяц соответственно (ФЗ №72-ФЗ от 28.04.2009 г.) без учета районных коэффициентов субъектов РФ.

Результаты

Медицинские затраты. Использование ПБ и ДС отражает паттерны потребления психиатрической помощи больными шизофренией в РФ: число койко-дней эпизодов госпитализации составило 24 177,1; больных без выписки – 5 325,4; повторно госпитализированных в течение года больных – 10 262,6; тогда как суммарное количество дней лечения в ДС составило лишь 3 200,1. Почти 1/5 (18,05%) общей длительности больничного лечения пришлось на больных, блокирующих дорогостоящую койку в течение всего года. Каждая третья (34,8%) госпитализация в течение года – повторная в году, соответствуя 42,44% суммарным койко-дням эпизодов госпитализации. Скрамная нагрузка на ДС свидетельствует не только о малой развитости (отсутствии) таких важных и апробированных десятилетиями стационарзамещающих форм помощи в ряде регионов РФ, но и, возможно, нерациональном их использовании. До трети госпитализаций, однако, могут быть предотвращены, благодаря ДС и оптимизированной последовательной амбулаторной фармакотерапии с привлечением психосоциальной работы [3].

В табл. 3 указана стоимость амбулаторной психотерапии больных шизофренией.

При 11,4% доле назначений АА стоимость года терапии пациента (фактически в течение года лечение получает лишь 1/2 зарегистрированных в ПНД больных) составила 9,69 тыс. рублей. В расчете на пациента стоимость года амбулаторной терапии – 14,8 тыс. рублей, из которых 65,5% пришлось на антипсихотики, 27,9% – на антидепрессанты.

В табл. 4 указаны результаты подсчета медицинских затрат.

Таблица 3

**Стоимость амбулаторной лекарственной терапии
больных шизофренией**

Группы психотропных препаратов	Стоимость (руб.)	Доля (%)
Антипсихотики	9 693,43	65,50
Антидепрессанты	4 121,35	27,85
Транквилизаторы	190,76	1,29
Нормотимики	374,97	2,53
Корректоры ЭПР	419,52	2,83
Всего	14 800,03	100

Львиная доля медицинских затрат ожидаемо пришлась на больничное лечение. «Цена регоспитализации» равна 16,4 млрд. рублей (42,8% затрат на эпизоды больничного лечения). Помощь СПП составляет не более 2% суммарных медицинских затрат. На амбулаторную фармакотерапию пришлось на уровне РФ менее 10% медицинских затрат. Анализ розничного аудита ГЛС в РФ [15] показал, что в 2009 году в больничном сегменте продано антипсихотиков на 1,35 млрд. рублей. Так как ЛП назначались и при других психических расстройствах, а стоимость психотропных препаратов помимо нейролептиков (табл. 3) превысила половину затрат на антипсихотическую терапию, доля фармакотерапии будет, по крайней мере, сопоставимой со стоимостью амбулаторной фармакотерапии (1,5–4 млрд. руб.), то есть суммарные затраты на психофармакотерапию шизофрении не более 5,5–8 млрд. рублей.

Медицинские затраты в отдельных группах пациентов значительно ($p < 0,001$) отличаются (рис. 1), указывая на неоднородность шизофрении и в стоимостном аспекте [8]. Наиболее «ресурсоемки», что не удивительно, больные, госпитализированные не менее года. Затраты на регоспитализированных больных почти вдвое выше, чем при однократном лечении в ПБ. Лечение в ДС вдвое дешевле, чем в ПБ. Затраты на симптоматически стабилизированных больных и/или на амбулаторное купирование обострений (рецидивов) почти на порядок меньше, чем в случае больничного лечения.

Социальные издержки (затраты и потери). Выплаты пенсий по инвалидности (20,93 млрд. руб.) составили 2/3 суммарных социальных выплат (30,47 млрд. руб.), тогда как ЕДВ и НСУ – 6,74 и 2,80 млрд. рублей соответственно. Суммарные социальные выплаты составили 33,75 млрд. рублей, причем выплаты в связи с временной нетрудоспособностью (3,28 млрд. руб.) определили ме-

нее 10% массива социальных выплат, косвенно указывая на малую долю работающих больных. Социальные потери представлены суммарными потерями ВВП (108,81 млрд. руб.), консолидированного бюджета РФ (37,87 млрд. руб.) и дохода пациента (38,07 млрд. руб.).

Суммарное бремя шизофрении представлено сложением медицинских (54,11 млрд. руб.) издержек, социальных затрат и потерь ВВП (суммарно 142,56 млрд. руб.), или 196,67 млрд. рублей, соответствуя 0,5% ВВП страны (на медицинские затраты пришлось 0,14% ВВП). Соотношение между медицинскими и социальными издержками 1:2,6. Структура бремени шизофрении в РФ представлена на рис. 2.

Обсуждение

СА [33], проведенный по нормативам Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, показал, что суммарное бремя психических заболева-

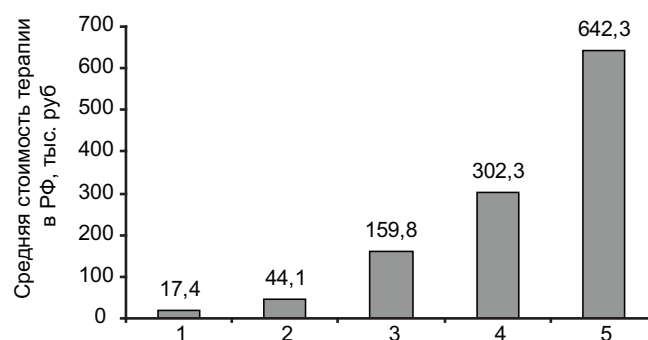


Рис. 1. Медицинские затраты для отдельных подгрупп пациентов
Примечания: 1 – ремиттированные; 2 – леченные в ДС; 3 – госпитализированные; 4 – часто (повторно в течение года) госпитализированные пациенты; 5 – госпитализированные более года.

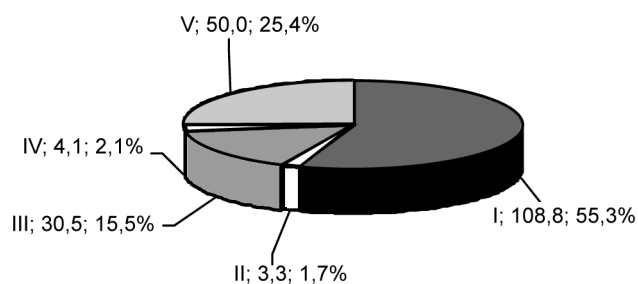


Рис. 2. Структура бремени шизофрении (млрд. руб., %)
Примечания: I – потери ВВП, II – выплаты в связи с временной нетрудоспособностью, III – выплаты, связанные с инвалидностью, IV – затраты на амбулаторную фармакотерапию, V – затраты на психиатрические услуги

Таблица 4

Медицинские затраты в РФ: структура и объем, млн. рублей (%)

Эпизоды госпитализаций	Госпитализации более года	Суммарные затраты на лечение в ПБ	Лечение в ДС	Амбулаторные визиты	Амбулаторная фармакотерапия	Стоимость вызовов СПП	Суммарные медицинские затраты
38 354,4 (70,88)	8 417,0 (15,55)	4671,4 (86,43)	1 667,2 (3,08)	633,3 (1,17)	4 085,6 (7,55)	956,4 (1,77)	54 113,9 (100)

ний в России за 2009 год составило 547 млрд. рублей (1,5% ВВП), в том числе медицинские затраты – 81,3 млрд. рублей (0,21% ВВП). Относительное суммарное бремя шизофрении в РФ соответствует таковому в развитых экономически странах: 0,6% ВВП США [37], 0,5% ВВП Канады [39], 0,5% ВВП (€ 2004 г.) 25 стран Европейского Союза, а также Исландии, Норвегии и Швейцарии [34]. Доля медицинских затрат на шизофрению в последнюю декаду XX века в бюджете здравоохранения экономически развитых стран соответствовала 1,5–3% [8] или трети психиатрического бюджета, или 0,03% национальных ВВП. Медицинские затраты на шизофрению в РФ (0,14% ВВП) равны 66,5% суммарных медицинских расходов на всю психическую патологию. Этот показатель соответствует 3,9% расходов из государственных источников финансового обеспечения на реализацию программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи (1 378 млрд. руб.)², превышая, например, почти в 70 раз бюджет всего приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2009 год (что более указывает на скромность проекта). Основная часть (около 80%) медицинских затрат определена больничным лечением, что объяснимо длительностью эпизода лечения, многократно превышающей таковую в развитых странах [20], высоким риском регоспитализаций и значительной частью больных, блокирующих ресурсоемкие психиатрические койки в течение года. На больных шизофренией пришлось 65% суммарных затрат на психиатрические госпитализации при доле первых 35,6% среди всех госпитализированных и 19,3% среди зарегистрированных больных. Итак, страдающие шизофренией – наиболее ресурсозатратные среди учтенных больных психиатрическими службами РФ, что отмечено и в первом отечественном СА [8].

Показательно сопоставление результатов двух СА шизофрении в РФ. За истекшее десятилетие при сходных моделях потребления психиатрических услуг и фармакотерапии на фоне поступательного сокращения охвата больных амбулаторным лечением и наблюдением (с 60 до 50%) и 2–3-кратного роста затрат на типовые психиатрические услуги, в частности, на наиболее ресурсоемкую больничную помощь произошел многократный рост медицинских издержек при фактически неизменных относительных затратах на лечение как доли ВВП.

В международном сопоставлении медицинских затрат используют паритеты покупательной способности, рассматривая медицинские услуги в категории конечного национального потребления населения [17]. Последний уместный для данного СА ра-

унд сравнения (2005 г.) показал соотношение ВВП России и США 1:12,7.

Стоимостная неоднородность больных шизофренией подчеркивает необходимость дифференцированного биопсихосоциального подхода с ресурсосберегающим потенциалом при ведении отдельных «ресурсоемких» групп пациентов с сочетанными клиническими и социальными проблемами [3, 8, 13]. Хотя лекарственная терапия сама по себе обычно не может восстановить социально-трудовые навыки больного, именно стойкая ремиссия является необходимым условием дальнейших реабилитационных мероприятий на пути социального восстановления пациента [3, 10].

Показательна мизерная доля психофармакотерапии в обоих отечественных СА шизофрении, особенно амбулаторной, многократно меньшая, чем в общей медицине.

В ряде развитых стран мира больничные издержки уступают таковым во внебольничной помощи, затраты на которую, в свою очередь, приближаются к социальным потерям при шизофрении [8, 20].

Удельный вес АА в терапии шизофрении (около 10%) неизменен последнее десятилетие без учета азалептина, применяемого обычно в повседневной практике в субтерапевтических дозах как снотворное. Доля АА должна быть, по экспертной оценке, 30–40% без учета клозапина (азалептина), резервируемого для рефрактерной шизофрении. Применение АА в РФ ограничено высокими затратами на обеспечение терапии, не привычными лишь для отечественной психиатрии, что ее дополнительно стигматизирует. Отечественные фармакоэкономические исследования доказывают, что дорогостоящее лекарство оказывается выгодным для общества в целом.

Настоящий СА, включивший потери ВВП и бюджета РФ, подтверждает доминирование социальных издержек в бремени шизофрении при сходной доле инвалидов трудоспособного возраста последние 10 лет. В бремени большинства психических расстройств (исключая деменции) соотношение медицинских и социальных потерь 1:3–4 [8, 32], но в связи с ростом медицинских затрат (без существенного уменьшения социальных потерь) разрыв между основными составляющими бремени расстройства сокращается. В контексте настоящего СА обращают внимание и следующие медико-статистические данные. В популяции инвалидов в РФ удельный вес больных шизофренией – 2,7%, тогда как страдающие психическими расстройствами в целом составляют свыше трети (34,7%) инвалидов по болезни страны [25], а доля лиц трудоспособного возраста среди инвалидов вследствие шизофрении – 60%.

Ограничения СА вытекают из его методологии и позиции. Отнесение типовых элементов СА к основным группам медицинских или социальных издержек не стандартизировано [8, 33, 40]. СА указыва-

² Доклад о реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (сайт Минздравсоцразвития России: <http://www.minzdravsoc.ru/health/guarantee/13>).

ет нижний полюс бремени шизофрении в РФ в указанном году. Речь идет лишь о взрослых больных. В СА включены лишь пациенты государственных психиатрических служб с верифицированным диагнозом шизофрении. Многообразные последствия шизофрении вряд ли могут быть отражены всеобъемлющим образом и детализированным СА. Ряд необходимых элементов для СА не входит в ряд типовых показателей медико-статистических данных, что требовало проведения предварительных многоцентровых исследований. Не указаны затраты на сочетанную терапию соматотропными ЛП в психиатрических ЛПУ и лечение коморбидных шизофренических расстройств. СА не касался бремени неадекватного лечения, удорожающего терапию без прироста клинической эффективности [8, 9, 40]. Не отмечены затраты на лечение нежелательных действий психотропных ЛП. Не учтены не прямые медицинские затраты (на транспортировку и посещения больного в психиатрических учреждениях, особо актуальные для сельской местности, и трудовые потери ухаживающих за пациентом лиц, т.е. неформальных опекунов), как и бремя семьи. Затраты на психосоци-

альную работу не выделены СА в массиве медицинских издержек. Выведен за рамки СА ряд нежелательных социальных последствий шизофрении [41]: насилие, суицидальные и не суицидальные самоповреждения, злоупотребление психоактивными веществами. Не включены затраты, связанные с особо опасными деяниями пациентов, а также с правовым обеспечением недобровольной госпитализации. Не подсчитаны в связи с позицией СА затраты на пребывание в стационарных учреждениях социального обслуживания инвалидов, как и социальные затраты на бездомных больных.

Выводы

Данные СА на государственном и региональном уровнях способствуют осознанию общественной значимости охраны и восстановления психического здоровья. Шизофрения представляет актуальную проблему не только психиатрии, но общественного здравоохранения России, с учетом многообразия ее взаимно пересекающихся и взаимосвязанных клинических, гуманитарных и социально-экономических последствий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессонова А.А. Первый эпизод шизофрении: клинико-социальный и фармакоэкономический аспекты: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 21 с.
2. Бугрова Е.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: клинико-социальные и экономические аспекты: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
3. Былим И.А. Основные направления реформирования региональной службы психического здоровья (клинико-социальное и экономическое обоснование): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2011. 47 с.
4. Всемирная Организация Здравоохранения: Расширение доступности психотропных средств и улучшение практики их использования: Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья. Женева: ВОЗ, 2006. 58 с.
5. Всемирная Организация Здравоохранения: Диабет. Информационный бюллетень N 312, август 2011 г.
6. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году». М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии, 2009. 467 с.
7. Гурович И.Я. Сберегающая (превентивная) психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
8. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2003. 264 с.
9. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Рisperидон: фармакоэпидемиологическая и фармакоэкономическая характеристики // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 3. С. 44–53.
10. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении: Концепция «гесовегу» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.
11. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Саркисян Г.Р. и соавт. Стоимость лечения эпилепсии в психиатрических службах России // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2004. № 11. С. 72.
12. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю. и соавт. Стоимостной анализ депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. № 3. С. 77–82.
13. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. Проблемные группы больных шизофренией. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и соавт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 485–490.
14. Донабедиан А. Качество медицинской помощи. Теория, практика, эволюция // Качество медицинской помощи. 1996. № 1. С. 32–33.
15. IMS Health (RMBC) «Розничный аудит готовых лекарственных средств (ГЛС) в РФ» «Анализ больничных закупок ГЛС в РФ» <http://www.rmbc.ru>
16. Казаковцев Б.А., Голланд В.Б. Необходимость учета оказания полипрофессиональной помощи психически больным, находящимся под активным диспансерным наблюдением (АДН) и на принудительном лечении (ПЛ) // Мат. Всероссийской конференции «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным». СПб.: Айсинг, 2011. С. 24.
17. Корчагин В.П. Финансовое обеспечение здравоохранения. М.: Эпи-давр, 1997. 272 с.
18. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Русакова Г.А. Труд и тяжелое психическое расстройство // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 91–99.
19. Любов Е.Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 1. С. 89–101.
20. Любов Е.Б. Социально-экономическое бремя шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 12, № 3 (в печати).
21. Материалы заседания Совета по делам инвалидов при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации на тему «Актуальные вопросы оказания медицинской и социальной помощи больным с сахарным диабетом в Российской Федерации в целях снижения прогрессирования заболевания и предупреждения инвалидизации», 3 декабря 2010 года // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2011, № 10 (422).
22. Оганов Р.Г., Калинин А.М., Концевая А.В. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. № 4. С. 4–9.
23. Положая З.Б., Хрунина Г.И., Чуркин А.А. Источники средств существования психически больных трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2004–2009 гг. // Мат. Всерос. конф. «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным». СПб.: Айсинг, 2011. С. 37.
24. Поташева А.П. «Жилье под защитой» как реабилитационная форма психиатрической помощи: клинико-социальная и экономическая эффективность: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
25. Российский статистический ежегодник – 2010 г. Федеральная служба государственной статистики // Официальный Интернет-сайт Росстата (www.gks.ru), рубрика «Публикации».
26. Тааме М.Н., Андреев Б.В., Колосовская Е.Н. и соавт. Изучение особенностей распространенности шизофрении в условиях Санкт-Петербурга // TERRA MEDICA NOVA. 2009. № 3. С. 43–46.
27. Царьков А.А. Клинико-экономическая характеристика психиатрической помощи больным шизофренией в сельской местности и

- ресурсосберегающий эффект больничной психосоциальной терапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 25 с.
28. Чуркин А.А., Творогова Н.А. О применении бригадного метода обслуживания психически больных Российской Федерации в 2010 г. // Мат. Всероссийской конференции «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным». СПб.: Айсинг, 2011. С. 53.
29. Шашкова Н.Г., Бабушкина Е.И. Больные шизофренией с частыми и длительными госпитализациями и перспективы для них альтернативных форм помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 2. С. 107–111.
30. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Ротштейн В.Г. и соавт. Динамика эпидемиологических характеристик учтенных контингентов больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатрии. 1988. Т. 88. С. 66–71.
31. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Арина Е.Е., Усенко К.Ю. Фармакоэкономика алкоголизма. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 184 с.
32. Ястребов В.С., Митихина И.А., Митихин В.Г. и соавт. Психическое здоровье населения мира: социально-экономический аспект (по данным зарубежных исследований 2000–2010 гг.). // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. № 2. С. 4–13.
33. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С. и соавт. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социально-экономический прогноз последствий // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 21–28.
34. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H.U., Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe // Eur. J. Neurol. 2005. Vol. 12, Suppl. 1. P. 1–27.
35. Brown C.S., Markowitz J.S., Moore T.R., Parker N.G. Atypical antipsychotics: Part II: Adverse effects, drug interactions, and costs // Ann. Pharmacother. 1999. Vol. 33. P. 210–217.
36. Capasso R.M., Lineberry T.M., Bostwick J.M. et al. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: An Olmsted County, Minnesota, cohort: 1950–2005 // Schizophr. Res. 2008. Vol. 98. P. 287–294.
37. Eaton W.W., Martins S.S., Nestadt G. et al. The burden of mental disorders. // Epid. Rev. 2008. Vol. 30. P. 1–14.
38. Gastfriend D.R., Garbutt J.C., Pettinati H.M., Forman R.F. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence // J. Subst. Abuse. Treat. 2007. Vol. 33. P. 71–80.
39. Goeree R., Farahati F., Burke N. et al. The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004 // Cur. Med. Res. Opin. 2005. Vol. 21, Suppl. 12. P. 2017–2028.
40. Gustavsson A., Svensson M., Jacobi F. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010 // Eur. Neuropsychopharmacol. 2011. Vol. 21. P. 718–779.
41. Insel T., Schoenbaum M., Wang P. Components of the Economic Burden of Serious Mental Illness in the US // US Neurology. 2009. Vol. 5, N 1. P. 10–11.
42. Kooyman I., Dean K. Outcomes of public concern in schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 191. P. s29–s36.
43. Kulhara P. Outcome of schizophrenia: some transcultural observations with particular reference to developing countries // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 1994. Vol. 244. P. 227–235.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ ШИЗОФРЕНИИ В РОССИИ

Е. Б. Любов, В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко, С. А. Чапурин, Ю. Ю. Чурилин, И. А. Былим, А. К. Гажа, В. В. Доронин, А. М. Косов, Ю. Л. Петухов, П. Н. Фадеев

Суммарное бремя шизофрении в РФ составило 196,7 млрд. рублей в 2009 году или 0,5% ВВП. Затраты на лечение составили 54 млрд. рублей (27,5% бремени шизофрении), из которых 85% пришлось на больничное лечение. Затраты на амбулаторную фармакотерапию со-

ставили лишь 7,6% медицинских затрат. Социальные издержки связаны более чем на 90% с инвалидностью лиц трудоспособного возраста.

Ключевые слова: шизофрения, стоимостной анализ.

ECONOMIC BURDEN OF SCHIZOPHRENIA IN RUSSIA

E. B. Lyubov, V. S. Yastrebov, L. S. Schevchenko, S. A. Chapurin, Yu. Yu. Churilin, I. A. Bylim, A. K. Gazha, V. V. Doronin, A. M. Kosov, Yu. L. Petukhov, P. N. Fadeyev

The total burden of schizophrenia in Russia amounted to 196.7 billion rubles. (2009) or 0.5% of GDP. Medical (direct) costs were 54 billion rubles (27.5% of the total burden), of which 85% were in hospital care. The

outpatient psychopharmacotherapy accounted for only 7.6% of medical costs. More than 90% of social costs were associated with disabilities.

Key words: schizophrenia, cost of illness.

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения суицидологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития; e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

Ястребов Василий Степанович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН; e-mail: vsyastrebov@gmail.com

Шевченко Любовь Сергеевна – кандидат экономических наук, доцент, ведущий научный сотрудник Центра по изучению систем поддержки психического здоровья ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН; e-mail: Lubashe11@tochka.ru

Чапурин Сергей Анатольевич – независимый эксперт по фармакоэкономике; e-mail: sergioext@list.ru

Чурилин Юрий Юрьевич – независимый эксперт по фармакоэкономике; e-mail: borvaleks@mail.ru

Былим Игорь Анатольевич – доктор медицинских наук, на момент написания работы главный врач Ставропольской ККПБ №1, главный психиатр Ставропольского края; e-mail: skkpb@stv.runnet.ru

Гажа Андрей Константинович – главный врач ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», главный психиатр Тамбовской области; e-mail: gazatpb@mail.ru

Доронин Валерий Васильевич – заместитель главного врача по медицинской части ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница»; e-mail: dor_lip@mail.ru

Косов Анатолий Михайлович – главный психиатр Челябинской области; e-mail: oblpsix1@chel.surnet.ru

Петухов Юрий Леонидович – кандидат медицинских наук, главный врач КОГКУЗ «КОКПБ им В.М.Бехтерева», главный внештатный психиатр Департамента здравоохранения Кировской области; e-mail: petuhov-yuriy.doc@mail.ru

Фадеев Павел Николаевич – главный врач ГБУ РМЭ «Республиканский психоневрологический диспансер», главный специалист-психиатр МЗ РМЭ; e-mail: rpnd@mari-el.ru