

Социально-экономическое бремя воспалительных заболеваний кишечника в Российской Федерации

© В.И. ИГНАТЬЕВА¹, М.В. АВКСЕНТЬЕВА^{1,2}, В.В. ОМЕЛЯНОВСКИЙ¹, Е.В. ДЕРКАЧ^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия;

³АНО «Национальный центр оценки технологий в здравоохранении», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) являются тяжелым заболеванием, преимущественно поражающим лиц молодого трудоспособного возраста.

Цель исследования — оценка годового социально-экономического бремени (СЭБ) ВЗК у взрослых пациентов в РФ.

Материал и методы. Величина СЭБ ВЗК в 2017 г. в целом для РФ определена в математической модели, которая была построена на основе сведений, собранных в 77 субъектах РФ. Оценка экономического бремени проводилась с позиции государства и включала расходы государственного бюджета и внебюджетных фондов (фонд ОМС, Пенсионный фонд, Фонд социального страхования).

Результаты. В РФ в 2017 г. были зарегистрированы 9 227 взрослых пациентов с болезнью Крона (БК), из которых 2 809 больных имели статус «инвалид», и 22 144 пациентов с язвенным колитом (ЯК), из которых 4 635 были признаны инвалидами. Величина годового экономического бремени для ЯК составила 2 460,49 млн руб., для БК — 1 415,40 млн руб., затраты в среднем на 1 пациента составляли 153 401 руб. для БК и 111 114 руб. — для ЯК. Более 60% приходилось на медицинские затраты, ведущую роль в формировании которых играли затраты на биологическую терапию (БТ). Их доля при БК составляла 46%, хотя только 66% пациентов, которым была назначена БТ, получали ее за государственный счет. При ЯК доля затрат на БТ составила 28% (за государственный счет обеспечивалось 73% пациентов), уступая затратам на госпитализацию, не связанным с проведением БТ или хирургическим лечением.

Заключение. Значительная часть экономического бремени ВЗК обусловлена проведением БТ, хотя доступ к этому лечению обеспечен только для части пациентов, нуждающихся в нем.

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, медицинские затраты, немедицинские затраты, косвенные затраты.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Игнатьева В.И. — <https://orcid.org/0000-0001-6789-9514>

Авксентьева М.В. — <https://orcid.org/0000-0001-6660-0402>

Омельяновский В.В. — <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>

Деркач Е.В. — e-mail: derkach-ev@ranepa.ru

Автор, ответственный за переписку: Игнатьева Виктория Игоревна — e-mail: ignatyeva-vi@ranepa.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Игнатьева В.И., Авксентьева М.В., Омельяновский В.В., Деркач Е.В. Социально-экономическое бремя воспалительных заболеваний кишечника в Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2020;23(2):19-25. <https://doi.org/10.17116/profmed20202302119>

Socioeconomic burden of inflammatory bowel disease in the Russian Federation

© V.I. IGNATIEVA¹, M.V. AVKSENTIEVA^{1,2}, V.V. OMELYANOVSKY¹, E.V. DERKACH^{1,3}

¹The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia;

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

³National Center of Health Technology Assessment, Moscow, Russia

ABSTRACT

Introduction. Inflammatory bowel disease (IBD) is a serious disease, primarily affecting people of young working age.

Aim of this study — to assess the annual socio-economic burden (SEB) of IBD in adult patients in the Russian Federation.

Material and methods. The value of SEB of IBD in 2017 as a whole for the Russian Federation is determined using the mathematical model, which was created based on the data collected from 77 subjects of the Russian Federation. The economic burden was assessed from the position of the government and included expenditures of the state budget and extra-budgetary funds (compulsory medical insurance fund, pension fund, social insurance fund).

Results. In Russian Federation in 2017, 9,227 adult patients with Crohn's disease (CD) were registered, of which 2,809 patients had the status of «disabled person» and 22,144 patients with ulcerative colitis (UC), of which 4,635 were recognized as disabled. The annual economic burden for UC was 2,460.49 million rubles, for CD — 1,415.40 million rubles, the average cost per patient

was 153,401 rubles for CD and 111 114 rubles — for UC. More than 60% accounted for medical costs, biological therapy (BT) mostly formed this sum. Their proportion in CD was 46%, although only 66% of patients who were prescribed BT received it at public expense. In UC, the share of BT costs was 28% (73% of patients were provided at the state expense), yielding to hospitalization costs not related to BT or surgical treatment.

Conclusion. A significant part of the economic burden of IBD is due to BT, although access to this treatment is provided only for some of the patients who need it.

Keywords: *ulcerative colitis, Crohn's disease, medical costs, non-medical costs, indirect costs.*

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Ignatyeva V.I. — <https://orcid.org/0000-0001-6789-9514>

Avxentyeva M.V. — <https://orcid.org/0000-0001-6660-0402>

Omelyanovskiy V.V. — <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>

Derkach E.V. — e-mail: derkach-ev@ranepa.ru

Corresponding authors: Ignatyeva V.I. — e-mail: ignatyeva-vi@ranepa.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Ignatyeva VI, Avxentyeva MV, Omelyanovskiy VV, Derkach EV. Socioeconomic burden of inflammatory bowel disease in the Russian Federation. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020;23(2):19–25. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed20202302119>

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК; код K51 по МКБ-10) и болезнь Крона (БК; код K50 по МКБ-10), являются хроническими рецидивирующими заболеваниями, существенно снижающими качество жизни пациентов в связи с ранним началом и нестабильным течением заболевания, высокой частотой хирургических вмешательств, а также отсутствием лечения, которое гарантировало бы выздоровление [1, 2]. Зарубежными исследователями было показано, что, хотя ВЗК относительно редки, рецидивирующее течение, высокая потребность в госпитализациях и хирургических операциях приводят к большим затратам в системе здравоохранения [3]. Результаты недавних исследований [4–6] продемонстрировали, что в настоящий момент происходит смещение затрат в амбулаторное звено в связи с активным использованием для лечения пациентов с ВЗК биологической терапии (БТ). Также значительных размеров достигает ущерб, обусловленный утратой производительности, так как болезнь преимущественно дебютирует в молодом возрасте [7].

Проблемы оказания медицинской помощи пациентам с ВЗК в РФ неоднократно обсуждались на различных мероприятиях. В частности, в 2016 г. прошло заседание Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями кишечника». Однако информация о популяции пациентов с ВЗК в РФ и оказываемой им помощи чрезвычайно ограничена: например, в рамках статистического наблюдения данные собраны только о первичной заболеваемости и распространенности неинфекционных энтеритов и колитов в целом, без выделения сведений о ВЗК. До настоящего момента исследований, которые позволили бы оценить влияние ВЗК на здоровье общества и обусловленные ими затраты, в РФ не проводилось.

Цель настоящего исследования — оценка годового социально-экономического бремени (СЭБ) ВЗК у взрослых пациентов в РФ.

Материал и методы

Под СЭБ понимается влияние изучаемого заболевания на общество в целом или отдельных его элементов

(государства, системы здравоохранения, пациентов, работодателей и др.), измеряемое в показателях, характеризующих утрату здоровья и трудоспособности, с последующей денежной оценкой обусловленных им затрат ресурсов (**рис. 1**).

СЭБ ВЗК в целом для РФ было рассчитано в модели по состоянию на 2017 г. на основании сведений, собранных в 77 регионах РФ (полностью отсутствовали данные по Калининградской, Мурманской, Тамбовской областям, Приморскому краю, республикам Саха (Якутия), Северная Осетия — Алания, Чеченской республике и г. Севастополь). При отсутствии данных за изучаемый период для моделирования использовались имеющиеся сведения за ближайший временной период. Расчеты проводились отдельно для ЯК и БК.

Для оценки социальной составляющей бремени были рассчитаны: первичная и общая заболеваемость ЯК и БК, абсолютное число пациентов с обоими заболеваниями, а также число инвалидов среди них с распределением по группам инвалидности.

При оценке потребления ресурсов в связи с ВЗК были определены объемы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, круглосуточном и дневном стационарах. Было выявлено общее число пациентов, которым назначена БТ, и число пациентов, которые получают БТ за счет Программы государственных гарантий (ПГГ) в рамках льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО) и при госпитализациях в дневной (ДС) или круглосуточный (КС) стационары за счет средств системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Также было рассчитано число дней с временной утратой трудоспособности (ВУТ) и пропущенных рабочих дней.

При оценке экономической составляющей бремени ВЗК были проанализированы прямые медицинские затраты (оплата медицинской помощи в рамках ОМС и затраты федерального и региональных бюджетов на ЛЛО), прямые немедицинские затраты (пенсии по инвалидности и выплаты по листкам нетрудоспособности) и непрямые (косвенные) затраты, отражающие ущерб ВВП, возникающий в течение периода нетрудоспособности. Настоящее исследование проводилось с позиции государства, т.е. учитывались только затраты, которые несут государственный бюджет и внебюджетные фонды (фонд ОМС, Пенсионный фонд, Фонд социального страхования).

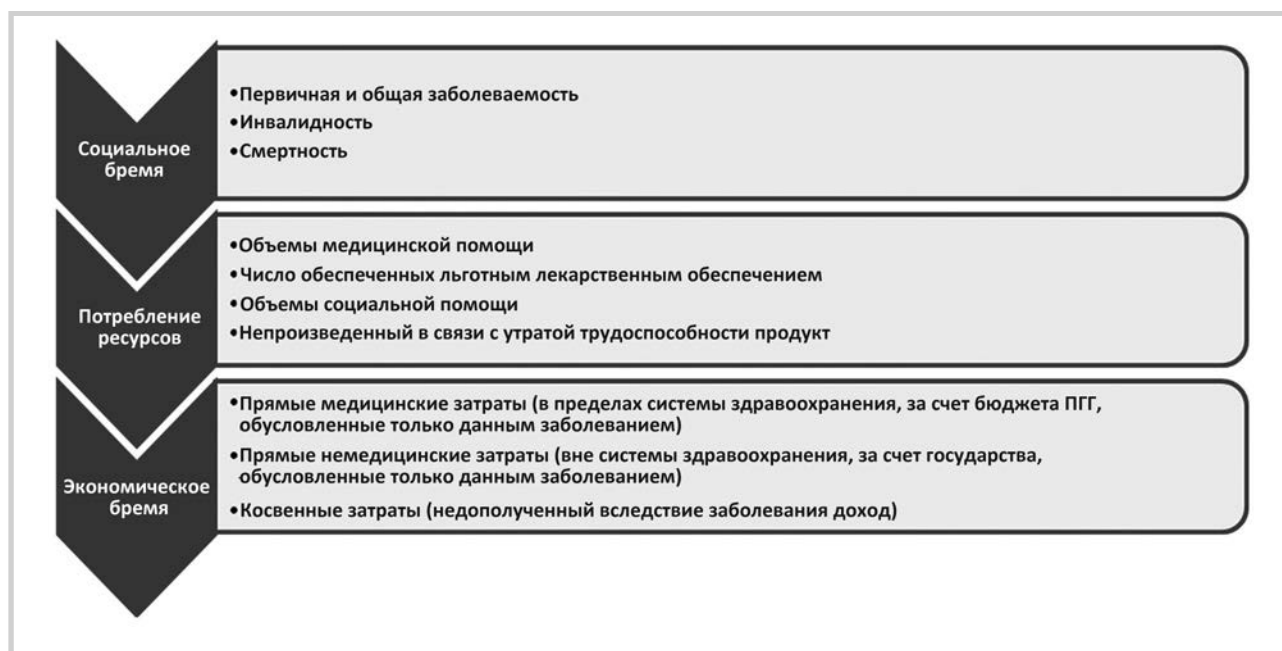


Рис. 1. Структура СЭБ ВЗК.

Fig. 1. Socio-economic burden of IBD.

Сведения о распространенности ВЗК, частоте инвалидизации, назначении БТ, получении ЛЛО и затратах на него были взяты из данных, собранных в 2015 г. в результате опроса 77 региональных органов управления здравоохранением при подготовке материалов для заседания экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями кишечника» (далее — Материалы СФ) [8]. Для приведения сведений о затратах на лекарства в 2015 г. к 2017 г. применялся корректировочный коэффициент, равный отношению затрат на государственные закупки этой группы препаратов в 2017 г. в каждом регионе к соответствующим затратам в 2015 г., остальные данные, полученные по состоянию на 2015 г., не корректировались.

Частота госпитализаций, их средняя длительность и стоимость были определены на основании анализа деперсонифицированных сведений из реестров счетов страховых компаний за госпитализации в дневной (сведения из 67 регионов) и круглосуточный (сведения из 75 регионов) стационары в 2017 г. больных с диагнозами, закодированными по МКБ-10 как K50 и K51.

Для оценки СЭБ ВЗК были использованы средние значения относительных показателей, рассчитанных на уровне каждого региона на основании имеющихся данных (вероятность наличия ВЗК была определена в расчете на 1 взрослого жителя; затраты на ЛЛО — в среднем на 1 льготополучателя; все остальные показатели — в расчете на 1 пациента с ВЗК). Затем полученные значения были экстраполированы на уровне РФ, основываясь на численности взрослого населения в РФ в 2017 г.

Объемы амбулаторной помощи в системе ОМС были определены на основании российских клинических рекомендаций по ведению пациентов с ВЗК: пациент с БК посещает врача 4 раза в год, пациент с ЯК — 2 раза в год [9, 10]. Также были учтены посещения, необходимые для

введения биологических препаратов у пациентов, получающих БТ в амбулаторных условиях. Стоимость одного посещения считалась равной фактическому показателю финансового обеспечения на 1 посещение с профилактической целью в рамках базовой программы ОМС в 2017 г. — 445,6 руб. [11]. Стоимость амбулаторной помощи в рамках первичной постановки диагноза ВЗК была принята равной фактическому показателю финансового обеспечения на 1 обращение в рамках базовой программы ОМС — 1146,6 руб. [11].

Расчет числа посещений для БТ в амбулаторных условиях и числа пациентов, которым проведение БТ может быть обеспечено в рамках госпитализаций за счет средств ОМС, был основан на мнении российских экспертов о том, что наиболее часто назначаемым препаратом для БТ при ВЗК является инфликсимаб (это подтверждено данными государственных закупок и зарубежными публикациями) [12]. Согласно рекомендованной схеме введения этого препарата при ВЗК, в среднем за год пациент получит 6 введений, т.е. понадобится 6 посещений или 6 госпитализаций.

Число дней с ВУТ рассчитывалось как доля общего числа дней госпитализации в ДС и КС, приходящаяся на работающих пациентов с ВЗК. Доля работающих пациентов была извлечена из популяционного одномоментного наблюдательного исследования И.Л. Халифа и соавт. [13] и составила 63,7% для БК и 58% для ЯК. Выплата за 1 день нетрудоспособности была принята равной заработку за 1 календарный день, рассчитанному на основании средней начисленной заработной платы в 2017 г. по данным Росстата и составившему 1286 руб. [14].

Затраты на социальные льготы были рассчитаны как затраты на выплату пенсий по инвалидности всем инвалидам среди пациентов с ВЗК в течение года. Величина пенсии по инвалидности в 2017 г. была взята из открытых данных Пенсионного фонда РФ — 8797 руб. [15].

Для расчета не прямых (косвенных) затрат число пропущенных рабочих дней было определено на основании

Таблица 1. Популяция пациентов с ВЗК в РФ в 2017 г.

Table 1. Population of patients with IBD in the Russian Federation in 2017

Показатель	ЯК	БК
Вся популяция	22 144	9227
Впервые выявленные пациенты	5218	1748
Признаны инвалидами:		
I группы	4635 (20,3%)*	2809 (31,9%)*
II группы	703 (12,3%)**	345 (15,2%)**
III группы	1483 (33,2%)**	933 (32,0%)**
III группы	2449 (54,5%)**	1531 (52,8%)**

Примечание. * — доля от всех пациентов с ЯК или БК; ** — доля от всех признанных инвалидами.

Note. * — the proportion of all patients with UC or CD; ** — share of all patients recognized as disabled.

числа дней с ВУТ. Ущерб ВВП за 1 пропущенный рабочий день был принят равным доле ВВП в РФ в 2017 г., приходящейся на 1 жителя, занятого в экономике, за 1 рабочий день (расчет на основании данных Росстата) — 5194 руб. [14].

Результаты

Первичная заболеваемость ЯК среди взрослых составила 4,46 (95% ДИ 3,27—5,64), а общая заболеваемость — 18,92 (95% ДИ 14,88—22,95) на 100 тыс. взрослого населения. Аналогичные показатели для БК были ниже: 1,49 (95% ДИ 1,16—1,83) и 7,88 (95% ДИ 5,28—10,49) на 100 тыс. соответственно. Доля инвалидов была выше среди пациентов с БК и составила 31,9% по сравнению с 20,3% (95% ДИ 14,7—26%) среди пациентов с ЯК. Распределение по группам инвалидности для обоих заболеваний было очень близко — чуть более 50% имели III группу инвалидности, около 30% — II группу. В целом, по проведенным расчетам, в РФ в 2017 г. проживали 9 227 взрослых пациентов с БК, из которых 2809 имели статус «инвалид», и 22 144 пациентов с ЯК, из которых 4635 были признаны инвалидами. Полностью результаты моделирования популяции пациентов с ВЗК в РФ в 2017 г. показаны в табл. 1.

Частота назначения БТ, определенная из опроса региональных органов управления здравоохранением субъектов РФ, была значительно выше среди пациентов с БК, чем с ЯК: 17,4% (95% ДИ 9,3—25,6%) и 7,2% (95% ДИ 3,7—10,6%) соответственно. В абсолютных числах это эквивалентно 1587 пациентам с ЯК и 1610 пациентам с БК. Однако из них только 892 (56,2%) пациента с ЯК и 896 (55,7%) па-

циентов с БК получали препараты БТ в рамках ЛЛО за счет региональных и федерального бюджетов. Число пациентов, получающих стандартную противовоспалительную терапию в рамках ЛЛО, было значительно выше. В основном ЛЛО (БТ и стандартная противовоспалительная терапия) предоставляется за счет федерального бюджета (табл. 2).

В среднем на 1 пациента с ВЗК приходилась 1 госпитализация в КС в год, госпитализации в ДС выполнялись значительно реже — порядка 1 госпитализации за год на 13—16 пациентов. Только 4% госпитализаций при ЯК и 16% при БК было связано с проведением хирургического вмешательства. БТ в основном проводилась в рамках госпитализаций в ДС (27% госпитализаций при ЯК и 42% при БК); поводом для госпитализации в КС она являлась только в 3% случаев.

Исходя из общего числа случаев стационарного лечения и среднего числа госпитализаций, необходимых для полноценного обеспечения БТ 1 пациента с ВЗК в год (равного б), было определено, что за счет средств ОМС обеспечен доступ к этому виду лечения для 272 пациентов с ЯК и 162 пациентов с БК.

Объединив эти данные с данными о получении БТ в рамках ЛЛО, можно рассчитать приблизительную оценку обеспеченности больных БТ за счет ПГГ: 73% пациентов с ЯК и 66% пациентов с БК (от всех, кому назначена БТ).

Общая величина экономического бремени составила: 2460,49 млн руб. для ЯК, 1415,40 млн руб. для БК. При этом средние годовые прямые и косвенные затраты в расчете на 1 пациента были выше при БК — 153 401 руб. по сравнению с 111 114 руб. для ЯК. Наиболее выражена была разница в прямых медицинских затратах — 105 292 руб. и 70 485 соответственно (49%), разница в прямых немедицинских и косвенных затратах была менее значительна (табл. 3).

При анализе структуры прямых медицинских затрат было показано, что при БК основная доля приходится на затраты, связанные с проведением БТ (ЛЛО, госпитализации и посещения, связанные с проведением БТ), при ЯК эти затраты занимали второе место, уступая затратам на госпитализации, в рамках которых не осуществлялись ни БТ, ни хирургическое вмешательство. Доля затрат на госпитализации для проведения хирургического вмешательства была относительно невысока: 3% при ЯК и 8% при БК (рис. 2).

Обсуждение

Настоящее исследование — первая оценка СЭБ ВЗК в РФ. Расчеты проводились в модели, построенной на

Таблица 2. Число пациентов с ВЗК, которым назначена БТ, и число пациентов с ВЗК, которым предоставляются лекарственные препараты в рамках ЛЛО в РФ в 2017 г.

Table 2. Number of patients with IBD, who are prescribed BT, and the number of patients with IBD who are given drugs at the public expense in the Russian Federation in 2017

Показатель	ЯК	БК
Число пациентов, которым назначена БТ	1587 (7,2%)*	1610 (17,4%)*
Число пациентов, получающих БТ за счет регионального бюджета	149 (9,4%)**	258 (16,0%)**
Число пациентов, получающих БТ за счет федерального бюджета	743 (46,8%)**	638 (39,6%)**
Число пациентов, получающих СТ за счет регионального бюджета	2056	1201
Число пациентов, получающих СТ за счет федерального бюджета	3919	1890

Примечание. СТ — стандартная противовоспалительная терапия; * — доля от всех пациентов с ЯК или БК; ** — доля от всех пациентов, которым назначена БТ.

Note. СТ — standard anti-inflammatory therapy; * — the proportion of all patients with UC or CD; ** — the proportion of all patients to whom BT is prescribed.

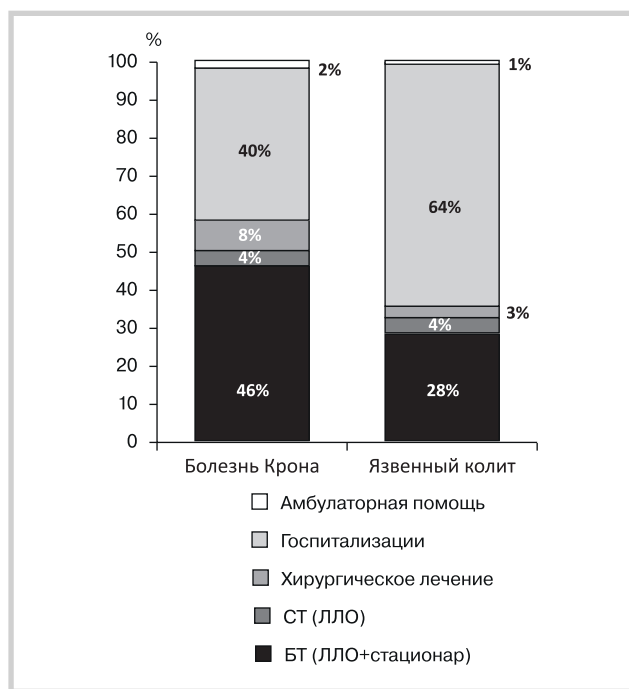


Рис. 2. Структура прямых медицинских затрат, обусловленных ВЗК, в РФ в 2017 г.

БТ — биологическая терапия, СТ — стандартная противовоспалительная терапия, ЛЛО — льготное лекарственное обеспечение.

Fig. 2. Pattern of direct medical costs due to IBD in the Russian Federation in 2017.

БТ — biological therapy, СТ — standard anti-inflammatory therapy, ЛЛО — preferential drug provision.

обобщении сведений из различных источников, из-за отсутствия необходимых для расчета затрат показателей в формах государственного и отраслевого статистического наблюдения, что типично для подобных работ [16]. Тем не менее результаты анализа первичной заболеваемости и распространенности ВЗК в РФ, полученные в настоящем исследовании, соответствуют опубликованным международным данным, хотя при этом находятся ближе к их нижней границе. Так, первичная заболеваемость ЯК в мире составляет 1,2–20,3 на 100 тыс. населения, а распространенность — 7,6–246 на 100 тыс., в настоящем исследовании значения этих показателей составили 4,46 и 18,92 на 100 тыс. соответственно [17]. Аналогичные показатели для БК, рассчитанные в настоящем исследовании, были равны 1,49 и 7,88 на 100 тыс., в опубликованных зарубежных исследованиях первичная заболеваемость колеблется в пределах 0,03–15,6, а распространенность — 3,6–214 на 100 тыс. [17]. Таким образом, оценку численности популяции пациентов с ВЗК

в РФ, выполненную в настоящем исследовании, можно определить как консервативную.

Было найдено единственное российское исследование, в котором изучались клиническое течение ЯК и БК и варианты их лечения в РФ на основании сведений, собранных в нескольких крупных специализированных клинических центрах [13]. Полученные в настоящем исследовании результаты несколько отличались от результатов этой работы. Так, совпала оценка среднего числа госпитализаций в год на 1 пациента с ВЗК — 1 госпитализация в год. Однако доля инвалидов, рассчитанная в настоящем исследовании (20,3% среди пациентов с ЯК и 31,9% среди пациентов с БК), была ниже, чем в этом исследовании (35,4% пациентов с ЯК и 51,1% пациентов с БК). Также ниже была и оценка доли пациентов, которым была назначена БТ, — 7,2% при ЯК в 17,4% при БК по сравнению с 11,7% при ЯК и 20,4% при БК (до включения в исследования), по данным И.Л. Халифа и соавт. [13]. Эти расхождения могут быть связаны с тем, что в исследовании [13] набор пациентов проводился в специализированных учреждениях, где помощь оказывалась более тяжелым пациентам.

Результаты настоящего исследования показывают, что только порядка 70% пациентов, которым назначена терапия БТ, получают ее за счет средств ПГГ. В уже упоминавшейся публикации И.Л. Халифа и соавт. доля пациентов, которым была назначена БТ, увеличилась до 14,3% при ЯК и 28,3% при БК после включения в исследование [13]. Это подтверждает, что в РФ число пациентов с ВЗК, нуждающихся в БТ, выше, чем число получающих это лечение. Для сравнения: в исследовании, выполненном в США, доля пациентов, получающих БТ, составляла в 2007 г. 5,1% ЯК и 21,8% при БК, в 2015 г. эти показатели выросли до 16,2 и 43,8% соответственно [18]. Прочитываемые выше опубликованные данные ставят вопрос о влиянии существующего способа финансирования лекарственного обеспечения на качество медицинской помощи пациентам с ВЗК. Возможно, что у части больных с ВЗК терапия БТ начинается с опозданием, только после установления инвалидности. С другой стороны, высокая доля инвалидов III группы, выявленная в настоящем исследовании, может указывать на то, что присвоение инвалидности становится механизмом обеспечения доступа к необходимому лечению.

Сравнение результатов настоящего исследования с международными данными затруднено, поскольку набор изучаемых показателей существенно отличается от исследования к исследованию, также влияние оказывают разные системы организации и оплаты помощи пациентам с ВЗК. Например, в разных странах сильно отличаются определения инвалидности. Однако в зарубежных публикациях также имеются сведения, указывающие на значительное влияние ВЗК на трудоспособность пациентов. Так, по результатам исследований, в которых сравнивались до-

Таблица 3. Величина годового экономического бремени, обусловленного ВЗК в РФ в 2017 г.

Table 3. Magnitude of the annual economic burden due to IBD in the Russian Federation in 2017

Показатель	В среднем на 1 пациента, руб.		В целом на популяцию, млн руб.	
	ЯК	БК	ЯК	БК
Прямые медицинские затраты	70 485	105 292	1 560,80	971,51
Прямые немедицинские затраты	11 826	14 373	261,88	132,62
Косвенные затраты	28 803	33 736	637,81	311,27
Итого	111 114	153 401	2 460,49	1 415,40

ли пациентов с инвалидностью среди пациентов с ВЗК и контрольных групп, подобранных по возрасту и полу, при БК доля инвалидов составляла от 3 до 32% по сравнению с 0—10% среди контроля, при ЯК — 2—24% при 0—11% в контрольной группе [7].

Выявленные в настоящем исследовании значительно более высокие медицинские затраты на пациентов с БК по сравнению с пациентами с ЯК соответствуют зарубежным данным — примерно такое же соотношение наблюдалось и в международном исследовании S. Odes и соавт. [3]. Основную роль в формировании медицинских затрат в настоящем исследовании, так же, как и во многих зарубежных, выполненных до начала 2000-х годов, играли затраты на госпитализацию в КС. При этом в зарубежных исследованиях основная доля затрат приходилась на хирургическое лечение, а по данным настоящего исследования этот вклад невелик [1].

На сегодняшний день зарубежные исследователи отмечают снижение частоты хирургических вмешательств и рост затрат на лекарственные препараты, в частности, БТ и амбулаторную помощь [2, 6]. Значительную роль терапии БТ в формировании экономического бремени подтверждает и настоящее исследование — в случае с БК, несмотря на относительно небольшую частоту назначения БТ (17,4%) и обеспечение ею за государственный счет только части пациентов, расходы на эту терапию, включая госпитализации для ее проведения, составляют более 45% медицинских затрат.

Следует отметить, что значительные затраты на госпитализации в КС, в ходе которых не проводилось ни хирургического лечения, ни терапии БТ, в случае ЯК составившие более 60% от всех медицинских затрат, ставят вопрос о рациональности организации медицинской помощи пациентам с ВЗК в РФ. Одним из подходов, предлагаемых в современной практике ведения ВЗК, является использование принципов интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи, подразумевающего создание междисциплинар-

ных команд и специализированных центров для пациентов с ВЗК. Эта практика доказала свою эффективность не только с клинической, но и с экономической точки зрения [19].

Существенным ограничением настоящего исследования стало использование данных опроса, проводившегося среди региональных органов управления здравоохранением, а также отсутствие полных сведений по всем регионам РФ, что обусловлено ограниченностью собираемой статистической информации. Тем не менее соответствие полученных результатов данным отечественного эпидемиологического исследования по ВЗК и зарубежным публикациям подтверждает валидность полученных оценок.

Заключение

Величина годового экономического бремени для ЯК составила 2 460,49 млн руб. и для — БК 1 415,40 млн руб., при этом значительная часть затрат была обусловлена проведением БТ. Однако в рамках ПГГ доступ к этому дорогостоящему лечению получает только часть пациентов, нуждающихся в нем, из-за существующего подхода к финансированию лекарственного обеспечения. Высокая доля затрат на госпитализации, не связанные с хирургическим лечением или терапией биологическими препаратами, может указывать на нерациональную организацию медицинской помощи пациентам с ВЗК.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — В.И., М.А., В.О., Е.Д.

Сбор и обработка материала — В.И., Е.Д.

Статистическая обработка — В.И.

Написание текста — В.И., М.А., Е.Д.

Редактирование — М.А., В.О.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Petryszyn P.W., Witczak I. Costs in inflammatory bowel diseases. *Prz Gastroenterol.* 2016;11(1):6-13. <https://doi.org/10.5114/pg.2016.57883>
- Burisch J., Jess T., Martinato M., Lakatos P.L. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *J Crohns Colitis.* 2013;7(4):322-337. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2013.01.010>
- Odes S., Vardi H., Friger M., Wolters F., Russel M.G., Riis L., Munkholm P., Politi P., Tsianos E., Clofent J., Vermeire S., Monteiro E., Mouzas I., Fornaciari G., Sijbrandij J., Limonard C., Van Zeijl G., O'morain C., Moum B., Vatn M., Stockbrugger R.; European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease Inception Cohort With 10 Years of Follow-up Evaluation. *Gastroenterology.* 2006;131(3):719-728. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2006.05.052>
- Van der Valk M.E., Mangen M.J., Severs M., van der Have M., Dijkstra G., van Bodegraven A.A., Fidler H.H., de Jong D.J., van der Woude C.J., Romberg-Camps M.J., Clemens C.H., Jansen J.M., van de Meeberg P.C., Mahmmod N., van der Meulen-de Jong A.E., Ponsioen C.Y., Bolwerk C., Vermeijden J.R., Siersema P.D., Leenders M., Oldenburg B.; COIN study group and the Dutch Initiative on Crohn and Colitis. Evolution of Costs of Inflammatory Bowel Disease over Two Years of Follow-Up. *PLoS ONE.* 2016;11(4):e0142481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142481>
- Kim J.W., Lee C.K., Rhee S.Y., Oh C.H., Shim J.J., Kim H.J. Trends in health-care costs and utilization for inflammatory bowel disease from 2010 to 2014 in Korea: A nationwide population-based study. *J Gastroenterol Hepatol.* 2018;33(4):847-854. <https://doi.org/10.1111/jgh.14027>
- Bahler C., Vavricka S.R., Schoepfer A.M., Brungger B., Reich O. Trends in prevalence, mortality, health care utilization and health care costs of Swiss IBD patients: a claims data based study of the years 2010, 2012 and 2014. *BMC Gastroenterol.* 2017;17(1):138. <https://doi.org/10.1186/s12876-017-0681-y>
- Büsch K., da Silva S.A., Holton M., Rabacow F.M., Khalili H., Ludvigsson J.F. Sick leave and disability pension in inflammatory bowel disease: A systematic review. *J Crohn's Colitis.* 2014;8(11):1362-1377. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2014.06.006>
- Сборник материалов заседания экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями кишечника».* М.: Комитет Совета Федерации по социальной политике; 2016. Information package for the meeting of Experts' council on health care of the Social Policy Committee of the Council of Federation «Improvement of medical care provision for the patients with inflammatory bowel disease». М.: Social Policy Committee of the Council of Federation; 2016. (In Russ.).
- Министерство здравоохранения РФ. *Клиническая рекомендация: «Язвенный колит у взрослых».* Ссылка активна на 02.11.18. Ministry of Health of Russian Federation. *Clinical guidelines «Ulcerative colitis in adults».* Accessed November 2, 2018. (In Russ.). <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/169>
- Министерство здравоохранения РФ. *Клиническая рекомендация «Болезнь Крона у взрослых».* Ministry of Health of Russian Federation. *Clinical guidelines «Crohn's disease in adults».* Accessed November 2, 2018. (In Russ.). <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/151>

11. *Постановление Правительства РФ от 19.12.16 №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 г.»*. Ссылка активна на 02.11.18.
Decree of the Government of the Russian Federation 19.12.16 №1403, «About the Programme on State Guarantees to Deliver Free Medical Care to the Citizens of the Russian Federation for year 2017 and planned period of 2018 and 2019». Accessed November 2, 2018. (In Russ.).
<http://government.ru/docs/25859/>
12. Hiroz P., Vavricka S.R., Fournier N., Safroneeva E., Pittet V., Rogler G., Schoepfer A.M.; Swiss Inflammatory Bowel Diseases Cohort Study Group. Analysis of TNF-antagonist switch over time and associated risk factors in the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort. *Scand J Gastroenterol.* 2014;49(10):1207-1218.
<https://doi.org/10.3109/00365521.2014.946082>
13. Халиф И.Л., Шапина М.В., Головенко А.О., Белоусова Е.А., Чашкова Е.Ю., Лахин А.В., Князев О.В., Барановский А.Ю., Николаева Н.Н., Ткачева А.В. Течение хронических воспалительных заболеваний кишечника и методы их лечения, применяемые в Российской Федерации (Результаты многоцентрового популяционного одномоментного наблюдательного исследования). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2018;28(3):54-62.
Khalif I.L., Shapina M.V., Golovenko A.O., Belousova E.A., Chashkova E.Yu., Lahin A.V., Knyazev O.V., Baranovskij A.Yu., Nikolaeva N.N., Tkacheva A.V. Chronic inflammatory bowel diseases: the course and treatment methods in Russian Federation (Results of multicenter population-based one-stage observational study). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2018;28(3):54-62. (In Russ.).
<https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-3-54-62>
14. *Регионы России. Социально-экономические показатели. 2017: Стат. сб.* М.: Росстат; 2017.
15. *Пенсионный фонд Российской Федерации. Открытые данные.* Ссылка активна на 02.11.18.
Pension Fund of Russian Federation. Opened data. Accessed November 2, 2018. (In Russ.). <http://www.pfrf.ru/opendata/>
16. Игнатъева В.И., Дергач Е.В., Омеляновский В.В., Авксентьева М.В. Методические проблемы оценки экономического бремени злокачественных новообразований в Российской Федерации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2012;2:79-86.
Ignatyeva V.I., Dergach E.V., Omelyanovskiy V.V., Avxentyeva M.V. Methodological Problems of Evaluating the Economic Burden of Malignant Tumors in Russia. *Medical Technologies. Assessment and Choice.* 2012;2:79-86. (In Russ.).
17. Danese S., Fiocchi C. Ulcerative Colitis. *N Engl J Med.* 2011;365(18):1713-1725.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1102942>
18. Yu H., MacIsaac D., Wong J.J., Sellers Z.M., Wren A.A., Bensen R., Kin C., Park K.T. Market share and costs of biologic therapies for inflammatory bowel disease in the USA. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;47(3):364-370.
<https://doi.org/10.1111/apt.14430>
19. Безденежных Т.П., Федяев Д.В., Хачатрян Г.Р., Арутюнов Г.Г., Герасимова К.В. Экономическая оценка оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на примере Республики Татарстан. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.* 2019;12(1):14-26.
Bezdenzhnykh T.P., Fedyayev D.V., Khachatryan G.R., Arutyunov G.G., Gerasimova K.V. Economic consequences of healthcare optimization for IBD patients in the Republic of Tatarstan. *Farmakoekonomika. Modern Pharmacoeconomic and Pharmacoepidemiology.* 2019;12(1):14-26. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17749/2070-4909.2019.12.1.14-26>

Поступила 22.07.19

Received 22.07.19

Принята в печать 12.09.19

Accepted 12.09.19