

# СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ ШИЗОФРЕНИИ

Е. Б. Любов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

ВОЗ рассматривает неразделимый потенциал физического и психического здоровья гарантируемым государством правом и ценностью человека и, последовательно выступая с позиций признания охраны и поддержания психического здоровья населения в кругу важнейших для общественного здравоохранения [119], объявлен Всемирный День психического здоровья, но масштабы многообразных последствий психических расстройств недооценены [9, 38, 72, 110, 111].

*Анализ «стоимость болезни» (cost-of-illness study)* указывает бремя шизофрении (Ш) с учетом затрат в денежном эквиваленте и привязкой к году исследования [9, 35, 45]. Стоимостной анализ (СА) изучает потери психических расстройств на индивидуальном (per capita затраты) и/или популяционном уровнях с опорой на показатели заболеваемости (новые случаи) и болезненности [9, 39] с позиций пациента, его близких, психиатрической и общемедицинской служб и общества в целом. Бремя Ш как парадигмального психического расстройства включает типовые составляющие: прямые затраты (медицинские, непосредственно относящиеся к обеспечению биопсихосоциального лечения и реабилитации в различных условиях, и немедицинские – в связи с профессиональным уходом за больным), а также не прямые или социальные потери государства (не полученный подушевой ВВП), работодателя или семьи больного в связи с временной или постоянной нетрудоспособностью (безработица, инвалидность) последнего или его преждевременной (насильственной, обычно в связи с суицидом, или «естественной») смертностью в трудоспособном возрасте [9, 24, 57, 88]. К социальным издержкам относят и потерянный доход государства и/или семьи в связи с опекой больного близкими (непрофессиональная или неформальная помощь), а также такие последствия Ш как бездомность, нагрузка на правоохранительные органы и судебную систему в связи с общественно опасными деяниями больных [34], риск которых существенно повышен при лекарственном нонкомплаенсе [14, 43] и/или злоупотреблении психоактивными веществами. Больные Ш в 14 раз вероятнее оказываются жертва-

ми насилия, чем преступниками [36], но риск суицида у них выше в 12 раз, чем в общем населении, особенно без адекватной реабилитации и поддержки. [99]. Обычно за рамками СА остаются «неуловимые потери»: стигма и самостигматизация, страдания пациента и его близких в связи с проявлениями и последствиями Ш.

*Шизофрения – место в объеме бремени психических расстройств.* Психические расстройства поражают 1/4 землян в течение жизни в равной мере обоих полов [119]. При этом средний уровень болезненности Ш 3,3 (1,3–8,2) на 1 000 человек взрослого населения [96]. Суммарное бремя психических расстройств составляет 3–4% ВВП Европейского Союза (ЕС) [20]. Вследствие сочетанного эффекта распространенности при высоком риске хронификации, особенно на фоне недостаточного (неадекватного) лечения, указанные расстройства приводят к потерям в зоне ЕС €300 млрд. [6]. Обычно не смертельные, тяжелые психические расстройства начинаются в возрасте личностного и социального становления, приводя к нарушениям различных сфер функционирования. В ЕС социальные потери превысили 60% суммарных издержек психических расстройств [6]; соотношение прямых и не прямых потерь психических расстройств в России 1:3 [21]. В России в 1995 году общие потери в связи с психическими расстройствами составили 1,3% ВВП [18], в начале 2000-х годов – 272,8 млрд. рублей или те же 1,3% ВВП [21]. В США в 1988 году суммарное экономическое бремя тревожных, аффективных расстройств и Ш оценены в \$129,3 млрд. [113], в 1990 году – \$147,8 млрд. (не прямые затраты 55%, причем «вклад» смертности менее 15%) [90]. Ежегодные общие (медицинские и социальные) издержки психических расстройств в пересчете на каждого работающего американца достигли \$350 [52]. В Кении [65] медицинские потери в связи с психическими расстройствами (как правило, Ш) составили более \$2 тысяч на эпизод госпитализации, чем обычно лечение и исчерпывается; личные затраты пациента при этом \$50 (не малые для кенийца деньги), но потери из-за нетрудоспособности \$453 в год. Ш – наиболее дорогостоящее психическое расстройство в

США: с учетом дополнительных издержек (преступления больных, пенсионное обеспечение, бремя семьи) на Ш пришлось 54,5% общего бремени психических расстройств [90] или 26% медицинских и 28% социальных потерь (из-за смертности 11%). Совокупный стоимостной «груз» Ш в Москве соответствовал 0,3% валового регионального продукта (ВРП), в России – 0,2% ВВП [9]. Соотношение медицинские/социальные затраты (1:7 в Москве и 1:3,5 в России) при Ш и структура последних (95% потерь связаны с инвалидностью больных) указывают на общественную значимость эффективности терапии. Совокупные издержки Ш в Тульской области в 2004 году составили 0,1% ВРП [17].

**Прямые затраты** на психически больных в России в последние 10 лет выросли с 1,6% до 5% консолидированного бюджета на социально-культурные мероприятия или с 0,1% до 0,3% ВВП [19, 21], но психиатрический бюджет не прописан отдельной строкой в бюджете здравоохранения, как, впрочем, у трети участников ВОЗ. Полагается достаточным финансирование психиатрической службы на уровне 7–19% бюджета здравоохранения [21]. Медицинские затраты в развитых странах (но не в России) определены оплатой труда профессионалов, а также объемом и паттернами оказания помощи [9, 56, 112]. В США в 2003 году на лечение психических расстройств ушло \$100 млрд. или 6% бюджета здравоохранения [80], причем страна занимает неизменно лидирующую позицию по затратам на здравоохранение в пересчете на долю ВВП, не входя при этом, по данным ВОЗ, даже во вторую десятку стран по качеству медицинских услуг. В Ирландии на охрану психического здоровья уходит 7% бюджета здравоохранения [31], и доля психиатрии снижается на фоне увеличения финансирования приоритетных для здравоохранения сердечных болезней, диабета.

Медицинские затраты на Ш определяли в конце XX века 1,5–3% бюджета здравоохранения экономически развитых стран Европы (Великобритания, Германия, Нидерланды, Франция), США [7, 21, 35, 36, 39, 52, 56, 71] или Азии [41, 71], то есть половина психиатрического бюджета стран с разным уровнем финансирования и организации психиатрической помощи уходит на Ш. Медицинские затраты на Ш в Москве в 1998 году соответствовали 0,04% ВРП, в России – 0,05% ВВП [9], как в западных странах [66]. Затраты на лечение Ш в сельской местности Тульской области России в 2004 году составили 0,02% ВРП (1,7% затрат на здравоохранение и физическую культуру) [17]. Медицинские затраты напрямую связаны с потребностью больных не только в больничном лечении. Снижена (почти на 1/4) доля больных Ш, охваченных амбулаторной фармакотерапией (1998–2003 гг.) до 40–60% [4], как в западных странах [9], где типовая психиатрическая помощь также мало привлекательна. При этом,

по данным ВОЗ, не менее 80% больных Ш нуждаются в лекарствах [42], а отдельные отечественные данные показывают, что до 1/3 уклоняющихся в течение года пациентов ПНД нуждаются в психофармакотерапии [9]. С учетом растущего значения психосоциальной работы с больными Ш [12] затраты на нее в русле прямых издержек представляют растущий сегмент медицинских затрат [73].

*Больничная помощь* определяет основную (33–66%) часть суммарных медицинских издержек при Ш [67, 73] в странах с различной развитостью стационарзамещающих форм помощи. В Норвегии [94] 75% прямых затрат связано с длительным больничным лечением самых тяжелых больных, тогда как доля амбулаторной терапии 5%. В России (1998 г.) госпитализации составили 95% объема прямых затрат (при этом низкозатратные амбулаторные визиты к психиатру, сводящиеся на 90% к выписке рецептов на лекарства, не превышают 4–6 в год в расчете на пациента) [9, 11], в Южной Корее – 78% [41]. «Ресурсоемкость» отечественной больничной помощи определена затратами на койко-день (в среднем около 1 500 руб. на 2011 г.) и длительностью эпизода госпитализации (>2 мес.). Доминирование расходов на стационарную помощь в Москве и стране (70% и 97% объема медицинских затрат соответственно) указывает на несоответствие организации оказания психиатрической помощи современной биопсихосоциальной модели. Для сравнения, в страховой медицинской компании США Medicaid в 2001–2003 годы острое больничное лечение в среднем 11 дней при стоимости койко-дня \$867 [76]. Затраты на койко-день больного Ш в одной канадской провинции в 1995–2000 годах составили \$420–430 [86]. Мало известна для СА нагрузка общемедицинских служб с учетом, что больные, с одной стороны, обычно дискриминированы в ее получении, с другой стороны, Ш как системное расстройство проявляется повышенным риском ряда соматических расстройств; а долговременные негативные эффекты побочных действий лекарств не уточнены [81]. В Швеции 86% амбулаторных затрат связаны с визитами к врачам общей практики, как и во многих странах, пользующихся обычно хронических больных Ш [9, 64].

*Стационарзамещающие формы помощи.* Значительны затраты психиатрической службы на содержание социально уязвимых больных Ш вне больницы. В свете того, что 14–25% бездомных – больные Ш [95], для них необходимо поддерживающее жилье.

*Затраты на фармакотерапию* в СА учтены лишь в рамках внебольничной помощи (они же заложены в стоимость койко-дня). Так, не более 6% медицинского бюджета западных стран 10–20 лет назад приходилось на обеспечение фармакотерапии [6, 9, 92]. Все разительно изменилось за последние 15 лет за счет широкого внедрения препаратов нового поко-

ления, стоящих на 1–2 порядка более, чем традиционные, в пересчете на среднесуточную дозу [9, 37]. Вследствие особенностей лечения Ш (>1/3 больным предстоит неопределенно длительный прием поддерживающей терапии) и все более широкого (нередко бессистемного) применения в повседневной практике препаратов нового поколения, обеспечение фармакотерапии составляет растущую часть медицинских издержек. Однако ведущие расходы все больше приходятся на внебольничные формы помощи. При сходных схемах лечения Ш (50–60% атипичных антипсихотиков – АА), фармацевтический бюджет в Испании определяет 25–40% медицинских затрат [85, 97], но не более 5% в Швеции и Швейцарии [64, 97], где 60% прямых затрат требует разветвленная сеть поддерживаемого жилья при мизерных (1%) издержках длительного больничного лечения хронических больных. Показательно, что, например, в Испании на втором месте по частоте назначений больным Ш антидепрессанты (40%), а транквилизаторы получают <5% пациентов, тогда как в России >60% [9, 17]. Расходы на ДЛО всех психически больных составили в РФ в 2005 году 13% расходов ФОМС [21], при этом не менее 1/5 больных Ш (данные опроса) отказались от пакета льготного обеспечения лекарств. В России, где уже 10 лет усредненная по стране доля АА (без отечественного генерика клозапина – азалептина, назначаемого повсеместно психиатрами в качестве снотворного) в лечении Ш неизменна на уровне 10%, на фармакотерапию пришлось 5% медицинских затрат в сельских районах и 20% в Москве [9]. В США (2000 г.) затраты на лекарства (4%) существенно меньше, чем затраты на психологическую помощь и внебольничные центры психического здоровья (>25%), острую больничную помощь (25%) [79]. В США доля фармакотерапии достигла 25% прямых затрат [122] в связи с растущей популяцией больных, получающих АА, согласно современным алгоритмам лечения [26]. Так, АА получали 60% нуждающихся в антипсихотиках пациентов американской страховой компании Medicaid, что составило >\$1 млрд. или 90% бюджета на антипсихотические средства [76]. Отмечается повышение эффективности терапии во многом за счет улучшения комплаенса пациентов с последующим снижением затрат за счет сокращения госпитализаций. Однако в Канаде при многократном увеличении доли больных Ш (с 20% в 1995 г. до 80% в 2001 г.), использованных АА, и неизбежным ростом (>400%) затрат на фармакотерапию, в объеме которых на АА пришлось 90% [86], сокращение на 15–20% дорогостоящих (>\$400 за койко-день) госпитализаций сопровождалось взаимосвязанным увеличением длительности (с 15 до 22 дней) эпизода лечения без улучшения комплаенса больных на фоне АА, согласно и другим исследованиям [4, 14, 15, 50]. На фоне спада очередного витка терапевтического оптимизма в ряде стра-

ховых медицинских компаний предприняты знаковые отечественному читателю административные попытки сокращения формуляров за счет АА [70, 103, 104] и расширения ряда генериков. У 40% пациентов Medicare (США) возникли проблемы в получении АА или продолжении лечения ими в связи с недостаточностью страхового покрытия [115]. В развивающихся странах доля затрат на фармакотерапию с малым вкладом препаратов нового поколения в рамках медицинских издержек высока: в Индии до 30% (причем обычно лечат лишь острые случаи) [51, 54], в Нигерии >50%, что указывает не только на дороговизну лекарств (цены сравнимы с общемировыми), но и на малую интенсивность и относительную дешевизну психиатрической помощи в целом. Увеличение затрат на фармакотерапию без прироста безопасности и эффективности связано отчасти с нерациональным лечением [9, 74], например, клинически необоснованной полифармацией [9, 74, 124], столь распространенной в повседневной практике стран даже с образцовой стандартизацией психиатрической помощи. Нежелательные действия терапии (особенно невнимание к их коррекции) как свидетельство ее низкого качества увеличивают затраты на лечение и повышают риск несоблюдения лекарственного режима, что важно в свете длительного лечения Ш.

*Прямые немедицинские затраты* привлекают внимание СА в связи с оценкой неформальной (бесплатной) помощи близких больному в его повседневной жизни. В отдельных СА они включены в массив прямых [41] или в объективное бремя болезни на семью [9], более верно отнести их в разряд социальных издержек, так как речь идет о потерях продуктивности (дохода) трудоспособного близкого в качестве непрофессионального помощника [120]. Издержки неформальной помощи близких больного Ш дороже, чем потери от суицидов больных [123]. Как любая хроническая болезнь Ш истощает ресурсы семьи. Так, в Германии при формально полном страховом покрытии психиатрических затрат близкие больного Ш тратят >€1 000 в год [68, 116]. В России затраты из бюджета семьи на лечение больного Ш превышают 500 рублей в месяц (опрос членов ООИ «Новые возможности»). Бремя семьи отчасти связано с психическим и функциональным состоянием пациента и социально-культуральными факторами [1, 29]. При недостаточности (малой доступности) психиатрической помощи основное бремя ухода за больным ложится на ответственную семью. В Индии и Нигерии затраты на самых тяжелых больных, обычно ничем не занятых, в основном (>60%) связаны с непрямыми медицинскими потерями (близкие замещают функции профессиональной помощи) при дорогих и малодоступных лекарствах [53, 105]. Недоучет бремени семьи занижает результаты СА и ограничивает проблему последствий Ш. В эру де-

институционализации и общественной психиатрии облегчение бремени близких при уходе за больным во внебольничных условиях (объективное, в денежном выражении в связи со снижением продуктивности опекающего лица трудоспособного возраста, и субъективное, причисляемое к «неуловимым» потерям) служит критерием качества психиатрической помощи [9, 97].

**Социальные потери** вследствие психических расстройств в России в 2005 году составили 215,5 млрд. рублей или 1% ВВП. [21]. СА указывает на преобладание (до 60–85%) социальных над медицинскими издержками в экономически развитых странах [9, 10, 27, 40, 44, 61, 67, 102, 122] вследствие временной или, чаще, постоянной потери трудоспособности, что подчеркивает важность эффективного лечения и реабилитации. Так, социальные издержки составили >1/2 суммарных потерь от Ш в Англии [75], Франции [73] и США [122]. Развитые азиатские страны отличаются преобладанием не прямых затрат [41, 54, 69]: 83% в Южной Корее [41], 87% на Тайване [71] в связи с высоким подушевым ВВП и низкими затратами на психиатрическую помощь. В России (1998 г.) при многократных стоимостных различиях типовых психиатрических услуг в регионах и однотипных психиатрических учреждениях структура затрат на больных Ш (самые дорогостоящие психиатрические пациенты) сходна: социальные затраты составили 90% суммарных потерь, причем инвалидность определяла 95% издержек [9]. Ш – тяжелое психическое расстройство [16, 26, 38] именно в связи со снижением психосоциального функционирования больных [109]. Психотические симптомы Ш ранжированы третьими в ранжире причин снижения функционирования больных в 14 странах [111]. Такие больные требуют часто надзора и попечения и ухода, повседневной формальной и неформальной помощи, в большей мере, чем при параплегии и слепоте [58, 111]. Каждый десятый инвалид в мире – больной Ш [95], в России – каждый 16-й [9]. Более 50% больных Ш в мире длительно нетрудоспособно [120], так, в России 60% инвалидов вследствие Ш трудоспособного возраста [9]. 3/4 больных Ш выведены с рынка труда [9, 13, 77]. Важно соотнести нереализованный потенциал молодого инвалида с его образовательным цензом. В развивающихся странах в связи с менее насыщенным рынком труда меньшая часть больных не занята. Ш сокращает жизнь больного на 10 лет [118], но ее последствия при привлечении традиционного показателя смертности не позволяют ей, как и психическим расстройствам в целом, войти в круг приоритетных для здравоохранения и общества. Перспективным методом оценки здоровья населения и социального бремени болезни, развитым ВОЗ, стала концепция disability-adjusted life-years (DALY), где один DALY равен потере «здо-

рового» года жизни вследствие болезни или преждевременной смерти. Вклад психических расстройств, включая суициды, в обобщенное бремя болезней в мире (Global Burden of Disease, GBD) в единицах DALY составил в 1990 году 4% (Сахара) – 17,2% (бывшие страны социалистического лагеря и республики СССР) при усредненном уровне 10,5% с прогнозом увеличения до 15% в 2020 году в связи с удлинением жизни населения и сокращением бремени инфекционных болезней [82]. Четыре психических расстройства входят в десятку болезней, сопряженных с наибольшим количеством DALY: депрессивное и биполярное расстройства, Ш, злоупотребление алкоголем [78, 119, 121]. При вкладе психических расстройств около 1% смертей в мире, на них приходится >10% обобщенного бремени болезней в мире. Значителен вклад психических расстройств в единицах DALY в развитых странах в связи с малой долей заразных болезней (5%) [119]. «Цена» психических расстройств в США и Канаде в 2001 году (6,9 млн. DALY) равна потере 7,6 дней «здоровой» жизни каждым гражданином указанных стран; 15% обобщенному бремени всех болезней в 23 членах ВОЗ наравне с «вкладом» сердечно-сосудистых расстройств [62]. На Ш приходится 1,1% суммарных DALYs (8-е место в группе больных 15–44 лет), 2,8% суммарных потерянных лет жизни из-за преждевременной смерти [119]. В Европе (2004 г.) на психические расстройства пришлось наибольшая (40%) часть DALY. Ш и биполярное расстройство делят здесь 12-е место (по 2,3%) вслед за депрессивным расстройством (12% суммарных DALY, первое место среди хронических болезней), связанными с злоупотреблением алкоголем (7%, второе место) и деменциями (4%, пятое место). Методика успешно применяется и в развивающихся странах, например в Таиланде [89], с целью подчеркнуть важность проблемы Ш в социальном аспекте. В психиатрии сокращение DALY сложно прогнозировать в связи с ограниченным эффектом современных вмешательств, но полагается, что к 2020 году депрессивное расстройство «спустится» на третье место среди десяти болезней, вызывающих наибольшее снижение функционирования, в связи с улучшением терапии, а Ш покинет их [47]. Прогноз в обоих случаях сделан на основе гипотетического снижения смертности от суицидов, но привлечение психосоциального лечения на фоне оптимизированной фармакотерапии уже сегодня существенно улучшает повседневное и ролевое функционирование больного Ш, определяющее в большей мере бремя любого психического расстройства. Стоимостной «груз» Ш за последние 30 лет определен в Австралии, Бельгии, Германии, Дании, Испании, Италии, Канаде, Норвегии, Пуэрто-Рико [93], России [9], на Тайване, в Швеции [66, 89]. Лидеры проведения регулярных СА психических расстройств – Великобритания и

США, тогда как ощутим дефицит данных из развивающихся стран [101].

СА указывают различия в затратах на Ш в связи с неоднородностью изучаемой болезненной популяции, методологией, затратами и качеством помощи [11, 42, 62].

**Затраты на лечение пациента с Ш.** Сравнение ежегодных затрат затруднено разнородностью изучаемых выборок пациентов, организационной структурой психиатрических служб разных стран [9, 66, 87]. Различия лишь отчасти связаны с дизайном СА (обычно смещение выборки в сторону дорогостоящих пациентов), но более со стоимостью однотипных услуг и паттернами их потребления. Так, в Австралии затраты на пациента <25 тысяч долларов [22, 40], на больничную помощь пришлось >1/2 этих затрат, а в Италии прямые затраты на >50% составляют амбулаторные программы с активным вовлечением патриархальных семей [108]. В итоге различия ежегодных достаточно стабильных (1980–2002 гг.) с поправкой на инфляцию затрат на пациента в европейских странах отличны почти на порядок: €2–2,5 тысяч (Испания) – €13 тысяч (Швеция) [64] – €14 тысяч (Дания) – € 14–18 тысяч (Германия) [27, 66, 68, 91] – €15 тысяч (Франция) [59] – €21 тысяча (Великобритания) [27]. Для сравнения, затраты *per capita* (цены 2003 г.) при аффективных расстройствах €5 тысяч, тревожных – €3,6 тысяч [102]. В то же время в Индии затраты на амбулаторного больного Ш составили \$11 в год, примерно как на больного сахарным диабетом [54], в Нигерии – \$80, в 3,5 раза меньше, чем на лечение больного диабетом [105]. Велик разброс затрат и в гомогенизированных для нужд многоцентровых клинических испытаний когортах больных 18–65 лет: €3 тысячи (Испания) – €37 тысяч (Швейцария) [97]. В Канаде затраты *per capita* менее на 50%, чем в США, в Великобритании – менее на 50%, чем в Канаде [33]. Затраты на усредненного больного Ш в России 3,5 тысяч рублей (цены 1998 г.) или \$230 в год [9]; в сельской местности России затраты на больного Ш в 2004 году составили 10 тысяч рублей или около \$350 в год [17]. Однако в России, с учетом отношения паритетов по медицинскому обслуживанию к паритетам по ВВП, стоимость лечения больного Ш должна быть в 10 раз меньше, чем в Великобритании, и в 20 раз меньше, чем в США. Обычно СА не усматривают связь между стоимостью лечения Ш (выбором психотропного препарата на популяционном уровне) и результатами и качеством помощи [97]. Социальные потери в основном в связи с инвалидностью в 2–3 раза превышают прямые затраты на пациента [9, 17, 22, 40, 68, 64, 108]. Таким образом, структура прямых затрат на усредненного пациента, как в капле воды, отражает структуру и идеологию психиатрической помощи в стране.

**Стоимостная неоднородность больных Ш.** Медицинские затраты различны даже на одного и

того же пациента в различные периоды лечения, как неоднородно по течению и прогнозу само расстройство. Отечественный СА [9] выявил неоднородность больных Ш в затратном аспекте: а) лечение больничных больных стоило в 5 раз более амбулаторных и вдвое более «усредненного» больного Ш, получающего лечение; б) разница в затратах на лечение в активном периоде болезни и на этапе регрессиентности превышает 10 раз.

*Больные в первом эпизоде Ш* в США стационарированы чаще (риск 22 против 12% в год) и дольше (5 против 3-х дней), чем хронические; ежегодные затраты оказались большими на 40% (\$21 против \$15,5 тыс.), на 63% – за счет больничной помощи [83], что свидетельствует о пике активности Ш в первые годы психиатрического наблюдения. В Швеции также наибольшие затраты на лечение таких больных [64]. В Испании затраты на больного в первые три года лечения отличаются более чем на треть: они выше при отсутствии стационарзамещающих форм помощи [98]. Наибольшие в первый год лечения (\$4–6,5 тыс.) медицинские затраты снижены в 3–4 раза в течение следующих двух лет наблюдения. Сходная динамика медицинских издержек отмечена в отечественном СА [3]. Львиная доля (>80%) медицинских затрат в течение первых пяти лет лечения Ш определена больничным лечением. Затраты на пациентов с отсрочкой лечения более года выше на 75% в связи с большими на 60% издержками на госпитализации. Более того, в первые годы наблюдения в ПНД инвалидизированы до 40% больных. Затраты в связи с временной нетрудоспособностью, занимая 10% в структуре социальных затрат в начале наблюдения, сошли на нет через 5 лет в связи с падением доли работающих. Основной источник (>90%) социальных потерь – инвалидность. Соотношение социальных и медицинских издержек 14,5:1 росло на протяжении первых 5 лет наблюдения в ПНД на фоне снижения медицинских затрат за счет падения потенциала при ступообразования и госпитализаций.

*Стоимость рецидива (обострения) Ш* определена затратами на регоспитализацию [112]. Затраты на лечение европейского больного, перенесшего рецидив, в 2–4 раза выше, чем ремиттированного в течение трех лет пациента [25, 60]. В США прямые затраты на рецидив Ш втрое выше, чем для поддержания ремиссии [23]. Данные отечественных СА [9, 17] привлекают внимание к «ресурсоемким» часто госпитализируемым (не реже 1 раза в год на протяжении последних 3–5 лет) пациентам, требующим особых медикаментозных и психосоциальных подходов [2, 9, 17]. Такие пациенты при их доле 5–7% среди больных Ш в ПНД составляют 20–40% медицинских затрат на всех госпитализированных больных и треть – на всех больных Ш [9]. За три года наблюдения госпитализируемые больные в США обходятся дороже в 5 раз, чем стационарируемые однократно [23].

*Пациенты с проблемами лекарственного комплаенса.* Рецидив и последующая регоспитализация связаны с несоблюдением режима лечения, особенно при фармакозависимой ремиссии. Нонкомплаенс больного повышает длительность госпитализации в связи с более тяжелым состоянием при госпитализации, возможным риском суицида и агрессии и желанием врача добиться более глубокой ремиссии [4, 9, 50, 107]. Больные с активным противодействием лечению обходятся психиатрическим службам втрое дороже, в основном из-за частых регоспитализаций, чем соблюдающие режим лечения [4]. Нонкомплаентные больные в первом эпизоде шизофрении определили 20% больничных затрат в первый год лечения и до 40% (при тенденции снижения потребности в больничной помощи в когорте) в последние два года пятилетнего катамнеза. Ежемесячный риск рецидива Ш возрастает втрое при самостоятельном прекращении лечения, отчего в США [114] затраты на регоспитализации («вклад» несоблюдения лекарственного режима – 40%) составили \$1 млрд. (цены 1993 г.) за два года. Там же в 2005 году «цена нонкомплаенса» в связи с повышением риска регоспитализации определена в \$1,5 млрд. [105]. Напротив, улучшение комплаенса может сократить число госпитализаций на 12% и сократить длительность эпизода лечения на 13%, а «предотвратимые затраты» на \$106 млн. [76]. Сочетанные с психосоциальными дифференцированными вмешательствами у больных Ш уменьшают медицинские потери со снижением нагрузки на больничную и полустационарную службы в среднем на 5 тысяч рублей на пациента за год, позволяют уменьшить субъективный груз болезни пациента и его семьи [4].

*Суицидальное или агрессивное поведение* часто связано с несоблюдением лекарственного режима. Медицинские затраты за год наиболее высоки у больных Ш с эпизодами попыток суицида (\$46 тыс.), насильственными действиями (\$19 тыс.) [25].

*Дополнительные клиничко-социальные факторы, определяющие затраты.* Увеличивают медицинские издержки выраженные симптомы [54, 64, 66] и малая эффективность терапии (резистентность, по определению, не позволяющая выписку из больницы), возможно, больший «стаж» болезни [64, 66] с учетом, что многие хронические больные инвалидизированы и требуют психосоциальных вмешательств и опеки дома или в специально созданных условиях. Функциональные нарушения напрямую связаны с ростом медицинских затрат [64] и объема неформальной помощи. Так, средние затраты на больного с выраженными нарушениями функционирования в 2–3 раза выше, чем при удовлетворительном функционировании [94]. Снижение затрат на лечение, напротив, связано с поддержкой семьи, пожилым возрастом (возможно, при регрессиентности процесса) и работой больного в обычных усло-

виях [40, 112], что связано с благополучным психическим состоянием.

### Заключение

Психическое здоровье – неотъемлемая часть благополучия человека и общества в целом. Как в сбалансированной экосистеме, в бюджете здравоохранения развитых стран на смену вынужденного внимания к инфекционным болезням приходит понимание социально-экономического бремени неинфекционных болезней [9, 47]. Так, психическая заболеваемость отстает лишь от инфекционных болезней, но правительства выделяют диспропорционально мало средств на психиатрию, «золушку» финансирования [117]. Проявления и последствия Ш в странах с различной структурой и организацией психиатрической помощи представлены масштабным бременем для больных, их близких, медицинских (психиатрических) служб и общества в целом, несоизмеримым с показателями заболеваемости [32, 63, 110] и болезненности [16, 32, 80, 84] парадигмального психического расстройства, а с учетом близких больных и профессионалов – часть так или иначе вовлеченных лиц, возрастает многократно. СА объективизирует проблему повышения клиничко-социальной и экономической эффективности психиатрической помощи с опорой на ресурсы общества [8, 9, 12]. Бремя Ш различно в разных странах в связи с различиями структуры и использования психиатрических служб, категорий затрат, выборков [61], но СА указывают ряд типовых тенденций: больничная помощь составляет обычно преобладающую часть медицинских затрат, что подчеркивает необходимость клиничко-экономически предпочтительных форм стационарзамещающей помощи [1, 9, 16], повышения безопасности и эффективности мер вторичной профилактики, включающей целевые лекарственные воздействия [2, 9, 15] и психосоциальную работу [4, 12, 17] с пациентами с высоким риском госпитализации. Однако затраты на лекарства не исчерпывают, как показано в СА, стоимость лечения; препараты не должны быть единообразно дешевыми и не могут быть равно безопасными и эффективными для всех пациентов, страдающих гетерогенной по природе и проявлениям Ш с изменчивым течением и проявлениями даже у одного больного. ВОЗ [7] предлагает многоуровневую стратегию улучшения доступности психотропных препаратов: 1) рациональный выбор; 2) доступность лекарства по цене (при внедрении генерических форм с доказанной клиничко-эквивалентностью оригинальному препарату); 3) гарантированное государственное финансирование; 4) надежность лекарственного обеспечения. Экономия медицинских ресурсов при снижении потребности в больничной помощи позволит перепрофилировать койки в пользу новых лечебно-реабилитационных форм помощи и реструктуризовать фармацевтиче-

ский бюджет. Даже при оптимальном сценарии не следует ожидать экономической компенсации возросших затрат, так как стратегические цели психиатрии реализуются в широкой социальной перспективе в виде улучшения социального функционирования и качества жизни пациента и его близких при снижении социальных издержек болезни, составляющих львиную долю бремени любого психического расстройства и определяющего его как значимое для общества и потому приоритетное для финансирования здравоохранения. Сочетанные с фармако-

терапией биопсихосоциальные вмешательства могут снизить бремя Ш на 22% [28]. Можно сократить 1/2 социальных потерь ранней Ш при проведении программы клиники первого эпизода [55], но медицинские затраты возрастают при перемещении центра тяжести на внебольничное звено помощи и лекарственное обеспечение [5]. Увеличение затрат на более интенсивную (настойчивую) внебольничную помощь сокращает медицинские затраты на 6% за счет меньшей потребности в больничной помощи тяжело больным Ш [100].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алисханов М.А. Стационар на дому как стационарзамещающая форма психиатрической помощи: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 21 с.
2. Алсаков А.А. Больные шизофренией с частыми госпитализациями: клинико-социальный и фармакоэкономический аспект противорецидивной терапии депонированными формами нейролептиков: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 25 с.
3. Бессонова А.А. Первый эпизод шизофрении: клинико-социальный и фармакоэкономический аспекты: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 21 с.
4. Бугрова Е.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: клинико-социальные и экономические аспекты: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
5. Былим И.А., Любов Е.Б., Первый эпизод шизофрении: клинико-социальный и экономический эффекты целевой психосоциальной помощи // Психическое здоровье. 2011. № 1. С. 60–65.
6. Витчен Г.-У. (Wittchen H.-U.) Отчет рабочей группы Европейской коллегии по нейропсихофармакологии (ЕСNP) и вопросам распространенности психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2005. № 4. С. 42–46.
7. 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. ВОЗ: Женева, 2006. 58 с.
8. Гурович И.Я. Сберегающая (превентивная) психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
9. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М.: Медпрактика, 2003. 264 с.
10. 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.
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. Экономическое обоснование помощи больным шизофренией // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнанова и соавт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 452–454.
12. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Старожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
13. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Левина Н.Б., Русакова Г.А. Труд и тяжелое психическое расстройство // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 91–99.
14. Любов Е.Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т.11, № 1. С. 89–101.
15. Любов Е.Б. Рациональный выбор пролонгированной формы рипсепта: клиническое и фармакоэкономическое обоснование // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т.10, № 2. С. 43–49.
16. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнанова и соавт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1000 с.
17. 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.
18. Шевченко Л.С., Солохина Т.А., Сейку Ю.В. и соавт. Экономические аспекты деятельности служб психического здоровья // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1995. Т. 95. С. 81–93.
19. Шевченко Л.С., Солохина Т.А. Финансирование психиатрической помощи: предложения по ее совершенствованию // XIII Съезд психиатров России. Материалы Съезда. М., 2000. С. 41.
20. Экономические аспекты охраны психического здоровья. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения. Хельсинки, Финляндия, 12–15 января 2005 г. ВОЗ, 2006. С. 137–145.
21. 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.
22. Access Economics. Schizophrenia Costs. An analysis of the burden of schizophrenia and related suicide in Australia. An Access Economics Report for SANE Australia, 2002.
23. Ascher-Svanum H., Zhu B., Faries D.E. et al. The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia // BMC Psychiatry. 2010. Vol. 10. P. 2.
24. Akobundu E., Ju J., Blatt L., Mullins C.D. Cost-of-illness studies: a review of current methods // Pharmacoeconomics. 2006. Vol. 24. P. 869–890.
25. Almond S., Knapp M., Francois C. et al. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life // Br. J. Psychiatry. 2004. Vol. 184. P. 346–351.
26. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161. 1–56.
27. 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.
28. Andrews G., Sanderson K., Corry J. et al. Cost-effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2003. Vol. 183. P. 427–435.
29. Awad A.G., Voruganti L. The burden of schizophrenia on caregivers: A Review // Pharmacoeconomics. 2008. Vol. 26, N 2. P. 149–162.
30. Barbato A. Schizophrenia and public health. Geneva: World Health Organization, 1998.
31. Behan C., Kennelly B., O'Callaghan E. The economic cost of schizophrenia in Ireland: a cost of illness study // Ir. J. Psych. Med. 2008. Vol. 25, N 3. P. 80–87.
32. Bijl R.V., Ravelli A., van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1998. Vol. 33. P. 587–595.
33. Blomqvist A.G., Leger P.T., Hoch J.S. The cost of schizophrenia: lessons from an international comparison // J. Ment. Health Policy Econ. 2006. Vol. 9, N 4. P. 177–183.
34. Bonta J., Law M., Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis // Psychol. Bull. 1998. Vol. 123. P. 123–142.
35. Bootman L.J., Townsend R.J., McGhan W.F. Principles of Pharmacoeconomics, II edn. Cincinnati OH: Harvey Whitney Books Co., 1996.
36. Brekke J.S., Prindle C., Bae S.W., Long J.D. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community // Psychiatr. Serv. 2001. Vol. 52. P. 1358–1366.
37. Brown C.S., Markowitz J.S., Moore T.R., Parker N.G. Atypical antipsychotics: Part II: Adverse effects, drug interactions, and costs // Ann. Pharmacotherapy. 1999. Vol. 33, N 2. P. 210–217.
38. Buchanan R.W., Carpenter W.T. Schizophrenia: An introduction and overview // Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edn, Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2000. 2285 p.

39. Capri S. Methods for evaluation of the direct and indirect costs of long-term schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* 1994. Vol. 382. P. 80–83.
40. Carr V.J., Neil A.L., Halpin S.A. et al. Costs of schizophrenia and other psychoses in urban Australia: findings from the low prevalence (psychotic) disorders study // *Aust. NZ J. Psychiatry.* 2003. Vol. 37. P. 31–40.
41. Chang S.M., Cho S.-J., Jeon H.J. et al. Economic burden of schizophrenia in South Korea // *J. Korean Med. Sci.* 2008. Vol. 23. P. 167–175.
42. Chisholm D. et al. Cost of scaling up mental healthcare in low- and middle-income countries // *Br. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 191. P. 528–535.
43. Cramer J.A., Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders // *Psychiatr. Serv.* 1998. Vol. 49. P. 196–201.
44. Davies L.M., Drummond M.F. Economics and schizophrenia: the real cost // *Br. J. Psychiatry.* 1994. Vol. 165, Suppl. 25. P. 18–21.
45. Essock S.M., Frisman L.K., Covell N.H. The economics of the treatment of schizophrenia // *The Fifth Generation of Progress / K.L.Davis, D.Charney, J.T.Coyle, C.Nemeroff (Eds.). American College of Neuropsychopharmacology, 2002. P. 809–818.*
46. Evers S., Ament A. Cost of schizophrenia in Netherlands // *Schizophr. Bull.* 1995. Vol. 21. P. 141–153.
47. Fleishman M. Economic Grand Rounds: Psychopharmacoeconomics and the Global Burden of Disease // *Psychiatr. Serv.* 2003. Vol. 54. P. 142–144.
48. Genduso L.A., Haley J.C. Cost of illness studies for schizophrenia: components, benefits, results, and implications // *Am. J. Manag. Care.* 1997. Vol. 3. P. 873–877.
49. Georee R., O'Brien B.J., Georing R.N.P. et al. The economic burden of schizophrenia in Canada // *Can. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 44. P. 464–472.
50. Gilmer T.P., Dolder C.R., Lacro J.P. et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2004. Vol. 161. P. 692–699.
51. Girish K., Pratima M., Isaac M.K. Drug treatment in schizophrenia: Issues of comparability and cost // *Ind. J. Psychiatry.* 1991. Vol. 41. P. 100–103.
52. Goetzl R.Z., Long S.R., Ozminkowski R.J. et al. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting US employers // *J. Occupat. Environ. Med.* 2004. Vol. 46. P. 398–412.
53. Grover S., Avasthi A., Chakrabarti S., Kulahara P. Commentaries on the cost of illness of schizophrenia: overview and emerging trends // *Ind. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 47. P. 205–217.
54. Grover S., Avasthi A., Chakrabarti S. et al. Cost of care of schizophrenia: a study of Indian out-patient attenders // *Acta Psychiatr. Scand.* 2005. Vol. 112. P. 55–63.
55. Guest J.F., Cookson R.F. Cost of schizophrenia to UK society // *Pharmacoeconomics.* 1999. Vol. 15. P. 597–610.
56. Haro J.M., Salavador-Carulla L., Madoz V. et al. Utilization of mental health services and cost of patients with schizophrenia in three areas of Spain // *Br. J. Psychiatry.* 1998. Vol. 173. P. 334–340.
57. Harris E.C., Barraclough B. Excess mortality of mental disorder // *Br. J. Psychiatry.* 1998. Vol. 173. P. 11–53.
58. Harwood R.H., Sayer A.A., Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios // *Bull. World Health Organ.* 2004. Vol. 82. P. 251–258.
59. Hauteouverture S., Limosin F., Rouillon F. Epidemiology of schizophrenic disorders // *Presse Med.* 2006. Vol. 35. P. 461–468.
60. Hong J., Windmeijer F., Novick D. et al. The cost of relapse in patients with schizophrenia in the European SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcomes) study // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2009. Vol. 33. P. 835–841.
61. Hu T.W. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990–2003 // *J. Ment. Health Policy Econ.* 2006. Vol. 9, N 1. P. 3–13.
62. Insel T.R., Schoenbaum M., Wang P.S. Components of the economic burden of serious mental illness in the US // *US Neurology.* 2009. Vol. 5, N 1. P. 10–11.
63. Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G. et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study // *Psychol. Med. Monogr.* 1992. Vol. 20. P. 1–97.
64. Jacobson L., Jonasson M., Lindblom Y. et al. The societal cost of schizophrenia in Sweden // 15 annual meeting of the International Society for Pharmacoeconomic and Outcomes Research (ISPOR) May 15–19, Washington, 2010.
65. Kirigia J.M., Sambo L.G. Cost of mental and behavioural disorders in Kenya // *Ann. Gen. Hosp. Psychiatry.* 2003. Vol. 12, N 1. P. 7.
66. Knapp M., Chishlom D., Leese M. et al. Comparing patterns of schizophrenia care in five European countries: The EPSILON Study // *Acta Psychiatr. Scand.* 2002. Vol. 105. P. 42–54.
67. Knapp M., Mangalore R., Simon J. The global costs of schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2004. Vol. 30. P. 279–293.
68. Konnopka A., Klingberg S., Wittorf A., König H.H. The cost of schizophrenia in Germany: a systematic review of the literature // *Psychiatr. Prax.* 2009. Vol. 36, N 5. P. 211–218.
69. Lang H.C., Su T.P. The cost of schizophrenia treatment in Taiwan // *Psychiatr. Serv.* 2004. Vol. 55. P. 928–930.
70. Law M.R., Ross-Degnan D., Soumerai S.B. Effect of prior authorization of second-generation antipsychotic agents on pharmacy utilization and reimbursements // *Psychiatr. Serv.* 2008. Vol. 59. P. 540–546.
71. Lee I.H., Chen P.S., Yang Y.K. et al. The functionality and economic costs of outpatients with schizophrenia in Taiwan // *Psychiatry Res.* 2008. Vol. 158. P. 306–315.
72. Lindstorm E., Jonsson D., Knorrning L. Health economic aspects of the treatment of schizophrenia. Basel: Karger. *Int. Acad. Biomed. Drug Res.* 1995. P. 182–192.
73. Lorca P.M., Miadi-Fargier H., Lancon C. et al. Cost-effectiveness analysis of schizophrenic patient care settings: an atypical antipsychotic under long-acting injection formulation // *Encephale.* 2005. Vol. 31, N 2. P. 235–246.
74. Loosbrock D.L., Zhao Z., Johnstone B.M., Morris L.S. Antipsychotic medication use patterns and associated costs of care for individuals with schizophrenia // *J. Ment. Health Policy Econ.* 2003. Vol. 6, N 2. P. 67–75.
75. Mangalore R., Knapp M. Cost of schizophrenia in England // *J. Ment. Health Policy Econ.* 2007. Vol. 10, N 1. P. 23–41.
76. Marcus S.C., Olfson M. Outpatient antipsychotic treatment and inpatient costs of schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34, N 1. P. 173–180.
77. Marwaha S., Johnson S. Schizophrenia and employment: A review // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2004. Vol. 39. P. 337–349.
78. Mathers C.D., Lopez A.D., Murray C.J. Global Burden of Disease and risk factors // *The burden of disease and mortality by condition: data, methods, and results for 2001 / A.D.Lopez, C.D.Mathers, M.Ezzati et al. (Eds.). NY: Oxford University Press, 2006. P. 45–93.*
79. McCombs J.S., Nichol M.B., Johnstone M.J. et al. Antipsychotic drug use patterns and the cost of treating schizophrenia // *Psychiatr. Serv.* 2000. Vol. 51, N 4. P. 525–527.
80. McGrath J., Saha S., Welham J. et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urban city, migrant status and methodology // *BMC Med.* 2004. Vol. 28. P. 13.
81. Medical illness and schizophrenia / J.M.Meyer, H.A.Nasralla (Eds.). Washington: American Psychiatric Publishing, 2003. 242 p.
82. Murray C.J.L., Lopez A. (Eds.). *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge: Harvard School of Public Health, 1996.
83. Nicholl D., Akhras K.S., Diels J., Schadrack J. Burden of schizophrenia in recently diagnosed patients: healthcare utilization and cost perspective // *Curr. Med. Res. Opin.* 2010. Vol. 26. P. 943–955.
84. Norquist G.S., Narrow W.E. *Schizophrenia: Epidemiology / Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edn.* Lippincott: Williams & Wilkins Publishers, 2000. 2313 p.
85. Oliva-Moreno J., Lypez-Bastida J., Osuna-Guerrero R. et al. The costs of schizophrenia in Spain // *Eur. J. Health Econ.* 2006. Vol. 7. P. 182–188.
86. O'Reilly D., Craig D., Phillips L. et al. Costs of new atypical antipsychotic agents for schizophrenia: Does unrestricted access reduce hospital utilization? // *Healthcare Policy.* 2007. Vol. 3, N 1. P. 58–79.
87. Pang F. Design, analysis and presentation of multinational economic studies: the need for guidance // *Pharmacoeconomics.* 2002. Vol. 20. P. 75–90.
88. Park J.I., Song S.H., Suh T. et al. Direct and indirect cost of treating out-patients with schizophrenia in Korea // *J. Kor. Neuropsychiatr. Assoc.* 2000. Vol. 39. P. 580–588.
89. Phanthunane P., Vos T., Whiteford H. et al. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease // *Popul. Health Metr.* 2010. Vol. 8. P. 24.
90. Rice D.P. Economic burden of mental disorders in the United States // *Econom. Neurosci.* 1999. Vol. 1. P. 40–44.
91. Rossler W., Salize H.J., van Os J., Riecher-Rossler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders // *Eur. Neuropsychopharmacology.* 2005. Vol. 15. P. 399–409.
92. Rouillon F., Toumi M., Dansette G.Y. et al. Some aspects of cost of schizophrenia in France // *Pharmacoeconomics.* 1997. Vol. 11. P. 578–594.



93. Rubio-Stipec M., Stipec B., Canino G. The costs of schizophrenia in Puerto Rico // *J. Ment. Health Adm.* 1994. Vol. 21, N 2. P. 136–144.
94. Rund B.R., Ruud T. Costs of services for schizophrenic patients in Norway // *Acta Psychiatr. Scand.* 1999. Vol. 99, N 2. P. 120–125.
95. Rupp A., Keith S.J. The costs of schizophrenia: Assessing the burden // *Psychiatr. Clin. North Am.* 1993. Vol. 16. P. 413–423.
96. Saha S., Chant D., Welham J., McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia // *PLoS Medicine.* 2005. Vol. 2. P. 413–433.
97. Salize H.J., McCabe R., Bullenkamp J. et al. Cost of treatment of schizophrenia in six European countries // *Schizophr. Res.* 2009. Vol. 111. P. 70–77.
98. Salvador-Carulla L., Haro J.M., Cabases J. et al. Service utilization and costs of first-onset schizophrenia in two widely differing health service areas in North-East Spain. PSICOST Group // *Acta Psychiatr. Scand.* 1999. Vol. 100, N 5. P. 335–343.
99. Schizophrenia: Costs. An analysis of the burden of schizophrenia and related suicide in Australia: An access economics report for SANE Australia, 2002. 45 p.
100. Serretti A., Mandelli L., Bajo E. et al. The socio-economical burden of schizophrenia: a simulation of cost-offset of early intervention program in Italy // *Eur. Psychiatry.* 2009. Vol. 24, N 1. P. 11–16.
101. Shah A., Jenkins R. Mental health economic studies from developing countries reviewed in context of those from developed countries // *Acta Psychiatr. Scand.* 2000. Vol. 101. P. 87–103.
102. Smit F., Cuijpers P., Oostenbrink J. et al. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry // *J. Ment. Health Policy Econ.* 2006. Vol. 9, N 4. P. 193–200.
103. Soumerai S.B., Zhang F., Ross-Degnan D. et al. Use of atypical antipsychotic drugs for schizophrenia in Maine Medicaid following a policy change // *Health Aff.* 2008. Vol. 7, N 3. P. 185–195.
104. Stahl S.M., Grady M.M. High-cost use of second-generation antipsychotics under California's Medicaid program // *Psychiatr. Serv.* 2006. Vol. 57. P. 127–129.
105. Suleiman T.G., Ohaeri J.U., Lawal R.A. et al. Financial cost of treating out-patients with schizophrenia in Nigeria // *Br. J. Psychiatry.* 1997. Vol. 171. P. 364–368.
106. Sun S.X., Liu G.G., Christensen D.B., Fu A.Z. Review and analysis of hospitalization costs associated with antipsychotic nonadherence in the treatment of schizophrenia in the United States // *Curr. Med. Res. Opin.* 2007. Vol. 23. P. 2305–2312.
107. Svarstad B.L., Shireman T.I., Sweeney J.K. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs // *Psychiatr. Serv.* 2001. Vol. 52, N 6. P. 805–811.
108. Tarricone R., Gerzeli S., Montanelli R. et al. Direct and indirect costs of schizophrenia in community psychiatric services in Italy. The GISIES study. Interdisciplinary Study Group on the Economic Impact of Schizophrenia // *Health Policy.* 2000. Vol. 51, N 1. P. 1–18.
109. Thornicroft G., Tansella M., Becker T. et al. The personal impact of schizophrenia in Europe // *Schizophr. Res.* 2004. Vol. 69. P. 125–132.
110. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General – Executive Summary. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
111. Ustun T.B., Rehm J., Chatterji S. et al. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group // *Lancet.* 1999. Vol. 354. P. 111–115.
112. Vazquez-Polo F.J., Negrin M., Cabases J.M. et al. An analysis of the costs of treating schizophrenia in Spain: a hierarchical Bayesian approach // *J. Ment. Health Policy Econ.* 2005. Vol. 8, N 3. P. 153–165. Wasylenki D.A. The cost of schizophrenia // *Can. J. Psychiatry.* 1994. Vol. 39, N 9, Suppl. 2. P. S65–69.
113. Weiden P.J., Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 1995. Vol. 21. P. 419–429.
114. West J.C., Wilk J.E., Muszynski I.L. et al. Medication access and continuity: The experiences of dual-eligible psychiatric patients during the first 4 months of the Medicare prescription drug benefit // *Am. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 164. P. 789–796.
115. Wilms H.U., Mory C., Angermeyer M.C. Illness related costs for spouses of patients suffering from a mental illness: results of a study with repeated measurements // *Psychiatr. Prax.* 2004. Vol. 31, N 4. P. 177–183.
116. World Bank, World Development Report 1993: Investing in Health. Washington DC, 1993.
117. World Health Organization: Mental and neurological disorders. Fact sheet no. 265. 199. [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/en/whr01\\_fact\\_sheet1\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet1_en.pdf)
118. World Health Organization: The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
119. World Health Organization: Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report, Geneva, 2004.
120. World Health Organization: The Global Burden of Disease: 2004. Update. Geneva: WHO, 2008.
121. Wu E.Q., Birnbaum H.G., Shi L. et al. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002 // *J. Clin. Psychiatry.* 2005. Vol. 66. P. 1122–1129.
122. Wyatt R.J., Henter I., Leary M.C., Taylor E. An economic evaluation of schizophrenia 1991 // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1995. Vol. 30. P. 196–205.
123. Zhu B., Ascher-Svanum H., Faries D.E. et al. Cost of antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia // *BMC Psychiatry.* 2008. Vol. 4, N 8. P. 19.
124. Zhu B., Ascher-Svanum H., Faries D.E. et al. Costs of treating patients with schizophrenia who have illness-related crisis events // *BMC Psychiatry.* 2008. Vol. 8. P. 72.

## СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ ШИЗОФРЕНИИ

Е. Б. Любов

В обзоре приведены современные данные стоимостных анализов шизофрении в ряде стран как научно-доказательном обосновании внедрения и развития ресурсосберегающих лекарственных и реабилитационных стратегий.

литационных стратегий.

**Ключевые слова:** шизофрения, экономическое бремя.

## THE SOCIAL AND ECONOMIC BURDEN OF SCHIZOPHRENIA

E. B. Lyubov

The review presents contemporary data of the medical and economic burden of schizophrenia in some countries as evidence-based approach for development in a routine psychiatric practice cost-saving biopsychosocial

treatment and rehabilitation programs

**Key words:** schizophrenia, economic burden.

---

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