

# ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЛЯ БЮДЖЕТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАМЕНЫ ФЛУВОКСАМИНА НА ТРИЦИКЛИЧЕСКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ В ТЕРАПИИ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

К.В. Давыдов\*, С.Л. Плавинский\*\*

\*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России,

\*\*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Происходящие в последнее время в фармацевтической отрасли изменения направлены на оптимизацию рынка лекарственных средств и создание системы, при которой различные списки, которые гарантируют пациентам получение льготной лекарственной помощи, корреспондируются друг с другом. Одним из первых шагов на пути к этому стало Постановление Правительства Российской Федерации от 28 августа 2014 г. №871 г. Москва «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи», согласно которому, включение лекарственного средства в такие перечни, как перечень дорогостоящих препаратов, перечень лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан и минимальный ассортимент аптечных организаций, зависит от включения препарата в перечень важнейших лекарственных препаратов. Соответственно, создалась ситуация, при которой препарат, включенный в перечень лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан, но не включенный в перечень важнейших лекарственных препаратов автоматически выбывает из первого.

Именно такая ситуация сложилась с препаратом флувоксамин, который был исключен из льготного списка ОНЛС<sup>1</sup> с марта 2015 года. Флувоксамин не входил в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), однако наиболее широко применяется у льготных категорий граждан, а до исключения из ОНЛС его доля составляла около 30% в структуре государственных закупок

антидепрессантов. При этом по данным исследования DIANA (проводившегося в России в 2012–2013 годах), до 10% всех пациентов с таким заболеванием, как рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) принимали флувоксамин [4].

Согласно МКБ-10, рекуррентное депрессивное расстройство – это расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, от легкой до тяжелой степени, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли отвечать критериям мании. Возраст начала, тяжесть, длительность и частота эпизодов депрессии очень разнообразны. В целом, первый эпизод возникает позже, чем при биполярной депрессии: чаще всего на пятом десятилетии жизни. Продолжительность эпизодов составляет от 3 до 12 месяцев (средняя продолжительность – около 6 мес.), но они имеют тенденцию к более редкому повторению. Хотя выздоровление обычно полное в межприступном периоде, небольшая часть больных обнаруживают хроническую депрессию, особенно в пожилом возрасте. Отдельные эпизоды любой тяжести часто провоцируются стрессовой ситуацией, и во многих странах отмечаются в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин [6].

По некоторым оценкам, количество пациентов, достигших ремиссии в результате исходно назначенной терапии антидепрессантами, составляет менее 35% от общего количества получавших лечение пациентов [10].

Для лечения РДР используются различные препараты, в основном относящиеся либо к группе ингибиторов обратного захвата серотонина, либо к трициклическим антидепрессантам (ТЦАД).

Поскольку, согласно данным исследования DIANA [4], флувоксамин был третьим по частоте применения препаратом для лечения РДР, уступая лишь ами-

<sup>1</sup> Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи.

триптилину и кломипрамину (относящимся к группе ТЦАД), в данном исследовании было проанализировано влияние на бюджет Российской Федерации выхода флувоксамина из льготной категории в предположении, что вместо него будут использоваться другие препараты, в первую очередь ТЦАД. Не анализировалась замена на более дорогие инновационные препараты, в том числе, входящие в льготные списки (перечни) в связи с очевидностью ценового преимущества ТЦАД и флувоксамина.

### Материал и методы

**Описание модели.** Для фармакоэкономического анализа была использована модель, которая базировалась на стандартной аналитической технике и модели, предложенной M.Nuijten и соавт. [8]. Она была сконструирована таким образом, чтобы оценить потребление ресурсов, стоимость и эффективность лечения депрессии на протяжении 18 месяцев либо флувоксамином, либо трициклическими антидепрессантами (ТЦАД). Поскольку состояния могли повторяться, используемая модель являлась марковской. Временной период был выбран равным 18 месяцам, и соответствовал трем периодам терапии депрессии: первоначальное активное лечение (6 нед.), продолжение терапии при наступлении эффекта (18 нед.) и поддерживающая терапия (52 нед.). Временной период был разделен на циклы так, чтобы за 18-месячный период было 12 циклов: первоначальная терапия занимала один цикл, продолжение терапии – 3 цикла и поддерживающая терапия – 8 циклов. В каждом цикле пациент мог перейти из одного состояния в другое в зависимости от вероятностей переходов, специфицированных в модели. Графически структура модели представлена на рисунке.

В рамках марковской модели все пациенты начинали в состоянии депрессивного эпизода и затем могли перейти в другое состояние. Предполагалось, что вначале препарат назначается в обычной дозе, затем, в случае неуспеха, доза повышается. Если повышенная доза также оказывается неэффективной, пациент переводится на терапию препаратами другой группы. В отличие от нашего предыдущего анализа [1], где предполагалось, что пациенты переводятся с флувоксамина на ТЦАД и, наоборот, в настоящей работе использовалось предположение, что

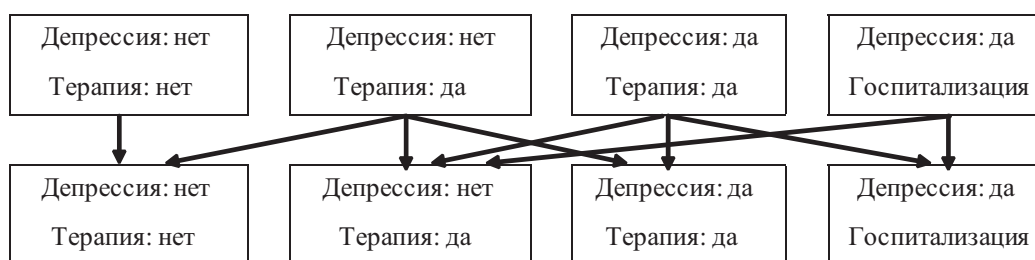
если пациенты начинают принимать ТЦАД, то при их неуспехе они переводятся на другие селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Согласно данным исследования DIANA [4] самыми популярными, после флувоксамина СИОЗС были пароксетин и сертралин (их принимали 8,8% и 7,7% пациентов с РДР). Соответственно, предполагалось, что пациенты переводятся на сертралин или пароксетин в пропорции, равной таковой в исследовании DIANA. Если после перевода состояние не улучшается, доза препарата повышается и, если это также не помогает, его госпитализируют. Либо исходный препарат, либо препарат замены может оказаться эффективным и тогда пациент избавляется от депрессии, но находится на поддерживающей терапии. После истечения курса поддерживающей терапии пациент перестает принимать препараты и не страдает депрессией. Вместе с тем, как в периоде поддерживающей терапии, так и в периоде без терапии мог наступить рецидив депрессии. В отличие от модели, описанной в другой работе [1], при рецидиве пациент возвращался в то же состояние, из которого он вышел в ремиссию (препарат и доза). Таким образом, модель имела 12 состояний здоровья, хотя возможность прямого перехода существовала не для всех состояний. Вероятности перехода из одного состояния в другое были взяты из работы M.Nuijten и соавт. [8] и представлены в табл. 1.

Таблица 1

Вероятности перехода из одного состояния в другое за цикл

Состояние	Вероятность за цикл
Флувоксамин эффективен в обычной дозе	0,6
Флувоксамин эффективен в повышенной дозе	0,3
ТЦАД эффективны в обычной дозе	0,6
ТЦАД эффективны в повышенной дозе	0,3
Возврат (обострение) депрессии на поддерживающей дозе флувоксамина	0,011
Рецидив депрессии после терапии флувоксамином	0,017
Возврат (обострение) депрессии на поддерживающей дозе ТЦАД	0,066
Рецидив депрессии после терапии ТЦАД	0,013

Примечания: в таблице не отмечены стартовое состояние – депрессия, а также состояния возврата и обострения после терапии повышенными дозами (для них вероятности предполагались равными таковым для обычной дозы).



Структура Марковской модели

Хотя риск самоубийства у лиц с депрессией повышен, в рамках анализируемого периода – 18 месяцев – он достаточно мал по абсолютной величине и поэтому риск самоубийства и ассоциированные с самоубийством расходы не анализировались в данном исследовании, а также в модели M.Nuijten и соавт. [8] и V.Jonsson и P.E.Bebbington [5].

Для анализа эффективности использовались такие показатели, как время без депрессии (TWiST – time without symptoms or toxicity), а также годы жизни, откорректированные на качество. При этом анализе предполагалось, что полезность (качество жизни) пациента вне депрессивного эпизода составляет 0,81, а депрессия снижает уровень полезности на 0,24. В рамках модели суммировалось количество недель, проведенных пациентом в каждом из состояний, и полученная величина делилась на 52 для того, чтобы от недель качественной жизни перейти к годам.

**Оценка стоимостных показателей.** Стоимость препаратов определялась как медианная стоимость дневной дозы для препаратов, зарегистрированных в списке ЖНВЛП (<http://grls.rosminzdrav.ru/PriceLims.aspx>, доступ осуществлен 30.03.2015), и увеличивалась на предельную оптовую надбавку для г.Санкт-Петербурга в зависимости от стоимости цены регистрации (Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 06.09.2010 №1190<sup>2</sup> (ред. от 25.12.2013) «Об установлении надбавок на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты») и на ставку НДС (10%), к чему затем добавлялась предельная розничная надбавка<sup>3</sup>.

Для флувоксамина были взяты цены на препарат с сайта medlux.ru (аптеки Москвы, доступ 27.06.2015).

Для сравнения адекватности выбранной оценки стоимости были сравнены рассчитанные с помощью описанной выше методики через зарегистрированные цены и полученные с помощью сайта medlux.ru цены для препарата amitriptilin (на момент поиска в аптечной базе (27.08.2015) кломипрамин отсутствовал). Расчетная медианная стоимость дневной дозы amitriptilina по зарегистрированной цене составила 4,6 руб., медианная аптечная цена составила 4,3 руб. Расхождения составили 0,3 руб., для финальной модели это давало погрешность менее 0,2%.

Для того чтобы выбрать ТЦАД сравнения были взяты результаты крупного неинтервенционного наблюдательного исследования DIANA [4], которое как раз анализировало частоту использования различных антидепрессантов при рекур-

рентном депрессивном расстройстве. Было установлено, что наиболее часто использовавшимися ТЦАД были amitriptilin (21,2% всех антидепрессантов) и кломипрамин (12,6% всех антидепрессантов). Остальные антидепрессанты использовались реже. Поэтому в модели было предположено, что пациенты в качестве ТЦАД могут получать либо amitriptilin, либо кломипрамин в соотношении 2:1 (как это наблюдалось в исследовании DIANA). Соответственно, стоимость лекарственной терапии была представлена взвешенной стоимостью amitriptilina и кломипрамина. Предполагалось, что, кроме разницы в назначаемой терапии и частоты госпитализации, другие ресурсы здравоохранения при терапии ТЦАД и флувоксамином потребляются с одинаковой частотой.

Стоимость госпитализации была взята из прейскуранта платных услуг<sup>4</sup> по лечению депрессии в стационаре (ФГБУ НЦПЗ). Надо отметить, что стоимость госпитализации была значительно ниже, чем стоимость одного дня в частных клиниках г.Москвы, где она составляет, обычно, более 10 тысяч рублей [2].

Было проанализировано два варианта модели, один учитывал потери ВВП ввиду нетрудоспособности, второй не принимал эти данные во внимание. Количество дней нетрудоспособности в цикле в зависимости от состояния и используемой терапии было взято из работы M.Nuijten и соавт., для госпитализации было принято, что пациент на период госпитализации нетрудоспособен и данные по ВВП на душу населения были взяты с сайта Росстата<sup>5</sup> за 2014 год. Кроме того, при анализе влияния на бюджет была использована модель с учетом потерь только налоговых поступлений (отчисления в государственные фонды по ставкам 2015 года<sup>6</sup>) за период нетрудоспособности.

Основные стоимостные показатели приведены в табл. 2.

В рамках анализа на основе марковской модели, исходя из времени, проведенном в каждом из состояний, было проанализировано время без депрессии, QALY, расходы на терапию. Далее были рассчитаны показатели стоимости-эффективности для флувоксамина в сравнении с ТЦАД для установления, происходит ли выигрыш или проигрыш бюджета и социального капитала страны. Кроме того, был выполнен анализ, исходя из предположения, что лица, которые принимали (или которым собирались назначить) флувоксамин переходят только на кломипрамин.

**Данные для оценки влияния на бюджет.** Для анализа влияния на бюджет Российской Федерации замены флувоксамина на ТЦАД в терапии рекур-

<sup>2</sup> 20% для препаратов стоимостью до 50 руб., 15% для препаратов стоимостью от 50 до 500 руб. и 14% для препаратов стоимостью свыше 500 руб.

<sup>3</sup> 28% для препаратов стоимостью до 50 руб., 22% для препаратов, стоимостью от 50 до 500 руб. и 18% для препаратов, стоимостью свыше 500 руб. Предполагалось, что стоимость формируется для аптечного учреждения, освобожденного от уплаты НДС ([http://admtymen.ru/ogv\\_ru/finance/price\\_tarif/more.htm?id=11135290@cmsArticle](http://admtymen.ru/ogv_ru/finance/price_tarif/more.htm?id=11135290@cmsArticle)).

<sup>4</sup> <http://www.psychiatry.ru/stat/22>

<sup>5</sup> <http://www.gks.ru/>

<sup>6</sup> 22,9% в пенсионный фонд, 2,9% в фонд социального страхования и 5,1% в федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

**Оценки расходов, ассоциированных с терапией, данные по потерянным дням трудоспособности из работы M.Nuijten и соавт. [4]**

	мг	Стоимость в день (руб.)	Потеряно дней трудоспособности за цикл
Флувоксамин, исходная доза	100	55,67	7
Флувоксамин, повышенная доза	200	111,33	7
ТЦАД, исходная доза	100	21,48	14,125
ТЦАД, повышенная доза	150	32,22	14,125
Другие ИОЗС (пароксетин/сертралин), исходная доза	20/50	28,80	7
Другие ИОЗС (пароксетин/сертралин), повышенная доза	40/100	51,61	7
Госпитализация		3100	46
ВВП на душу населения		1339,12	

Примечания: стоимость дня терапии ИОЗС рассчитана исходя из стоимости дня терапии пароксетином и сертралином и усреднена соответственно относительной частоты приема препарата в исследовании DIANA.

Таблица 3

**Результаты анализа стоимости и времени без депрессии**

Модель	Время без депрессии		Расходы		Разница расходов
	Флувоксамин	ТЦАД	Флувоксамин	ТЦАД	
Без учета потерь ВВП	0,778	0,732	34420	30403	-4017
С учетом налоговых потерь	0,778	0,732	42803	43909	1106
С учетом потерь ВВП	0,778	0,732	67489	83680	16191

рентной депрессии необходимо было вначале выяснить, какое количество пациентов ежегодно страдают от рекуррентной депрессии. Согласно данным европейского исследования, 12-месячная распространенность большой депрессии составляет 6,9% [11], хотя, например, в Хорватии она составила 2,2% [9]. Данные крупного финского исследования показывают, что годовая заболеваемость депрессией составляет около 3% при том, что только 8,5 случаев на 1000 человек были повторными [7]. Соответственно, было сделано предположение, что годовая частота случаев рекуррентного депрессивного расстройства составляет 0,85% и служит хорошей аппроксимацией количества случаев депрессии, рассматривавшихся в модели. Из этого числа, на основе данных исследования DIANA были выделены те, кто получает терапию флувоксамином. Для анализа влияния на бюджет был сделан анализ, исходя из предположения, что пациенты начнут получать вместо amitриптилина/кломипрамина флувоксамин. Также был проведен анализ влияния на бюджет в случае, если только кломипрамин будет использоваться вместо флувоксамина.

Модель построена в системе SAS (версия 3.1) и позволяет варьировать исходными параметрами.

**Результаты**

**Результаты анализа затратной эффективности (стоимость-эффективность).** Основные результаты анализа стоимости-эффективности приведены в табл. 3 и 4.

Как видно из табл. 3, время, проведенное без депрессии, было больше на флувоксамине в сравнении с ТЦАД, несмотря на их одинаковую первичную эффективность. Очевидной причиной таких результатов была большая частота возврата депрессии на поддерживающей дозе ТЦАД в сравнении с флувоксамином. Если ориентироваться на год, то пациенты на флувоксамине, в рамках данной модели, проводили на 23 дня меньше в состоянии депрессии. Стоимость терапии флувоксамином была выше, чем стоимость терапии ТЦАД (в первую очередь благодаря крайне низкой цене amitриптилина – дневная доза этого препарата составляет 4,6 руб. в сравнении с 50 руб. за кломипрамин и 28 руб. за сертралин). Вместе с тем, обращает на себя внимание то, что преи-

Таблица 4

**Анализ стоимости-эффективности назначения флувоксамина вместо ТЦАД при терапии РДР**

Модель	QALY		Разность QALY	Инкрементный коэффициент стоимости-эффективности
	Флувоксамин	ТЦАД		
Без учета потерь ВВП	1,135	1,118	0,017	236294
С учетом потерь ВВП	1,135	1,118	0,017	Назначение флувоксамина – доминирующая стратегия

мущество ТЦАД исчезало в модели, где учитывались потери ВВП в результате нетрудоспособности. Если в модели, где эти потери не учитывались, терапия ТЦАД оказывалась на 4 017 рублей дешевле, то в случае учета потерь она была уже на 16 191 рубль дороже. Если вместо флувоксамина будет использоваться кломипрамин, то это приведет к росту расходов в 538 рублей на пациента на эпизод без учета потерь ВВП и 20 747 рублей на эпизод с учетом ВВП.

Назначение ТЦАД вместо флувоксамина за счет увеличения времени без депрессии приведет к сокращению количества лет жизни, откорректированных на качество на 0,017. Соответственно, поскольку в базовой модели стоимость терапии была ниже, но и эффективность была ниже, можно было рассчитать инкрементный коэффициент стоимости-эффективности, который показывал стоимость одного дополнительного года качественной жизни, которая теряется при замене флувоксамина на ТЦАД.

Как видно из данных, приведенных в табл. 4, стоимость одного QALY составила в базовой модели без учета ВВП 236 294 рублей, что значительно ниже порога «готовности заплатить», который равен утроенному ВВП на душу населения [3] и, соответственно, превышает 1,2 млн. рублей. Стоимость одного QALY оказывается ниже даже однократного значения ВВП на душу населения, что позволяет не считать такую замену стоимостно-эффективной.

С учетом потерь ВВП использование ТЦАД вместо флувоксамина было ассоциировано с увеличением затрат на фоне снижения качества жизни, соответственно стратегия отказа от замены была доминирующей, то есть она приводила как к снижению затрат, так и повышению эффективности лечения. Причем даже учет только потерь бюджета от невыплаты страховых отчислений в государственные фонды делал стратегию продолжения использования флувоксамина доминирующей.

Если рассматривать модель, в которой вместо флувоксамина использовался только кломипрамин, то, ввиду большей стоимости терапии кломипрамином в сравнении с амитриптилином, затраты при использовании флувоксамина оказывались ниже и стратегия назначения флувоксамина доминировала как в модели, учитывавшей потери ВВП, так и в модели

не учитывавшей эти потери. В обоих случаях терапия флувоксамином была более дешевой и более эффективной. Соответственно, исчезновение его из льготных перечней приводит к ухудшению качества жизни и большим расходам.

**Результаты анализа влияния на бюджет Российской Федерации.** Согласно данным исследования DIANA, примерно 9,7% пациентов с РДР получали флувоксамин. Результаты анализа влияния на бюджет различных стратегий замены этого препарата на ТЦАД приведены в табл. 5.

Напомним, что анализ влияния на бюджет исходил из того, что РДР наблюдается с частотой 8,5 случаев на 1 000 населения в год. Единственным вариантом модели, при которой наблюдалось снижение расходов бюджета, была модель, в которой вместо флувоксамина использовались амитриптилин или кломипрамин, и при этом не учитывались потери вследствие нетрудоспособности пациентов. Снижение расходов составило бы 54 млн. рублей в год. Если же флувоксамин использовался только вместо кломипрамина, то даже без учета потерь вследствие нетрудоспособности, должна была наблюдаться экономия средств в размере 7,2 млн. рублей в год.

Если учитывались потери вследствие нетрудоспособности, то замена флувоксамина на ТЦАД всегда приводила к потерям бюджета. Если учитывались только страховые платежи, то потеря составляла 14,8 млн. рублей при замене на амитриптилин или кломипрамин и 75,9 млн. рублей при замене только на кломипрамин. При учете потерь ВВП, которые происходят на фоне более длительного лечения, потери бюджета поднимались до 217 млн. рублей в случае использования вместо флувоксамина амитриптилина и кломипрамина, и до 278 млн. при замене флувоксамина только на кломипрамин.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что замена флувоксамина на ТЦАД в связи с исчезновением его из льготных перечней приведет к потерям для бюджета Российской Федерации в сочетании с увеличением времени, которое пациент проводит в состоянии депрессии и к снижению времени качественной жизни. При этом если цена флувоксамина равна той, что наблюдается в настоящий момент в аптечной сети, то использование вместо него ТЦАД приведет к незначительному снижению прямых расходов, которые не компенсируются потерями от меньшей продолжительности периода трудоспособности пациентов. Причем даже если в модели учитывались не потери ВВП, а налоговых поступлений от начислений на заработную плату, все равно стратегия использования ТЦАД вместо флувоксамина оказывалась более затратной. Для того, чтобы экономический эффект от замены ТЦАД на флувоксамин сохранялся, разумно было бы фиксировать его цену путем включения в перечень ЖНВЛП, что позволило бы сохранить возможность достижения более адекватной терапии РДР с меньшими расходами.

Таблица 5

**Результаты анализа влияния на бюджет замены флувоксамина на ТЦАД, млн. руб.**

Модель	Замена на ТЦАД	Замена только на кломипрамин
Без учета потерь ВВП	-53,9	7,2
С учетом только потерь страховых отчислений	14,8	75,9
С учетом потерь ВВП	217,1	278,2

## ЛИТЕРАТУРА

1. Плавинский С.Л., Давыдов К.В. Оценка стоимости-эффективности и влияния на бюджет Российской Федерации использования флувоксамина вместо трициклических антидепрессантов в терапии рекуррентного депрессивного расстройства // Медицина. 2015. № 2. С. 1–10.
2. Родионова А. Притянуто за души // Vademesum. 2015. № 37. С. 30–34.
3. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Нгуен Т. Определение «порога готовности платить» в России, в Европейских странах и в странах СНГ // Фармакоэкономика. 2011. Т. 4, № 1. С. 7–12.
4. Avedisova A., Smulevich A., Mazo G., Otter K. Retrospective observational study to estimate the duration of initial antidepressant treatment in patients with recurrent depressive disorder who demonstrated a suboptimal response to therapy - DIANA: Tech. rep.: AstraZeneca, NIS REPORT SYNOPSIS, 2014.
5. Jonsson B., Bebbington P.E. What price depression? The cost of depression and the cost-effectiveness of pharmacological treatment // Br. J. Psychiatry. 1994. Vol. 164, N 5. P. 665–673.
6. Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M. et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence // J. Affect. Disord. 1993. Vol. 29, N 2–3. P. 85–96.
7. Lehtinen V., Sohlman B., Nummelin T. et al. The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005. Vol. 40, N 10. P. 778–784.
8. Nuijten M., Hadjadjeba L., Evans C., Van den Berg J. Cost effectiveness of fluvoxamine in the treatment of recurrent depression in France // Pharmacoeconomics 1998. Vol. 14, N 4. P. 433–445.
9. Stojanovic-Spehar S., Blazekovic-Milakovic S., Amerl-Sakic V. et al. Depression prevalence and estimation of psychosocial parameters within adult population in city of Zagreb // Psychiatr. Danub. 2009. Vol. 21, N 4. P. 497–507.
10. Trivedi M.H., Daly E.J. Measurement-based care for refractory depression: a clinical decision support model for clinical research and practice // Drug Alcohol Depend. 2007. Vol. 88, Suppl. 2. P. 61–71.
11. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 // Eur. Neuropsychopharmacol. 2011. Vol. 21, N 9. P. 655–679.

## ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЛЯ БЮДЖЕТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАМЕНЫ ФЛУВОКСАМИНА НА ТРИЦИКЛИЧЕСКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ В ТЕРАПИИ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

К.В. Давыдов, С.Л. Плавинский

Трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина являются основными препаратами, используемыми в клинической практике для лечения рекуррентного депрессивного расстройства. В исследовании были проанализированы последствия для бюджета Российской Федерации замены терапии флувоксамин на трициклические антидепрессанты ввиду исключения флувоксамина из льготных перечней. Показано, что при учете непря-

мых затрат (потерь ВВП и страховых взносов от нетрудоспособности) бюджет Российской Федерации несет потери в размере 14–278 млн. рублей в год. Если не прямые затраты игнорируются и вместо препарата назначаются amitriptyline или clomipramine, то снижение расходов не компенсирует потерю эффективности, составляя 236 тыс. руб. за QALY.

**Ключевые слова:** рекуррентное депрессивное расстройство, фармакоэкономика, флувоксамин, трициклические антидепрессанты.

## ECONOMIC CONSEQUENCES FOR THE BUDGET OF RUSSIAN FEDERATION OF REPLACEMENT OF FLUVOXAMINE WITH TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS IN THE TREATMENT OF RECURRENT DEPRESSION

K.V. Davydov, S.L. Plavinsky

Tricyclic antidepressants (TCA) and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) are the main drug classes used in the treatment of recurrent depressive disorder. The study analyzed budget impact from exclusion of fluvoxamine from reimbursement lists with replacement of the therapy with this drug with TCA. If indirect costs are included in the calculation (GDP loss and payroll tax unpaid), budget of Russian Federation loses between

14–278 mln rubles per year. If indirect costs are ignored and fluvoxamine is replaced with amitriptyline and clomipramine treatment, corresponding budget saving are not offset the loss of effectiveness (236 thousand rubles per QALY).

**Key words:** recurrent depressive disorder, pharmacoeconomics, fluvoxamine, tricyclic antidepressants.

---

**Давыдов Кирилл Валентинович** – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: davidoff\_kirill@rambler.ru

**Плавинский Станислав Леонидович** – доктор медицинских наук, профессор, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова; e-mail: splavinskij@mail.ru

---

Журнал зарегистрирован в Государственном Комитете СССР по печати.  
Свидетельство № 1582 от 25 февраля 1991 г.

Сдано в набор 22.01.2016. Подписано в печать 11.02.2016. Формат 60x90/8. Гарнитура Таймс. Печать офсетная.  
Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 15. Усл. печ. л. 15. Тираж 3000 экз. Заказ 239 от 15.02.2016.

Издательский дом «МЕДПРАКТИКА-М»,  
123056, Москва, пер. Красина, 15, стр. 1  
Тел. (499) 254-22-81, E-mail: id@medpraktika.ru; http://www.medpraktika.ru

Отпечатано в типографии ЗАО «Новые печатные технологии»  
Тел.: +7(495)223-92-00  
info@web2book.ru, www.web2book.ru.

© «Социальная и клиническая психиатрия»