

# Анализ структуры потребления и барьеров для доступности генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях в Российской Федерации

Ли́ла А.М.<sup>1,2</sup>, Древа́ль Р.О.<sup>3</sup>, Дубинина Т.В.<sup>1</sup>, Королев М.А.<sup>4</sup>, Каратеев Д.Е.<sup>5</sup>,  
Шипицын В.В.<sup>3</sup>, Пчельникова П.И.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва; <sup>3</sup>Автономная некоммерческая организация «Проектно-исследовательский институт внедрения социальных инициатив», Санкт-Петербург; <sup>4</sup>Федеральный исследовательский центр «Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», Новосибирск; <sup>5</sup>ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва; <sup>6</sup>Общероссийская общественная организация инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда», Москва

<sup>1</sup>Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; <sup>2</sup>Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1;

<sup>3</sup>Россия, 197046, Санкт-Петербург, ул. Котовского, 3/12А, кв. 31; <sup>4</sup>Россия, 630090, Новосибирск, просп. Академика Лаврентьева, 10; <sup>5</sup>Россия, 129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2; <sup>6</sup>Россия, 115516, Москва, ул. Промышленная, 1, стр.3

**Цель исследования** — изучение структуры применения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) и селективных иммунодепрессантов (СИ) при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях (ИВРЗ) в Российской Федерации (РФ), а также анализ ключевых барьеров для обеспечения доступности ГИБП и СИ.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты мониторинга статистических данных о применении ГИБП и СИ при ИВРЗ за 2023–2024 гг., представленных главными внештатными специалистами ревматологами субъектов РФ.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что в 78 регионах РФ терапией ГИБП и СИ по всем каналам финансирования охвачено 47,02 тыс. больных с ИВРЗ (33,1 пациента на 100 тыс. населения). Частота использования этих препаратов различается в структуре как международных непатентованных наименований и нозологий, так и региональной специфики назначения и каналов финансирования. В субъектах РФ максимальные и минимальные значения показателя «Обеспеченность ГИБП и СИ на 100 тыс. населения, пациентов» различались в 15 раз. Обеспеченность ГИБП и СИ на 100 тыс. населения выше общероссийского показателя выявлена в 34 регионах, тогда как в 44 она была ниже. Отмечены существенные региональные различия в подходах к лекарственному обеспечению (ЛО): в 37 регионах РФ преобладало финансирование из бюджетных средств (средний показатель финансирования по данному каналу — 91%). Система ОМС была активно задействована лишь в 12 субъектах, тогда как в 29 превалировало смешанное финансирование ЛО.

**Заключение.** Наблюдается положительная динамика в отношении увеличения количества больных с ИВРЗ, получающих ГИБП и СИ. Однако продемонстрированы и существенные региональные различия в подходах к ЛО, что создает барьеры на пути к рациональному использованию инновационной терапии. Необходимы управленческие решения, направленные на увеличение доступности ГИБП и СИ при лечении ИВРЗ.

**Ключевые слова:** иммуновоспалительные ревматические заболевания; генно-инженерные биологические препараты; селективные иммунодепрессанты; лекарственное обеспечение.

**Контакты:** Руслан Орестович Древаль; [ruslandreval@ivsizdav.ru](mailto:ruslandreval@ivsizdav.ru)

**Для цитирования:** Ли́ла АМ, Древа́ль РО, Дубинина ТВ, Королев МА, Каратеев ДЕ, Шипицын ВВ, Пчельникова ПИ. Анализ структуры потребления и барьеров для доступности генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях в Российской Федерации. Современная ревматология. 2026;20(1):13–22. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2026-1-13-22>

*Analysis of the structure of use and barriers to access to biologic disease-modifying antirheumatic drugs and selective immunosuppressants in immune-mediated inflammatory rheumatic diseases in the Russian Federation*

*Lila A.M.<sup>1,2</sup>, Dreval R.O.<sup>3</sup>, Dubinina T.V.<sup>1</sup>, Korolev M.A.<sup>4</sup>, Karateev D.E.<sup>5</sup>,*

**Shipitsyn V.V.<sup>3</sup>, Pchelnikova P.I.<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow; <sup>2</sup>Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia, Moscow; <sup>3</sup>Social Initiative Implementation Research Institute, Saint Petersburg; <sup>4</sup>Institute of Cytology and Genetics, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Novosibirsk; <sup>5</sup>M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow; <sup>6</sup>All-Russian Non-profit Organization of disabled people "Russian Rheumatological Association "Nadezhda", Moscow

<sup>1</sup>34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia; <sup>2</sup>2/1, Barrikadnaya Street, Build. 1, Moscow 125993, Russia; <sup>3</sup>3/12A, Kotovskogo Street, Apartment 31, Saint Petersburg 197046, Russia; <sup>4</sup>10, Akademika Lavrentyeva Prospect, Novosibirsk 630090, Russia; <sup>5</sup>61/2, Shchepkina Street, Moscow 129110, Russia; <sup>6</sup>1, Promyshlennaya Street, Build. 3, Moscow 115516, Russia

**Objective:** to study the structure of use of biologic disease-modifying antirheumatic drugs (bDMARDs) and selective immunosuppressants (SIs) in immune-mediated inflammatory rheumatic diseases (IMIRDs) in the Russian Federation (RF), as well as an analysis of the key barriers to ensuring access to bDMARDs and SIs.

**Material and methods.** Analysis of the results of monitoring statistical data on the use of bDMARDs and SIs in IMIRDs for 2023–2024, provided by chief external rheumatology specialists of the constituent entities of the RF.

**Results and discussion.** It was found that in 78 regions of the RF, bDMARD and SI therapy across all funding channels covered 47.02 thousand patients with IMIRDs (33.1 patients per 100 thousand population). The frequency of use of these drugs differs in the structure of both international nonproprietary names (INN) and nosologies, as well as in regional prescribing specifics and funding channels. In the constituent entities of the RF, the maximum and minimum values of the indicator "Provision of bDMARDs and SIs per 100 thousand population, patients" differed 15-fold. Provision of bDMARDs and SIs per 100 thousand population above the nationwide level was identified in 34 regions, whereas in 44 regions it was below. Substantial regional differences in approaches to drug provision (DP) were noted: in 37 regions of the RF, financing from budget funds predominated (average level of funding via this channel was 91%). The compulsory medical insurance (CMI) system was actively used only in 12 constituent entities, whereas in 29 mixed financing of DP prevailed.

**Conclusion.** A positive trend is observed toward an increase in the number of patients with IMIRDs receiving bDMARDs and SIs. However, substantial regional differences in approaches to DP were demonstrated, which creates barriers to the rational use of innovative therapy. Management decisions aimed at increasing access to bDMARDs and SIs in the treatment of IMIRDs are needed.

**Keywords:** immune-mediated inflammatory rheumatic diseases; biologic disease-modifying antirheumatic drugs; selective immunosuppressants; drug provision.

**Contact:** Ruslan Orestovich Dreval; [ruslandreval@ivsizdav.ru](mailto:ruslandreval@ivsizdav.ru)

**For citation:** Lila AM, Dreval RO, Dubinina TV, Korolev MA, Karateev DE, Shipitsyn VV, Pchelnikova PI. Analysis of the structure of use and barriers to access to biologic disease-modifying antirheumatic drugs and selective immunosuppressants in immune-mediated inflammatory rheumatic diseases in the Russian Federation. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2026;20(1):13–22. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2026-1-13-22>

Иммуновоспалительные ревматические заболевания (ИВРЗ) представляют собой гетерогенную группу нозологий, преимущественно системного, реже локального характера, ведущим проявлением которых является стойкое поражение опорно-двигательного аппарата [1]. Хроническое воспаление, связанное с тяжелыми нарушениями в системе иммунитета, обуславливает вовлечение в патологический процесс не только суставов, мышц, связок и сухожилий, но и практически всех органов и тканей. Медико-социальная значимость ИВРЗ определяется их широкой распространенностью, негативным влиянием на качество жизни больных, высокой временной и стойкой нетрудоспособностью, сокращением продолжительности жизни, в первую очередь вследствие сердечно-сосудистой патологии, в том числе связанной с развитием раннего и тяжелого атеросклероза, а также значительными экономическими затратами [2–4].

Современные возможности лечения ИВРЗ с применением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) и селективных иммунодепрессантов (СИ) во многом изменили стратегию противоревматической терапии и представления о ее потенциале. Впервые стало возможным добиться значительного контроля над активностью болезни с достижением ее ремиссии или низкой активности. В настоящее время важность раннего лечения ИВРЗ общепризнана и неоспорима.

Более того, раннее и более широкое назначение ГИБП и СИ может быть значимым фактором контроля не только прогрессирования этих заболеваний, но и развития коморбидных состояний, что потенциально связано со снижением социально-экономических последствий [4]. Как показали ранее проведенные исследования, подходы к применению ГИБП в разных странах существенно различаются, но в целом доля пациентов с ИВРЗ, нуждающихся в таком лечении, может варьироваться от 15 до 25%. Однако реальные уровни лекарственного обеспечения (ЛО) ГИБП в Российской Федерации (РФ), по данным, опубликованным в 2018 г., составляли 5–6% [5].

**Цель работы** – изучение особенностей структуры применения ГИБП и СИ для лечения ИВРЗ в РФ, а также анализ ключевых барьеров для обеспечения пациентов этими препаратами.

**Материал и методы.** Работа основана на данных о количестве пациентов с ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилитом (АС), псориатическим артритом (ПсА) и системной красной волчанкой (СКВ), у которых применялись ГИБП и СИ, полученных из отчетов главных внештатных специалистов (ГВС) ревматологов 78 субъектов РФ за период 2023–2024 гг., что составляет 88% общего числа субъектов РФ и 97% численности населения страны.

Учитывались следующие каналы финансирования:

- государственные гарантии оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара (клинико-статистические группы – КСГ – в системе обязательного медицинского страхования – ОМС);
- обеспечение необходимыми лекарственными средствами (ОНЛС) – «федеральная льгота»;
- региональное льготное обеспечение (РЛО).

Анализ барьеров для организации медицинской помощи и ЛО больных с ИВРЗ и доступности ГИБП и СИ основан на экспертных данных ГВС ревматологов 44 субъектов РФ.

### Результаты

#### *Обеспеченность ГИБП и СИ пациентов с ИВРЗ с учетом нозологий и каналов финансирования*

Анализ охвата терапией ГИБП и СИ пациентов с ИВРЗ в РФ по всем каналам финансирования показал, что данное лечение получают 47 023 больных (33,1 на 100 тыс. населения), из них 19 739 (42,0%) – с РА, 14 389 (30,6%) – с АС, 6906 (14,7%) – с ПсА, 1398 (3,0%) – с СКВ, 4591 (9,8%) – с другими ИВРЗ. При этом в рамках страхового канала (ОМС) финансирования ГИБП и СИ обеспечено 14 562 больных (10,2 на 100 тыс. населения): 6815 (46,8%) – с РА, 3429 (23,5%) – с АС, 1963 (13,5%) – с ПсА, 690 (4,7%) – с СКВ, 1665 (11,4%) – с прочими ИВРЗ. Бюджетный канал финансирования обеспечивает ГИБП и СИ 32 461 больного (22,8 на 100 тыс. населения): из них 12 924 (39,8%) – с РА, 10 960 (33,8%) – с АС, 4943 (15,2%) – с ПсА, 708 (2,2%) – с СКВ, 2926 (9,0%) – с другими ИВРЗ.

#### *Обеспеченность ГИБП и СИ пациентов с ИВРЗ с учетом международных непатентованных наименований (МНН)*

Для лечения ИВРЗ применяется 29 МНН ГИБП и СИ [6]. В целом по всем ИВРЗ более 50% назначений приходится на 5 МНН – ритуксимаб, олокизумаб, адалимумаб, секукинумаб и этанерцепт. Если учитывать 80% назначений, то к указанным выше ГИБП необходимо добавить еще 6 МНН – нетакимаб, тофацитиниб, деносумаб, упадацитиниб, голимумаб и цертолизумаба пэгол (табл. 1). Прирост более 50% за год продемонстрировали МНН анифролумаб и анакинра. Положительный прирост также отмечался у следующих МНН: деносумаб, голимумаб, олокизумаб, устекинумаб, рисанкизумаб, меполизумаб, иксекизумаб, гуселькумаб, тофацитиниб, барицитиниб, нетакимаб и упадацитиниб.

С точки зрения ценового сегментирования ГИБП и СИ, учитывая средневзвешенную цену МНН, стоимость ЛО в год и объем выписки, 5 МНН с суммарной выпиской 32% находятся в ценовом диапазоне до 500 тыс. руб. в год, 15 МНН с суммарной выпиской 60% – от 500 тыс. до 1 млн руб. в год, 3 МНН с суммарной выпиской 6% – от 1 до 1,5 млн руб. в год, 3 МНН с суммарной выпиской 1,3% – свыше 1,5 млн руб. в год (рис. 1).

#### *Региональные особенности ЛО*

Выявлены существенные различия в обеспечении пациентов ГИБП и СИ в субъектах РФ. Максимальный показатель «Обеспеченность ГИБП и СИ на 100 тыс. населения, пациентов» отмечен в Республике Саха (Якутия) и составляет 119, что в 15 раз превышает минимальный показатель – 8, наблюдаемый в Ростовской области. В целом по РФ этот показатель достигает 33,1. Обеспеченность ГИБП и СИ на

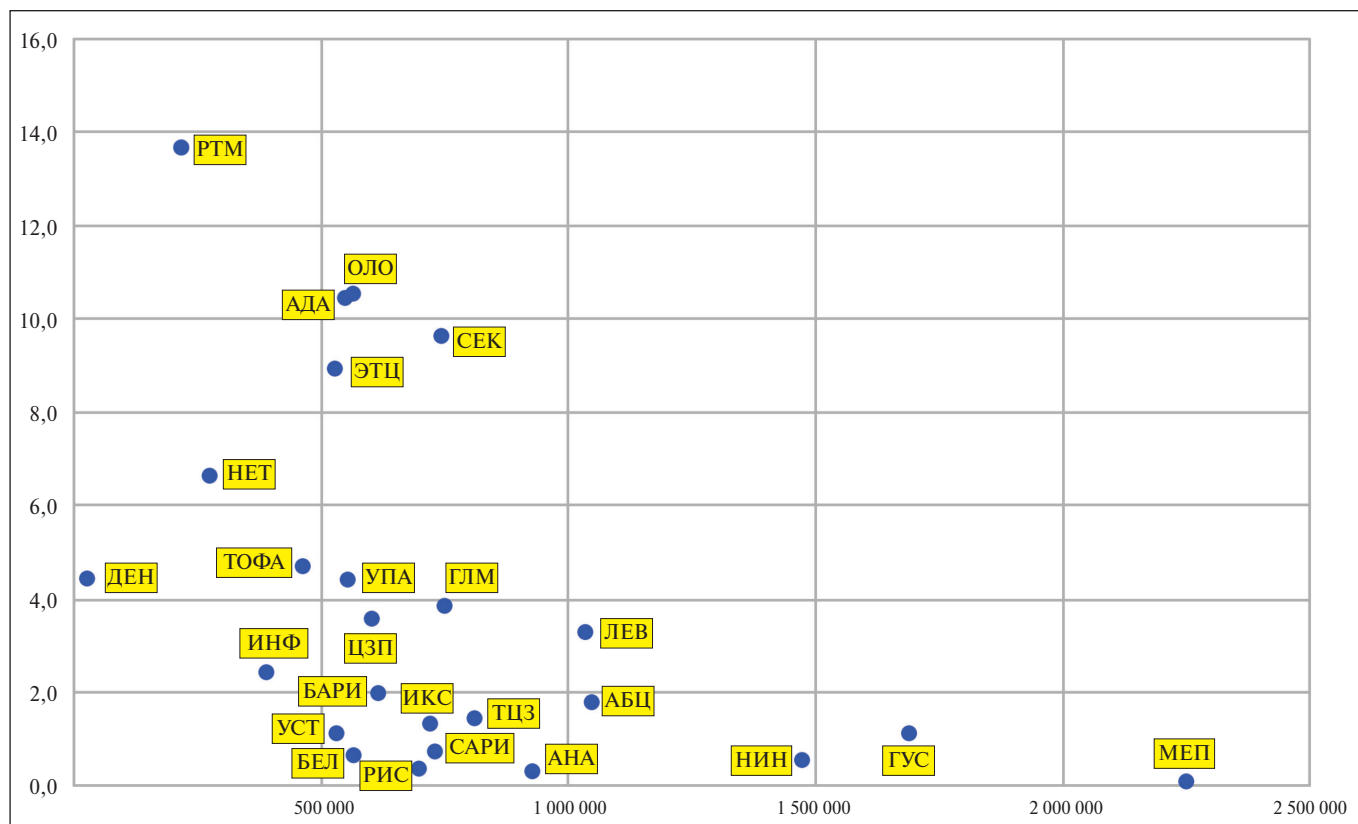
Таблица 1. Доля назначений ГИБП и СИ при ИВРЗ в РФ в 2024 г.  
Table 1. Proportion of prescriptions of bDMARDs and SIs in IMIRDs in the RF in 2024

МНН	Доля в выписке в 2024 г., %
Ритуксимаб	13,70
Олокизумаб	10,59
Адалимумаб	10,52
Секукинумаб	9,69
Этанерцепт	8,97
Нетакимаб	6,67
Тофацитиниб	4,69
Деносумаб	4,49
Упадацитиниб	4,48
Голимумаб	3,94
Цертолизумаба пэгол	3,63
Левелимаб	3,36
Инфликсимаб	2,45
Барицитиниб	2,04
Абатацепт	1,89
Тоцилизумаб	1,48
Иксекизумаб	1,38
Устекинумаб	1,16
Гуселькумаб	1,16
Сарилумаб	0,77
Белимумаб	0,71
Нинтеданиб	0,60
Анифролумаб	0,45
Рисанкизумаб	0,41
Анакинра	0,35
Канакинумаб	0,17
Меполизумаб	0,10
Апремиласт	0,10
Сенипрутуг	0,04

100 тыс. населения, превышающая общероссийский показатель, выявлена в 34 регионах, тогда как в 44 она была ниже (рис. 2)

#### *Обеспеченность пациентов ГИБП и СИ в субъектах РФ с учетом каналов финансирования*

Вторым важным показателем является «Структура финансирования ГИБП и СИ, %», т. е. преимущественный канал, из которого в субъекте РФ осуществляется финанси-



**Рис. 1.** Ценовое сегментирование ГИБП и СИ без учета МНН, не входящих в актуальную модель КСГ. По оси абсцисс – стоимость ЛО в год с НДС (из расчета средневзвешенной цены МНН при стоимости законченного случая), руб.; по оси ординат – доля в выписке, %. МНН канакинумаб со стоимостью 7 445 637 рублей в год и долей выписки 0,2% на графике не указан. РТМ – ритуксимаб; ОЛО – олоклизумаб; АДА – адалимумаб; СЕК – секукинумаб; ЭТЦ – этанерцепт; НЕТ – нетакимаб; ДЕН – деносумаб; ТОФА – тофацитиниб; УПА – упадацитиниб; ГЛМ – голимумаб; ЦЗП – цертолизумаба пэгол; ЛЕВ – левилимаб; ИНФ – инфликсимаб; БАРИ – барицитиниб; УСТ – устекинумаб; ИКС – иксекизумаб; ТЦЗ – тоцилизумаб; АБЦ – абатацепт; БЕЛ – белимумаб; САРИ – сарилумаб; РИС – рисанкизумаб; АНА – анакинра; НИН – нинтеданиб; ГУС – гуселькумаб; МЕП – меполизумаб

**Fig. 1.** Price segmentation of bDMARDs and SIs excluding INN not included in the current DRG model. X-axis: annual cost of DP including VAT (based on the weighted average INN price at the cost per completed case), RUB; the Y-axis shows the proportion in prescription, %. The INN canakinumab, with an annual cost of RUB 7,445,637 and proportion in prescription of 0.2%, is not shown in the figure. РТМ – rituximab; ОЛО – olokizumab; АДА – adalimumab; СЕК – secukinumab; ЭТЦ – etanercept; НЕТ – netakimab; ДЕН – denosumab; ТОФА – tofacitinib; УПА – upadacitinib; ГЛМ – golimumab; ЦЗП – certolizumab pegol; ЛЕВ – levilimab; ИНФ – infliximab; БАРИ – baricitinib; УСТ – ustekinumab; ИКС – ixekizumab; ТЦЗ – tocilizumab; АБЦ – abatacept; БЕЛ – belimumab; САРИ – sarilumab; РИС – risankizumab; АНА – anakinra; НИН – nintedanib; ГУС – guselkumab; МЕП – mepolizumab

рование ЛО ГИБП и СИ. Регион может использовать страховую (средства ОМС) и/или бюджетную (средства федерального бюджета – ОНЛС или средства регионального бюджета – РЛО) модель финансирования. Исходя из канала финансирования ЛО, все субъекты РФ распределены на три группы:

1. Преимущественное (более 3/4 объема) финансирование ЛО ГИБП и СИ за счет средств ОМС – 12 регионов, средний показатель финансирования по страховому каналу – 88%, по бюджетному – 12% (рис. 3).

2. Преимущественное (более 3/4 объема) финансирование ЛО ГИБП и СИ за счет бюджетных средств – 37 регионов, средний показатель финансирования по страховому каналу – 9%, по бюджетному – 91% (рис. 4).

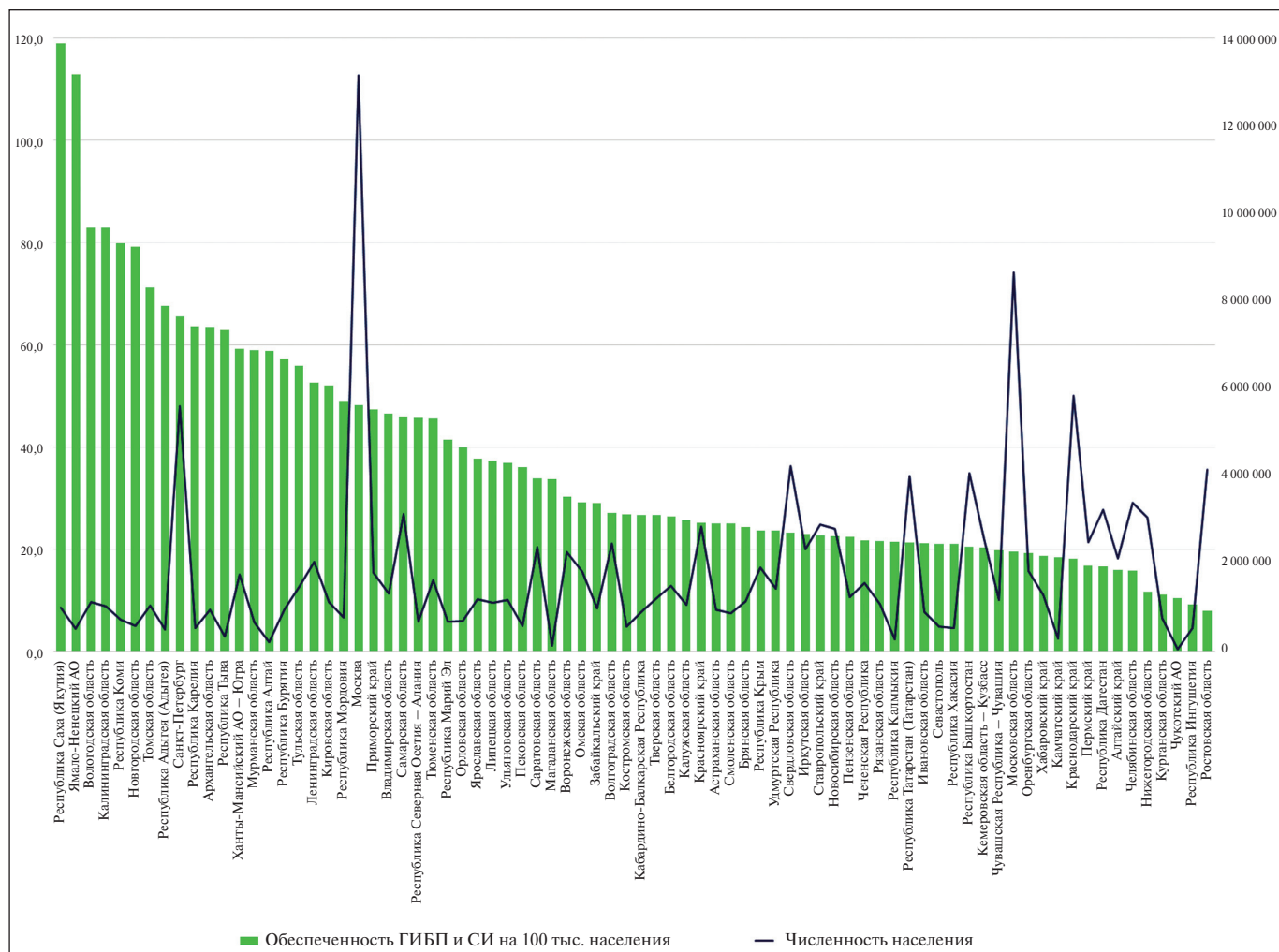
3. Смешанное финансирование ЛО ГИБП и СИ за счет средств ОМС и бюджетных средств – 29 регионов, средний

показатель финансирования по страховому каналу – 46%, по бюджетному – 54% (рис. 5).

#### Особенности применения и финансирования внутривенных форм ГИБП в льготном канале ЛО

Анализ структуры назначения ГИБП и СИ показывает, что большая часть (более 60%) ГИБП и СИ, в том числе ГИБП, у которых согласно инструкции по применению предусмотрено внутривенное введение или иные особенности использования, требующие введения препаратов в стационарных условиях, закупается за счет льготных каналов финансирования.

В актуальной модели КСГ (по состоянию на 2025 г.) отсутствует тариф «Введение ГИБП и СИ, полученных из иных источников финансирования, кроме ОМС». В связи с этим при необходимости такого введения оказание пациентам



**Рис. 2.** Обеспеченность ГИБП и СИ на 100 тыс. населения. По левой шкале ординат — обеспеченность ГИБП и СИ на 100 тыс. населения; по правой шкале ординат — численность населения. АО — автономный округ  
**Fig. 2.** Provision of bDMARDs and SIs per 100 thousand population. Left Y-axis shows coverage with bDMARDs and SIs per 100,000 of population; the right Y-axis shows population size. AO — autonomous okrug

медицинской помощи проводится в амбулаторных условиях и предусматривает оплату посещения врача, что нередко противоречит порядку оказания медицинской помощи по профилю «Ревматология» или оплачивается через систему ОМС с использованием базовых тарифов КСГ [7] (табл. 2). Это приводит к существенному повышению стоимости законченного случая оказания медицинской помощи (около 0,36 млрд руб. в год дополнительных расходов).

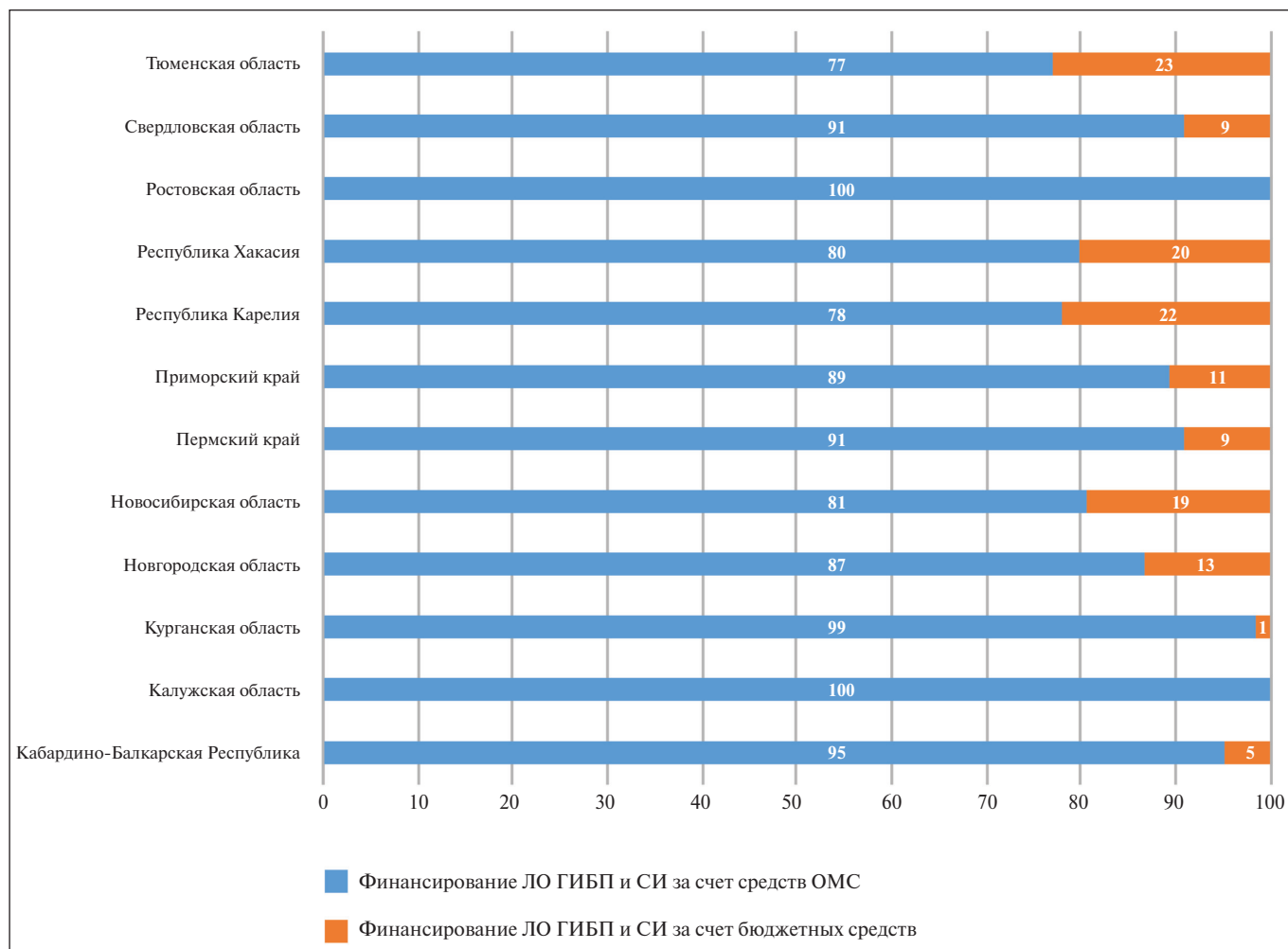
Как показали расчеты с использованием объема выписки ГИБП с внутривенным путем введения (табл. 3) в бюджетных каналах финансирования — ОНЛС, РЛО (инициация терапии не учитывалась), в них нуждались 4252 (9%) пациентов, при этом их ЛО финансировалось из средств федерального и/или региональных бюджетов.

Расчетное значение тарифа на введение ГИБП и СИ в стационарных условиях и условиях дневного стационара может составлять 7666 руб. для круглосуточного стационара и 1880 руб. для дневного стационара. Согласно анализу тарифных соглашений субъектов в 2025 г., оплата введения

препаратов в рамках продолжения терапии за счет тарифов КСГ st24.002 и ds24.001 возможна и осуществляется с учетом снижения стоимости прерванного случая в размере от 20 до 50% (средневзвешенная величина оплаты тарифа — 43%). Суммарные затраты на введение препаратов, полученных из иных источников финансирования, за исключением ОМС по тарифам st24.002 и ds24.001, ежегодно составляют около 0,52 млрд руб. В то же время использование тарифа на внутривенное введение ГИБП приводит к ежегодным затратам примерно в 0,15 млрд руб., что дает положительный экономический эффект в размере 0,36 млрд руб. в год.

**Особенности инициации терапии ГИБП и СИ**

Инициация или замена ГИБП и СИ осуществляется по тарифам КСГ или высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в соответствии с письмом Минздрава России от 28.01.2025 №31-2/И/2-1304 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»



**Рис. 3.** Структура финансирования ЛО ГИБП и СИ в субъектах РФ с преимущественным привлечением средств ОМС, %  
**Fig. 3.** Structure of DP financing for bDMARDs and SIs in the constituent entities of the RF with predominant use of CMI funds, %

(вместе с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Минздравом России №31-2/115, ФФОМС N 00-10-26-2-06/965 28.01.2025), а также постановлением Правительства РФ от 29.12.2025 №2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов». В методических рекомендациях применение ГИБП и СИ разделено на инициацию (начало терапии, которое осуществляется с целью дозонасыщения и которое в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов предполагает иной режим дозирования, отличный от поддерживающей терапии) с использованием тарифов ВМП или КСГ на инициацию st36.027 и ds36.014 и продолжение терапии (циклическая терапия, поддерживающая) поддерживающими дозами ГИБП и СИ с применением КСГ на продолжение терапии.

Понятие «инициация» нормативно не закреплено. В инструкциях по применению лекарственных препаратов, относящихся к ГИБП и СИ, у некоторых МНН инициация описывается как использование иного режима дозонасыщения

с особыми условиями и кратностью введения. Данная ситуация приводит к неоднозначным трактовкам и различиям в использовании тарифов на инициацию.

Согласно экспертной оценке, перед началом терапии (первое применение) ГИБП и СИ требуется проведение комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования пациента для определения показаний и противопоказаний к лечению, а также оценки безопасности терапии. С целью урегулирования подходов к инициации или замене терапии ГИБП и СИ при ИВРЗ на основании экспертной оценки предлагаются следующие дефиниции.

#### *Инициация терапии*

- Всегда считается инициацией госпитализация, в рамках которой выполняется первое введение ГИБП или применение СИ, с использованием комплекса диагностических исследований для выявления показаний и оценки безопасности терапии.

- Всегда считается инициацией госпитализация, в рамках которой выполняются второе и последующие введения лекарственного препарата, если иницирующая доза отличается от поддерживающей в соответствии с ин-

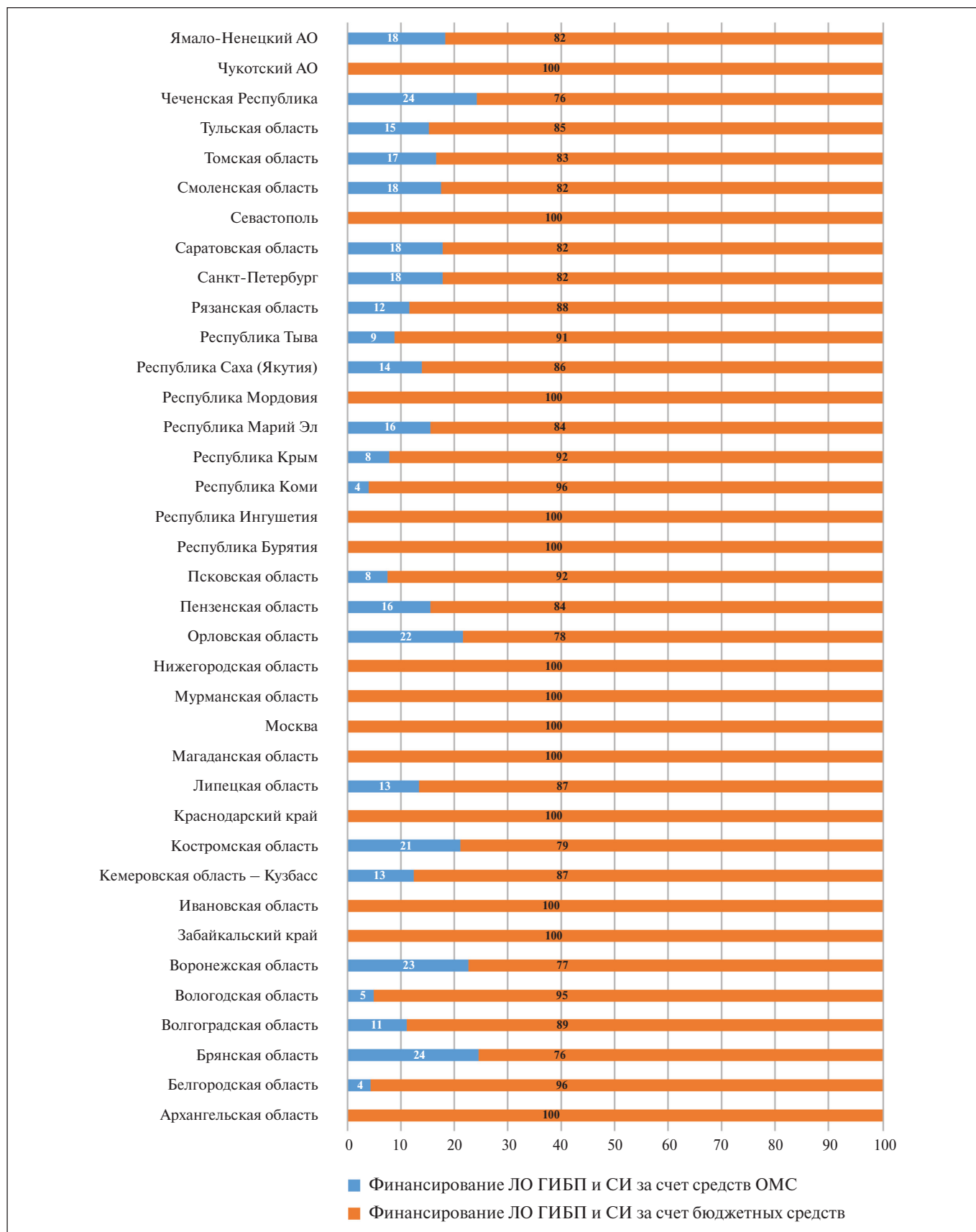


Рис. 4. Структура финансирования ЛО ГИБП и СИ в субъектах РФ с преимущественным привлечением бюджетных средств, %  
 Fig. 4. Structure of DP financing for bDMARDs and SIs in the constituent entities of the RF with predominant use of budget funds, %

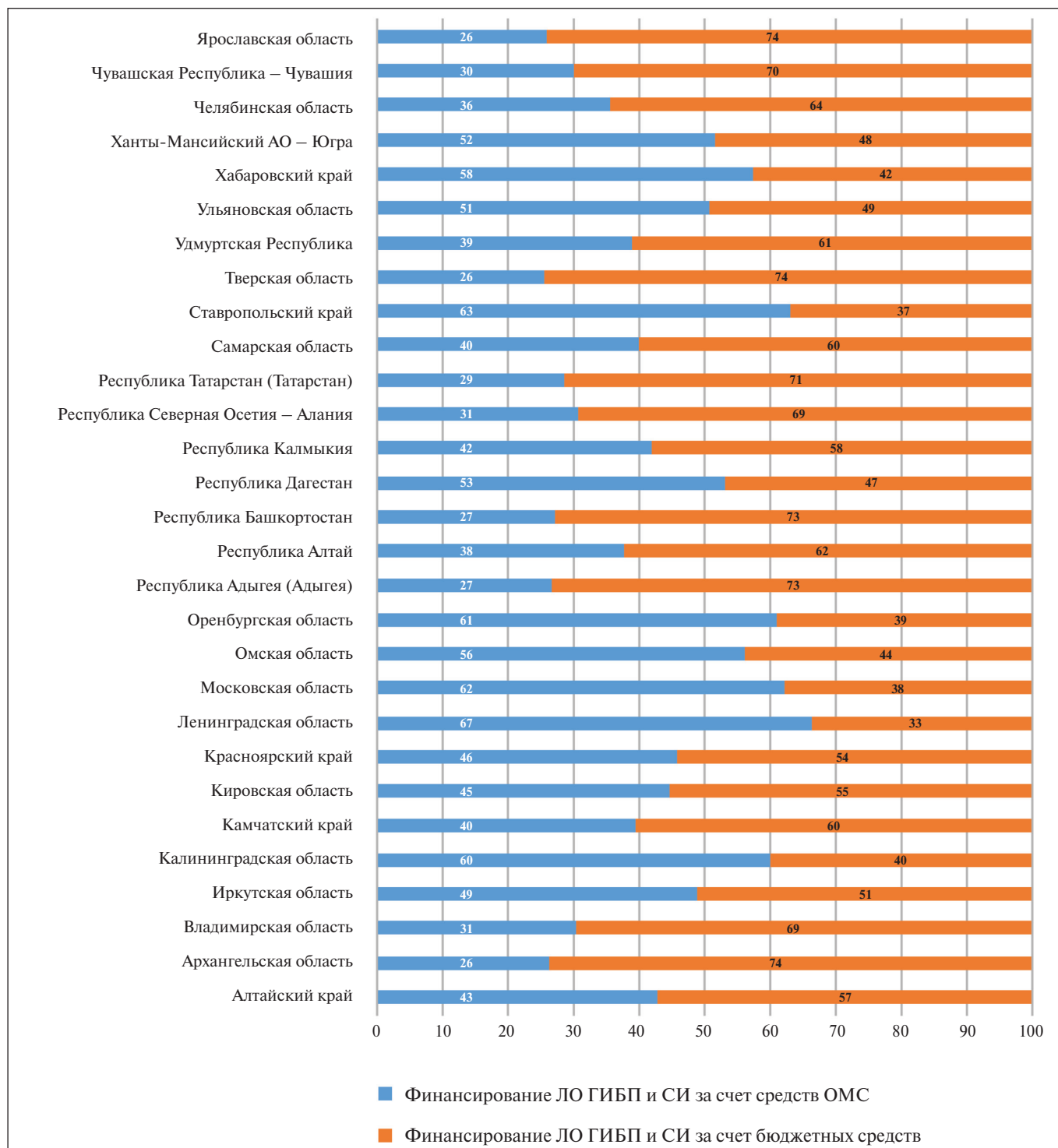


Рис. 5. Структура финансирования ЛО ГИБП и СИ в субъектах РФ со смешанным финансированием за счет средств ОМС и бюджетных средств, %

Fig. 5. Structure of DP financing for bDMARDs and SIs in the constituent entities of the RF with mixed financing from CMI funds and budget funds, %

струкцией по применению (как в меньшую, так и в большую сторону).

• Всегда считается инициацией госпитализация, в рамках которой выполняются второе и последующие введения лекарственного препарата, если иницирующая доза не от-

личается от поддерживающей, однако в соответствии с инструкцией по применению она определена как несколько введений и в рамках госпитализации выполнен комплекс диагностических исследований для оценки эффективности и безопасности терапии.

Таблица 2. Тарифы КСГ по профилю «Ревматология», модель КСГ на 2025 г.  
Table 2. Clinical and statistical groups (CSG) tariffs for the “Rheumatology” profile: CSG model for 2025

КСГ	Стационар	КСГ	КЗ
st24.001	КС	Системные поражения соединительной ткани	1,78
st24.002	КС	Артропатии и спондилопатии	1,67
ds24.001	ДС	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые	1,46

Примечание. КС – круглосуточный стационар; ДС – дневной стационар; КЗ – коэффициент затрат.

Таблица 3. Объем популяции пациентов с ИВРЗ, нуждающихся в ГИБП с внутривенным введением в льготном канале финансирования  
Table 3. Size of the IMIRD patient population requiring intravenously administered bDMARDs within the preferential funding channel

МНН	Число пациентов в год	Количество введений в год
Абатацепт	455	5915
Анифролумаб	104	1352
Белимумаб	207	2691
Инфликсимаб	589	4123
Ритуксимаб	2571	10 284
Тоцилизумаб	326	4238
Итого	4252	28 603

#### Перерыв в лечении

Если между введениями лекарственного препарата был длительный перерыв (более 6 мес), то к инициации относится введение препарата только в иницирующей дозе, если она отличается от поддерживающей дозы (как в меньшую, так и в большую сторону) или требуется проведение комплекса лабораторно-диагностических исследований с применением лекарственного препарата в стандартной, поддерживающей дозе после длительного перерыва.

Если после перерыва препарат вводится в поддерживающей дозе, данную ситуацию необходимо рассматривать как поддерживающую терапию.

#### Замена препарата

Любую замену одного лекарственного препарата на другой необходимо рассматривать аналогично инициации лечения.

**Обсуждение.** Настоящее исследование базировалось на данных мониторинга выписки ГИБП и СИ в субъектах РФ, предоставленных ГВС ревматологами. В отличие от сведений аналитических агентств, основанных на мониторинге государственных закупок лекарственных препаратов, отличающихся разнородностью методологических подходов, итоговых оценок объема и особенностей их применения, представленная работа позволила провести полноценный анализ структуры применения ГИБП и СИ в зависимости от нозологий, каналов финансирования и региональной специфики.

Следует особо подчеркнуть, что в 2018 г. ГИБП получали 21 тыс. пациентов с ИВРЗ [5], а за последние 7 лет этот показатель увеличился более чем в 2 раза и составил 47 023 па-

циента. Вместе с тем, несмотря на положительные тенденции, обеспеченность ГИБП и СИ на текущий момент практически в 2,5 раза ниже прогнозируемой – 113 тыс больных. Следует отметить, что по сравнению с ранее представленными результатами при РА количество пациентов, получающих ГИБП и СИ, увеличилось на 14,2% (с 16 942 до 19 739), при АС – на 81,0% (с 2729 до 14 389), при ПсА – на 85,5% (с 1001 до 6906) [5]. Показатели при СКВ ранее не анализировались. По данным нашего исследования, при СКВ терапию ГИБП и СИ в настоящее время получают 1398 больных.

Мы отметили тенденцию к существенным различиям в финансировании ЛО в разных субъектах РФ, сохраняющуюся на протяжении последних 8 лет. Так, максимальный показатель «Обеспеченность ГИБП и СИ на 100 тыс. населения, пациентов» превышал минимальный в 15 раз, что подтверждает необходимость дифференцированного регионального подхода к оптимизации применения ГИБП и СИ при ИВРЗ. В 37 регионах РФ преобладало финансирование из бюджетных средств (средний процент финансирования по данному каналу составлял 91%). Система ОМС, несмотря на имеющуюся нормативно-правовую базу и функционирующую систему КСГ, была активно задействована лишь в 12 субъектах, тогда как в 29 преваляло смешанное финансирование ЛО. Таким образом, региональная специфика ЛО больных с ИВРЗ лекарственными препаратами из группы ГИБП и СИ в значительной мере зависит от финансовых и организационных возможностей региональных систем здравоохранения.

Установлено, что отсутствие тарифа КСГ «Введение ГИБП и СИ, полученных из иных источников финансирования, кроме ОМС» в значительной мере затрудняет доступ

к современной инновационной терапии и сопряжено с неоправданным перерасходом средств ОМС.

**Заключение.** Таким образом, согласно результатам проведенного исследования, за анализируемый период наметилась положительная динамика в отношении увеличения количества больных с ИВРЗ, получающих ГИБП и СИ.

Однако выявлены существенные региональные различия в подходах к ЛО, что создает барьеры на пути к рациональному использованию инновационной терапии. Дальнейший мониторинг ЛО будет способствовать принятию управленческих решений, направленных на увеличение доступности ГИБП и СИ при лечении ИВРЗ.

## Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Насонов ЕЛ, редактор. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: руководство для практикующих врачей. Москва: Литтерра; 2003. 506 с. Nasonov EL, editor. Rational pharmacotherapy of rheumatic diseases: a guide for practicing physicians. Moscow: Litterra; 2003. 506 p.
2. Van der Heijde D, Daikh DI, Betteridge N, et al. Common language description of the term rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs) for use in communication with the lay public, healthcare providers and other stakeholders endorsed by the European League Against Rheumatism (EULAR) and the American College of Rheumatology (ACR). *Ann Rheum Dis*. 2018 Jun;77(6):829-832. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-212565.
3. Шукурова СМ, Абдуллоев МФ, Каримова ГН, Тоиров ХК. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний. Вестник Авиценны. 2012;(4):163-168. Shukurova SM, Abdulloev MF, Karimova GN, Toirov KhK. Medical and social significance of rheumatic diseases. *Vestnik Avitsenny*. 2012;(4):163-168. (In Russ.).
4. Ли́ла АМ, Королев МА, Щендригин ИН и др. Социальная значимость ревматических заболеваний, негативные последствия для системы здравоохранения и пути профилактики. Реальная клиническая практика: данные и доказательства. 2025;5(2):5-15. Lila AM, Korolev MA, Shchendrigin IN, et al. Social significance of rheumatic diseases, negative consequences for the health care system and ways of prevention. *Real'naya klinicheskaya praktika: dannye i dokazatel'stva*. 2025;5(2):5-15. (In Russ.).
5. Ли́ла АМ, Древаль РО, Шипицын ВВ. Оценка организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения при ревматических заболеваниях и социально-экономического бремени этих болезней в Российской Федерации (РФ). Современная ревматология. 2018;12(3):112-119. Lila AM, Dreval RO, Shipitsyn VV. Assessment of organization of medical care and drug provision for patients with rheumatic diseases, and the socioeconomic burden of these diseases in the Russian Federation. *Modern Rheumatology Journal*. 2018;12(3):112-119. (In Russ.). doi: 10.14412/1996-7012-2018-3-112-119.
6. <https://grls.minzdrav.gov.ru/grls.aspx>
7. Постановление Правительства РФ от 29.12.2025 N 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов». Decree of the Government of the Russian Federation dated December 29, 2025 N 2188 "On the Program of state guarantees of free medical care to citizens for 2026 and for the planned period of 2027 and 2028".

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

12.10.2025/26.12.2025/14.01.2026

**Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement**

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Ли́ла А.М. <https://orcid.org/0000-0002-6068-3080>

Древаль Р.О. <https://orcid.org/0000-0002-5109-7725>

Дубинина Т.В. <https://orcid.org/0000-0002-1771-6246>

Королев М.А. <https://orcid.org/0000-0002-4890-0847>

Каратеев Д.Е. <https://orcid.org/0000-0002-2352-4080>

Шипицын В.В. <https://orcid.org/0000-0003-0769-9072>

Пчельникова П.И. <https://orcid.org/0000-0003-4523-4831>