

ФАРМАЦЕВТИКА

Производители лекарств уменьшают рентабельность во имя развития российского фармрынка **14** | Почему в Норвегии и Австралии такой высокий уровень жизни **15** | Два сценария развития отечественного фармрынка до 2020 года **15** | В рамках глобального фармрынка Россия становится производителем готовых лекарственных форм **16**

Фармацевтические компании развивают направление персонализированной медицины, предполагающей индивидуальный подход к пациенту. Теперь они не только производят таблетки, но и разрабатывают комплексные решения, состоящие из диагностики, создания индивидуального лекарственного препарата и персональной терапии.

Фармчеловек

ТЕХНОЛОГИИ

Человек заболевает, и чтобы вылечиться, обращается не к врачу в больницу, а в фармацевтическую компанию. Там ему ставят диагноз, создают на основе анализов индивидуальное лекарство и методику лечения. Похоже, такой сценарий уже не фантастика. Сегодня фармкомпания предлагает конкретному пациенту конкретные лекарства, методы или процедуры с использованием фармацевтических составляющих. Практически во всех крупных фармкомпаниях признают, что параллельно с производством лекарств идет процесс создания новейших методов лечения и диагностики. И именно это является настоящим прорывом в фармацевтической отрасли, которая в будущем станет инновационным полем создания новых методов лечения.

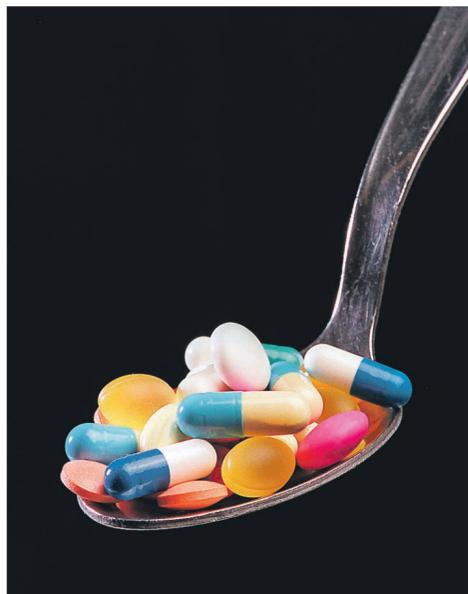
Персональный вызов

Уходит в прошлое принцип «одно лекарство для всех», заявляют в компании «Рош» и предлагают комплексные решения — одновременно и диагностические, и фармацевтические. Компания уже несколько лет активно развивает стратегию персонализированной медицины. Ее суть — на основе современных достижений молекулярной биологии и диагностики найти терапию, подходящую определенному пациенту.

«Медицина становится персонализированной, то есть выбор способа лечения зависит от индивидуальных генетических особенностей человека», — говорит глава представительства «Хемофарм» в России Милош Давидович. Действительно, сегодня наука шагнула так далеко, что одно заболевание может быть разделено на несколько типов в зависимости от гистологии, биологии и генотипа опухоли. Именно поэтому лечение становится все более и более ориентированным на пациентов определенного профиля. По оценкам экспертов, уже к 2030 году персонализированная медицина будет занимать около 25% мирового фармацевтического рынка, или \$250 млрд.

Правда, в фармацевтических компаниях признают, что пока речь идет не о персонализированном аспирине или анальгине, а о препаратах для лечения сложных и редких заболеваний. Сейчас ведутся разработки новых препаратов, нацеленных на индивидуальные особенности человека, преимущественно в области онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний нервной системы. Однако разработчики новых лекарств убеждены: со временем диапазон лекарств и терапий будет существенно расширен.

Ставку на индивидуальный подход к лечению делают в компании Bayer. Ключом к персонализированной медицине там считают фармагеноетику и разрабатывают новые методики лечения рассеянного склероза, гемофилии и некоторых разновидностей рака. «Сейчас фармкомпаниям нацелены на создание комплексного поэтапного лечения пациентов и уже успешно внедряют новые технологии, например таргетную терапию», — говорит Антон Пушкарев из Bayer HealthCare. В качестве примера таргет-препарата (от англ. «target» — «мишень») в Bayer приводят так называемые киназные ингибиторы и антиангиогенные активные вещества — они препятствуют снабжению опухоли питательными веществами. Гордятся компания разработкой таргетного



На фармацевтическом рынке готовится прорыв. В фармкомпаниях параллельно с производством лекарств начинают разрабатывать новейшие методики и диагностики лечения пациентов. ФОТО AFP

препарата нексавар — он действует только на опухоль, не поражая здоровые клетки.

В компании «АстраЗенека Россия» приводят другой пример инновационного лечения рака легкого на основе индивидуального подхода. Так, зная, что на основании молекулярно-генетических тестирований можно выделить группу пациентов, для которых предложенная терапия будет наиболее эффективной, там работают с российскими экспертами из семи центров по всей России над тем, чтобы создать возможность правильной и, что самое главное, своевременной идентификации этой группы пациентов и, как результат, индивидуализировать терапию каждому. «За этим будущее. Все больше и больше инновационных средств, которые мы разрабатываем сейчас, особенно в области онкологии, предназначены именно для таргетной терапии определенных групп пациентов», —

говорит президент «АстраЗенека Россия» Фредерик Жирар. В фармкомпаниях отмечают, что роль профилактики и диагностики заболеваний выйдет на качественно новый уровень, что поможет предотвратить болезнь на ранних стадиях или избежать ее вовсе. В Bayer HealthCare, отмечая, что подход к лечению рака станет более индивидуализированным, считают перспективным заранее определять, для какого пациента какие активные вещества будут наиболее действенными, чтобы обеспечивать как можно более высокую эффективность терапии.

Таким образом, уже сейчас есть все предпосылки для трансформации фармкомпаний в нечто большее, чем просто производители таблеток. По мере накопления знаний будет совершено большое количество системных открытий, которые изменят наши представления о фармацевтике, убеждены разработчики новых препаратов.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТАБЛЕТКА

Вице-президент компании Novione (Португалия) РАФАЭЛЬ АНТУНЕСШ полагает, что будущее медицины и фармакологии за персональными методиками и препаратами лечения.

— На фармфоруме CPPI China 2010 (2–4 июня, Шанхай. — «Ъ») вы говорили о том, что в будущем будут востребованы таргет-препараты. Считаете ли вы, что фармацевтические компании скоро действительно будут ориентироваться на производство индивидуальных лекарств и сопутствующих методик лечения?

— Думаю, что индивидуальная терапия будет действительно востребована и покажет значительный рост уже в ближайшем будущем. Пока об этом громко не говорят и не обнародуют планов, но это сектор, о котором компании обязательно задумываются в будущем. Такова моя экспертная оценка.

— Вы считаете, что для фармацевтических компаний такой бизнес, как создание и развитие персонализированной терапии, является перспективным направлением?



— Можно ли говорить о том, что каждый человек сможет получить в будущем индивидуальную таблетку и персональное лечение? — Ну, если у него много денег, то почему нет? Создавать индивидуальные лекарства — очень дорогое удовольствие. Пока речь идет только о лечении редких заболеваний, а не массовом производстве таких препаратов. То, что компаниям не приносит прибыли, они не будут делать, именно поэтому сейчас они по большей части ориентируются на массового пациента. А вложение в такую отрасль, как индивидуальная терапия, требует много инвестиций, причем долгосрочных. Возможно, с развитием науки фармацевтика будет двигаться в таком направлении — создавать индивидуальные лекарства для каждого.

Записала Дарья Николаева

«Очевидно, что та индустриальная модель, в соответствии с которой фармкомпания много лет успешно действовала, — заставить мир блокбастерами — должна измениться. Через какое-то время они будут создавать не только лекарства, но и комплексные решения лечения, и это происходит уже сейчас», — резюмирует председатель совета директоров «Биокад» Дмитрий Морозов.

Доктор инноваций

Трансформируется и роль врачей. Она будет со временем постепенно уменьшаться, и пальма первенства в союзе фармацевтика — медицина перейдет к фармацевтическим компаниям. Разработчики лекарств представляют уже совсем фантастические гипотезы: у врачей в дальнейшем будет роль посредника — когда препарат будет разрабатываться индивидуально для каждого человека и фармкомпания, которая создает такой препарат, будет предлагать и методику лечения, а врачу останется только контролировать состояние пациента.

Все врачи должны измениться в системе здравоохранения нового уровня, основанной на единых стандартах лечения, и за этим будущее. По мнению Дмитрия Морозова, выход на новый уровень возможен с созданием экспертной системы, состоящей из медицинских институтов, ассоциаций врачей, страховых и фармацевтических компаний. «Таким образом, пациент имеет дело не непосредственно с врачом, который определяет, как его лечить, а с системой методик лечения и определенными лекарственными препаратами, которые гарантированно его вылечат. Уже сейчас многие врачи работают по таким алгоритмам», — говорит Дмитрий Морозов.

У концепции, согласно которой в будущем фармкомпания смогут предлагать диагностику и терапию, есть и противники — преимущественно из врачебного сообщества. Вице-президент Российской медицинской ассоциации, заслуженный врач России Георгий Комаров считает, что фармкомпания не смогут даже отчасти заменить систему здравоохранения, предлагаемая технология лечения, поскольку определять методику лечения должны врачи. «Задача фармацевтов — разрабатывать лекарственные препараты, открывать новые. Если фармацевтика будет предлагать методы лечения, то лечение превратится в торговлю, а это вредная вещь», — убежден Георгий Комаров. При диагностировании фармкомпания предлагают лечение своими препаратами, свои методики лечения, что, по сути, ограничивает свободу выбора терапии, отмечают в медсообществе.

Впрочем, даже сторонники подхода «каждый должен заниматься своим делом»: фармацевты — создавать лекарства, а врачи — лечить» признают необходимость объединения фармацевтов и врачей, что называется, во имя будущих свершений. Так, президент «АстраЗенека Россия» Фредерик Жирар отмечает, что новые лекарства все более и более сложны по молекулярной структуре, поэтому компания тесно сотрудничает с медицинскими специалистами. «Но и в будущем роль фармацевтических компаний как локомотива прогресса в области лекарственных инноваций и развития медицинской науки останется неизменной», — отмечает представитель Pfizer в России Ирина Гушина.

Дарья Николаева

Рациональный рецепт

Тенденции

За год заметно сократилось число граждан, имеющих право на льготные лекарства. Льготный рецепт теперь могут получить около 3% населения России. При этом денег на одного больного с каждым годом выделяется все больше, и тем не менее с 2005 года число имеющих право на получение льготного лекарственного обеспечения уменьшилось более чем в три раза. К концу текущего полугодия льготников будет примерно 4,5 млн.

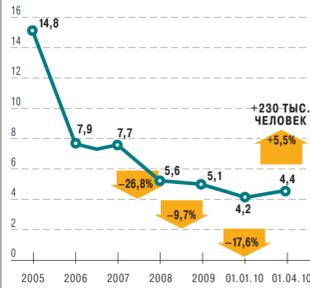
В конце 2007 года был утвержден федеральный закон, согласно которому полномочия по организации льготного обеспечения граждан делегированы субъектам Российской Федерации. С того времени и по сей день размещением заказов на поставки лекарственных средств льготникам, заключением контрактов на поставку, а также собственно организацией снабжения ими нуждающихся занимаются субъекты РФ. Согласно статистике, передача полномочий из центра субъектам имела позитивные последствия: количество принятых на отсроченное обеспечение рецептов на конец 2009 года составило 10 830 штук по всей России — в три раза меньше, чем годом ранее.

Казалось бы, выходит, что людей, которые могут рассчитывать на льготные лекарства, в целом исправно обслуживают, однако настораживает то, что в 2009 году в аптеки не предъявлено более 550 тыс. выписанных рецептов. В Челябинской области не предъявлено к обслуживанию более 123 тыс. рецептов, а аптеки отчитываются, что у них всего 962 отсроченных рецепта. На этом основании специалисты федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития делают вывод, что аптеки просто не принимают рецепты на отсроченное обслуживание и отказывают пациентам с льготными рецептами под разными предлогами или предлагают зайти попозже.

Отдельным пунктом последние годы выделяются закупки дорогостоящих лекарств для высокотехнологичного лечения, которые осуществляются централизованно Министерством здравоохранения и социального развития РФ. При закупках учитываются данные регистров больных, индивидуальные схемы лечения больных и проч.

Проверку и контроль всех цепочек программы по обеспечению некоторых категорий граждан лекарственными средствами ведет Росздравнадзор, используя для этого все проверенные методики: мониторинг поставки, выписки и отпуска, проверки непосредственно в местах оказания медицин-

динамика численности граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде льготного лекарственного обеспечения в период 2005–2010 годов (млн чел.)



динамика затрат на обеспечение отдельных категорий граждан (млрд руб.)



ской и лекарственной помощи, анализ письменных и устных обращений граждан.

Участниками реализации программы по обеспечению льготников лекарствами являются аптечные учреждения — 4859 в России, лечебно-профилактические учреждения — 10 080 заведений — и 228 022 аккредитованных врача. В 2010 году количество людей, получающих льготные лекарства, уменьшилось на 17,6% по сравнению с прошлым, 2009 годом, однако при этом увеличилась норма на одного льгототолучателя — с 426 рублей в 2008 году до 531 рубля в 2010-м, но и цены на лекарства растут, причем существенно. Из отчетов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития следует, что начиная с 2005 года число больных, имеющих право на

получение льготного лекарственного обеспечения, постоянно уменьшается, к концу второго квартала 2010 года на этот вид соцпомощи могут рассчитывать примерно 4,5 млн человек, что более чем в три с половиной раза меньше, чем в 2005 году: тогда было 14,8 млн получателей.

Связано это с тем, что многие льготники выбирают денежное пособие вместо натурального обеспечения, что стало возможным после монетизации льгот. Это, разумеется, палка о двух концах: с одной стороны, выданных на руки денежных средств может не хватить на требуемые человеку лекарства, с другой — участие в программе предполагает и ряд сложностей, главное из которых — нехватка льготных лекарств в аптеках. Немаловажен и тот факт, что по льготным рецептам врачи выписывают, как правило, самые дешевые из возможных препаратов (такова система), хотя в ряде случаев они могут оказаться неэффективными, а помочь может препарат подороже, даже если основное действующее вещество в препаратах одно и то же.

По итогам 2009 года в регионы было поставлено лекарств почти на 82 млрд рублей, что на 23% больше, чем в 2008 году, причем прирост произошел в основном за счет увеличения расходов на высокотехнологичное лечение (онкология, гемофилия, рассеянный склероз, трансплантация органов и проч.). Согласно статистике, стоимость одного выписанного рецепта имеет тенденцию к значительному росту, особенно это ощущалось в период с первого квартала 2008 года по четвертый квартал 2009 года — все за два года она выросла с 446 рублей почти до 700. Причем по округам максимальная стоимость среднего рецепта зафиксирована в Ингушетии и Карачаево-Черкесии — 1844 и 1652 рубля соответственно.

В целом же ситуация с обеспечением льготных категорий граждан лекарственными средствами стабилизируется, несмотря на огромное количество проблем: начиная с недобросовестности чиновников, ответственных за закупки препаратов и заканчивая сложностями в логистикой и управлением остатками невостребованных лекарственных средств на складах. «Проблема лекарственного обеспечения не в деньгах. Они есть! 88,4 млрд рублей предназначено на закупку ЛС на 2010 год, тогда как число льготников уменьшилось. Проблема в нерациональном использовании этих средств», — подчеркивала министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова еще в конце 2009 года на профильном совещании.

Татьяна Костылева

Год здоровья

Ценообразование

Исполняющая обязанности руководителя Росздравнадзора Елена Тельнова обещает примерно на год удержать нынешние цены на лекарства, которые хоть и стабилизировались, но снизились совсем незначительно.

Любое государство всегда стоит перед дилеммой — регулировать рынок или нет? Государственное регулирование рынка позволяет обеспечить ценовую и ассортиментную доступность, в то время как свободный рынок вызывает ограничение доступа части населения к лекарствам.

К примеру, проведенный мониторинг цен выявил множество несовершенств в системе обеспечения граждан лекарственными средствами. Закупки по программе обеспечения льготников велись в большинстве случаев (63,3%) по завышенным ценам, а в 919 случаях цены закупки превысили расчетные более чем в четыре с половиной раза. Проведенное Росздравнадзором сопоставление уровня цен, зафиксированного таможенными органами, с ценами в аптеках и лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) выявило в 6 тыс. случаев превышения более чем на 200% в аптечных учреждениях и в 12 тыс. случаев — превышения на 300% в ЛПУ.

Собственно, госрегулирование фармацевтического рынка в той или иной степени присутствовало всегда, но с конца 2008 года стало очевидным, что система нуждается в совершенствовании. Именно в то время начались скачки валют, многие ЛС серьезно подорожали — некоторые на десятки процентов, а некоторые даже в разы, и назрела необходимость серьезного вмешательства государства, чтобы исключить извлечение сверхприбылей в столь социально значимой сфере.

Основными причинами и предпосылками совершенствования системы государственного регулирования цен на лекарства стали: появление признаков финансового кризиса на фармрынке, выразившегося в повышении цен; изменения,

ИЗМЕНЕНИЕ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



происшедшие на валютном рынке; преобладание импортных препаратов на российском фармацевтическом рынке; сырьевая зависимость отечественной фармацевтической промышленности; несовершенство существующей системы ценообразования и др.

В России был выбран средний вариант, некий баланс интересов потребителя, бизнеса и государства. — установление госрегулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарства. В программе — порядка 6,5 тыс. наименований, всего 500 МНН (основное действующее вещество), из них почти треть — только импорт, но не нужно забывать, что даже отечественные производители используют в основном импортное сырье.

ЖНВЛС отнесены к продукции, по которой обеспечивается приоритетное развитие производства, первоочередное выделение необходимых финансовых и материально-технических ресурсов. Меры правительства на фармрынке помогли и установлению более жесткого контроля закупок ЛС для госзакуп.

С 1 января началась обязательная регистрация цен на препараты списка ЖНВЛС и

формирование базы данных фактических цен отечественных и зарубежных производителей, а в субъектах РФ были заминированы полугода подготовлены нормативные документы по торговым надбавкам.

Сравнение цен реестров 2009 и 2010 годов показало, что зарегистрированные в соответствии с новой методикой цены в среднем ниже на 25,56%, особенно значимо отличие в сегментах «до 50 рублей» и «свыше 500 рублей». Но это пока лишь на бумаге.

В реальности же индекс цен на медикаменты хоть и изменился в сторону их снижения, однако совсем незначительно — на единицы процентных пунктов. Мониторинг цен показал в первом квартале 2010 года снижение средних цен как на амбулаторные, так и на госпитальные ЛС — 2,77% и 2,12% соответственно. Это немного, но уже говорит о том, что мы предпринимаем действия в нужном направлении. Шаги правительства по регистрации предельных отпускных цен производителей на ЖНВЛС в целом привели к некоторой стабилизации цен, специалисты убеждены, что минимум год такая ситуация может продлиться.

В дальнейшем же никто точно не берет прогнозировать, что будет, ведь такие факторы, как инфляция, внедрение страховых механизмов и новых медицинских технологий, а также возможный рост заболеваемости, с трудом поддаются прогнозу и определению степени влияния на фармрынок. Главная опасность в том, что уменьшение прибыли от реализации лекарств из списка ЖНВЛС производителями будут компенсировать за счет других препаратов, но власти со своей стороны обещают строгий надзор и в этой части рынка.

К слову, в Германии после вмешательства властей в фармрынок некомпенсированных ЛС цены на них снизились на 10%, а в Греции — на 24%.

Из выступления Елены Тельновой на Международном фармфоруме в Санкт-Петербурге, 19–21 мая 2010 года

фармацевтика практика

Подзаконные распродажи

госрегулирование

Несмотря на то что 1 апреля должен был завершиться процесс регистрации предельных отпускных цен на препараты из перечня жизненно необходимых и важных лекарственных средств (ЖНВЛС), регистрация продлена. Причина проста. Подтвердился риск вымывания дешевого ассортимента.

Временные замены

Риск того, что часть препаратов еще покинет наш рынок, все же сохраняется. В большей степени это касается дешевого (до 50 рублей за единицу продукции) ассортимента, занимающего примерно 10% от общего объема рынка. Некоторые производители в кулуарах признают, что зарегистрировали предельные цены лишь для того, чтобы сбыть остатки. Ситуация с ними прояснится не раньше июля. Некоторым (главным образом отечественным) производителям было отказано в регистрации порою копеечной цены. Причина — в методике расчета этой предельной розничной цены, в основе которой лежит средневзвешенная цена второго полугодия 2009 года.

«Есть информационное письмо Росздравнадзора и Российской службы по тарифам, что мы не имеем права регистрировать цену на лекарства из списка ЖНВЛС выше, чем продавали во втором полугодии 2009 года», — рассказывает генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей Виктор Дмитриев. — Компании, которые в конце прошлого года реализовывали продукцию по низким ценам (распродавали стоки, деминималы, кончался срок годности), не смогли зарегистрировать даже реальную себестоимость препарата. Такая ситуация получилась с атропином: во втором полугодии его продавали за бесценок, на 20% ниже себестоимости. Пришлось в текущем году зарегистрировать эту цену, но лишь для того, чтобы сбросить остатки — производят по этой цене нерентабельно. Думаю, производитель распродаст его и прекратит производство».

По данным директора некоммерческого партнерства содействия развитию аптечной отрасли «Аптечная гильдия» Елены Неволной, производитель «Дальхимфарм» поднимал вопрос об атропине. Но временно исполняющая обязанности главы Росздравнадзора Елена Тельнова заявила: «Раз вы могли так продавать, значит, и сейчас можете. А если не хотите — на рынке есть другие».

По похожей причине российский завод «Полисинтез» остановил выпуск витамина Е: цена, которую им предложили держать, тоже оказалась нерентабельной. Так что теперь витамин Е в России будет только импортный или его не будет вообще. Вместе с этими препаратами из российских аптек пропали импортные лекарства ксимелин («Никомед»), отивин («Новартис»), имодиум («Янссен-Силаг»). «Ксимелин я привозил из Белоруссии — он там спокойнее продается, а в наших аптеках его нет», — рассказывает Виктор Дмитриев.

Зато цену на ксимелин производителю все же удалось зарегистрировать. Правда, не на привычный ксимелин в упаковке 15 мл, а на препарат в 10-миллилитровой упаковке.

Впрочем, многие эксперты фармрынка не видят в сложившейся ситуации никакой катастрофы для потребителей. Среди зарегистрированных представлены все препараты из списка ЖНВЛС по МНН (международным непатентованным названиям, или формуле лекарственного вещества). Процесс регистрации не останавливается, будут появляться новые препараты, придут другие производители. Лекарства, не прошедшие госрегистрацию цен, не составляют критическую долю рынка, и никакого коллапса из-за их отсутствия, казалось бы, не наблюдается. Если для кого-то это и проблема, то в большей степени для товаропроизводителей аптечки, а потребитель всегда может найти этим лекарства замену.

«Ситуация с частичной нерегистрацией на общем положении на фармрынке не влияет», — полагает генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк. — Думаю, через полгода на многие препараты, не прошедшие госрегистрацию предельных цен, цены все же зарегистрируют, пусть даже производитель что-то потеряет. Это ситуация временная».

Пытка реализацией
Некоторым аптекам страны уже приходится идти на нарушение закона и продавать остатки лекарств, цены на которые на этот год не зарегистри-



Правительство обещает удержать цены на лекарства примерно на год. А пока цены хотя и стабилизировались, но снизились совсем незначительно

рованы. Периодически такие случаи вызывает прокуратура. А законопослушным владельцам аптек пока приходится держать «лекарства вне закона» в резерве — вдруг вопрос все же разрешится? Правда, велика вероятность, что к тому времени кончится срок годности на препараты и они не достанутся никому, а аптекам придется подчитать убытки. И если аптека уже рассчиталась с поставщиком, никто ничего назад не отыщет. Причем никакого правового механизма, обязательного производителя забирать остатки препаратов, не прошедших регистрацию предельных цен, нет.

«Остатки препаратов, на которые не зарегистрированы предельные цены, в первую очередь пытаются вернуть поставщику. Если это не получается, приходится их утилизировать, компенсировав убытки за счет других позиций. Есть примеры и незаконной продажи этих препаратов: по данным Росздравнадзора, в 22 субъектах РФ выявлены случаи нарушения закона. Там продавали лекарства из перечня ЖНВЛС, не про-

шедшие госрегистрацию цены или с превышением установленной цены. Как только аптеки реализуют или вернут производителям запасы лекарств, закупленных до 1 апреля, нарушений станет значительно меньше», — комментирует гендиректор Национальной дистрибуторской компании Настасья Иванова.

«Думаю, проблема с остатками лекарств, не прошедших госрегистрацию цены, лежит в плоскости хорошего взаимоотношения между аптеками, производителями и поставщиками», — считает генеральный директор РМВБ Мария Денисова. — Там, где взаимоотношения длительные и взаимовыгодные, такой проблемы просто нет. Насколько я знаю, крупные аптечные сети все уже решили: возвратили эти препараты по согласованию дистрибуторам, а те вернули производителям. Думаю, что аптеки должны были спрогнозировать такую ситуацию заранее и планировать свои запасы в отношении перечня ЖНВЛС более аккуратно, то есть не брать их крупными партиями, чтобы предприятие

не провисло. Иначе там просто неграмотное руководство».

Некоторые препараты с незарегистрированными ценами оказались на складах производителей или дистрибуторов. Ряд компаний уже нашел хитрые лазейки в законодательстве. К примеру, можно поменять упаковку лекарства. Отказали в предельной цене на препарат, упакованный по десять таблеток, можно переупаковать его в тару по пять таблеток и, выдав за новую единицу продукции, попытаться счастья с регистрацией предельной цены вновь.

«Согласно постановлению правительства РФ от 9 ноября 2001 года № 782 „О государственном регулировании цен на лекарственные средства“ в редакции постановления правительства РФ № 654 от 8 августа 2009 года, убытки за утерянными позициями компаниям должны были компенсировать, однако этого не произошло», — говорит Виктор Дмитриев.

Дорогая тенденция

На общем фоне количество лекарств, с которыми россиянам пришлось временно или навсегда расстаться, не выглядит критическим. Однако тенденция прослеживается неприятная: госрегулирование цен на лекарства привело не только к сокращению их ассортимента, но и к тому, что аптекам стало выгоднее работать с дорогостоящими препаратами. Именно такие теперь все чаще закупает дистрибуторы и аптечные предприятия. Благо есть из чего выбирать: производители идентичных лекарственных средств из списка ЖНВЛС регистриру-

ют их по ценам, отличающимся в разы. Так, сегодня немецкий метопролол-ратиофарм стоит 31 руб. за упаковку, его польский аналог — 53 руб., венгерский — 90 руб. И чаще всего в аптеках можно найти именно венгерский препарат.

«По данным Счетной палаты России, сегодня наибольшим коммерческим интересом у оптовиков и аптек пользуются препараты с максимальной высокой зарегистрированной ценой, поскольку абсолютная величина отповой и розничной надбавки к цене данных препаратов значительно выше дешевых аналогов. Если небольшая наценка с дорогих лекарств еще как-то в абсолютном выражении интересна производителю, то с дешевыми ситуация печальная: попросту их невыгодно ни производить, ни продавать», — рассказывает один из экспертов. — А поскольку производители несут убытки, ряд из них просто не регистрирует цены на недорогие лекарства».

По прогнозам Виктора Дмитриева, из-за нежелания дистрибуторов работать с дешевыми препаратами, очень скоро мы начнем ощущать их дефицит. В аптеках дальних уголков страны этот процесс уже начинается: туда сейчас везти недорогие препараты дистрибуторам стало совершенно невыгодно. Появляется дефицит обычного физраствора, инфузионных препаратов: они занимают большой объем, стоят дешево, а наценку теперь рассчитывают исходя из цены препарата. Например, есть две одинаковые по обслуживанию упаковки, затраты на их перевозку одинаковые, но одна стоит 10 руб., а другая — 1 тыс. руб. Поскольку затраты на обслуживание упаковки одинаковые, дистрибутору выгоднее везти в далекие села те, что стоят 1 тыс. руб.

Скором может появиться дефицит медикаментов, входящих в обязательный минимальный список, который должен быть в каждой аптеке. Из-за этого аптеку для начала могут отшаровать на 30–40 тыс., что для сельского предприятия существенно, а в конечном итоге лишит лицензию. Начавший дефицит может привести к неприятным последствиям. «Вместо российского агропина на наш рынок может прийти украинский — он дешевле, но и качество у него ниже. На мой взгляд, надо менять методику расчета предельной цены, чтобы она позволила развиваться фармбизнесу», — считает Виктор Дмитриев.

Как именно новая схема госрегулирования цен повлияет на инфраструктуру рынка, в том числе на лекарства не из списка ЖНВЛС, можно будет понять только к концу года.

Арина Петрова



РЕНТАБЕЛЬНОСТЬ ПЕРСПЕКТИВЫ

ВЛАДИМИР ШИПКОВ, исполнительный директор Ассоциации международных фармацевтических производителей (АИМ), убежден, что ради огромных перспектив российского рынка международным компаниям можно снизить цены на лекарства и, соответственно, примириться с уменьшением рентабельности.



— 60–70% лекарственного рынка России приходится на иностранных фармпроизводителей. Из данного объема лекарств сколько импортируется и сколько производится в России? — Импортируется подавляющее большинство лекарственных средств. В настоящее время на территории Российской Федерации построены и работают предприятия четырех международных фармпроизводителей: Gedeon Richter, KRKA, Servier, STADA, Polpharma. В Ярославской области ведется строительство завода компании Novomed. Приобрела завод в Орле Sanofi-Aventis, Berlin-Chemie и Novo Nordisk заявили о реализации проектов по локализации фармпроизводства в Калужской области. Так что можно говорить о постепенном расширении локализованного присутствия глобальных фармпроизводителей в России.

— Их продукция рассчитана на внутренний рынок или на экспорт? — Преимущественно на внутренний рынок.

— Будет ли увеличиваться объем производства? — Искренне хочу на это надеяться, однако покажем — увидим. Сегодня в России ведется работа по созданию «режима благоприятствования» для фармпро-

дью статус российских юридических лиц и выполняющими все свойственные для фармпроизводителя функции.

— Можете прокомментировать ситуацию, когда по каким-то причинам, не договорившись с российскими структурами, международные фармпроизводители скажут: мы уходим из страны, пожалуйста, купите у нас все лекарства за границу, а не в России. Присылайте за границу своих представителей, покупайте или вымарайте? — Язык ультиматумов для наших компаний абсолютно неприемлем. С другой стороны, у кого-то может и создаться впечатление, что государство нас к этому даже подталкивает. Но не существует ни одного примера, когда бы международные фармкомпании, однажды пришедшие в Россию, полностью свернули здесь свою деятельность.

— Ни одного случая за почти 16 лет существования АИМ? — Фактически, да.

— А не будет дешевле с точки зрения российского больного закупать лекарства мировых брендов в стране производства? — Есть все основания полагать, что препарат никак не будет дешевле, скорее всего, он будет гораздо дороже. В таком случае российский дистрибуторам надо иметь достаточно свободных валютных резервов или надежных заемных ресурсов, чтобы осуществить доставку лекарственных средств на территорию России, обеспечить таможенную очистку, оплату НДС, сертификационные и иные процедуры — все это требует неизбежных выплат, без которых товар не сможет пересечь границу Российской Федерации и быть вывезен на российский рынок. И речь идет о многих сотнях миллионов долларов.

При этом важно понимать, что когда глобальный производитель завозит свои препараты в Россию, то он гарантирует безусловное качество продукта. Мы несем всю полноту ответственности за препарат, включая фармаконадзор, обеспечиваем фактически «шаговую доступность» препаратов, берем все финансовые риски на себя в условиях непредсказуемости бивалютной корзины, так как покупаем лекарства в рублях со всеми вытекающими отсюда последствиями.

К тому же все препараты, завозимые в аптеки или больницы, поставляются на условиях товарного кредита, который в совокупности оценивается на уровне никак не менее 75 млрд рублей. Помните, в течение нескольких лет ранее из-за финансовой ситуации российская сторона задерживала выплаты не только международным фармкомпаниям по госзакупочным контрактам, но даже в той ситуации мы не позволили себе приостановить поставки. Все препараты, которые должны были завезти на российский рынок, были поставлены в рамках беспрепятственного товарного кредита без каких бы то ни было задержек.

— В чем тогда привлекательность российского фармака для международных компаний? Экономике не может держаться на альтуризме.

— Недавно мы столкнулись с проблемами, связанными с политикой государства в области регулирования цен (постановление правительства РФ № 654 от 8 августа 2009 года — «Б»). Некоторые компании вынуждены были зарегистрировать цены, невыгодные с точки зрения сиюминутной рентабельности. Но это было осознанное решение, ориентированное, безусловно, на сохранение или увеличение определен-

ной доли рынка и продиктованное в том числе соображениями высокой социальной ответственности международных фармдистрибуторов перед российскими пациентами, кто бы то ни говорил по этому поводу.

Регулирование цен — неизбежная мера со стороны государства. Компании, нацеленные на длительное присутствие на российском рынке, готовы и подтянуть лямку, возможно, забыть о прежней доходности и рентабельности и работать на перспективу, а не руководствоваться сиюминутной выгодой. Полагаю, что Россия останется для фармкомпаний привлекательным рынком хотя бы с точки зрения численности населения и потенциала. Известно, что на лекарственное обеспечение среднестатистического российского пациента тратится значительно меньше, чем в Европе и Америке, Японии и Австралии.

С этой точки зрения у российского фармака огромный потенциал. Уверен, что будущее российского здравоохранения с использованием современных моделей лекарственного страхования в том или ином виде не за горами. Поэтому мы, безусловно, руководствуемся не только и не столько соображениями сегодняшнего дня, сколько «заглядываем» на перспективу.

Записал Владислав Дорощев

Профессиональные ассоциации, действующие на фармацевтическом рынке России
Ассоциация международных фармацевтических производителей. Создана в 1994 году. В ее состав входит 52 международных фармацевтических компании, на долю которых приходится свыше 80% мирового фармацевтического производства и более 60% объема лекарственных средств, поставляемых в РФ, или свыше 55% всего объема российского фармацевтического рынка в денежном эквиваленте и 20% объема — в натуральном выражении. Объем российского фармрынка в 2009 году составил порядка \$12 млрд, прогноз 2015 года — \$20 млрд.

Ассоциация российских фармацевтических производителей. Создана в 2002 году. В состав входит 18 российских фармпредприятий, на долю которых приходится более 55% лекарственных средств, выпускаемых в стране, около 40% экспорта, более 70% отечественных лекарственных средств в программе ОНЛС (ДЛО).

Союз профессиональных фармацевтических организаций. Создан в 2002 году. В состав входит 38 российских и иностранных дистрибуторов и производителей фармацевтической продукции, на долю которых приходится свыше 50% объема лекарственных средств, обращающихся на рынке.

Российская ассоциация аптечных сетей. Создана в 2003 году. В состав входит 38 аптечных сетей, которые в совокупности управляют более 3 тыс. аптечных учреждений в различных регионах России.

Ассоциация организаций по клиническим исследованиям. Создана в 2007 году. В состав входит 20 членов — участников российского рынка клинических исследований.

Российский фонд помощи

www.rusfond.ru

Дорогие друзья! Перед вами письма простых людей. Жизнь загладила их в тупик, и вы — их последняя надежда. Предлагаем вашему вниманию эти просьбы о помощи, мы рассчитываем на то, что они найдут у вас отклик.

Из свежей почты



Вова Умов, 2 года, острый миелобластный лейкоз, требуется противогрибковый препарат ноксафил. 156 000 руб.

Пять месяцев мы с сыном живем в стерильном боксе. Игрушки надоели, Вова хочет бегать, играть с детьми. Но это невозможно. Продолжается тяжелое лечение, оно поможет справиться со страшной болезнью. После первой «химии» у Вовы был сепсис, после второй — осложнение на кишечник. Сейчас идет третий курс интенсивной «химии», у сына сильно снижен иммунитет — «химия» убивает не только раковые клетки, но и здоровые. Самая легкая инфекция может стать смертельной проблемой. Очень нужен ноксафил, другие лекарства неэффективны. Муж без работы, я на больничном, и купить дорогое лекарство не под силу: за один флакон мне работать полгода. Пожалуйста, помогите! Валентина Умова, Санкт-Петербург

Заведующая отделением лейкозов Детской горбольницы №1 Эльмира Бойченко (Санкт-Петербург): «У Вовы зафиксирована ремиссия. Но после химиотерапии очень низкие показатели крови, в таком состоянии крайне опасна любая инфекция. Необходим ноксафил, чтобы избежать смертельных грибковых осложнений».



Света Журавлева, 11 лет, несовершенный остеогенез (стеклянный человек), надо срочно продолжить лечение. 140 000 руб.

Внимание! Стоимость лечения 210 000 руб. Компания LVMH Perfumes & Cosmetics (Россия) внесла 70 000 руб. Не хватает 140 000 руб.

Дорогой Русфонд! Передайте благодарность вашим чутким друзьям, не оставившим нас без поддержки. Последний курс лечения был в феврале. Следующий и июле, и я не знаю, как быть. Муж умер, когда Свете было три года. Живем на две пенсии. Иногда подрабатываю рукоделами, плету из бисера. Света родилась с переломанными руками и ногами и до трех лет еще часто ломалась. Касаться ее страшно было, даже одеялом не накрывали. Потом дочка поняла, что если не двигаться, переломов будет меньше, и ослабла от неподвижности, распонела. Лишь через десять лет я узнала, что наша болезнь лечится. Уже ко второму курсу мы забыли, что правая рука болела! Света подросла, пошла в школу и окрепла. Откалывалась руками, она сидит передвигается по квартире. Быстро делает уроки и спешит на пол «походить». Ей это так нравится! Еще немного — и сможет ходить ногами. Пожалуйста, помогите нам еще раз! Евгения Журавлева, Москва

Заведующая отделением педиатрии Московского американского медицинского центра Наталья Белова: «Лечение памидронатом идет успешно. Света окрепла, стала активнее и уже сама передвигается на коляске, стала выбирать из дома и общаться с людьми. Прерывать лечение нельзя!»



Вика Тутарова, 1 год, несовершенный остеогенез (стеклянный человек), надо срочно продолжить лечение. 140 000 руб.

Внимание! Стоимость лечения 210 000 руб. Компания LVMH Perfumes & Cosmetics (Россия) внесла 70 000 руб. Не хватает 140 000 руб.

Здравствуйте, дорогие читатели Русфонда! Большое спасибо всем, кто откликнулся. На ваши деньги мы прошли три курса, и Вика не узнала. Видели бы вы ее теперь! Если раньше пластом лежала и только глазами видела, то теперь ходит! Пока не очень получается, за ручку, но она же кроха. Итер и все за мной повторяет. Прибавила в весе и росте. Без переломов еще не обходится, но мы верим в лучшее. Годовой курс, считают врачи, надо повторить, и я вновь вас беспокою. У меня нет иного выхода, как вновь написать вам. Муж — грузчик, работа временная, другой нет. Живем у родителей вместе с братом, шестеро в «двушке». Родители на пенсии, отец слеп на один глаз. Следующий курс в июле, и пропустите его страшно. Огромное спасибо всем, кто помогает лечить детей! Марина Тутарова, Рязанская область

Заведующая отделением педиатрии Московского американского медицинского центра Наталья Белова: «Я сама не ожидала такого эффекта. Вика и ее мама молодцы: упорно занимаются, закрепляя лечебный эффект, и Вика восстанавливается. Прерывать лечение нельзя!»

Спасибо! Отправлено: 190 800 руб. на лекарства Насте Опочинской (2 года, лейкоз, Тюменская обл.) и 210 000 руб. Уле Осердько (2 года, несовершенный остеогенез, Воронежская обл.), 178 500 руб. Серее Майстеру (8 лет, лейкоз, Ленинградская обл.). Помогли: Елена (Бельгия), Дмитрий (Алтайский край), Владимир (Краснодарский край), Константин из Ноябрьска (ЯНАО), Ольга, Руслан, Юлия (все — Петербург), компания LVMH Perfumes & Cosmetics (РФ), Андрей Юрьевич, Наталья от руководителя, Алексей, Дмитрий, два Андрея, Анжелика, Валерия, Денис, Евгений, Елена, Ирина, Кирилл, Любовь, Ольга, Мария, Татьяна, atheos@ (все — Москва).

Полный текст ответа публикуется на сайте www.rusfond.ru.

ДЛЯ ТЕХ, КТО ВПЕРВЫЕ ЗНАКОМИТСЯ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ РОССИЙСКОГО ФОНДА ПОМОЩИ

Российский фонд помощи (Русфонд) создан в 1996 году для помощи авторам отчаянных писем в «Коммерсантъ». Проверив письма, мы публикуем их в «Б», в «Газете.ru», в «Большом городе», на сайте радио «Эхо Москвы» и на www.rusfond.ru. Решив помочь, вы получаете у нас реквизиты авторов и дальше действуете сами. Деньги можно перечислить и в благотворительный фонд «Помощь» (учредители — издательский дом «Коммерсантъ» и руководитель Русфонда Лев Амбиндер). «Помощь» на ваши пожертвования приобретает лекарства и отчитывается за покупки. Возможны переводы с кредитных карт и электронной наличностью, в том числе и из-за рубежа (подробности на www.rusfond.ru). Мы просто помогаем вам помогать. Читателям затея понравилась: всего собрано свыше \$39,956 млн. В 2010 году (на 27 мая) собрано 106 892 660 руб. Фонд — лауреат национальной премии «Серебряный лучник».

Адрес фонда: 125252 г. Москва, а/я 50; www.rusfond.ru; e-mail: rfp@kommersant.ru. Телефоны: (495) 926-35-63, (495) 926-35-65 с 10.00 по 21.00. Страница подготовлена при содействии благотворительного фонда «Помощь».

фармацевтика ТЕНДЕНЦИИ

Жизнь или кошелек

экспертиза

В конце мая на фармацевтической конференции в Санкт-Петербурге впервые обнародовано исследование о влиянии на экономику России плохого здоровья ее граждан. До 2020 года просчитаны два сценария развития российского здравоохранения — традиционный (продолжение нынешней модели) и европейский (на примере ведущих стран).

Модель для сборки

Доклад, представленный Патриком Аганином, генеральным директором компании «Санofi-Авентис», основан на результатах трехмесячного междисциплинарного исследования фармацевтической отрасли России и их сопоставления с аналогичными показателями развитых стран Западной Европы (Германии и Франции). В ходе исследования специалисты AIRM разработали многоуровневую модель отрасли, которая позволила увидеть, как низкая продолжительность жизни и нетрудоспособность населения влияют на экономику России (в частности, на ВВП).

В качестве отчетного периода, в рамках которого описывается и прогнозируется потребление лекарств в стране, были выбраны 2007–2020 годы. Базовым показателем стал применяемый ВОЗ индекс DALY (Disability Adjusted Life Year) — он измеряет бремя болезней для человека и представляет собой сумму потенциальных лет жизни, потерянных из-за преждевременной смерти или нетрудоспособности. Также в качестве основы исследования использовался международный классификатор болезней, из которого были отобраны 24 наиболее распространенные болезни (в России они составляют порядка 62% совокупного бремени болезней). Так, согласно данным ВОЗ, список наиболее распространенных болезней, от которых люди либо преждевременно умирают, либо теряют работоспособность, возглавляет ишемическая болезнь сердца. В России индекс DALY по этой болезни составляет 38 лет на 1 тыс. человек, в то время как в странах Западной Европы (Германия и Франция) — 4–11. На втором месте находится цереброваскулярная болезнь (в России — 27, в Европе — 4–7), а замыкают первую тройку униполярные депрессивные рас-

стройства (Россия — 11, Европа — 7–13). Примечательно также, что в России на четвертом месте находится туберкулез (5 лет на 1 тыс. человек), тогда как в развитых европейских странах этот показатель близок к нулю.

На основе этих исходных данных была разработана модель, которая позволила соотнести все классы болезней с потреблением соответствующих лекарств, потоком пациентов, показателями бремени болезней и потерями ВВП. Модель также позволила экстраполировать результаты расчетов для основных 24 болезней на общий объем совокупного бремени болезни.

Результаты исследования оказались совершенно неожиданными. Так, модель продемонстрировала, что на 24 наиболее распространенные в России болезни (доля бремени

РАСХОДЫ НА ЛЕКАРСТВА В РАЗНЫХ СТРАНАХ В 2007 ГОДУ (% ВВП)

ИСТОЧНИК: EPISCOM, БАЗА ДАННЫХ WORLD MARKET MONITORING, RMCB, IMS.



— 62%) приходится всего 16% общего количества потребленных лекарств, а из государственного бюджета на них тратится только 21% совокупных расходов на лекарственные средства. Вторым открытием стало то, что в 2007 году потери ВВП из-за показателей индекса DALY, составившего 18 млн лет для населения России (24 основные болезни), достигли \$167 млрд (потери ВВП рассчитываются как произведение

индекса DALY и показателя ВВП на душу населения).

СООТНОШЕНИЕ РАСХОДОВ НА ЛЕКАРСТВА И ОБЪЕМ ИХ ПОТРЕБЛЕНИЯ В 2007 ГОДУ*

ИСТОЧНИК: IPM.



Для России образца 2020 года были просчитаны два сценария — традиционный (при котором ситуация в российском здравоохранении не меняется) и европейский (основанный на текущих показателях Германии и Франции по потреблению лекарств и расходам на них).

Рассмотрим традиционный сценарий. В 2020 году количество больных гипертонией прогнозируется на уровне 58 млн человек, из них предположи-

тельно 28 млн человек будет поставлен диагноз и лишь 12 млн получат лечение. При этом общий объем потребления лекарств против гипертонии составит 4,4 млрд единиц, а средняя интенсивность лечения — 381 единица препаратов в год на человека. Из них на противогипертенционные средства придется 8%, на диуретики — 16%, на бета-блокаторы — 18%, на антагонисты кальция — 19%, на ингибиторы ангиотензин-превращающих ферментов — 38%, а на блокаторы рецепторов ангиотензина — 1%. Также, согласно прогнозу, средняя цена на единицу препарата составит \$0,1, а общий объем расходов на них — \$400 млн. При этом индекс DALY достигнет 274 тыс. лет, а потери ВВП — \$4,6 млрд.

Расчеты для европейского сценария показывают совсем иные результаты. При том что количество больных остается неизменным — 58 млн человек, остальные показатели су-

щественно улучшаются. Так, число диагностированных пациентов вырастет до 38 млн, а получивших лечение — до 33 млн. Общий объем потребления лекарств при этом составит 15–16 млрд единиц (что примерно в четыре раза больше), а средняя интенсивность лечения — 456–487 единиц препаратов в год на человека. Значительно изменится и соотношение применяемых лекарств. Прием противогипертенционных средств снизится до 3–5%, диуретиков — до 14%, для бета-блокаторов и антагонистов кальция процент потребления останется примерно тем же — 17–22%, но значительно уменьшится прием ингибиторов ангиотензин-превращающих ферментов — до 18–31%, а вот прием блокаторов рецепторов ангиотензина, наоборот, существенно возрастет — до 13–26%. При этом цена одного препарата должна составить \$0,2, а объем расходуемых из госбюджета средств — \$2,4–2,8 млрд. В результате DALY снизится до 81–142 тыс. лет, а потери ВВП — до \$1–2,4 млрд. Таким образом, экономика для бюджета составит порядка \$2,2–3,5 млрд.

Разница есть

Экстраполяция этого примера на фармацевтическую отрасль России дает еще более внушительный разрыв между показателями потерь ВВП для этих двух сценариев. Согласно исследованию, если в России объем потребления лекарств в расходах на них останется неизменным — 20 млрд единиц препаратов и \$2 млрд соответственно, к 2020 году индекс DALY (24 основные болезни) вырастет с 18 млн до 19 млн лет, а потери бюджета практически удвоятся — со \$167 млрд до \$314 млрд. Если же страна начнет развиваться по европейскому сценарию (общий объем потребления лекарств вырастет до 49–65 млрд единиц препаратов, а расходов на них — до \$147 млрд), то индекс DALY к 2020 году снизится до 9–10 млн лет, а потери ВВП — до \$142–164 млрд. Обобщение для всего бремени болезней (DALY составляет 30 млн лет) дает еще более внушительную разницу. Следуя традиционному сценарию, Россия потеряет \$504 млрд, в то время как при европейском — \$264–287 млрд. Но в этом случае объем потребления лекарств должен возрасти со 121 млрд до 217–233 млрд единиц, а бюджетные расходы на них — с \$10 млрд до \$32–25 млрд.

Записал Владислав Дорофеев

ЛЕЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

Генеральный директор компании «ОАО „Нижфарм“» ДМИТРИЙ ЕФИМОВ убежден не только в необходимости введения лекарственного страхования, но и в необходимости поддержания лекарственной безопасности России. И это несмотря на то, что в ранге вице-президента немецкой корпорации STADA по России, странам СНГ и Балтии он прежде всего реализует задачи и интересы иностранного работодателя.

СТАНДАРТЫ СТРАХОВАНИЯ — Какая из моделей лекарственного страхования наиболее адекватна российской экономике. По вашему представлению, разумеется?

— Если говорить о системе возмещения полной или частичной стоимости потребленных лекарственных средств государством или страховыми компаниями, которые выполняют свои функции за счет налогов или специальных отчислений, то в моем понимании та или иная форма страхового лекарственного обеспечения должна существовать. Только в такой форме можно получить условно социально справедливый механизм, при котором здоровые и работающие люди обеспечивают доступность современных лекарственных средств для малоимущих или заболевших людей. Применительно к российской действительности наиболее адекватной формой, наверное, будет так называемое софинансирование. Схема проста. Страховая компания возмещает стоимость лекарственных средств по определенной цене. У пациента всегда остается право выбора —



либо по страховому полису условно бесплатно получить препарат в аптеке по цене, не превышающей цену возмещения, либо же, доплатив, приобрести тот же препарат, но другого производителя и бренда, наиболее адекватный с точки зрения качества или потребительских предпочтений, привычек.

— Каково приемлемое соотношение доходов населения и расходов населения на лечение? — Если сегодня потребление лекарственных средств на душу населения в России составляет около \$120 в год, то в развитых странах данный показатель в четыре-пять раз выше.

СТАНДАРТЫ БЕЗОПАСНОСТИ

— Какое, на ваш взгляд, нормальное соотношение импортозамещения на лекарственном рынке?

— В целом сложно назвать приемлемый уровень импортозамещения. В стратегии «Фарма-2020» обозначен целевой показатель 50/50. Это хороший показатель. Однако по целому ряду продуктов он должен быть больше в отношении российского производства, поскольку отсутствие или недостаточное производство отдельных продуктов в любой стране может нанести ущерб с точки зрения качества и безопасности. Это прежде всего препараты, входящие в список ЖНВЛС, отдельные вакцины, препараты инсулина. По ним, естественно, нужно добиваться того, чтобы страна при наступлении определенных условий могла более или менее быстро и качественно обеспечить свою независимость от поставок извне.

— Можно ли говорить сегодня о национальном фармрынке в отдаленной стране или это нонсенс?

— В теории говорить о национальном фармрынке можно. Для этого у любого государства есть определенные возможности, которые позволяют закрыть или сделать невыгодным доступ всех импортных препаратов на национальный рынок. Но это неминуемо спровоцирует резкое

снижение качества лекарственной терапии, потому как в эпоху глобализации за счет одного фармрынка, даже крупного, профинансировать огромное количество исследований, которые необходимы для создания нового инновационного лекарства, невозможно. Поэтому и компании в основном глобальные, и работают они не на одном рынке, и за счет этого имеют возможности для инвестиций в новые разработки.

— Без чего не может быть качественного фармакологического рынка, без каких главных факторов?

— Качественный фармакологический рынок — это рынок с прозрачным регулированием, четкими процедурами доступа, понятными правилами работы участников и прозрачными принципами ценообразования и финансирования.

— По каким характеристикам и критериям (экономика, продолжительность жизни, цена на лекарства) можно утверждать, что стандарты фармрынка (Best practices: GMP, GDP, GLP, GCP) состоялись на национальном рынке?

— Существует несколько показателей, определяющих успешность внедрения международных стандартов качества на национальном фармрынке. Это и количество отозванных серий, и характер, а также частота несоответствий, которые выявляются надзорными органами. Внедрение стандартов качества, безусловно, влияет на продолжительность жизни, общую структуру заболеваемости и потребление лекарственных средств. Цена на лекарства в данном случае никак с этим не связана.

— Каков должен быть обязательный набор законов и каких законо-

нов, чтобы рынок фармакологии и здравоохранения развивался правильно?

— Не так давно был принят основополагающий для всей фармацевтической отрасли закон «Об обращении лекарственных средств». В ближайшее время должен появиться ряд важных подзаконных актов, регулирующих вопросы введения единого стандарта GMP и проведения клинических исследований. Одно из ожидаемых нововведений в законодательном регулировании рынка — выход законов и подзаконных актов, обеспечивающих создание системы страхового лекарственного обеспечения.

СТАНДАРТ ПОТРЕБЛЕНИЯ

— Какова в России доля генерики?

— По сравнению с развитыми странами доля брендовых генериков в России негипотетично высока. Связано это с тем, что отечественный фармрынок финансируется в основном за счет конечного потребителя. Именно поэтому фармкомпаниями брендируются свои препараты с целью дифференциации от большого количества других генериков, с тем чтобы пациент запомнил и купил данный препарат. Если будет введен унифицированный подход к финансированию большей части рынка, тогда, скорее всего, бренды останутся только для безрецептурных или невозможных препаратов, а также для инновационных препаратов. Соответственно, доля небрендовых генериков будет расти.

— Что лучше — оригинальные, инновационные, но дорогостоящие препараты или, как правило, более дешевые генерики?

Налог на здоровье

уровень жизни

Есть две страны, где люди живут долго и даже очень долго, а младенцы и женщины во время родов умирают реже, чем в других государствах мира. В Норвегии и Австралии сейчас самый высокий уровень жизни в мире. Одна из причин — эффективная и доступная медицина.

Иоханне Крог получила от норвежских журналистов крайне неприятное прозвище — «худший доктор Норвегии». Причина — почти три десятка неудачных операций, которые, по данным прессы, обошлись государству в 13 млн крон. Журналисты раскопали историю, когда Иоханне Крог якобы прервала операцию, поругавшись с коллегой, пишет «Газета.ру». В итоге ей было официально запрещено работать в этой стране. Впрочем, «худший доктор» не стала оспаривать это решение и просто уехала из страны в Швецию, где снова устроилась работать... доктором.

А на другом конце света, в австралийском городе Элис-Спрингс, молодой человек индийского происхождения Баладжи Варатараджу поверг общественность в шок. Он полгода работал в городской больнице врачом, не имея при этом медицинского образования. Не менее 400 пациентов прошли за это время через руки леждоктора, который устроился на работу по поддельным документам. На чистую волю его вывели коллеги, подыняв шум, после чего Баладжи Варатараджу был арестован.

Эти два, мягко говоря, необычных случая объединяет то, что они произошли в странах с одним из лучших в мире систем здравоохранения. По данным исследования, проведенного международной организацией Save the Children, Норвегия заняла первое место в мире по уровню жизни женщин и детей. Австралия стала второй, а Швеция четвертой, пропустив вперед Исландию. Доступность и эффективность медицины в этих странах так высока, что младенческая смертность там находится на минимальном уровне, а женщины крайне редко умирают при родах. Люди там живут долго — в среднем более 80 лет.

На нефтяной игле

В 2009 году самым «горячим» (сексуальным) главой государства была признана Юлия Тимошенко, возглавлявшая тогда правительство Украины. А вторым номером в рейтинге Hot-Heads of State стал 50-летний глава кабинета министров Норвегии Йенс Столтенберг.

Йенс — потомственный политик. Его отец Турвалд в свое время был министром иностранных дел Норвегии. Первый свой министерский портфель Йенс получил в 1993 году, когда ему было 34 года, а в 2000-м впервые возглавил правительство, но на выборах, которые состоялись через год, его Норвежская рабочая партия с треском провалилась. Тогда он возглавил партию, в 2005 году в составе коалиции после очередных выборов сумел сформировать правительство и вновь стал премьер-министром.



Во многом благодаря премьер-министру Норвегии Йенсу Столтенбергу, в его стране сейчас один из самых высоких уровней жизни в мире, а младенцы и женщины во время родов умирают реже, чем в других государствах мира. Одна из причин — эффективная и доступная медицина

слишком дорогая и медленная. Но избиратель решил иначе. Королевство Норвегия официально строит государство всеобщего благоденствия, чему немало способствуют огромные запасы нефти и газа. Поэтому услуги государственной системы здравоохранения разработаны так, чтобы быть доступными всем лицам, постоянно проживающим в Норвегии, независимо от их социального статуса. Недавно, например, было решено предоставить доступ к бесплатной медицине части нелегально проживающих в стране людей — детям, беременным женщинам, больным психическими заболеваниями.

Государственная система здравоохранения финансируется за счет налогов и имеет несколько уровней. Услуги семейных врачей (врачей общей пра-

ктики) предоставляются на уровне муниципалитетов. Услуги специалистов и стационары находятся в ведении округов и специальных медицинских секторов. Их в Норвегии пять. На «окружном» уровне функционируют больницы и клиники. Вся эта система находится под контролем министерства здравоохранения и социальных вопросов.

Норвегия тратит на медицину (в пересчете на гражданина) больше, чем такие страны, как Великобритания, Франция или Германия, — около \$5 тыс. в год на человека. Сектор государственного здравоохранения в Норвегии один из самых многочисленных в стране: по данным официального сайта Норвегии в России, он насчитывает 220 тыс. работников, при том что численность населения страны составила в 2009 году 4,8 млн человек. На одного врача-терапевта в стране сегодня приходится менее 300 человек.

Естественно, что помимо государственных докторов и больниц в Норвегии есть и частные лечебные клиники, а пациенты платят за отдельные услуги и в госсистеме. Налоги на поддержание работоспособности социального сектора, в который входит еще и национальная система страхования (финансируется за счет отчислений работников и предприятий) и обеспечивает выплату пенсий, различных пособий (и проч.), в стране высоки, но норвежцы видят, на что идут их деньги.

Трудоголик от сохи

Австралийский премьер-министр Кевин Радд старше Йенса

Столтенберга всего на два года, но выглядит как бухгалтер или университетский профессор, что никогда не позволит ему взлететь на верхние сточки рейтинга «самых горячих глав государств». У Кевина Радда не было папы-министра, его родители — простые фермеры. Да и премьер-министром он стал гораздо позже — в 2007 году. Зато попал в список 20 самых богатых лидеров мира по версии британской газеты Independent, где занял 17-е место с состоянием в £41 млн. Правда, произошло это благодаря же-не-бизнесмену Терезе Райн.

Кевин Радд известен как главный трудоголик Австралии, который работает на износ и заставляет вкалывать и остальных чиновников. Это привело к постоянной текучке кадров в министерствах, что премьер не смущает: «Народ Австралии нас выбрал, чтобы мы работали. Это мы и делаем. Я знаю, что мои подчиненные вкалывают как проклятые. Так и должно быть. Можно считать, что год работы на госслужбе эквивалентен семи годам в обычном бизнесе. Так что те, кто дергаются со мной все 4 года, могут потом сказать, что знают меня и проработали со мной 30 или более лет, если считать по обычным меркам», — приводит слова главы кабинета министров сайт tg.ru.

В следующем году Кевину Радду и его Лейбористской партии предстоит выборы, на которых придется «отвечать за содеянное», в том числе и за реформу здравоохранения.

Система здравоохранения Австралии включает в себя не-

сколько звеньев. Есть развитый сектор частных медицинских услуг, а есть программы, финансируемые государством. Это программа фармацевтических льгот, в рамках которой правительство субсидирует покупку гражданами лекарств. Австралийцы платят не более 31,3 австралийских доллара за большинство лекарств, отпускаемых по рецепту. А пожилые люди, малоимущие и инвалиды платят не более 5 австралийских долларов, а остальные оплачивают государство. Еще правительство предоставляет 30-процентную скидку по частному медицинскому страхованию. Для этого гражданину надо лишь зарегистрироваться в фонде здоровья.

Но главным элементом австралийского здравоохранения является система из 762 государственных больниц, которые оказывают бесплатную медицинскую помощь. Финансирование осуществляется федеральными властями и властями штатов за счет налогов. Именно этим элементом и занялся премьер-министр Кевин Радд.

Он предлагает перераспределить поступления от налогов в сторону «центра», но при этом увеличить размер финансирования госбольниц со стороны федерального правительства до 60%. Штаты также получат дополнительно несколько миллиардов долларов на развитие, а в больницах сократится время ожидания получения услуг, появится несколько тысяч новых мест и 600 новых врачей.

Инициатива премьера была одобрена не всеми — Кевин

Радд потратил немало времени на то, чтобы уговорить власти штатов. Он даже грозил провести национальный референдум. Но потом штаты пошли на попятную и стали подписывать соглашения с правительством. Впрочем, на момент подготовки материала информации о том, завершилась ли реформа полностью, не было.

Австралийцам еще предстоит увидеть и на собственной шкуре ощутить эффект от нововведений. Возможно, они действительно помогут если не ликвидировать, то хотя бы уменьшить очереди на получение медицинских услуг — бич практически всех государственных систем здравоохранения. Например, по данным министерства здравоохранения Австралии, для того, чтобы попасть на профилактический прием к дантисту муниципальной клиники, нужно иногда ждать своей очереди около двух лет.

Норвежские власти также вынуждены констатировать очереди в больницах и старение населения входя в число наиболее трудноразрешимых проблем здравоохранения. Процент пожилых людей неуклонно растет с начала 1970-х годов, поэтому спрос на услуги по лечению, реабилитации и уходу за больными и престарелыми постоянно увеличивается.

Такая ситуация, возможно, приведет к более радикальным реформам, чем та, которую осуществляет Кевин Радд. Придут ли они по душе избирателям?

Кирилл Мартынов

фармацевтика практика

Субстанция независимости

глобализация

Россия превратилась в своеобразную лекарственную колонию. Потребляемые препараты либо завозятся, либо изготавливаются из импортного сырья, субстанций, производимых в основном в Китае или Индии. Так ли это плохо в рамках глобального фармрынка?

Прорыв в Поднебесную

Золотой век отечественной фармакологии, в частности по производству субстанций, остался в СССР. Большинство заводов находилось на территории современной России. До 1992 года эти предприятия обеспечивали «первичным фармсырьем» не только советские республики, но и почти всю Восточную Европу. Выпуск готовых лекарственных средств в основном был сосредоточен на территориях стран Варшавского договора (ГДР, Венгрия, Чехословакия, Польша, Болгария) и социалистической Югославии (в первую очередь Словения и Сербия). После распада СССР экономические связи разрушились. Многие российские заводы по выпуску субстанций закрылись, а те, кто выжил, переориентировались на выпуск готовых лекарственных форм.

«Мы практически полностью потеряли производство собственных субстанций. В период с 1992 по 2008 год объем их производства сократился в 18 раз. В 1992 году в России производили 272 наименования субстанций объемом в 17,5 тыс. условных тонн, что не только обеспечивало потребности производства препаратов в разных сегментах от 70 до 100%, но и позволяло экспортировать в дружественные страны. В настоящее время российская фармпромышленность использует не более 8 тыс. тонн в год, из которых, по разным данным, лишь 1–2 тыс. тонн поставляют отечественные производители», — говорит редактор фармацевтического портала Pharms-MedExpert.ru Иван Данилов.

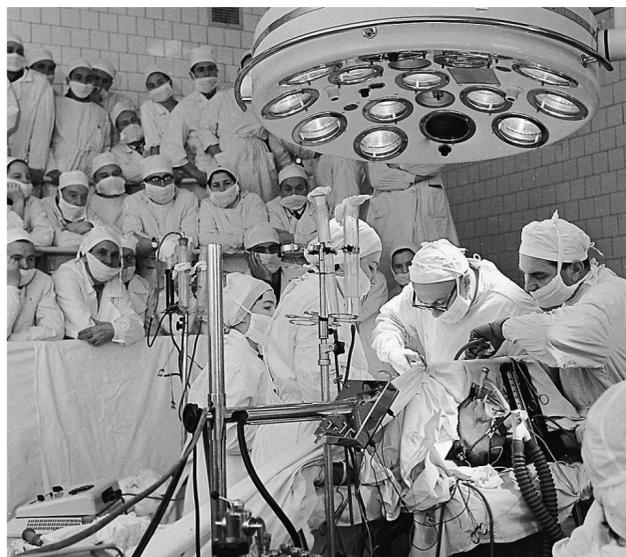
Случались и редкие прорывы. Так, в 2001 году группа «Фармавит» запустила в Ленинградской области завод «Фарминтез» по производству высокотехнологичных лекарственных субстанций.

Крупнейшим производителем субстанций в России сегодня является «Полисинтез» (Белгород), производящий мелгумин, метионин, цитрат и гидротрицитрат натрия, аскорбиновую, аминокaproновую и гамма-аминомасляную кислоты. Еще один лидер — «Бион» (Обнинск, Калужская обл.) — выпускает субстанции анестетиков, антиоксидантов, пептидных кардиологических, гемостатических, офтальмологических лекарственных средств. Но им приходится несладко. «Практически все крупные российские фармпроизводители при желании смогли бы заняться производством и экспортом субстанций. Но одним это не нужно — им выгоднее закупать за рубежом, другие, как, например, «Верофарм» и «Фармстандарт», производят субстанции в основном для себя и внутреннего рынка», — говорит Эльдар Вагабов.

Эксперты считают, что внутренний массовый спрос можно вполне эффективно удовлетворять за счет импортных субстанций, но чтобы Россия не потеряла фармакологическую независимость, необходимо локализовать этап производства готовых лекарств на территории РФ. А чтобы обезопасить свои производства от бизнес-агрессии иностранных компаний на рынке субстанций, можно рассмотреть перспективу покупки какого-либо существующего мощного производственного актива в Индии или Китае.

Мифология стоимости

На российском фармрынке устойчиво живет миф о том, что многие талантливые ученые-биологи и химики, уехавшие несколько лет назад из России на Запад, готовы вернуться домой и помочь отечественной науке. В качестве примера приводятся громкие заявления некоторых известных ученых, которые периодически появ-



Первая в мире операция на сердце под местной анестезией (1953 год) была проведена в СССР академиком А. А. Вишневым (второй справа). Очевидное подтверждение высочайшего уровня советской фармакологии и медицины ФОТО РИА НОВОСТИ

ляются в ведущих деловых российских газетах. В них звезды науки в открытых письмах президенту даже ставят условия своего возвращения. Но это в газетках. В жизни все гораздо хуже.

Известные в научных кругах академики, члены-корреспонденты РАН и РАМН в частных беседах признаются, что банально боятся выезда своих перспективных аспирантов на международные конференции: многие уезжают не на конференцию, а навсегда. Крупные фармацевтические концерны ведут в России охоту за молодыми талантами. Транснациональным гигантам есть что им предложить, пока российская фармака не лежит в руинах.

«Для ученого прежде всего важно наличие академической среды высокого уровня, а именно научных семинаров, возможности общаться с ведущими учеными (то есть наличие средств приглашать их для лекций и конференций)», — пояснила научный исследователь Института биологической кибернетики (г. Тюбинген, ФРГ), кандидат биологических наук Оксана Ещенко. — Эпизодические выезды наших ученых на Запад (и часто на собственные средства), к сожалению, не выход». Ученые сейчас интересуются в первую очередь зарплата, позволяющая жить без необходимости подработки, современные лаборатории, дающие возможность заниматься экспериментальной наукой, и интересные проекты.

Как правило, российские производители лекарств не инвестируют в инновационные разработки, поскольку у них на это нет средств. Сегодня средняя цена разработки одного нового препарата составляет \$800 млн, и, по прогнозам, эта сумма в скором будущем перевалит за \$1 млрд. Удовольствие создать оригинальный препарат стоит дешевле. Сейчас в России начинают появляться проекты (правда, пока только на бумаге), которые свидетельствуют об интересе отраслевых инвесторов к лекарственным субстанциям. Причем интерес сосредоточен на выпуске инновационных или квазиинновационных компонентов.

Например, компания «Диод» является монополистом по производству качественного дигидрохлоридина (природный биофлавоноид, содержится в смоле сибирской лиственницы, снижает вязкость крови, способствует повышению прочности и эластичности сосудов и капилляров, нормализует проницаемость сосудистой стенки) не только на отечественном рынке, но и в мире. Заключенные компанией контракты позволяют полагать, что «Диод» будет наращивать производство и отгрузку этой субстанции. «Если российский рынок лекарств на три четверти контролируется западными компаниями, то на рынке БАД ситуация обратная. Не случайно именно в этом сегменте продукция российских производителей весьма конкурентоспособна и востребована», — отметил аналитик ИК «Финнам» Эльдар Вагабов.

И в этом смысле российским компаниям можно развивать узко- или очень узкоспециализированную фармацевтику, например, для лечения редких болезней. И выходит из этого предложения на мировой рынок. В различных препаратах стоимость субстанции может составлять 10–50% стоимости самого препарата. По мнению опрошенных аналитиков, в ближайшее время на рынке субстанций будут преобладать две тенденции: их себестоимость будет падать, а качество — улучшаться. Стандарты будут расти благодаря научным разработкам, применению нанотехнологий и воздействию на вещество на молекулярном уровне.

Своя ниша

«Индия и Китай на протяжении последних лет проводят дальновидную политику по переносу на свою территорию иностранных производств. Результат налицо: эти страны стали основными мировыми площадками для производства лекарственных субстанций. Россияне достаточно настороженно относятся к китайской фармпродукции. Конечно, есть устойчивый стереотип, что все китайское — плохое. Это давно не так, но для того чтобы уничто-

жить эту негативную ассоциативную связь и завоевать доверие российского потребителя, китайцам придется основательно вложиться в рекламу и маркетинг. Но преодолеть зависимость от импортных препаратов и в первую очередь субстанций в настоящее время невозможно», — указывает гендиректор Национальной дистрибуторской компании Настасья Иванова.

«Конкурировать с Индией или Китаем бессмысленно. Эти страны сумели занять свою нишу. Второй билет на этот рынок для России будет стоить очень дорого», — считает руководитель департамента маркетинговых исследований ЦМИ «Фармаксперт» Давид Мелик-Хусейнов. По его мнению, и не нужно пытаться этот второй билет заполучить.

Нечеткие стандарты экологической безопасности позволяют штамповать в Индии и Китае фабрики по выпуску лекарственных субстанций. Потому фармпроизводство в этих странах считается грязным. Однако там есть и современные заводы, соответствующие международному стандарту качества GMP. То есть не стоит считать, что все субстанции китайского и индийского производства плохого качества.

Как пояснила эксперт, «в этих странах действительно существуют крупные не сертифицированные производства, поэтому качество готовых субстанций вызывает определенные сомнения. Это важная проблема, поскольку качество импортных субстанций в России не исследуется должным образом. Когда Росздравнадзор выдает лицензию иностранным компаниям, ведомство проверяет документы на соответствие, но не проверяет производственные площадки».

Формальная стратегия

Справедливости ради надо сказать, что российское правительство пытается найти достойный ответ китайской экспансии лекарственных субстанций. На государственном уровне создана «Федеральная стратегия развития фармацевтической промышленности до 2020 года» («Фарма-ма-2020»), в которой одним из приоритетных направлений развития для отечественных фармкомпаний должна стать разработка и производство оригинальных препаратов. Планируется добиться к 2020 году того, чтобы продукция отечественных фармкомпаний на 80% состояла из инноваций и заняла большую часть внутреннего рынка. Речь идет о создании до 2020 года около 200 новых отечественных лекарственных препаратов.

Первоочередной тактической задачей стратегии является также импортозамещение, что в течение ближайших пяти-семи лет должно позволить перераспределить рыночные доли между отечественными и зарубежными производителями и даже выровнять их.

По мнению авторов «Фарма-2020», поставленные задачи вполне выполнимы, если объемы инвестиций в отрасль достигнут \$200 млн в год, причем основную часть этих расходов должно будет взять на себя государство. Есть в стратегии и дополнительные меры, которые могли бы стимулировать приток в отрасль инвестиций. В частности, предлагается сформировать список препаратов, полный цикл производства которых будет налажен на территории нашей страны, утвердить механизм гарантированных закупок ряда препаратов в рамках тендеров, предусматривается возможность введения протекционистских мер для защиты отечественных производителей.

Сергей Артемов

«Индия и Китай на протяжении последних лет проводят дальновидную политику по переносу на свою территорию иностранных производств. Результат налицо: эти страны стали основными мировыми площадками для производства лекарственных субстанций. Россияне достаточно настороженно относятся к китайской фармпродукции. Конечно, есть устойчивый стереотип, что все китайское — плохое. Это давно не так, но для того чтобы уничто-

Здоровый рынок

инвестиции

Американская R&D-компания Charles River купила WuXi AppTec — компанию по разработке новых лекарств в Китае — за \$1,7 млрд. Так на уровне капитализации крупнейший российский фармкомпаний американские инвесторы оценивают перспективы рынка разработки новых препаратов в Китае. О том, почему в России отрасль R&D не привлекает для инвесторов, что нужно сделать для того, чтобы отрасль развивалась, «Ъ» рассказал первый вице-президент WuXi AppTec РИЧАРД СОЛЛ.

«R&D (research and development) — инвестиция в научные исследования и конструкторские разработки (НИОКР). Среди лидеров по объему инвестиций — США, Китай, Япония, Франция, Германия, Великобритания. Объем R&D-инвестиций в мире оценивается примерно в \$1 трлн, из которых примерно пятая часть приходится на медицину и здравоохранение (второй по объемам инвестиционный сектор НИОКР после ИТ-индустрии).

«Какие основные тренды развития в мировом R&D?»

«Все более популярным становится аутсорсинг, когда компании размещают исследования и разработки в других странах. Им это выгодно прежде всего из-за экономии на издержках. Согласно данным глобального исследования City Investment Research & Analysis, 75% фармкомпаний в ближайшем будущем планируют вывести область разработок на аутсорсинг. При этом они считают, что аутсорсинг надо разводить по разным компаниям-провайдерам, поскольку это минимизирует риски. Среди других наблюдаемых сегодня трендов: от услуг аутсорсинга компания-провайдер постепенно становится стратегическим партнером компаний-заказчиков, оставляя big pharma только работу с ноу-хау.

«Какие страны сейчас наиболее привлекательны для инвестирования в R&D?»

«Подталкивающее большинство компаний предпочитают Азию. Сейчас лидирует Китай по таким параметрам, как качество работы и услуг, скорость разработок, быстрая окупаемость. В Индии главный козырь то, что мы называем техническими талантами: там традиционно много сильных, одаренных разработчиков. Рынки аутсорсинга по R&D сейчас показывают большую роль. К примеру, если в 2007 году рынок аутсорсинга на разработки новых лекарств в Китае оценивался в \$5,4 млрд, то к 2014 году планируется вдвое больше — \$11,4 млрд. Для небольших биофармацевтических компаний R&D в Китае это практически единственный вариант проведения качественных токсикологических и химических исследований, поскольку в противном случае они должны создавать собственную инфраструктуру, что дорого и неприемлемо для венчурных компаний, которыми они, по сути, являются.

«На какие риски идут компании, разведя R&D в Китае?»

«Конечно, риски есть, и это прежде всего хищение интеллектуальной собственности, потеря контроля, регуляторные риски. Это своеобразная плата за дешевизну.

Жизнь или кошелек

экспертиза

(Окончание. Начало на стр. 15)

В 2007 году доля лекарств в ВВП США составила 2,5%, во Франции — 1,7%, в Германии — 1,4%, а в России — около 1% (цифры относительные, так как ВВП западных стран на порядок выше, чем России). Объем единиц лекарств, употребленных на душу населения, распределился так: США — 739, Франция — 828, Германия — 581, Россия — 344. По мнению разработчиков модели, если Россия будет развиваться по благоприятному сценарию, то к 2020 году доля ВВП, потраченная на лекарства, возрастет до 1,5–1,6%, а объем принятых лекарств на душу населения достигнет 600–650.

Средняя продолжительность

Тако изменение в течение десяти лет возможно, отметил Патрик Аганян в своем выступлении. Примером тому может служить бывшая ГДР, которая в 1989 году, в момент объединения с ФРГ, решила сходные с Россией задачи в приблизительно равных экономических условиях. Переняв систему возмещения стоимости лекарств и расходов бюджетных средств на лекарства для населения от ФРГ, ГДР к 2004–2005 годам сумела достичь существенного прогресса по продолжительности жизни, которая за этот период поднялась до уровня США (около 78 лет) и даже превзошла его.

Средняя продолжительность жизни в России составляет в среднем 69 лет, что на 12 лет меньше, чем в странах Европейского союза. По мнению участников АИРМ, смягчить как демографический кризис, так и потери ВВП можно при помощи увеличения объемов лекарственных средств и улучшения качества доступных препаратов. Решить проблему может внедрение системы возмещения стоимости лекарств.

В исследовании, в частности, предлагаются три сценария того, как возмещение стоимости лекарств может быть профи-



«Как вы оцениваете отрасль R&D в России?»

«Я знаю, что у стран Восточной Европы, в том числе и России, большой рынок клинических исследований, но отрасль разработки новых препаратов в России очень молодая и о ней мало что известно на мировом рынке R&D.

«Что нужно сделать в России для того, чтобы отрасль развивалась?»

«Основная проблема в том, что нет достаточной поддержки со стороны государства, а также нет истории продвинутой разработанных препаратов и их продаж, что чрезвычайно важно при разработке и выводе на рынок новых препаратов. Для развития и продвижения отрасли исследования в России необходима господдержка. Например, у Индии богатая история разработок новых лекарств. А у Китая сейчас очень мощная поддержка со стороны государства. В феврале китайское правительство анонсировало программу по развитию R&D страны, согласно которой до 2020 года будет вложено до \$112 млрд общих инвестиций в эту сферу. Таким образом, создаются условия для привлечения международных компаний в разработку лекарств на территории Китая. Практически по всей стране с правительственной поддержкой создаются биотехнопарки со специальными, замечу, очень выгодными условиями. Такой поддержки или нечто подобного мы не видим в России.

«Насколько важна в отрасли разработка инициатива и роль самого научного сообщества для развития R&D?»

«Это тоже большая проблема для России. Кроме отсутствия господдержки и промоции сейчас в России практически нет научных работ в главных научных международных журналах об исследованиях и разработках, нет их продвижений. Люди должны общаться между собой — только в научных дискуссиях возникают новые идеи. При отсутствии такового рода общения разработчики будут копировать работы друг друга, а это не самый лучший путь для развития отрасли. Культура создания инфраструктуры знаний, обмена информацией и ее анализе, кстати, отсутствует и в Китае, в отличие от США.

Записала Дарья Николаева

ГОТОВЫЕ ФОРМЫ

Доктор экономических наук, профессор кафедры микроэкономики Финансового академии АНДРЕЙ ЮДАНОВ не видит ничего дурного в том, что отечественная фармацевтика специализируется на выпуске готовых лекарственных форм.

«Не кажется ли вам, что Россия превратилась в такую лекарственную колонию, в которой выпускаются только готовые лекарственные формы, а субстанции закупаются, исследования практически не проводятся?»

«Концентрация на выпуске готовых форм — это нормальная специализация развитой страны, субстанции для всего мира делают в Китае и Индии. Другой вопрос, какие ГЛС (по качеству, новизне и т. п.) производить.

Мировая индустрия столкнулась с кризисом новых разработок, традиционные методы создания новых лекарств становятся все более затратными и малоэффективными. Но есть и признаки грядущей революции (нанотехнологической и генно-инженерной) — вопрос в том, когда она вырастет в силу, способную заменить традиционные лекарства, а не дополнить их в отдельных точках, как сейчас. Нашим фирмам (они малы и финансово слабы) без масштабной господдержки на передний край новых разработок выдвигаться невозможно. Следовательно, на повестке дня стоит пока вопрос освоения узких ниш, эффективного копирования производства генериков.

«Россия — страна генериков. Плохо ли это?»

«Это нормально, если говорить о производстве. И это плохо, если речь идет о потреблении, так как



означает, что наша медицина медленно осваивает новые эффективные препараты.

«Как бы вы могли прокомментировать высказывание некоторых экспертов о том, что \$1 инвестиций в лекарства дает \$6 в ВВП? В нем ничего не ясно. Куда инвестировать этот \$1, кто его должен инвестировать, откуда, собственно, взялся именно \$6, да и вообще как можно просчитать что-либо достоверно?»

«Я не любитель таких хлестких фраз. Здесь все гадать, а цифры скорее создают иллюзию точности, чем ее реально вносят. В принципе страна выигрывает от инвестиций в фармацевтическое производство, поскольку эта отрасль дает большую добавленную стоимость, а кроме того, подпитывает химию, медицину и создает потенциал экспорта. Страна также выигрывает от роста затрат на медикаментозное обеспечение населения, хотя здесь скорее выигрывает в продолжительности жизни, чем напрямую рост ВВП. Но то, что пропорция именно 1:6... Это больше отдача рекламой или политиком, пусть и с благими намерениями — мол, вкладывайтесь в здоровье нации, это выгодно, чем наукой.

«Как вы относитесь к такому мнению, что средства в медицину российское государство вкладывает неправильно, идут деньги не туда, поэтому рынок лекарств растет, а продолжительность жизни — нет, и это, соответственно, означает, что русская медицина бьет мимо цели?»

«Русская медицинская научная школа — одна из сильнейших в мире. Советская система здравоохранения не раз официально признавалась лучшей. А вот то, что «русская медицина бьет мимо», к сожалению, трудно опровергнуть (хотя справедливости ради надо отметить, что продолжительность жизни все-таки начала расти). Проблема, как она видится экономисту, состоит в том, что у нас на рынке нет игрока, который сочетал бы мотивированность и компетентность. Пациент мотивирован, но некомпетентен. В итоге он лечится не тем, не идет к врачу вовремя и т. п. Врач компетентен, но не мотивирован «полностью вкладываться», так как слишком загра-

жен, никак не поощряется за успехи и т. п. Наконец, финансирующие органы озабочены прежде всего тем, чтобы уложиться в бюджет. Ситуация могла бы исправиться НАСТОЯЩАЯ (это ключевое слово) страховая медицина. Страховая фирма имеет мотив лечить людей наилучшим образом (иначе те второй раз заболеют или осложнение случатся — придется снова платить), заинтересована в экономном расходовании средств (это ведь ее издержки) и имеет компетентных спецов, способных проконтролировать оптимальность лечения.

«Какой может быть модель лекарственного страхования для России?»

«Это слишком широкий вопрос, конкретную программу в двух словах не опишешь, да ее и не разрабатывали пока толком. Но один момент очевиден: это должна быть система, охватывающая все население, так сказать «общенациональный проект» в прямом смысле слова.

«Что бы могли бы сказать об эффективности (или предпосылках) фармрекламы в СММИ? И разве чрезмерный объем самолечения в России не одно из следствий такой рекламы?»

«Самолечение в супермаркетах — результат проблемы в организации здравоохранения. Будет эффективнее медицина — снизится (до оптимума, не до нуля) и самолечение. Реклама у нас бывает свинской, абсолютно недопустимой, но прогресс в сравнении с 1990-ми годами просто огромен. Поэтому радикальные меры вряд ли нужны (не забудем, что реклама не только «заманивает», но и информирует), а вот эволюционно улучшать ситуацию надо.

Записал Владислав Дорофеев