

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Лечение по новым стандартам **10** | Жизнь по средствам **11** | Нужен ли Нижегородской области фармацевтический кластер **12**



При поддержке правительства Нижегородской области



С 1 января 2011 года в России вступил в силу новый закон об обязательном медицинском страховании (ОМС). Теперь российские граждане могут самостоятельно выбирать клинику, где хотят наблюдаться, и страховую компанию. Все это, по версии чиновников, должно привести к конкуренции между лечебными учреждениями и, как следствие, улучшить качество медицинской помощи. «Б-Здравоохранение» выяснял, что, по мнению участников рынка, может помешать реализации этих планов.

Здоровая конкуренция

госрегулирование

Федерального закона №326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», действующего в нашей стране с 1 января этого года, ждали давно. Ведь, по мнению участников системы здравоохранения, предыдущий закон 1991 года уже серьезно устарел. В числе основных нововведений ФЗ №326 — возможность выбора гражданином страховщика ОМС, клиники и врача. Как раз на свободу выбора пациента между государственными и частными клиниками, которые теперь при желании могут также работать по системе ОМС, и делал основной упор разработчики законопроекта по ОМС. Учитывая, что клиника получает деньги за каждого прикрепленного пациента, качество предоставляемых услуг обязательно должно вырасти, уверяли они. Ведь если пациенту не нравится, как его лечат, то он имеет полное право раз в год сменить клинику и «увести» за собой средства по ОМС. По мнению участников рынка, эта концепция могла бы серьезно поднять уровень российского здравоохранения, если бы не ряд оправданных пока опасений.

В 2010 году в Минздравсоцразвития объявили, что возможности по финансированию здравоохранения будут расширены как за счет увеличения с 2011 года взносов в ФФОМС — с существовавших 3,1 до 5,1%, так и за счет упрощения всей системы в целом. А именно: создания одноканальной модели финансирования здравоохранения в связи с переходом на оплату по факту оказанной помощи по установленному тарифу за медицинские услуги. Новый закон действительно предусматривает переход с 2013 года на преимущественно одноканальное финансирование лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) через систему ОМС и оплату помощи по полному тарифу. Тариф включит в себя все статьи расходов, кроме затрат на приобретение оборудования стоимостью выше 100 тыс. руб. «Система финансирования по расширенному тарифу позволяет главным врачам клиник маневрировать заработными за оказанную медицинскую



Большинство частных клиник пока не торопятся вступать в новую систему, считая установленные тарифы по ОМС слишком низкими

ФОТО АНТОНА ТУШИНА

помощи средствами и в случае необходимости направлять их на наиболее приоритетные статьи расходов. В частности, на ремонт и закупку нового оборудования, повышение квалификации медицинских работников. Преимуществом одноканального финансирования здравоохранения позволяет оптимизировать организацию медпомощи и развивать приоритетные направления, — объясняет исполнительный директор территориального

Фонда ОМС по Нижегородской области Елена Хлабутина. Госпожа Хлабутина особо подчеркивает, что установленные тарифы на медицинские услуги по ОМС по ряду направлений почти идентичны расценкам частных клиник. Речь идет об офтальмологических операциях, операциях на сердце и др. «На эти средства можно жить. И мы будем рады работать в рамках установленного тарифа со всеми нижегородскими частными клиниками», — говорит она.

При этом большинство успешных частных ЛПУ считают установленные тарифы на медицинские услуги по ОМС слишком низкими и не торопятся принимать предложение. «Это почти единогласное мнение всех руководителей частных клиник. Впоследствии мы наверняка будем входить в ОМС, но делать это мы будем крайне осторожно. На сегодняшний день есть множество „но“, — говорит председатель совета директоров группы компаний

«Садко» Юрий Балашов. «Мы пока не приняли окончательного решения. Положительный ответ будет зависеть от тарифа. Если его размер будет примерно сопоставим с тем, который установлен в нашей клинике сейчас, то это нас устроит. Например, сейчас у нас, согласно прайсу, прием врача-терапевта в клинике стоит 550 руб., выезд на дом — 1200 руб., — добавляет главный врач «Клиники семейного врача» Владимир Горбунов. По данным Елены Хлабутиной,

прием врача-терапевта в обычной поликлинике, согласно тарифу ОМС, оценивается в 170 руб., выезд на дом — 268 руб. В связи с этим, по мнению экспертов, очевидно, что частным клиникам с именем при существующем у них уровне специалистов действительно пока нет смысла входить в систему ОМС. «Мы прекрасно понимаем, что уровень ответственности, который лежит на нас, если мы начнем принимать пациентов по системе ОМС. Существую-

щего на сегодня количества сотрудников и площадей для того потока пациентов, который может хлынуть к нам по ОМС, не хватит. Значит, нужно расширяться, заниматься поиском инвестиций. И пока несно, что мы получим взамен, — продолжает господин Горбунов. «Частные клиники продают аналогичные услуги в принципе по схожим с установленным тарифом ОМС расценкам. Никогда не поверю, что реальная стоимость одного приема к терапевту в частной клинике на самом деле варьируется от 500 до 1000 руб. В нашей системе один приход к врачу действительно стоит 170 руб., но суммарная стоимость всего лечения будет существенно выше», — считает в свою очередь Елена Хлабутина.

Кстати, положительные примеры взаимодействия с частными клиниками по новой системе все же есть. Правда, пока это в основном амбулаторно-медико-санитарные части различных открытых акционерных обществ. «Ведомственные клиники идут на это, потому что у них есть территория, оборудование, площади. Но мы работаем не только с ними. На сегодняшний день в Нижегородской области уже 12 заявлений о включении в систему ОМС от действующих частных клиник, — поясняет госпожа Хлабутина. «Руководитель одной из клиник, которая работает в заречной части Нижнего Новгорода, говорил мне, что этот проект ему интересен. И в случае, если он найдет помещение, чтобы расширяться, то существующие тарифы, в частности 170 руб. за одно посещение врача-терапевта, его вполне устроят», — подтверждает генеральный директор ООО «РОСТ-Медицина» (бренд — «Клиника „Александрия“») Ирида Верещагина.

Эксперты полагают, что действующие тарифы на медицинские услуги по ОМС пока удовлетворяют потребности только государственных ЛПУ или клиник, работающих в низком ценовом сегменте. А значит, реальная конкуренция среди государственных и частных учреждений если и возникнет, то незначительная.

Другим ограничением возможной конкуренции между ЛПУ различных форм собственности может стать и тот факт, что, несмотря на повсеместно декларируемую возможность выбора врача пациентом самостоятельно, территориальный принцип выбора клиники в законе не отменен. «Во-первых, пациент должен четко понимать, что если он живет, к примеру, в Сормовском районе, а планирует прикрепиться к клинике в Нижегородском, то автоматически лишает себя надомного обслуживания. Написав отказ, но потом все равно будет бегать, поскольку это неудобно. Ездить так далеко в рамках тарифа по ОМС врач к нему вряд ли будет. Во-вторых, есть лимит по прикрепленным пациентам. И его устанавливает главный врач клиники. К примеру, есть профессор, но тогда к нему будут огромные очереди, и о каком качестве тогда будет идти речь?» — объясняет Елена Хлабутина.

Между тем реформа ОМС в России только началась. В течение 2011 года должны быть подготовлены все подзаконные акты для ее полноценного проведения. А в 2012 году будет определен конкретный порядок работы и взаимодействия всех субъектов и участников ОМС. И, по мнению участников нижегородского рынка, многие сегодняшние опасения могут оказаться напрасными, поскольку говорить о первых реальных результатах этой реформы можно будет не раньше начала 2013 года.

Елизавета Зубкакина

КОНТЕКСТ

Основные нововведения

Система ОМС — централизация финансирования ОМС и переход с одноканальной системы с 2013 года, переход на полный тариф, введение обязательных платежей регионов за неработающее население. Благодаря этим изменениям должны в полную силу заработать положения, принятые ранее: свободное обращение по всей России и выбор застрахованных медицинского учреждения.

СТЕНОГРАММА



ИРИНА ПЕРЕСЛЕГИНА, первый заместитель министра здравоохранения Нижегородской области: — Реализация нового закона несет определенные риски. Существует ряд федеральных документов, в соответствии с которыми мы должны строго контролировать объемы стационарной медицинской помощи. У нас эти объемы и так превышают федеральные нормы. И, если мы включаем в систему ОМС все клиники — и государственные, и частные, которые подали заявку на оказание стационарной помощи, то должны перераспределить объемы. А как? Видимо, сократив государственные места. Но частная клиника может через год выйти из программы. А нам тогда что делать? На мой взгляд, это самый трудный вопрос для сохранения доступности медицинской помощи. Над ним мы сейчас работаем.



МАКСИМ ХИТРИН, главный врач клиники «Ника Спринг»: — Основное, что греет душу, это то, что в России признали — частное здравоохранение существует, и у него есть права. Вступление в систему ОМС — тот шаг, на который можно перейти частной клинике. Но при этом система гарантий должна быть очень четкой. Много вопросов остается к тарифам. Мы же со 170 рублей должны заплатить зарплату доктору, а чем более амбициозный и именитый специалист, тем больше его финансовые запросы. Да и помимо зарплат врачей расходы огромного количества, не говоря уже о налоговой нагрузке.



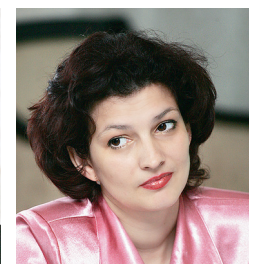
ИРИДА ВЕРЕЩАГИНА, генеральный директор ООО «РОСТ-Медицина» (бренд — «Клиника „Александрия“»): — Если рассматривать новый закон об ОМС в контексте государственных клиник, то он предвещает увеличение тарифа. Так что же в этом плохого? Если же говорить о частных клиниках, то они могут работать в ОМС, но по особым операциям или развивая новые, более бюджетные направления. Вступив в ОМС, не расширяясь, не удастся. На мой взгляд, нужно изучить также западный опыт. Там пациент, имея полис ОМС, может прийти в частную клинику и доплатить за сервис.



ВЛАДИМИР ГОРБУНОВ, главный врач «Клиники семейного врача»: — Если смотреть на ситуацию исключительно с точки зрения бизнеса, то предлагаемые условия по ОМС для частной клиники будут недостаточны. Но если говорить о правах пациента, то не в коем случае сегодня в России нельзя совмещать систему обязательного медицинского страхования и добровольного. Пациент не сможет понять, где начнутся, а где заканчиваются его возможности.



ЮРИЙ БАЛАШОВ, председатель совета директоров группы компаний «Садко»: — В систему ОМС обязательно нужно встраиваться, поскольку она рассчитана явно не на два-три года. Правда, делать это нужно не сейчас, а только после того, как произойдет определенная коррекция нового законодательства под существующие реалии. Для нас главное, чтобы правила работы были четкими и понятными.



ЮЛИЯ МЕЛЬНИК, замруководителя отдела защиты прав зарегистрированных и экспертов качества медицинской помощи «Капитал Медицинское страхование»: — Мне кажется, в конечном итоге мы должны прийти к тому, что частная клиника станет безразлично, по какой системе страхования пришел человек. Они просто должны быть уверены в том, что за клиента заплатит и клиника не пострадает. При этом частникам стоит помнить, что за пациентами по ОМС и ДМС контроль ведется достаточно жесткий, нежели когда человек приходит в частном порядке и платит деньги.

здоровоохранение тенденции

Стандартный пациент

стратегия

Определены 1190 стандартов российского здравоохранения, которые охватывают все этапы лечения пациента. В течение двух лет Минздраву предстоит оценить обеспеченность стандартов лечения деньгами, поступающими из системы обязательного медицинского страхования.



По мнению экспертов, врач должен иметь возможность использования протокола ведения пациентов, где прописаны нюансы течения заболеваний

ФОТО ЕВГЕНИЯ ДУДИНА

Новое поколение

Главная задача модернизации здравоохранения была обозначена в президентском послании еще в мае 2004 года. В нем говорилось о гарантиях бесплатной медицинской помощи, о стандартах качества и о стандартах безопасности. В нем же были обозначены основные направления модернизации здравоохранения. В частности, в нем говорилось о необходимости создания единой системы обязательного медицинского страхования (ОМС), о стандартах качества и о стандартах безопасности. В нем же были обозначены основные направления модернизации здравоохранения. В частности, в нем говорилось о необходимости создания единой системы обязательного медицинского страхования (ОМС), о стандартах качества и о стандартах безопасности.

Идею этого института занимает разработка и внедрением в национальную систему здравоохранения стандартов качества по оказанию медицинской помощи. Это существование и перечень лекарственных средств, подобный нашему ЖНВЛС (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты) — 37. Большое внимание уделяется оптимизации расходов на финансирование системы здравоохранения. Это существование и перечень лекарственных средств, подобный нашему ЖНВЛС (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты) — 37. Большое внимание уделяется оптимизации расходов на финансирование системы здравоохранения.

формулировке есть претензии, главная из которых — стандарты тормозят поиски врачом лучшей практики. **Протокол пациента** «Голыми стандартами никого не вынешли. И врач должен жить не только стандартом», — уверен председатель общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре Ян Власов. По его словам, врач должен иметь возможность использовать среди прочего протокол ведения пациентов — методическую рекомендацию самого высокого научного уровня. В стандартах, объясняет Власов, прописаны основные средства, основные препараты, а в протоколах — нюансы течения заболеваний. «По сути, протоколы — это наиболее грамотный перечень возможных направлений диагностического и лечебного поиска, охватывающий все стороны жизни пациента. Однако протоколы не узаконены Минздравом на правах обязательного документа и экономически обременять их гораздо труднее», — уточняет Ян Власов. В стандартах, объясняет Власов, прописаны основные средства, основные препараты, а в протоколах — нюансы течения заболеваний.

перечень шире, чем зарубежные коллеги, — как основу для выбора препаратов, отмечают эксперты. Говорить о том, хороший или плохой список ЖНВЛС, бессмысленно. У нас нет официальной концепции представления о сфере применения этого перечня. За рубежом цель такого перечня — рациональный выбор, и только при такой трактовке этот перечень может быть тесно связан со стандартами, — говорит эксперт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Андрей Мешковский. При этом он указывает на необходимость альтернативы при выборе ЖНВЛС. «В списке ВОЗ по каждому разделу, а их всего 27, есть основной список лекарств и дополнительный. Спривязывая альтернативы к препаратам, список увеличивается на 25–30%. Это необходимый план „Б“, распространяемая практика ВОЗ», — отмечает господин Мешковский. С тем, что у врача должна быть альтернатива при выборе лекарства, соглашается Ян Власов. Одним из лекарственных средств, которые находятся в стандарте, человек не может быть выделен, уверен он. «Врачу должно быть выделено, в каком случае они не учитываются, прописанные в стандарте, а некую рекомендацию. Ведь на сегодняшний день существует очень много аналогов одних и тех же препаратов, имеющих примерно одинаковый репутационный статус», — отмечает гендиректор Nobel Biocare Russia Александр Смирнов.

Разница стоимости Государство в рамках базовой программы будет обеспечивать тот минимум лекарств и услуг, который предписан стандартом. Однако готовивший сейчас этот перечень, может быть, предполагал, как утверждает глава департамента Минздрава Владимир Зеленский, что с согласия пациента лекарственные препараты, расходные материалы, изделия технологичные, не входящие в стандарты оказания медицинской помощи, пациент сможет заменить на лучшие, оплатив разницу в стоимости. Однако не всегда нужно брать деньги с пациента. Владимир Зеленский приводит пример: в случае переносимости стандартный препарат необходимо бесплатно заменить другим, который может быть в стандарте не указан. В предлагаемом законе регионов также дано право дополнять федеральный минимум услугами и лекарствами — это уже дело региональных бюджетов. В Минздраве, впрочем, не исключают, что федеральные стандарты станут покровом. Так, глава Минздрава Татьяна Голикова в интервью «РИА Новости» заявила, что «нельзя исключать возможность, что после того, как стоимость стандарта будет обречена, придет понимание, что денег в системе может не хватить». В этом случае стандарт будет прекращаться, но не с точки зрения медицинских услуг, а прежде всего лекарств и расходных материалов, поскольку это основные статьи затрат. Получается, что расходы на лекарства, после того как новые стандарты заработают, опять лягут на пациента. «В таком случае это будет очередной способ выживания пациента из бесплатной медицины на платную. Ведь медицинская помощь невозможна без лекарств», — заключает Александр Саверский. По экспертным оценкам, при лечении по лекарственному стандарту около 40% пациентов вынуждены покупать лекарства за свой счет.

Дарья Николаева

В России самый продолжительный больничный лист, самый низкий уровень продолжительности жизни и самый высокий показатель общего бремени болезней (DALY — сокращение от «Disability-adjusted life year») в Европе. Больше 20% ВВП ежегодно теряет экономика из-за плохого здоровья россиян. Если не реформировать существующую систему здравоохранения и не сделать лекарства более доступными для населения, в частности за счет введения системы лекарственного страхования, к 2020 году потери национальной экономики увеличатся вдвое.

Бремя жизни

экономика здоровья

Большая часть бремени болезней в Европе и России (64%) приходится на 24 заболевания. Это ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь, униполярные депрессивные расстройства, шизофрения, остеоартрит, рак трахеи, бронхов и легких, инфекция нижних дыхательных путей, воспалительные заболевания кишечника, хроническое obstructive заболевание легких, рак желудка, рак толстого и тонкого кишечника, болезнь Альцгеймера и другие виды слабоумия, диабет, рак груди, дефицит йода, гипертоническая болезнь сердца, биполярное расстройство, шизофрения, астма, ревматоидный артрит, обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, мигрень, рак поджелудочной железы. Большинство этих заболеваний хорошо поддается лечению современными препаратами, о чем свидетельствуют показатели стран ЕС.

Реальный индекс жизни

Ключевой характеристикой состояния здоровья населения является ожидаемая продолжительность жизни. Уже на протяжении нескольких лет этот показатель в России растет, но больших успехов в этом направлении все же не наблюдается. По данным Минздравсопразитвита, в 2009 году средняя продолжительность жизни выросла на 1,2 года и составила в среднем 69 лет.

Что, впрочем, по-прежнему на шесть лет меньше, чем в новых странах ЕС, и на 12 лет меньше, чем в развитых странах ЕС. К примеру, одним из самых высоких значений ожидаемой продолжительности жизни могут похвастаться Исландия, Норвегия и Швейцария: 78–80 лет — для мужчин, 83–84 года — для женщин.

Вторая важная характеристика здоровья нации — общий коэффициент смертности (по отношению к смертности на 1 тыс. человек), который в России в полтора раза выше аналогичного европейского показателя: в 2009 году коэффициент смертности составил в России 14,2 на 1 тыс. человек, в то время как в странах ЕС в 2009 году он был на уровне 9,6.

Впрочем, все эти показатели официальной статистики иллюстрируют только количественный аспект потерь жизни из-за предотвратимой смерти — и не раскрывают качественных оценок. А ведь понятно, что некоторые болезни из-за потери трудоспособности могут вести к утрате нескольких лет работоспособной жизни. Поэтому для более взвешенных оценок ВОЗ применяет индекс DALY (Disability Adjusted Life Year), который впервые использовал Кристофер Murray и Alan Lopez в 1996 году. Этот показатель состоит из сумм потенциальных лет жизни, потерянных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности, и измеряет бремя болезней для человека, а соответственно, и для общества. Один DALY эквивалентен потере одного года здоровой жизни.

В России показатель общего бремени болезней в 2007 году составил 210 лет на 1 тыс. человек, в соответствии с Международным классификатором болезней, в то время как во Франции этот показатель составил 137 лет, в Германии — 100 лет, подсчитали в Ассоциации международных фармпроизводителей (АИФМ). Наибольшее бремя болезней (64%) в России приходится на 24 заболевания, в целом потери от этих недугов составляют 135 лет на 1 тыс. человек. В Германии этот показатель в 2,5 раза меньше, чем в России, и составляет 53 года, а во Франции в 1,6 раза меньше — 84 года. Самый высокий рейтинг по бремени болезней в России у ишемической болезни сердца: ее DALY-индекс составляет 38 лет на 1 тыс. человек, что в пять раз выше среднего показателя Германии и Франции. На втором месте — цереброваскулярные болезни — 27 лет на 1 тыс. человек, на третьем — униполярные депрессивные расстройства, 11 лет на 1 тыс. человек. Значения рейтингов болезней существенно превосходят данные по сравнимым странам — Германии и Франции.

Потери ВВП

Если еще некоторое время назад никто всерьез не задумывался о взаимосвязи между здоровьем населения и экономическим ростом, то сейчас на фоне глобализации, обостряющейся конкуренции и ухудшающейся демографической ситуации эта взаимосвязь становится все очевиднее. И даже несмотря на то, что позитивные экономические последствия для страны из-за болезней и нетрудоспособности ее граждан чрезвычайно сложно и эти расчеты носят скорее теоретический характер, все больше данных свидетельствуют: экономический рост ухудшает здоровье населения, а в свою очередь плохое здоровье граждан подрывает этот самый рост, что приводит к снижению производительности труда.

Эксперты Европейской организации по системе и политике здравоохранения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в своей работе, посвященной экономическим последствиям заболеваний и травм в России, отмечают, что именно плохое состояние здоровья россиян снижает производительность труда в последние годы. Напомним, что производительность труда в РФ в три-четыре раза ниже, чем в развитых странах.

Между тем существуют вполне определенные оценки потерь экономики по причине нездоровья граждан. Согласно расчетам АИФМ, российская экономика из-за плохого здоровья населения ежегодно теряет около 20% ВВП. Например, в 2007 году потери составили \$270 млрд. Более того, эксперты АИФМ ожидают ухудшения ситуации и роста издержек национальной экономики (в 2020 году потери ВВП увеличатся вдвое — до \$504 млрд) в случае, если не будут модернизированы системы здравоохранения и лекарственного обеспечения.

Но даже если не считать экономических потерь в масштабах страны, то, к примеру, из-за болезней работники издержки несут непосредственно предприятия как прямые — в виде оплаты двух первых дней больничного листа, так и косвенные — в виде снижения производительности во время отсутствия работника. При этом российским работодателям повелевать меньше, чем европейским: их работники болеют дольше. По данным Европейской организации по системам здравоохранения ВОЗ, в России по болезни теряется в среднем десять рабочих дней в год на одного работающего, а в странах, вступивших в ЕС 1 мая 2004 года, этот показатель составлял менее восьми дней. Издержки из-за пропуска рабочих дней по болезни в России составляют, по данным ВОЗ, 0,5–1,37% ВВП. В последние годы выросли и расходы Фонда социального страхования России на выплаты больничных — с 61,8 млрд рублей в 2002 году до 104,6 млрд рублей в 2007 году.

Лекарства — людям

Большинство заболеваний, из-за которых экономика несет наибольшие потери, поддаются медикаментозному лечению лекарствами нового поколения, уверены в АИФМ. Однако в России, в отличие от стран ЕС, такие лекарства применяются мало. Впрочем, даже если не брать в расчет новейшие препараты, то нормальное — на уровне развитых стран — обеспечение населения лекарствами в амбулаторных условиях позволяет снизить заболеваемость и число госпитализаций. Но тут существует серьезная проблема — чрезвычайно низкая обеспеченность россиян лекарствами.

По данным АИФМ, для расходов на лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении составляет в России около 0,9% ВВП, во Франции и Германии — 1,7% и 1,4% соответственно. Средняя интенсивность медикаментозного лечения почти вдвое ниже, чем во Франции и Германии. Если сравнить уровень потребления лекарств в России и европейских странах, то можно смело говорить о недостаточности лекарственного обеспечения россиян.

По данным компании DSM Group, в России потребляется лекарств на \$82 на душу населения в год, в то время как в странах Евросоюза — на \$250 на душу населения в год. В США в среднем лекарства потребляют на \$704, а Канаде — на \$498, во Франции — на \$459, в Германии — на \$411, в Великобритании — на \$223.

При этом примерно 70% потребления лекарств обеспечено за счет собственных средств населения, подсчитали в DSM Group. Учитывая низкие доходы граждан, а по данным ВЦИОМ российского центра уровня жизни, за время кризиса доля бедных в нашей стране выросла до 24,3%, лекарства многим россиянам просто не по карману.

Сделать лекарственные средства при амбулаторном лечении доступными для всех потребителей, а для определенных групп льготников, как сейчас, возможно в системе всеобщего лекарственного страхования, которая успешно работает практически во всех странах Западной Европы и в США. Такую систему эксперты давно предлагают ввести в России. При этом идея по поводу механизмов реализации лекарственного страхования предлагаются самые разные.

Почти фантастической из-за низких доходов населения (среднемесячная зарплата в 2009 году в РФ составила 18,7 тыс. рублей — чуть более \$600) кажется идея введения лекарственного страхования за счет грядущей. Для бюджета идея тоже, мягко говоря, не дешевая.

Для того чтобы профинансировать рынок репутационных лекарств, применяемых при амбулаторном лечении, к 2020 году необходимо \$26,5 млрд, считают в АИФМ. Поэтому предлагают софинансирование — 50-процентную доплату к средствам населения, в том числе за счет взносов работающих граждан и \$50 — для неработающих. Предлагают в АИФМ и другие варианты, в частности повышение размеров акцизов на табак и вино-водочную продукцию — это хоть и снижает стоимость лекарственного страхования для граждан, но незначительно.

С необходимостью введения лекарственного страхования согласны и чиновники из здравоохранения. Несколько лет назад даже назывались сроки введения системы — 2010 год. Однако государство до сих пор не придумало, как это сделать, а из-за кризиса вообще отложило реализацию этой идеи. Так что создание и реализация концепции лекарственного обеспечения населения, которую готовит Минздравсопразитвита, и в которой подробно рассматривается тема лекарственного страхования в России, отложены как минимум до 2013 года.

Дарья Николаева

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ менеджмент

«Надо жить по средствам»

госорганы

Ряд новых положений в реформе здравоохранения, ставшей первой за последние 20 лет в медицинской сфере, пока вызывает большое количество вопросов и опасений. Об инновациях в отрасли, объемах финансирования региональных программ, Минздравсоцразвития и известном детском хирурге Леониде Рошале «Здравоохранение» поговорила с главой регионального Минздрава Александром Карцевским.

— Александр Валентинович, сейчас все внимание приковано к реформе здравоохранения. Какие приоритетные задачи решает ваше ведомство в рамках этой реформы?

— Реформа здравоохранения одновременно идет по трем направлениям. Первое — это реализация ФЗ №83, согласно которому происходит смена юридического статуса лечебных учреждений. То есть все лечебные учреждения должны перейти в разряд либо бюджетных, либо казенных, либо автономных. Предполагается, что подавляющее большинство учреждений будут бюджетными — их права будут расширены, и в первую очередь в сторону финансовой самостоятельности. Второе направление — это реализация нового закона об обязательном медицинском страховании. Этот закон принципиально меняет взаимоотношения между страховыми медицинскими организациями и собственно гражданами. Теперь человек имеет право свободно выбирать как страховую компанию, так и медицинское учреждение при согласии врача. Частные негосударственные клиники, которые имеют соответствующие лицензии на оказание медицинской деятельности, получили право в заявительном порядке войти в программу государственных гарантий. И у нас уже есть такие обращения. На мой взгляд, это положительное нововведение, поскольку оно создает определенную конкурентную среду на рынке оказания медицинских услуг и значительно ограничивает тот монополизм, который раньше имели государственные лечебные учреждения. Ну и третий момент, также очень серьезный, — это пере-

дача прав и обязанностей по организации медицинской помощи на региональный уровень. После внесения изменений в ФЗ №131 у органов местного самоуправления остались полномочия только по созданию условий для организации медицинской помощи. Вся же лечебная сеть теперь переходит на региональный уровень и получает статус государственных лечебных учреждений.

— А как на территории региона реализуется программа модернизации здравоохранения? По каким основным направлениям идет работа?

— Основные направления программы затрагивают приведение лечебных учреждений в полное соответствие с требованиями санитарного и противопожарного законодательства. На сегодня в программе модернизации участвуют 159 лечебных учреждений региона. Также мы занимаемся закупкой оборудования, информатизацией и внедрением федеральных стандартов при оказании медицинской помощи. Еще в этом году постановлением российского правительства Нижегородская область включена в реализацию программы по совершенствованию онкологической помощи населению. Этот проект предусматривает полное обновление медоборудования, развитие диагностической базы. В рамках программы планируется создание более двадцати первичных онкологических кабинетов на базе существующей лечебной сети. Объем финансирования программы очень серьезный — более 600 млн руб. Кроме того, мы продолжим работу по нацпроекту «Здоровье».

— Проектов много, и, несомненно, все они важны и необходимы. Но как обстоят дела с финансированием и есть ли динамика по его увеличению?

— Мне довелось работать в аналогичной должности в течение семи лет в 90-е годы, да и в должности министра здравоохранения региона я уже почти четыре года, так что могу сказать однозначно — такого уровня финансирования и внимания к отрасли я не припомню. Например, в рамках программы модернизации здравоохранения каждое направление имеет свое финансирование:



из Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) мы получаем 8 млрд 60 млн руб., плюс по 1,4 млрд в 2011–2012 годах выделяют областной бюджет и территориальный фонд ОМС. Финансирование программы государственных гарантий оказания бесплатной

медицинской помощи населению Нижегородской области из всех источников превышает 24 млрд руб. И мы видим определенную положительную динамику не только в части финансирования, но и в части тех результатов, которых мы добились за последние годы. В частности, нам удалось почти

вдвое уменьшить материнскую смертность и сократить младенческую смертность. И даже несмотря на то, что в Нижегородской области пока еще существует естественная убыль населения, уровень смертности у нас снижается, а показатель рождаемости растет.

— Вы в начале разговора затронули реформу ОМС, согласно которой все страховые сборы будут поступать в центр. И уже федеральный фонд решит, кому и сколько достанется. Как, на ваш взгляд, это скажется на объемах финансирования здравоохранения региона?

— В этой связи нужно сказать, что Минздравсоцразвития ежегодно вносит на рассмотрение правительства РФ программу госгарантий, формируя при этом и финансовые нормы. Поэтому если сейчас средства будут аккумулироваться на уровне федерации, то федеральные органы власти, которые формируют и задают финансовые нормы, обязаны будут обеспечивать финансирование в соответствии с ними. По крайней мере, общая идеология, по моему мнению, должна быть такова.

— Как вы уже сказали, мы включены в программу по совершенствованию онкологической помощи населению. В этом направлении как обстоят дела в Нижегородской области?

— Сейчас у нас программа по онкологии получила развитие не только в части финансирования из федерального бюджета, но и в части областного. Естественно, мы ставим вопрос о строительстве нового онкологического диспансера. Для этих целей уже оформлен земельный участок на улице Родионова, рядом с больницей им. Семашко. За то время, что я работаю, нам удалось построить там радиологический корпус на 40 коек. Этого, конечно, мало. При запуске программы модернизации здравоохранения Нижегородской области Минздравсоцразвития указал нам на существующий дефицит онкологических коек, хотя мы и сами о нем прекрасно знаем. Строить нужно обязательно. Посмотрим, как будет развиваться бюджетная ситуация, жить нужно по средствам.

— Если привлекать для реализации подобных проектов частных инвесторов? В рамках того же государственно-частного партнерства, за которым, по мнению регионального правительства, будущее?

— У нас есть такой опыт. К примеру, диагностический центр

и областная больница им. Семашко привлекли частных инвесторов, которые приобрели и установили в этих учреждениях высокоточное дорогостоящее оборудование, в том числе компьютерные томографы. Однако пациенты могут воспользоваться ими только на платной основе. К чему это привело? К нам пошел поток жалоб. Общественность интересовалась: почему на базе государственного учреждения оказываются платные услуги? Хорошо это или плохо? С одной стороны, хорошо — ведь раньше возможности пройти томографию сразу, пусть платно, не было вовсе. С другой, когда в государственной больнице начинают процветать коммерция, лично мне это не очень нравится. Богу — боготво, кесарю — кесарево. Однако, если сейчас мы запретим все платные услуги в лечебных учреждениях, то врачи будут просто брать деньги себе в карман. А так эти поступления хотя бы оформляются через кассу. Поэтому решение вопроса о привлечении частных инвестиций в здравоохранение должно быть взвешенным и целесообразным.

— Какие болевые точки в здравоохранении региона вы бы отметили в первую очередь?

— Первая — это необходимость обновления основных фондов. В свое время нам на баланс «сбросили» те объекты, которыми муниципалитеты не занимались совсем. Поэтому сейчас легче построить новое, нежели отремонтировать существующее. Мы, конечно, выполняем программу модернизации, приведем в порядок лечебные учреждения, но ведь не стоит забывать, что это разовая акция на два года. А дальше что? И вторая проблема — проблема кадров. Если смотреть на

динамику в целом, то средний возраст врачей в Нижегородской области 46 лет. И общая численность врачей не только не растет, но даже снижается.

— В своем значительном апрельском выступлении Леонид Рошаль, раскритиковавший Минздравсоцразвития, отметил, что государственной системе здравоохранения не хватает управленцев именно из медицинской отрасли. Вы с ним согласны?

— Отраслью должны руководить люди, которые имеют опыт работы в лечебной сети и прошли все ступени. Я начал участковым терапевтом в участковой больнице, потом был главным врачом Центральной районной больницы. И я убежден: если ты не знаешь и не понимаешь, что надо требовать от людей, то по нормальным руководителям не сможешь. И в данном случае я с Рошалем согласен. К чему мы пришли сейчас? Мы получили ряд приказов, которые в принципе останавливают подготовку медицинских кадров. А это обязательно нужно сделать, чтобы паритет между клинической ординатурой раньше была два года, то сейчас ее растянули на пять лет. Давайте посмотрим на это реально. Кто из врачей, окончив мединститут, до 28 лет захочет быть молодым доктором? Еще один пример. Убрали интернов из больницы. Раньше они работали в практическом здравоохранении, а теперь могут проходить интернатуру только на базе медакадемии. Для них этот год потерял, потому что пока они не получают клинический практический опыт, не смогут полноценно исполнять свои обязанности. Таких примеров, к сожалению, много. И отголоски этих решений мы получим достаточно скоро.

Елизавета Зубкина

ЛИЧНОЕ ДЕЛО

Александр Валентинович Карцевский

Родился 14 апреля 1959 г. в г. Балаане Горьковской области. Имеет два высших образования. В 1982 г. окончил Горьковский медицинский институт им. С. М. Кирова, в 2003 г. — Московский институт бизнеса и политики по специальности «Экономика». С 1982 по 1983 гг. работал врачом-интерном в Областной клинической больнице им. Семашко, с 1983 по 1991 гг. — главным врачом Балаанской ЦРБ. В период с 1991 по 1998 гг. — директор департамента здравоохранения администрации Нижегородской области. С 1998 по 2005 гг. — генеральный директор ЗАО «Ипотечная компания Сбербанка». С 2005 года по октябрь 2007-го был главой администрации Балаанского района. С конца 2007 года занимает пост министра здравоохранения Нижегородской области.

АПОТЕКЕ
PHARMACIE

новый формат аптеки
ул. Алексеевская, 10/16
ТЦ Лобачевский PLAZA,
1 этаж

☎ **2 707 000** доставка

☎ **2 588 003** информационно-справочная служба

☎ **411 55 93** аптека

➤ Бесплатная экспресс диагностика состояния кожи и волос

➤ Австрийская косметика Stux на основе эфирных масел

➤ Эксклюзивные европейские марки косметики на основе достижений эстетической медицины

ЛИЕРАС PARIS

РЕНЕ ФУРТЕРЕР PARIS

ФИЛОРГА PARIS

УРИАЖЕ EAU THERMALE

ТАЛГО LA BEAUTE MARINE

ПЛАНТЕ СИСТЕМ LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

ДУКРАЙ LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

EAU THERMALE Avène

КЛОРАНЕ

НИКЕЛ

АНАВА Essential Dead Sea Treatment

БИОДЕРМА LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

здоровоохранение тенденции

Фармобъединение

проект

Немецкий производитель фармацевтической упаковки Schott AG выступает с инициативой по созданию в регионе фармкластера. «Б-Здоровоохранение» попытался разобраться, что будет включать в себя этот кластер, для чего он нужен региону и бизнесу и кто будет отвечать за то, чтобы эта инициатива не стала очередной декларацией о намерениях.

На сегодняшний день отечественные лекарственные препараты составляют в денежном выражении около 20% от всего объема лекарств, продаваемых на российском рынке, остальные же 80% поступают из-за границы. Российское правительство поставило задачу изменить это соотношение в пользу российских препаратов и утвердило Стратегию развития фармацевтической промышленности до 2020 года («Фарма-2020»). Согласно этому документу, доля отечественной лекарственной продукции в ближайшие 10 лет должна возрасти до 50% в стоимостном выражении, а в разрезе жизненно необходимых лекарств — до 85% от имеющихся на рынке. Важную роль в претворении этих планов в жизнь государство отводит фармацевтическим кластерам. «В наших интересах сделать так, чтобы деньги, которые государство и сами россияне тратят на лекарства, остались внутри страны и использовались российскими компаниями для разработки новых, инновационных лекарств», — считает и.о. министра промышленности и инноваций Нижегородской области Игорь Сазонов.

Хотя промышленные кластеры давно и успешно работают в ряде европейских стран и создаются в некоторых российских городах, единого понимания того, что такое кластер как таковой и что он должен из себя представлять, у фармацевтического сообщества Нижегородской области пока нет. «Кластер — это достаточно серьезный символ образования, науки и производственной базы, обладающий способностями саморазвития. Объединение происходит, как правило, вокруг крупного базового предприятия», — говорит Игорь Сазонов.

По словам начальника управления по корпоративному развитию STADA CIS (в холдинг входит нижегородское фармпредприятие ОАО «Нижфарм» — «Б-Здоровоохранение») Ивана Глушкова, фармацевтический кластер должен объединить в своем составе производителей, разработчиков лекарственных препаратов и весь спектр компаний, оказывающих профессиональные услуги внутри отрасли. Региональное правительство одной из важных составляющих фармацевтического кластера в регионе считает также поставщиков оборудования, комплектующих, специализированных услуг и объекты инфраструкту-

ры, научно-исследовательские институты, вузы, технопарки, бизнес-инкубаторы. По мнению начальника управления науки и инновационного развития ФГУП «НПО «Микроген» (филиалом которого является нижегородский завод биопрепаратов «Имбио» — «Б-Здоровоохранение») Миндздравсоцразвития России Игоря Красильникова, кластер представляет собой организованную и поддерживаемую государством структуру, которая берет на себя развитие в конкретном регионе той или иной отрасли.

«В принципе кластер как образование похож на технопарк, с той разницей, что ориентирован не только на развитие, но и на производство, и на логистику, и на дистрибуцию. Кроме того, в кластер, как правило, входит инвестиционная компания или банк, который дает средства на развитие кластера», — подчеркивает он. Юридически кластер должен представлять собой не юридическое, а группу компаний, координирующих свою деятельность.

Такая координация возможна при наличии общих интересов. Поиск таких интересов — платформа кластера — самая сложная часть задачи, — считает Иван Глушков. Кластер может быть оформлен как некоммерческое партнерство, структуру с разнородной формой собственности. В таком случае механизм создания кластера является соглашением между базовым предприятием, бизнес-экспертами и государственными структурами власти. Юридически кластер может быть либо холдингом, либо управляющей компанией. Фармацевтические кластеры уже формируются в ряде субъектов России. О намерении по их созданию заявили Москва, Санкт-Петербург, Волгоград, Владивосток, Калужская, Новосибирская, Иркутская, Свердловская, Томская и ряд других областей, Татарстан, Алтайский край. Кроме того, по сведениям Игоря Красильникова, фармацевтический кластер планирует создать на базе Сколково. Наиболее далеко, по мнению Ивана Глушкова, в направлении создания кластера продвинулись Санкт-Петербург, Калуга и Ярославль. При этом сказать, что в каких-то регионах кластеры уже действуют, нельзя — от идеи до реализации такого проекта, по данным аналитиков, проходит годы. Между тем, как отмечают в региональном правительстве, в ведущих европейских странах степень

концентрации отраслевых предприятий по кластерному принципу высока.

Нижегородская область, по мнению экспертов, к формированию фармацевтического кластера в целом готова. Помимо мощной производственной базы и аптечной сети аналитики указывают на наличие медицинского института с фармацевтическим факультетом, который готовит профильных специалистов, и сильную научную базу, которая в состоянии заниматься разработкой новых лекарственных средств. Поэтому все предпосылки для того, чтобы создать фармкластер, есть, и мы, безусловно, будем это поддерживать», — говорит генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей Виктор Дмитриев. Инвесторы также благосклонно смотрят на перспективу создания фармацевтического кластера в регионе. Благодаря удачному расположению, благоприятному инвестиционному климату, квалифицированному персоналу и доступности площадок Нижегородская область имеет все потенциальные условия для привлечения инвесторов из фармацевтической индустрии, считает исполнительный вице-президент подразделения «Фармацевтические системы» группы компаний Schott AG Юрген Саххофф. Правда, региону пока не хватает более совершенного федерального законодательства по поддержке отечественного товаропроизводителя в части таможенного регулирования, борьбы с контрафактом, льгот по энергозатратам и снижению налоговой нагрузки, отмечают в региональном правительстве.

Областное правительство предполагает, что в фармацевтический кластер Нижегородской области может войти «Нижфарм», производящий фармпрепараты, компания Schott Pharmaceutical Packaging, занимающаяся производством упаковки из стекла для фармпродукции, филиал ФГУП «НПО «Микроген» «Имбио», специализирующийся на производстве бактерицидных препаратов крови и питания. Также областные власти рассчитывают на НПО «Диагностические системы», производящее иммуноферментные тест-системы, и ЗАО «Биофит», занимающееся производством пищевых добавок. По мнению участников рынка, в кластер могут войти произво-

дители картонной упаковки для фармпроизводителей ОАО «Промис» и ООО «Фармокомплект» — дистрибутор лекарств межрегионального уровня.

Эксперты почти не сомневаются в положительном эффекте от появления фармацевтического кластера как для рынка, так и для региона. Предприятия-участники получают более прогнозируемое будущее, находясь в тесной связи с базовым предприятием, а синергетический эффект повышает конкурентоспособность продукции, отмечают в региональном правительстве. При этом защита общих интересов и поддержка власти создают условия для развития долгосрочных проектов. «Как правило, для участников кластера предполагается или снижение налогов, или снижение стоимости аренды и приобретения площадей, или в распоряжение участников кластера предоставляется инфраструктура. Таким образом, государство позволяет участникам рынка снизить себестоимость производимой продукции», — отмечает Игорь Красильников. В свою очередь Иван Глушков для предприятий, уже работающих в регионе, преимуществ от создания фармацевтического кластера не видит: «Единственное очевидное следствие „кластерной активности“ — это перетек рынка труда и рост расходов на персонал. Для аптечных сетей создание фармкластера ничего не изменит, считает генеральный директор ОАО «Нижегородская аптечная сеть» (НАС) Юрий Гайсинский. Однако, по его словам, от этого могут выиграть научные, клинические и другие специальные исследования по созданию лекарственных препаратов, деятельность по разработке и созданию инновационных лекарств, а также промышленное производство и продвижение на рынок лекарственных препаратов и вспомогательные производства, в том числе производство упаковки разных видов. «Если аптеки в нашем регионе существуют даже в убыток, а дистрибуция, к сожалению, все еще сильно зависит от федеральных структур, то предприятия во всех остальных сегментах можно развивать и привлекать. Другой вопрос, насколько реально шансы для такого развития событий», — говорит господин Гайсинский. По мнению экспертов, новые возможности могут появиться и для дистрибуции. «Не секрет, что некоторые крупные производители предпо-

лагают работать с пятью-семью компаниями-дистрибуторами со штаб-квартирами в Москве, а все попытки других компаний участвовать в процессе дистрибуции или логистики натываются на ценную дискриминацию. Создавая фармкластер, регион делает параллельно серьезный шаг в развитии как логистический центр России. Области создание фармкластера даст новые рабочие места, дополнительные поступления в бюджет, стимулы для дальнейшего развития фармацевтической логистики через регион на всю страну, а также задействует научный и технический потенциал региона, полагают эксперты.

Когда начнется и — главное — когда закончится формирование фармацевтического кластера в Нижегородской области, сказать точно пока не может никто. Прогнозируемые сроки создания фармкластера в регионе варьируются от года до десятилетия. Игорь Сазонов рассчитывает, что при активной заинтересованности бизнеса на создание кластера нужно полтора года. Иван Глушков более осторожен в прогнозах: по его мнению, срок, необходимый для запуска в работу кластера, лежит в интервале от трех до пяти лет. Это период, который необходим для привлечения в регион компаний отрасли, создания или постройки инфраструктуры и получения разрешительной документации. Между тем Игорь Красильников не исключает, что формирование кластера может занять от трех до десяти лет.

Ответственность за формирование фармацевтического кластера, сроки его создания и эффективность участия рынка целиком возлагают на правительство Нижегородской области и лично губернатора. Координация работы по привлечению в регион компаний отрасли — задача администрации области, считает Иван Глушков, а управлять деятельностью уже существующего кластера может специально созданная для этого компания. По мнению Игоря Красильникова, программу развития отрасли и формирования кластера должно разрабатывать государство, как и осуществлять его финансирование.

Анна Павлова



Большие возможности

перспективы развития

Российский фармацевтический рынок вошел в стадию активного развития. Доктор юридических наук, исполнительный вице-президент подразделения «Фармацевтические системы» группы компаний Schott Юрген Саххофф рассказал «Б-Здоровоохранению» о реалиях российского фармрынка, перспективах его развития и надеждах на федеральное правительство.

— Юрген, какая ситуация сложилась сейчас на мировом фармацевтическом рынке? На сегодняшний день мировой фармацевтический рынок растет примерно на 5–7% в год. При этом основную долю прироста обеспечивает появление новейших препаратов для лечения рака, диабета, ревматизма и программ вакцинации. Большинство лекарств в этих областях являются биотехнологическими инновациями, что характеризует высокую специфичность, избирательность и абсолютно новыми механизмами действия. Эти факторы накладывают определенные требования на соответствующую фармупаковку, что, в свою очередь, ведет к постоянному совершенствованию ее качества. Продажи инъекционных препаратов опережают рыночные темпы фармупаковки в целом. В подтверждение этого эксперты, как, например, консалтинговая фирма GBI Research, прогнозируют, что прирост на мировом рынке упаковки будет составлять 6,9% ежегодно и достигнет \$68 млрд к 2015 году. Также ожидается существенный рост сегментов безопасных и удобных шприцев и инъекционных систем.

— Как выглядит Россия на фоне других стран в плане производства и потребления лекарственных препаратов? Какова динамика развития фармрынка в стране, что изменилось за последние пять лет? — Темпы роста фармацевтического рынка в таких странах, как Китай, Бразилия, Россия и Индия, значительно выше общемировых из-за постоянного увеличения населения. Например, в Индии и Китае рынок переклассовой фармацевтической упаковки растет более чем на 20% в год. Подобный сценарий развития также применим и к фармацевтическому рынку России, который имеет много возможностей для развития. Сейчас страна внедряет международные стандарты и работает над сокращением отставания от международного рынка. Мы полагаем, что реализация амбициозных планов России имеет большой потенциал, в частности благодаря поддержке правительства в рамках программы «Фарма 2020», которая нацелена на повышение конкурентоспособности внутреннего рынка.

— Каково доло российского фармацевтического рынка занимают зарубежные компании, в частности европейские? Изменилось ли это соотношение за последние годы? — В области высококачественной фармацевтической упаковки рыночная доля иностранных компаний достаточно велика, хотя в других сегментах рынка их доля существенно ниже. В связи с большим потенциалом роста фармацевтического рынка России она становится все более привлекательной для прихода европейских и иностранных компаний в Россию. К

слова, недавнее заключение IMS Health (Институт информации в области здравоохранения) — международной аналитической организации, занимающейся исследованием мирового рынка лекарственных препаратов и внедрением качественных систем здравоохранения, — говорит, что «фармацевтические рынки таких стран, как Китай, Бразилия, Россия и Индия, предлагают так много возможностей и такой огромный потенциал роста, что ни одна компания не может их игнорировать».

— Каковы, по вашему мнению, перспективы развития фармацевтического рынка России на ближайшие годы? В каком направлении он будет двигаться — в сторону разработки инновационных препаратов или в сторону открытия новых заводов по производству известных лекарств? — С нашей точки зрения, формирование сильной внутренней фармацевтической промышленности — одна из основных задач российского рынка на ближайшие несколько лет. При условии воплощения в жизнь государственной стратегии «Фарма 2020» у России есть все возможности построить сильный внутренний рынок и внедрить международные стандарты качества. Первоначально в приоритете должно быть достижение существенного проникновения на рынок. Что, безусловно, должно включать в себя открытие новых заводов в рамках формирования сильной внутренней фармацевтической промышленности. Только после выполнения этого важного шага рынок будет готов к развитию инновационных лекарств.

— В последнее время развитие получили «биомедицина» и «народная медицина», производство биологически активных добавок. Каковы перспективы развития данного направления в России, есть ли вероятность, что БАДы займут более или менее значительную часть фармацевтического рынка?

— Мы уверены, что рыночная доля БАДов будет увеличиваться. Однако динамика роста будет зависеть от развития российской фармацевтической промышленности в целом. Сегодня постоянно растущий мировой рынок биотехнологий состоит в основном из стран Западной Европы, Японии и США. Другие страны сейчас нацелены на внедрение международных стандартов и обеспечение системы стабильного здравоохранения. Только когда эти задачи будут достигнуты, рынок будет достаточно большим и готовым к развитию биотехнологического сегмента. Россия в первую очередь нуждается в развитии сильной фармацевтической промышленности и уже после этого будет готова к активной разработке и производству биофармацевтических препаратов.

Анна Павлова



Участники рынка считают, что Нижегородская область к объединению предприятий фармотраслы готова

ФОТО АЛЕКСАНДРА КОРКОВА