

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 AIPM 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-

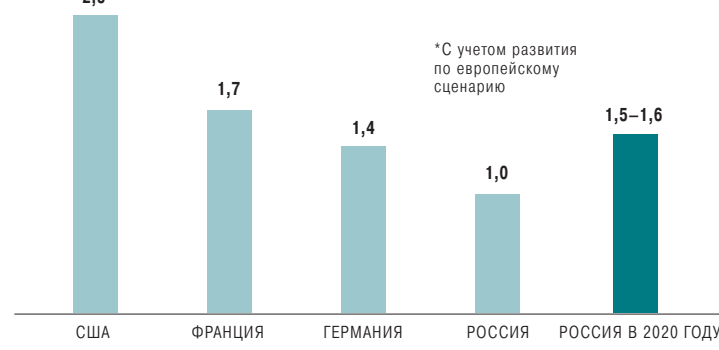
стройства (Россия — 11, Европа — 7–13). Примечательно также, что в России на четвертом месте находится туберкулез (5 лет на 1 тыс. человек), тогда как в развитых европейских странах этот показатель близок к нулю.

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.

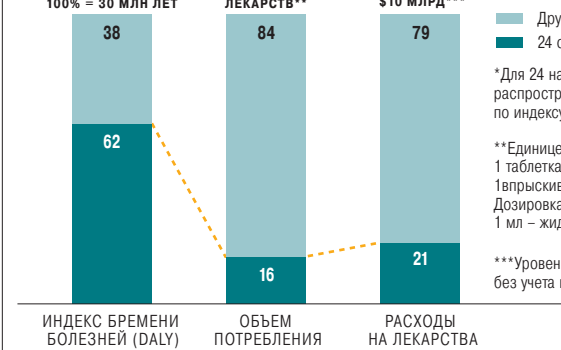


— 62%) приходится всего 16% общего количества потребленных лекарств, а из государственного бюджета на них тратится только 21% совокупных расходов на лекарственные средства. Вторым открытием стало то, что в 2007 году потери ВВП из-за показателей индекса DALY, составившего 18 млн лет для населения России (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 противогипертензионные 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 противогипертензионных 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, экономия для бюджета составит порядка \$2,2–3,5 млрд.

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.



— 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

— Каков, на ваш взгляд, нормальный показатель 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 или потребительских предпочтений, привычек.

Оптимальная модель государственного регулирования цен на лекарства и в принципе системы здравоохранения.

— Это модель, при которой государство или страховые компании имеют существенную долю в структуре финансирования лекарственных средств и тем самым определяют цены. Цены на лекарства должны регулироваться параллельно с введением адекватной системы закупок этих лекарств. В данном случае нечего придумывать — это обычный, понятный закон спроса и предложения. Если появляется большой концентрированный спрос, то он, в свою очередь, определяет цены и политики в области ценообразования и правила игры.

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

Ков? — 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?

— Формально ни в одной стране мира, ни на одном рынке эти два понятия не существуют в отрыве друг от друга. И те, и другие препараты на рынке присутствуют и будут присутствовать — разница лишь в «свежести молекулы». Если говорить про экономику здравоохранения, то любому государству должно быть выгодно развивать генерический рынок как альтернативу дорогостоящим оригинальным препаратам и генерическим производителям при условии, что они обеспечивают достаточный уровень качества. По этому пути идет большинство стран с хорошо развитой социальной инфраструктурой, к примеру Германия или Франция, где генерический рынок растет гораздо быстрее, чем фармрынок в целом.

— С 1 сентября вступит в силу закон «Об обращении лекарственных средств». По вашему мнению, как он скажется на доле генериков на лекарственном рынке страны?

— В законе «Об обращении лекарственных средств» содержится определенные инициативы, способствующие увеличению доли генериков на рынке. Предполагается, что процедура доступа генериков на рынок, в частности государственная регистрация лекарственного средства, по воспроизведенным препаратам будет проще, чем по инновационным молекулам или их комбинациям. Также упрощается процедура предоставления данных о биоэквивалентности препаратов. Однако принципиально от вступления в силу нового закона доля генериков на рынке не изменится, поскольку фундаментально на распределение долей на рынке влияет спрос на те или иные препараты. **Записал Владислав Дорофеев**

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, подынявшие 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. ФОТО: REUTERS

На время премьерства Йенса Столтенберга пришлось самый трудный год — 2009-й, пик кризиса. Но Норвегия прошла его практически без потерь. Минимальный спад экономики, минимальный рост безработицы и, как результат, новый премьерский срок по итогам парламентских выборов в сентябре 2009 года.

Даже в период кризиса норвежские власти не решились трогать социальный сектор, который съедает львиную долю бюджета страны. Хотя главный противник Йенса Столтенберга лидер Партии прогресса Сив Йенсен, которую часто называют норвежской Маргарет Тэтчер, призвала реформировать «социальное государство», снизить госрасходы, что позволило бы уменьшить налоги. Она говорила, что медицина в Норвегии слишком дорогая и медленная. Но избиратели 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-небизнесмену 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 входят 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**