

Проект модели лекарственного страхования: созидательная революция в мире медицины

10 июня в г. Киеве состоялась пресс-конференция фармацевтического холдинга STADA CIS, организованная с целью ознакомить представителей медицинской общественности и СМИ с деятельностью холдинга, представляющего бизнес концерна STADA в странах СНГ, а также презентовать результаты исследования, проведенного Ассоциацией международных производителей (AIPM) для России, которое, однако, может представлять существенный интерес и для Украины.

Заместитель генерального директора по развитию STADA CIS Иван Анатольевич Глушков рассказал о деятельности и целях холдинга.

— STADA Arzneimittel AG (Германия) была основана в г. Дрездене в 1895 г. STADA CIS является частью международного фармацевтического концерна STADA. Стратегия концерна заключается в фокусировании на продуктах, вышедших из-под патентной защиты. STADA CIS ведет активную работу по расширению ассортимента своей продукции, вывода на рынки присутствия новые лекарственные препараты.

В 2005 г. в состав фармацевтического концерна STADA вошла компания «Нижфарм», основанная в 1919 году в г. Нижнем Новгороде; в 2007 г. — «МАКИЗ-Фарма». Эти приобретения существенно укрепили позиции STADA на российском фармацевтическом рынке.

STADA CIS удалось создать одну из лучших среди российских производителей лекарственных средств систем контроля качества, соответствующую европейским стандартам Надлежащей производственной практики (GMP — Good Manufacturing Practice). «Нижфарм», входящая в холдинг, стала первой российской фармацевтической компанией, получившей сертификат GMP ЕС, что обеспечило возможность производить лекарственные препараты для стран ЕС.

Сегодня в состав холдинга STADA CIS входит компания STADA PharmDevelopment, занимающаяся разработкой медикаментов; STADA Marketing, STADA Ukraine и STADA Central Asia являются структурными подразделениями STADA CIS и ответственны за маркетинг и продажу продукции холдинга на территории стран СНГ и Балтии. По итогам 2009 г. объем продаж холдинга составил 191,9 млн евро, а инвестиции в развитие достигли 32,8 млн евро. В настоящее время STADA CIS контролирует 5% украинского рынка генериков, в России этот показатель немного выше — 6,2%. Концерн STADA входит в ТОП-5 генерических компаний в мире и на сегодня имеет 43 представительства в разных странах.

О позиции STADA в Украине и планах компании рассказал директор украинского представительства ОАО «Нижфарм» группы компаний STADA Станислав Витальевич Дьяченко.

— Представительство компании в нашей стране открылось достаточно поздно по сравнению с другими участниками рынка — в феврале 2003 г., однако за 7 лет работы показало успешный рост всех показателей. При этом особенностью нашей корпоративной политики является готовность финансировать не только коммерческие, но и образовательные и благотворительные проекты, а также открытость для СМИ. В рамках программы «Новое лекарство» мы сотрудничаем с коллективами ученых

с целью выявления и реализации научных проектов и выпуска новых эффективных лекарственных средств.

В рамках мероприятия также были представлены результаты исследования «Страховое лекарственное обеспечение. Позитивное влияние на ВВП», проведенного AIPM в России.

Показатель оценки бремени болезней по ВОЗ

В 1993 г. Всемирным банком в сотрудничестве с ВОЗ и Гарвардской школой общественного здравоохранения было организовано исследование для оценки общего бремени болезней. Для этого был разработан новый показатель, оценивающий суммарное бремя болезней по инвалидности/нетрудоспособности на год жизни, — DALY (Disability Adjusted Life Year). DALY является суммарным показателем количества лет жизни, потерянных от преждевременной смерти и инвалидизации.



1 DALY — это эквивалент потери одного года здоровой жизни. Его разделяют на 109 категорий (на основе Международной классификации болезней). Поскольку показатель отражает и уровень смертности, и уровень инвалидности, при его использовании можно более полно оценить картину заболеваемости той или иной патологией. DALY может быть использован как универсальная формула для количественной оценки и сопоставления тяжести различных болезней в пределах одной страны или одного заболевания в разных странах и как фактор, который необходимо учитывать при распределении ресурсов (наряду с данными по эффективности затрат в области здравоохранения).

В России, как и в Украине, отмечается один из самых низких уровней продолжительности жизни и наиболее высокий показатель DALY в Европе. По данным Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения ВОЗ, в России длительность периода нетрудоспособности вследствие болезни в среднем составляет десять рабочих дней в год на одного работающего, а в странах, вступивших в ЕС 1 мая 2004 г., — 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 значительно увеличились и расходы Фонда социального страхования России на выплату больничных — с 61,8 млрд рублей в 2002 г. до 104,6 млрд рублей в 2007 г. При этом показатель DALY в соответствии с МКБ-10 в России в 2007 г. составил 210 лет на 1 тыс. человек, в то время как во Франции — 137 лет,

Германии — 100 лет. Таким образом, экономика РФ ежегодно теряет более 20%. При этом большая часть бремени болезней в России (64%) приходится на заболевания, большинство из которых хорошо поддаются лечению современными препаратами, о чем свидетельствуют показатели стран ЕС. Если не реформировать существующую систему здравоохранения и не обеспечить большую доступность лекарств для населения, в том числе за счет введения системы лекарственного страхования, к 2020 г. потери национальной экономики РФ увеличатся вдвое.

Основные задачи проведенного AIPM исследования:

- определить влияние низкой продолжительности жизни населения на экономику страны и оценить затраты, связанные с нетрудоспособностью больных;
 - определить перечень самых тяжелых заболеваний в России на основе показателя DALY;
 - оценить ожидаемый уровень лечения заболеваний (диагноз, стоимость лечения, соответствие международным стандартам и рекомендациям), учитывая уровень развития страны;
 - выявить различия между схемами лечения, учитывая уровень развития страны;
 - разработать план развития системы лекарственного обеспечения.
- Для эффективного решения поставленных



задач использовали поэтапный подход. Вначале была определена тяжесть различных заболеваний согласно параметрам ВОЗ, для чего был использован критерий DALY. Затем идентифицировали классы заболеваний по тяжести: был составлен рейтинг из 26 классов болезней (70% общей тяжести болезней) для детального анализа. В модель проекта включили 24 класса болезней (62% от всей тяжести болезней), а также провели экстраполяцию данных для болезней, которые не вошли в перечень. На основании полученных данных разработали сценарий приоритетного распределения бюджета по заболеваниям, причем основным критерием для тяжести болезни рассматривали DALY.

Основные принципы льготного лекарственного обеспечения

Бюджет льготного лекарственного обеспечения рассчитывается на основании количества граждан, имеющих право на льготы; стоимости препаратов; потенциальных вариантов финансирования.

Было предложено три сценария развития обеспечения лекарствами.

Вариант 1. Незначительные налоги на алкоголь и табак (налог 25 копеек

на каждую сигарету и 0,7-1 копейка на 1 мл алкоголя), единый платеж в размере 1500 рублей на единицу работающего населения в год. При этом 100% населения имеет право на льготы, учитываются все заболевания (только рецептурные препараты); цены установлены на уровне текущих; необходимо повсеместное введение обязательного лекарственного страхования с ежегодным взносом в размере 1500 рублей (\$50) на единицу работающего населения (финансовый вклад от 50% населения; правительство обеспечивает неработающее население), а также введение дополнительного налога на каждую единицу табачных или алкогольных товаров в размере 5 рублей (предположительно, потребление останется на том же уровне).

Вариант 2. Незначительные налоги на алкоголь и табак (налог 25 копеек на каждую сигарету и 0,7-1 копейка на 1 мл алкоголя), единый платеж в размере 1500 рублей на единицу работающего населения в год. При этом 100% населения имеет право на льготы, учитываются все заболевания (только рецептурные препараты); цены установлены на уровне текущих; повсеместное введение обязательного лекарственного страхования с ежегодным взносом в размере 1500 рублей (\$50) на единицу населения (финансовый вклад от 100% населения), а также введение дополнительного налога на каждую единицу табачных или алкогольных товаров в размере 5 рублей (предположительно, потребление останется на том же уровне).

Вариант 3. Увеличенные налоги на алкоголь и табак (налог 35 копеек на каждую сигарету и 2-3 копейки на 1 мл алкоголя), единый платеж в размере 1500 рублей на единицу населения в год. При этом 100% населения имеет право на льготы, учитываются все заболевания (только рецептурные препараты); цены установлены на уровне текущих; повсеместное введение обязательного лекарственного страхования с ежегодным взносом в размере 1500 рублей (\$50) на единицу населения (финансовый вклад от 100% населения), а также дополнительного налога на каждую единицу табачных или алкогольных товаров в размере 7 рублей (предположительно, потребление останется на том же уровне).

«Слабые звенья» модели

- Превентивные и информационно-образовательные программы для врачей/пациентов — наиболее важные факторы уменьшения бремени болезней — не были учтены в модели.

- 2020 г. избран конечной датой внедрения проекта, поскольку он совпадает с датой программного документа; кроме того, предположительно этого срока достаточно для достижения целей проекта.

- Модель фокусируется исключительно на объемах финансирования лекарственного обеспечения и не учитывает общие расходы на здравоохранение, например ремонт больниц, что также необходимо для снижения бремени болезней.

- Каждое заболевание рассматривается и анализируется в отдельности. Сопутствующие патологии не учитываются.

- Достигнутые уровни лекарственного обеспечения стран использованы как референтные показатели, но ни в коем случае не как предложения по реформированию системы здравоохранения той или иной страны.

Подготовила Татьяна Спринян

