

УДК 336.5:615

Ключевые слова:

политика в области лекарственного обеспечения,
расходы на здравоохранение,
расходы на лекарственное обеспечение,
потребление лекарств, дженерики

Т. В. Чубарова, д. э. н.,

зав. Центром экономической теории
социального сектора Института экономики РАН
(e-mail: t_chubarova@mail.ru)

Расходы на лекарственное обеспечение в странах ОЭСР: современное состояние и тенденции

В настоящее время лекарственное обеспечение занимает достаточно существенное место в общем финансировании здравоохранения в развитых странах как в абсолютном, так и в относительном исчислении. В связи с этим необходимо проанализировать, в том числе и в динамике, как формируются фармацевтические расходы с учетом основных компонентов, которые они включают. Это особенно важно в условиях постоянного роста расходов на здравоохранение, что требует от государства выработки мер по их сдерживанию, прежде всего на основе повышения их эффективности.

В настоящей статье в сравнительной перспективе на основе данных, предоставляемых статистическими органами ОЭСР, будет рассмотрена ситуация, сложившаяся в данной области в государствах — членах этой международной экономической организации, которая стала платформой для обсуждения ряда важных вопросов современного социально-экономического развития, в т. ч. и здравоохранения.

В области лекарственного обеспечения граждан перед странами стоит ряд дилемм принципиального характера. Главная проблема состоит в распределении бремени финансирования так, чтобы обеспечить доступ населения к необходимым лекарствам. Решение этого вопроса во многом зависит от того, как будут аккумулироваться средства, направляемые в обществе на лекарства, — здесь важно определить роль в этом процессе различных общественных сил, прежде всего государства. Сегодня во всех странах государство принимает активное участие в обеспечении граждан лекарственными средствами. Вместе с тем формы и масштабы такого участия — это следующая проблема, которая в каждой стране решается в зависимости от конкретных социально-экономических и политических условий. Поэтому цели и механизмы лекарственной политики различаются по странам. Однако необходимо учитывать, что мировое сообщество уже накопило определенный арсенал средств в данной области и коллективный опыт определяется общими

особенностями функционирования рынка лекарственных препаратов в современной экономике и задачами социального развития.

Таким образом, важно определить возможные варианты конкретной организации финансирования лекарственного обеспечения: прежде всего, будет ли гражданин оплачивать лекарства непосредственно из своего кармана или через определенные общественные каналы вплоть до получения их бесплатно «у источника».

Вместе с тем структура расходов на лекарства достаточно сложна. Поэтому возникает вопрос о том, какие лекарства включать в сферу охвата лекарственной политики и государственного регулирования. Во-первых, на рынке присутствуют как рецептурные лекарства, так и лекарства, отпускаемые без рецепта. Во-вторых, лекарства потребляются в различных условиях — как в амбулаториях, так и в стационарах. В-третьих, все более широкое распространение получают дженерики, и в связи с этим необходимо учитывать вопросы финансирования расходов на НИОКР.

РАСХОДЫ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СТРАНАХ ОЭСР: ОСНОВНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Основные показатели, которые используются в странах ОЭСР для характеристики состояния лекарственного обеспечения, касаются трех основных позиций, а именно:

- финансирования лекарств для населения;
- уровня их потребления;
- масштабов использования дженериков.

При этом следует иметь в виду два обстоятельства. Последние данные по этим позициям относятся к 2011 г., и это не случайно. Сравнительные данные по такой большой группе стран обычно приводятся со значительным временным лагом, необходимым для их сбора и обработки. Кроме того, по ряду позиций данные приводятся не по всем странам — членам ОЭСР, соответственно, средние значения по группе включают только страны, по которым имеются данные. Проблемой является также и сопоставление отдельных показателей, конкретное наполнение которых может различаться по странам, и сравнения требуют учета таких ограничений. Вместе с тем обобщенные данные позволяют выявить основные тенденции в развитии финансирования лекарственного обеспечения населения, что, несомненно, полезно для формирования лекарственной политики в той или иной стране.

Рассмотрим каждый из обозначенных выше блоков данных более подробно.

Финансирование лекарственного обеспечения

В данной области статистика ОЭСР предоставляет данные по нескольким показателям, а именно:

- доля в общих расходах на здравоохранение;
- доля в ВВП;
- расходы на душу населения;
- разделение расходов на общественные и частные.

Рассматриваемые данные включают расходы как на рецептурные лекарства, так и на лекарства, которые отпускаются без рецепта (self-medication или over-the-counter products). Окончательные расходы включают также оптовые и розничные надбавки и налог на добавленную стоимость. При этом лекарства, потребляемые в больницах, не учитываются, а по оценкам специалистов, на них приходится около 15 % общих расходов на лекарства.

Следует иметь в виду, что некоторые страны включают в лекарственное обеспечение медицинские товары недлительного пользования, например бинты, шприцы и т. д.,

а также вознаграждение аптекам в том случае, если оно не включено в цену лекарства. Окончательные расходы на лекарства учитывают оптовые и розничные надбавки и налог на добавленную стоимость.

Общая сумма расходов на лекарства в странах ОЭСР достигла в 2011 г. \$800 млрд и составила в среднем около 17 % их общих расходов на здравоохранение. Это третья по размерам статья расходов на охрану здоровья, первые места занимают амбулаторная и стационарная медицинская помощь. Однако следует отметить существенные различия между странами по данному показателю (табл. 1).

Таблица 1

**Расходы на лекарственное обеспечение
и системы здравоохранения в странах ОЭСР**

	ВВП на душу населения, \$ по ППС	Доля лекарств в текущих расходах на здравоохранение, %		Доля расходов на здравоохранения в ВВП, %		Доля общественных расходов в расходах на здравоохранение, %	
	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Австралия	44 201	15,7	15,6	8,1	8,9	66,8	67,8
Австрия	42 186	12,9	12,4	10,0	10,8	75,6	76,2
Бельгия	38 629	-	17,1	8,1	10,5	74,6	75,9
Канада	40 449	16,6	18,0	8,8	11,2	70,4	70,4
Чили	20 855	-	13,6	6,4	7,5	52,1	46,9
Чешская Республика	26 209	24,7	20,4	6,3	7,5	90,3	84,2
Дания	40 933	9,1	7,0	8,7	10,9	83,9	85,3
Эстония	21 998	22,8	21,8	5,3	5,9	77,2	79,3
Финляндия	37 479	15,9	14,0	7,2	9,0	71,3	75,4
Франция	35 395	16,9	16,3	10,1	11,6	79,4	76,8
Германия	39 662	14,1	14,6	10,4	11,3	79,5	76,5
Греция	25 859	19,9	27,2	8,0	9,1	60,0	65,1
Венгрия	21 409	-	35,3	7,2	7,9	70,7	65,0
Исландия	36 611	14,8	15,4	9,5	9,0	81,1	80,4
Ирландия	41 548	15,1	18,2	6,1	8,9	75,1	67,0
Израиль	28 958	-	-	7,5	7,7	62,6	60,8
Италия	32 648	22,7	17,5	7,9	9,2	74,2	77,8
Япония	33 843	19,2	21,0	7,6	9,6	80,8	82,1
Корея	29 833	24,2	22,3	4,3	7,4	50,4	55,3
Люксембург	88 781	11,0	9,6	7,5	6,6	85,1	84,0
Мексика	17 446	19,9	6,7	5,1	6,2	46,6	47,3
Нидерланды	42 716	12,3	10,0	8,0	11,9	66,4	85,6
Новая Зеландия	30 942	-	9,4	7,6	10,3	78,0	82,7
Норвегия	61 060	10,2	7,1	8,4	9,3	82,5	84,9
Польша	21 138	-	24,1	5,5	6,9	70,0	70,3
Португалия	25 588	21,5	19,0	9,3	10,2	66,6	65,0
Словацкая Республика	24 112	34,7	28,7	5,5	7,9	89,4	70,9
Словения	27 351	-	19,6	8,3	8,9	74,0	73,7
Испания	33 045	22,0	17,8	7,2	9,3	71,6	73,0
Швеция	41 461	14,5	12,7	8,2	9,5	84,9	81,6
Швейцария	51 227	10,8	9,4	9,9	11,0	55,4	64,9
Турция	16 984	27,8	-	4,9	6,1	62,9	73,0
Великобритания	36 158	15,0	-	7,0	9,4	79,1	82,8
США	48 113	11,8	12,4	13,7	17,7	43,0	47,8
ОЭСР, среднее значение	35 436				9,3		72,2

Источник: составлено автором по OECD Health Statistics 2014 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>).

В абсолютном исчислении расходы на лекарства растут, особенно в таких странах, как Греция, Ирландия, Германия, Франция, Чехия. Эстония и Испания. В расчете на душу населения больше всех стран ОЭСР на лекарства тратят США — около \$1000 в 2011 г. Больше среднего по ОЭСР значения тратят также Канада (\$701) и Греция (\$673). На другом конце полюса — Мексика (\$64) и Чили (\$190), где уровень таких расходов принципиально ниже (табл. 2).

Таблица 2

Расходы на лекарства на душу населения в странах ОЭСР, \$ по ППС

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Австралия	338	365	373	402	429	431	459	484	509	550	585	588	-
Австрия	351	361	391	423	442	447	483	511	548	521	528	546	561
Бельгия	-	-	-	546	587	606	619	636	668	710	719	724	736
Канада	401	443	478	520	554	593	639	662	679	729	736	771	-
Чили	-	-	-	112	115	117	125	132	141	140	173	190	204
Чешская Республика	230	260	285	324	344	366	356	357	361	439	384	407	439
Дания	217	230	259	257	266	266	297	320	324	325	336	307	295
Эстония	114	129	152	159	191	197	226	239	278	326	284	292	311
Финляндия	283	309	340	356	393	413	406	430	467	468	456	462	473
Франция	420	461	490	496	519	545	570	595	613	640	645	655	651
Германия	363	397	422	445	438	505	527	559	596	628	651	649	668
Греция	275	316	370	413	460	506	593	677	-	844	762	711	599
Венгрия	-	277	308	351	373	435	468	444	474	514	560	616	574
Исландия	397	400	442	487	514	475	466	456	529	570	538	532	512
Ирландия	248	294	340	380	431	479	545	596	638	670	679	655	666
Израиль	-	-	-	-	-	-	232	256	254	268	274	-	-
Италия	441	489	489	482	494	498	535	530	547	545	533	531	514
Япония	363	387	388	432	450	492	508	546	569	632	656	718	-
Корея	175	200	214	252	276	305	354	379	398	417	445	460	454
Люксембург	299	318	348	368	390	380	406	415	422	434	423	421	399
Мексика	97	105	121	14	16	17	27	42	49	46	52	64	70
Нидерланды	274	299	325	-	-	401	423	458	468	475	476	485	450
Новая Зеландия	-	-	-	-	213	227	270	253	261	284	286	297	-
Норвегия	290	303	342	355	383	389	400	392	395	389	401	395	414
Польша	-	-	208	226	239	240	255	263	285	313	325	336	321
Португалия	327	352	374	393	422	461	493	511	521	529	515	473	-
Словацкая Республика	206	226	272	305	332	364	403	454	517	557	560	548	535
Словения	-	-	356	359	382	405	427	416	443	467	469	482	513
Испания	328	346	380	425	438	454	485	505	537	559	553	523	-
Швеция	316	350	379	385	400	396	428	448	472	476	468	477	478
Швейцария	349	368	382	401	415	427	443	470	500	527	513	531	562
Турция	115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Великобритания	260	278	296	313	336	345	362	364	367	-	-	-	-
США	540	600	666	735	789	833	899	942	960	994	992	1011	1010

Источник: OECD Health Statistics 2014 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>).

Следует отметить, что расходы на лекарства в странах ОЭСР постоянно увеличивались в абсолютном выражении с момента начала статистических наблюдений (1960 г.). Однако

общие расходы на здравоохранение также росли, поэтому доля лекарственного обеспечения в структуре общих расходов определяется соотношением темпов роста отдельных ее элементов. Темпы роста расходов на лекарства опережали рост других статей расходов на здравоохранение в 1990-е гг., но затем они снизились, хотя и опережают темпы экономического роста стран ОЭСР. В период 2000–2009 гг. реальные расходы на лекарства увеличивались в среднем на 3,5 % в год, общие расходы на здравоохранение — на 4,2 %, а ВВП на душу населения — на 2,2 %.

Таким образом, лекарства занимают существенную долю в общих расходах на здравоохранение. Однако отношение между расходами на лекарства, с одной стороны, и расходами на здравоохранение, с другой, является сложным и комплексным, т. к. рост расходов на лекарства в перспективе может привести к сокращению возможных затрат на дорогостоящее лечение, включая госпитализацию.

Между расходами на лекарства на душу населения и ВВП на душу населения существует положительная связь, однако она выражена слабее, чем связь между общими расходами на здравоохранение и ВВП. Греция, Ирландия, Франция и Германия тратят на душу населения пропорционально больше, а Нидерланды и Великобритания — меньше. Можно отметить, что в среднем в странах с более низким уровнем ВВП доля лекарств в расходах на здравоохранение выше, чем в странах с более высоким уровнем ВВП. Так, например, в Люксембурге, где ВВП на душу населения в 2011 г. достиг \$88 781, доля расходов на лекарства составила всего 9,6 %, в Норвегии — \$61 060 и 7,1 % соответственно. В то же время в Польше ВВП на душу населения был гораздо меньше — \$21 138, в то время как доля расходов на лекарства значительно выше — 24,1 %.

Существенное влияние на динамику фармацевтических расходов во многих странах ОЭСР оказал экономический кризис конца 2000-х гг. За период 2000–2009 гг. среднегодовые темпы роста расходов на лекарства на душу населения в текущих ценах в среднем по странам ОЭСР составили 3,5 %, а в 2009–2011 гг. они резко замедлились и стали отрицательными (–0,9 %).

Таблица 3

**Среднегодовой рост расходов на лекарства
на душу населения, в текущих ценах, %**

	2000–2009	2009–2011		2000–2009	2009–2011
Греция	9,9	–10,1	США	4,3	–0,5
Эстония	7,8	–7,2	Австрия	2,0	–0,5
Португалия	1,5	–5,9	Нидерланды	3,3	–0,4
Дания	1,3	–5,7	Канада	4,3	–0,3
Исландия	2,5	–4,7	Новая Зеландия	2,5	–0,1
Ирландия	9,1	–4,4	Польша	3,4	0,2
Италия	–0,8	–4,1	Словения	1,7	0,8
Норвегия	–0,2	–2,5	Чешская Республика	3,7	0,9
Испания	2,3	–2,5	Словацкая Республика	7,9	2,3
Швейцария	1,2	–2,3	Япония	4,2	2,6
Финляндия	3,1	–2,0	Венгрия	4,6	4,0
Бельгия	1,6	–2,0	Австралия	3,0	4,9
Швеция	2,4	–0,9	Корея	9,8	5,2
Германия	3,1	–0,7	Чили	2,9	12,1
Франция	1,7	–0,6	ОЭСР (среднее значение по 29 странам)	3,5	–0,9

Источник: OECD Health Statistics 2014 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>).

После 2009 г. среднегодовой прирост фармацевтических расходов снизился во всех странах ОЭСР, кроме Чили и Австралии, где он, наоборот, вырос. Более того, в 20 странах из 29 среднегодовой прирост был отрицательным. Особенно резкое сокращение произошло в Греции и Эстонии, где в 2000-е гг. наблюдались одни из самых высоких темпов прироста расходов на лекарства — 9,9 % и 7,8 % соответственно. Причем масштаб сокращения расходов практически соответствовал масштабу их прироста в предшествующий период — 7,2 % в Эстонии и 10,1 % в Греции. Существенное сокращение расходов на лекарства за период 2009–2011 гг. произошло также в Португалии, Исландии и Ирландии, оно затронуло такие развитые страны ОЭСР, как Германия, Франция, США и Канада.

Расходы на лекарства в среднем по ОЭСР составляют около 1,5 % ВВП, однако наблюдаются существенные различия по странам. Так, в Венгрии, Греции, Словакии и США их доля в ВВП более 2 %, а в Чили, Дании, Люксембурге и Норвегии — ниже 1 % (табл. 4).

Таблица 4

Расходы на лекарства в странах ОЭСР в 2011 г., % ВВП

	% ВВП				% ВВП		
	Всего	В том числе			Всего	В том числе	
		общественные	частные			общественные	частные
Чили	0,9	0,1	0,9	Италия*	1,5	0,7	0,8
Мексика*	1,7	0,3	1,4	Испания	1,6	1,2	0,5
Дания	0,7	0,4	0,4	Австрия	1,3	0,9	0,4
Эстония	1,3	0,6	0,7	Словацкая Республика*	2,2	1,5	0,7
Новая Зеландия	1,0	0,6	0,3	Швейцария	1,0	0,7	0,3
Польша	1,5	0,6	0,9	Венгрия	2,6	1,3	1,3
Люксембург	0,6	0,5	0,1	Австралия	1,4	0,7	0,7
Норвегия	0,6	0,3	0,3	Франция	1,8	1,2	0,6
Чешская Республика	1,5	0,9	0,6	Бельгия	1,6	1,1	0,6
Исландия	1,4	0,6	0,8	Германия	1,6	1,2	0,4
Словения	1,7	1,0	0,8	Ирландия*	1,6	1,2	0,3
Финляндия	1,2	0,7	0,5	Япония	1,9	1,4	0,6
Швеция	1,1	0,7	0,5	Греция*	2,6	1,9	0,7
Корея	1,5	0,9	0,6	Канада	1,9	0,7	1,2
Португалия	1,8	1,0	0,8	США	2,1	0,7	1,4
Нидерланды*	1,1	0,9	0,2	ОЭСР (среднее значение по 31 стране)	1,5	0,8	0,6

* — включая медицинские товары недлительного пользования.

Источник: Health at a Glance 2013. OECD Indicators. — С. 161 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>).

Данные показатели позволяют сделать вывод о том, что значительная часть расходов на лекарства покрывается из общественных источников, которые достигают 0,9 % ВВП. Это может быть бюджетная система или социальное медицинское страхование, в зависимости от конкретной организации системы здравоохранения в той или иной стране. Частное финансирование осуществляется по двум каналам — частное медицинское страхование и непосредственные платежи населения «из кармана».

В среднем по ОЭСР доля общественных средств, направляемых на оплату лекарств, составляет около 60 % и варьируется по странам: от 17 % в Мексике, 33,4 % в США, 36,8 % в Канаде и 40 % в Польше до 83,4 % в Люксембурге, 75 % в Германии и Испании, 73,6 %

в Японии, 58,4 % в Финляндии. Таким образом, в подавляющем большинстве стран ОЭСР большая часть расходов финансируется за счет общественных средств, и только в четырех странах (США, Канада, Польша и Мексика) преобладает частное финансирование¹. В общественно финансируемых системах здравоохранения покупателем лекарств часто является государство. Его вмешательство преследует множественные цели, которые относятся и к здравоохранительной, и к промышленной политике.

Хотя системы здравоохранения в странах ОЭСР различаются по степени общественного финансирования услуг и товаров, в большинстве из них частные источники играют более значительную роль в финансировании лекарственного обеспечения, чем других компонентов расходов на здравоохранение, прежде всего амбулаторной и больничной помощи, составляя в среднем 40 %². При этом расходы «из кармана» обычно более значительны, чем через частное медицинское страхование, которое играет важную роль в финансировании лекарств только в некоторых странах ОЭСР (США, Канада, Нидерланды и Франция) (табл. 5).

Таблица 5

Расходы на лекарства «из кармана» в отдельных странах ОЭСР в 2009 г.

Страна	Расходы «из кармана», % общих расходов на лекарства	Страна	Расходы «из кармана», % общих расходов на лекарства
Нидерланды	9,8	Чешская Респ.	31,9
Люксембург	13,0	Дания	34,9
Германия	15,5	Корея	36,2
Франция	17,0	Венгрия	38,5
Словения	17,6	Бельгия	39,3
Испания	25,5	Исландия	40,4
Канада	25,8	Португалия	40,5
Япония	27,1	Швеция	40,6
Швейцария	28,5	Финляндия	42,6
США	29,3	Норвегия	43,0
Новая Зеландия	29,7	Австралия	45,4
Австрия	30,1	Эстония	58,9
Словацкая Респ.	30,2	Польша	60,8
		ОЭСР (среднее значение по 26 странам)	32,8

Источник: OECD Health Data, 2011.

Доля непосредственных личных расходов граждан составила в 2009 г. в среднем 32,8 % расходов на лекарства в странах ОЭСР. Таким образом, хотя расходы на лекарства преимущественно финансируются третьей стороной, около трети расходов приходится непосредственно на население. Причем если в Нидерландах, Германии, Франции и Словении доля домохозяйств в лекарственных расходах составляет менее 20 %, то в Эстонии и Польше она достигает 60 %. При этом в 2011 г. в среднем по тем странам ОЭСР, по которым имеются данные, доля лекарств в медицинских расходах домохозяйств составила 36,6 %.

¹ Общественные расходы в США выросли после введения новой программы лекарственного обеспечения престарелых и инвалидов в рамках программы «Медикэр» с 24 % в 2005 г. до 31 % в 2007 г. В Греции, где в целом в здравоохранении высока доля частного (личного) финансирования, почти 80 % лекарственного обеспечения осуществляется за счет общественных источников.

² Paris V., Devaux M., Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries // OECD Health Working Paper. — 2010. — № 50.

**Структура расходов домохозяйств на медицинскую помощь
в отдельных странах ОЭСР в 2011 г., %**

	Доля медицинских расходов в расходах домохозяйств	Медицинские расходы домохозяйств, в т. ч.				
		Лечение	Лекарства	Стоматология	Другое	Медицинские изделия
Бельгия	3,7	59,4	30,1	8,0	0,0	2,6
Швейцария	3,8	52,7	13,7	27,9	3,2	2,5
Новая Зеландия	1,8	49,1	29,1	19,7	0,0	2,0
Корея	4,6	48,2	24,2	20,5	1,3	5,8
Япония*	2,2	39,4	43,1	9,8	0,0	7,7
Венгрия	3,9	39,1	50,1	7,6	0,7	2,4
Австрия	3,2	39,0	27,3	18,5	0,8	14,4
Словения	1,8	35,4	31,1	10,5	0,0	23,0
Франция	1,5	34,0	36,5	15,8	0,0	13,7
ОЭСР 22	2,4	32,0	36,6	18,8	0,6	12,0
Швеция	3,3	31,1	31,6	25,9	0,5	10,8
Австралия*	2,8	30,9	39,6	18,9	0,1	10,5
Финляндия	2,9	29,5	33,9	20,2	0,0	16,4
Германия	1,8	28,4	27,1	21,2	0,2	23,1
Дания	2,5	27,8	27,2	29,5	0,0	15,5
Словацкая Респ.	3,2	26,1	37,2	8,5	0,0	28,2
Испания	2,8	25,8	29,6	30,1	0,0	14,5
Исландия	3,3	24,8	46,2	28,0	0,0	1,1
Нидерланды	1,5	19,3	33,7	11,4	4,2	31,4
Чешская Респ.	2,2	18,5	51,0	17,4	0,0	13,1
Польша	2,5	17,6	60,4	16,6	0,0	5,4
Канада	2,4	16,3	43,3	24,6	1,9	13,8
Эстония	2,0	12,0	59,0	24,0	0,0	5,0

* – данные за 2010 г.

Источник: OECD Health Statistics 2014 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>).

В Польше, Эстонии, Чехии и Венгрии половина и более медицинских расходов домохозяйств идет на лекарства, что во многом объясняется тем, что помимо соплатежей за рецептурные лекарства в этих странах традиционно велика доля покупки лекарств без назначения врача. Наиболее значительная доля (более 40 %) – в Исландии, Канаде и Японии, а наименьшая (около 13 %) – в Швейцарии. Примечательно, что хотя в здравоохранении Швейцарии в целом важную роль играет личное финансирование, в области лекарственного обеспечения эта страна занимает первое место по уровню общественного финансирования³. При этом расходы и на душу населения, и в процентах от ВВП достаточно скромные по меркам ОЭСР. Это свидетельствует об относительно низком уровне потребления лекарств, при том что цены на них – одни из самых высоких в Европе и Швейцария обычно одной из первых в мире начинает применять новые лекарственные препараты.

Потребление лекарств

Уровень и динамика объема потребления лекарств – важный показатель, характеризующий состояние и перспективы развития системы лекарственного обеспечения населения.

³ Paris V., Docteur E. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland* // OECD Health Working Papers. – 2007. – № 27.

В целом ОЭСР предоставляет данные потребления лекарств по нескольким группам препаратов, а именно:

- средства против гипертонии;
- средства, снижающие холестерин;
- лекарства от диабета;
- антидепрессанты;
- антибиотики.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ объем потребления определяется в стандартных суточных дозах (defined daily dose, DDD) — это средняя доза лекарства в день для взрослого для использования по определенному назначению. Средние дозы определяются международными экспертами по активному компоненту в данном терапевтическом классе. Так, например, для аспирина в таблетках, используемого как обезболивающее средство, такая доза составляет три грамма.

Данные по потреблению лекарств приводятся для амбулаторного сектора, кроме Чехии, Эстонии, Италии и Швеции. Для Канады они включают только ситуацию в двух провинциях, где проживают около 7 % населения страны. Испания предоставляет информацию только по лекарствам, затраты на которые покрываются из общественных источников.

Оптимальный уровень потребления лекарств определить сложно, но различия по странам ОЭСР и сравнение их показателей дает информацию о качестве первичной медицинской помощи. При этом следует также учитывать, что общее фактическое потребление может превышать официальные объемы, т. к. в ряде стран распространено самолечение. Кроме того, в области потребления лекарств сравнительная статистика ОЭСР охватывает далеко не все страны, в основном данные ограничены 23 странами.

Основная тенденция в странах ОЭСР — увеличение фактического потребления лекарств по всем группам, обозначенным выше. Вместе с тем следует выделить потребление антибиотиков, где ситуация складывается несколько иначе. По отношению к этим лекарствам достигнут консенсус, что они должны быть прописаны только тогда, когда на это есть реальные серьезные показания (исключаются более легкие случаи, когда причиной заболевания является вирус). Выявлена существенная зависимость между объемом потребляемых антибиотиков и устойчивостью к ним бактерий. Повышение такой устойчивости в результате широкого использования антибиотиков ведет к осложнению болезни, повышению риска смертности и более высоким затратам на лечение⁴.

При этом данные показывают, что рост потребления антибиотиков в странах ОЭСР несколько затормозился, а в некоторых даже снизился. Это во многом стало результатом специальной политики. Среди основных инициатив следует отметить Глобальную стратегию ВОЗ по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам (Global Strategy for the Containment of Antimicrobial Resistance) и принятую в ЕС в 2008 г. соответствующую специальную программу (Joint Programme Initiative on Antimicrobial Resistance, JPIAMR).

С другой стороны, объемы прописанных для амбулаторного лечения антибиотиков существенно варьируются между странами. Самый низкий уровень потребления антибиотиков наблюдается в Чили, Эстонии и Нидерландах, и он почти в три раза выше в Греции, Люксембурге и Бельгии. Такие различия можно объяснить комплексом факторов, среди которых, по мнению специалистов, следует отметить регулирование практики выписки рецептов и стереотипные ожидания населения, связанные с восприятием лечения инфекционных болезней и оценки его эффективности⁵.

⁴ Butler, C. C., Dunstan F., Heginbotham M. *Containing Antibiotic Resistance: Decreased Antibiotic-resistant Coliform Urinary Tract Infections with Reduction in Antibiotic Prescribing by General Practices* // *British Journal of General Practice*. — 2007. — Vol. 57.

⁵ Koller, D. et al. *Variation in Antibiotic Prescriptions: Is Area Deprivation an Explanation? Analysis of 1.2 Million Children in Germany* // *Infection*. — 2013. — № 1. — Vol. 41.

По остальным группам лекарств в тех странах ОЭСР, по которым имеются данные, отмечается стабильный существенный рост потребления. Так, например, потребление лекарств против гипертонии на тысячу человек в день в среднем за 2000–2011 гг. почти удвоилось (с 183 до 339 доз), наиболее сильный рост наблюдается в Люксембурге (в четыре раза) и Эстонии (в 3,2 раза). Наиболее высокий уровень потребления отмечается в Германии (555 доз), Венгрии (540) и Чехии (438), а самый низкий — в Корее (148 доз), с большим отрывом от следующего за ней Люксембурга (226 доз).

Использование лекарств, понижающих холестерин, выросло за рассматриваемый период более чем в три раза, от 29 до 91 дозы на 1000 человек в день. В числе причин такого повышения — распространение скрининга и контроля за холестерином. Наиболее высокий уровень потребления в Австралии, Великобритании и Словакии — 137, 130 и 130 соответственно. На другом полюсе — Чили (10), Эстония (32) и Корея (34). То есть низкий уровень потребления лекарств, понижающих холестерин, составляет до 40 % от среднего по ОЭСР, в то время как высокий уровень превышает его более чем на 50 %.

Растет и потребление лекарств от диабета. Оно увеличилось в среднем по ОЭСР с 34 доз на 1000 человек в день в 2000 г. до 60 в 2011 г., то есть почти удвоилось. Это можно объяснить распространением диабета в современном обществе, в т. ч. в связи с ожирением как одним из основных факторов риска развития диабета второго типа. В 2011 г. в странах ОЭСР более 85 млн человек, или 6,9 % населения, в возрасте от 20 до 79 лет страдали от диабета. Потребление таких лекарств наиболее высоко в Финляндии (84), Германии (83) и Великобритании (78), а самое низкое — в Чили (9) и Исландии (39). Если исключить Чили, то разрыв между самым высоким и самым низким уровнем потребления составляет 1,7 раза.

Потребление антидепрессантов в рассматриваемых странах ОЭСР в среднем также возросло с 31 до 56 доз на 1000 человек в день. Самый высокий уровень потребления в 2011 г. был достигнут в Исландии (106), Австралии (89) и Канаде (86), а самый низкий зафиксирован в таких странах, как Корея (13), Чили (13) и Эстония (18). Можно отметить значительный рост потребления антидепрессантов в Словакии (с 9 до 31), Чехии (с 10 до 44) и Дании (с 35 до 85).

Среди причин таких вариаций между странами специалисты выделяют различия в протоколах лечения депрессии, увеличение срока лечения и глубины заболевания, повышение социальной приемлемости заболевания, что, в свою очередь, ведет к росту обращаемости за помощью, расширение списка синдромов, которые лечатся как депрессия. На увеличение потребления антидепрессантов мог в определенной степени повлиять экономический кризис 2009 г., вызвавший обострение чувства неуверенности в будущем⁶.

В целом на потребление лекарств оказывает влияние комплекс причин. В качестве важных факторов, способствующих увеличению спроса на лекарства, отмечается старение населения и рост хронических заболеваний. Следует учитывать также сложившуюся практику в области выписки рецептов и степень разделения затрат на оплату лекарств.

Использование дженериков

В последнее время большое внимание уделяется вопросам использования дженериков. В странах ОЭСР под дженериком понимается фармацевтический продукт, который имеет тот же количественный и качественный состав активной субстанции и ту же фармацевтическую форму, что и оригинальный препарат.

В условиях необходимости сдерживания роста затрат в здравоохранении и повышения эффективности в распределении ресурсов политика по продвижению дженериков

⁶ Gili M. et al. *The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain: Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010* // *European Journal of Public Health*. — 2012. — Vol. 1–5.

получила широкое распространение в странах ОЭСР. Хотя дженерики химически и био-эквивалентны оригинальному препарату, они могут быть существенно дешевле, т. к. выходят на рынок после того, как истекает срок действия патента оригинального бренда. В частности, отпадает необходимость в затратах на НИОКР, что обеспечивает существенную выгоду в цене по сравнению с оригиналом. Поэтому развитие рынка дженериков рассматривается как возможность повышения эффективности расходов на лекарства за счет предложения более дешевого продукта, чем патентованный товар с эквивалентным медицинским результатом.

Дженерики, в свою очередь, подразделяются на брендированные (branded generics), имеющие специальное торговое название, и небрендированные (unbranded generics), которые используют международное непатентованное название и название компании-производителя. В большинстве стран данные предоставляются по всему потреблению, однако в некоторых странах включаются только лекарства, компенсируемые через общественные каналы. В Чили, например, включаются только лекарства, продаваемые в коммунальных аптеках.

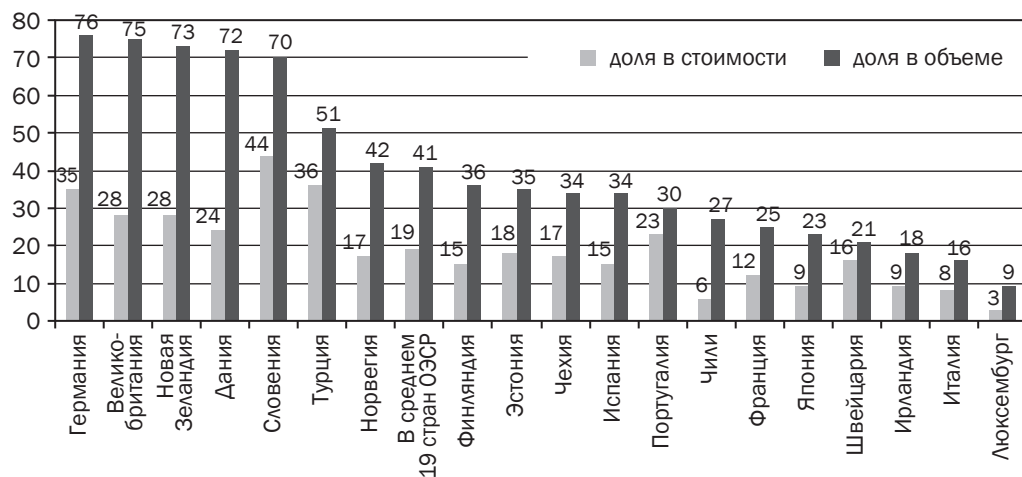
Средняя доля дженериков в объеме рынка по 19 странам, представленным в рис. 1, составила 41 % в 2011 г. Вместе с тем следует отметить существенные различия между странами по степени распространения дженериков. Так, в 2011 г. наиболее высокая доля дженериков в объеме рынка (более 70 %) наблюдалась в Германии, Великобритании, Новой Зеландии, Дании и Словении (рис. 1), а наименьшая (менее 20 %) в Ирландии, Италии и Люксембурге.

По стоимости доля дженериков на фармацевтическом рынке значительно ниже, в среднем по рассматриваемым странам она составила 19 %. Однако она значительно варьируется между странами: от 44 % в Словении до 3 % в Люксембурге. Вместе с тем прямой корреляции между долей в объеме и стоимости не наблюдается — так, например, в Дании и Португалии доли дженериков в объеме рынка существенно различаются — 30 % в Португалии и 72 % в Дании, между тем они имеют сопоставимые доли в стоимости — 24,5 % и 23 % соответственно.

Следует отметить, что рынок дженериков в странах, где были низкие уровни в 2000 г., существенно растет. В Португалии он увеличился почти с нуля в 2000 г. до 30 % объема и 23 % по стоимости в 2011 г. В Испании он достиг 34 % объема и 15 % стоимости в 2011 г. по сравнению с 3 % в 2000 г.

Рисунок 1

Доля дженериков на фармацевтическом рынке отдельных стран ОЭСР, %



Источник: Health at a Glance 2013. OECD Indicators. — С. 105 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>).

Различия в доле дженериков в потреблении можно объяснить рядом обстоятельств. Это структура рынка, прежде всего количество непатентованных лекарств и предпочтения пациентов и врачей по отношению к новым патентованным препаратам (на которые могут также оказывать влияние фармацевтические компании через своих представителей). Опыт стран ОЭСР показывает, что на расширение использования дженериков существенно влияет политика, которую они проводят⁷. Это может быть прямое государственное вмешательство со стороны спроса или косвенные формы регулирования рынка, в т. ч. юридические, которые влияют по предложению.

В заключение важно отметить, что в области лекарственного обеспечения граждан государство одновременно является и покупателем, и регулятором. Основная задача, которая в настоящее время стоит перед странами ОЭСР, — обеспечить сдерживание роста расходов на лекарства, и она решается в рамках общей ситуации, определяемой ростом расходов на здравоохранение. Однако у государства есть и другие задачи, которые лежат сразу в двух плоскостях. С одной стороны, это задача социальной политики, которая состоит в необходимости обеспечить доступ населения к лекарственным препаратам. С другой стороны, это задачи промышленной политики и общего развития экономики в плане обеспечения производства необходимых лекарственных препаратов. Поэтому регулирование фармацевтического сектора требует сочетания и достижения компромисса между социальными и общеэкономическими задачами.

В связи с этим представляется важным изучение опыта других стран в области лекарственного обеспечения населения, тем более что обобщение статистических данных, предложенное в данном материале, показывает важность дальнейшего анализа особенностей и институциональной структуры фармацевтического рынка и его государственного регулирования в интересах как потребителей, так и производителей.

Библиография

1. Фармацевтическая промышленность и глобальное здравоохранение. Факты и цифры / IFPMA и Ассоциация международных фармацевтических производителей. — М., 2013.
2. Butler C. C., Dunstan F., Heginbotham M. Containing Antibiotic Resistance: Decreased Antibiotic-resistant Coliform Urinary Tract Infections with Reduction in Antibiotic Prescribing by General Practices // *British Journal of General Practice*. — 2007. — Vol. 57.
3. Jacobzone S. Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals // *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*. — 2000. — № 40.
4. Gili, M. et al. The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain: Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010 // *European Journal of Public Health*. — 2012. — Vol. 1–5.
5. Kanavos P. G., Vitoros S. Determinants of Branded Prescription Medicine Prices in OECD Countries // *Health Econ Policy Law*. — 2011.
6. Koller D. et al. Variation in Antibiotic Prescriptions: Is Area Deprivation an Explanation? Analysis of 1.2 Million Children in Germany // *Infection*. — 2013. — Vol. 41. — № 1.
7. Value for Money in Health Spending / *OECD Health Policy Studies*, 2010.
8. Health at a Glance 2013. OECD Indicators [Электронный ресурс] / OECD. — Режим доступа: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
9. OECD Health Statistics 2014 [Электронный ресурс] / OECD. — Режим доступа: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
10. Paris V., Devaux M., Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries // *OECD Health Working Paper*. — 2010. — № 50.
11. Paris V., Docteur E. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland // *OECD Health Working Papers*. — 2007. — № 27.
12. Vogler S. The Impact of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies on Generic Uptake: Implementation of Policy Options on Generics in 29 European Countries — An Overview // *Generics and Biosimilars Initiative Journal*. — 2012. — Vol. 1. — № 2.

⁷ Value for Money in Health Spending / *OECD Health Policy Studies*, 2010; Vogler S. *The Impact of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies on Generic Uptake: Implementation of Policy Options on Generics in 29 European Countries — An Overview* // *Generics and Biosimilars Initiative Journal*. — 2012. — № 2. — P. 44–51.