

А.С. КОЛБИН¹, Е.А. МАКСИМКИНА², С.А. МИШИНОВА¹

¹ Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

² Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

DOI: <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2019-07-08-42-48>

Приоритетные потребности при формировании ограничительных перечней лекарственных средств в России. Возможный подход

В экспертном сообществе существуют различные мнения относительно того, что должно быть приоритетом при формировании ограничительных перечней лекарственных препаратов. Был проведен ретроспективный анализ соответствия структуры принятых в России ограничительных перечней лекарственных препаратов глобальному бремени болезни. Установлено, что формирование ограничительных списков лекарственных средств на приоритетах глобального бремени болезни (смертность, DALY) – стратегически верный путь, и данная тенденция четко прослеживается практически по всем направлениям. В ограничительных списках лекарственных средств выявлена высокая доля высокочатратных онкологических и орфанных лекарств, для принятия решения о включении которых необходима разработка дополнительных критериев и, возможно, применение метода разделения рисков.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Реимберсмент (reimbursement) – готовность системы здравоохранения возместить полный или частичный объем прямых медицинских затрат пациента на медицинские технологии, такие как лекарственные препараты (ЛП) [1]. Необходимым условием реализации реимберсмента, наравне с прозрачностью процедуры возмещения затрат населения за счет бюджетных средств, является наличие утвержденных ограничительных списков – позитивных, когда ЛП могут быть

оплачены за счет средств бюджета по фиксированной цене, и негативных, когда лекарства не могут быть оплачены за счет стороннего плательщика. В Российской Федерации (РФ) основополагающим документом, описывающим требования, этапы и порядок формирования ограничительных перечней, является Постановление Правительства РФ от 28.08.2014 № 871 [2]. Базовым является перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ПЖНВЛП). Формирование остальных ограничительных

Ключевые слова:

глобальное бремя болезни, ограничительный перечень лекарственных препаратов, структура закупок

списков, таких как перечень дорогостоящих лекарственных препаратов и лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе назначаемых по решению врачебной комиссии, формируется на основании и с учетом ПЖНВЛП.

В экспертном сообществе существуют различные мнения относительно того, что должно быть приоритетом при формировании ограничительных списков (далее Перечни), что именно должно быть в фокусе: инновационные ЛП, отечественные ЛП, только экономически эффективные ЛП и т.д. Согласно Указу Президента РФ № 204 от 7 мая 2018 г., в числе основных национальных целей развития РФ на период до 2024 г. – повышение ожидаемой продолжительности жизни с 72,7 до 78 лет и снижение показателей смертности населения [3].

Все перечисленные выше индикаторы, а также такие, как потерянные годы жизни (Years of Life Lost – YLL); годы, связанные с инвалидностью (Years Lived with a Disability – YLD); годы жизни с поправкой на инвалидность (disability-adjusted life years – DALYs); распространенность; заболеваемость; ожидаемая продолжительность жизни; ожидаемая продолжительность здоровой жизни (Health Adjusted Life Expect – HALE); коэффициент материнской смертности (Maternal Mortality Ratio – MMR), характеризуют такое комплексное понятие, как глобальное бремя болезни (Global Burden of Disease – GBD) [4].

Основная цель – ретроспективный анализ соответствия структуры принятых Перечней показателям GBD по основным группам патологий.

Второстепенная цель – ретроспективный анализ соответствия структуры принятых Перечней структуре продаж ЛП.

МЕТОДЫ

На первом этапе анализировали Перечни, утвержденные в РФ в период 2014–2019 гг. (табл.). Запрос производили с использованием следующих сайтов: компании «Консультант Плюс» [5], Росздравнадзора [6]; системы информационно-правового обеспечения «Гарант» [7]. Всего было выделено 209 ЛП и 218 показаний для их использования, поскольку часть ЛП имеют больше одного

ТАБЛИЦА Количество лекарственных препаратов, включенных в ПЖНВЛП и «7 ВЗН» в 2014–2019 гг.

Количество включенных ЛП (МНН + лекарственные формы), п	Источник [7]
52 (50 + 2)	Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2014 г. №2782-р
55 (46 + 9)	Распоряжение Правительства РФ от 26 декабря 2015 г. №2724-р
0	Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2016 г. №2885-р
62 (60 + 2)	Распоряжение Правительства РФ от 23 октября 2017 г. №2323-р
40 (38 + 2)	Распоряжение Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. №2738-р
Всего = 209	

ЛП – лекарственный препарат, МНН – международное непатентованное название.

показания, например ЛП с МНН адалимумаб. Единица измерения – проценты в общей доле.

На втором этапе был сформирован запрос на сайте Института измерения показателей и оценки состояния здоровья (The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)) для определения структуры GBD для РФ. Мерой GBD взяты следующие величины: DALYs во всех возрастах для обоих полов на 100 000 населения и смертность во всех возрастах для обоих полов на 100 000 населения [8]. Единица измерения – проценты в общей доле.

Также анализировали структуры продаж ЛП (по АТХ-группам за 2017 г.) на розничном рынке, по государственным программам,

в госпитальном секторе [9]. Единица измерения – проценты в общей доле.

На заключительном этапе сравнивали полученные данные по МНН и дополнительным лекарственным формам, включенным в Перечни в 2014–2019 гг., по структуре их продаж с индикаторами GBD.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В таблице показано количество ЛП, включенных в Перечни в 2014–2019 гг.

ЛП – лекарственный препарат, МНН – международное непатентованное название.

Как видно из представленных в таблице данных, по результатам ежегодного пересмотра за 5-летний период в ПЖНВЛП было дополнительно включено 209 ЛП. Основные изменения связаны именно с расширением ПЖНВЛП за счет «новых» МНН (194) и в незначительной степени – за счет «новой» лекарственной формы (примером могут служить деферазирокс, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, маннитол, порошок для ингаляций дозированный, омализумаб, раствор для подкожного введения).

На рисунке 1 ЛП, включенные в ПЖНВЛП в 2014–2019 гг., разделены по показаниям для основных групп заболеваний.

Как следует из представленных на рисунке 1 данных, лидерами

SUMMARY

Keywords: global burden of disease, restrictive list of drugs, procurement structure

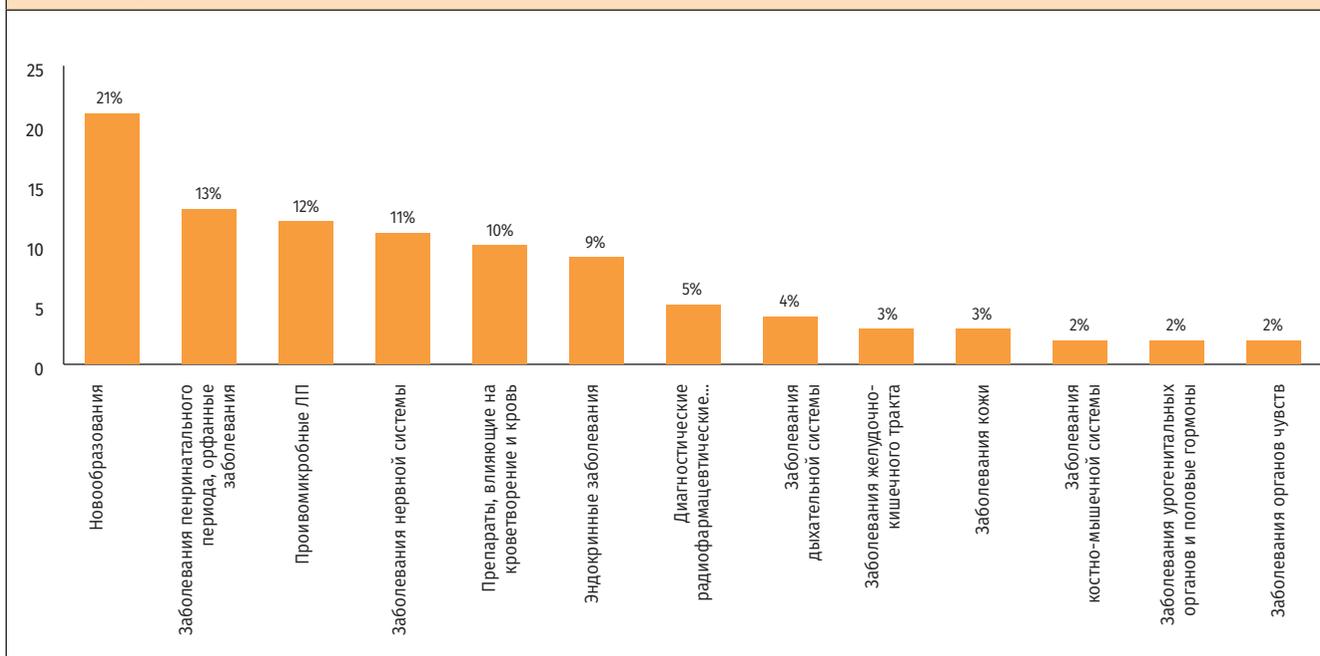
There are different opinions among the expert community about what should be a priority in the formation of restrictive lists of drugs. A retrospective compliance analysis of the structure of the Russian restrictive drug lists with the Global Burden of Disease was conducted. As a result, the strategy of forming restrictive lists of medicines on the priorities of the Global Burden of Disease (mortality, DALY) – is the right way, and this trend is clearly visible in most areas. A high proportion of high-cost oncological and orphan drugs was found in the restrictive lists of drugs, and it is necessary to develop additional criteria for making decisions about inclusion, perhaps, managed entry agreements.

A.S. KOLBIN¹, E.A. MAKSIMKINA², S.A. MISHINOVA¹

¹ Pavlov Saint Petersburg State Medical University И.П. Павлова

² Sechenov First Moscow State Medical University И.М. (Sechenov University)

PRIORITY NEEDS IN CREATING RESTRICTED DRUG LISTS IN RUSSIA. FEASIBLE APPROACH

РИСУНОК 1 ЛП, включенные в ПЖНВП в 2014–2019 гг., распределенные по основным группам заболеваний

среди ЛП, включенных в Перечни, являются ЛП для лечения онкологических заболеваний – 21%; значительная доля (13%) принадлежит ЛП для лечения орфанных заболеваний и заболеваний перинатального периода; 12% составляют противомикробные средства; ЛП для лечения заболеваний нервной системы занимают 4-ю позицию (11%).

Индикаторы GBD. На рисунке 2 показаны заболевания – лидеры среди причин смертности населения в мире и в РФ.

Как показано на рисунке 2, первое место среди всех причин смертности в мире занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (32%): ревмокардит, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания (ишемический и геморрагический инсульты, субарахноидальный геморрагический инсульт), гипертоническая болезнь сердца, неревматические поражения клапанов сердца, кардиомиопатии и миокардиты, нарушения ритма сердца и пр. Далее следуют новообразования и заболевания

респираторной системы – 17 и 14% соответственно.

На рисунке 3 показаны заболевания – лидеры по индикатору DALY. Представленные на рисунке 3 данные свидетельствуют, что первое место по DALYs занимают также заболевания сердечно-сосудистой системы (16%), далее следуют новообразования (10%), заболевания, диагностируемые в перинатологии (8%), заболевания респираторной системы (7%).

Таким образом, лидерами в GBD по таким показателям, как DALYs

РИСУНОК 2 Заболевания – лидеры среди причин смертности населения в мире (единица измерения %)**РИСУНОК 3** Заболевания – лидеры по DALY (единица измерения %)

и смертность, являются сердечно-сосудистые заболевания, далее – онкологические и заболевания респираторной системы. Болезни нервной системы и заболевания, диагностируемые в перинатологии, занимают 4-ю позицию.

Структура продаж. Лекарственные препараты с точки зрения условий их предоставления на этапах оказания медицинской помощи распределяются среди населения РФ по двум каналам – госпитальному (около 16%) и амбулаторному (около 84%) [9]. В ситуации, когда на амбулаторном этапе плательщиками являются бюджеты федерального и/или регионального уровня, ЛП распределяются через региональные и государственные программы, такие как ОНЛС, «7-12 высокочрезвычайных нозологий», программа для инфицированных ВИЧ, гепатитом В и С, национальный календарь профилактических

прививок, ведомственные закупки ЛП. На рисунке 4 представлена структура продаж ЛП в РФ за 2017 г. [9].

На рисунке 4 продемонстрировано, что в госпитальном секторе большую долю в объеме закупок в стоимостном выражении занимают такие АТХ, как противомикробные препараты системного действия (35%), противоопухолевые и иммуномодуляторы (16%), ЛП, влияющие на кроветворение и кровь (14%). В амбулаторно-розничном секторе лидерами были ЛП для лечения заболеваний пищеварительного тракта (17%), нервной и респираторной систем (около 15%) [9]. В группе государственных программ в амбулаторном секторе лидеры – противоопухолевые ЛП (48%), ЛП, влияющие на кроветворение и кровь (20%), ЛП для лечения органов пищеварения и нарушения обмена веществ (14%).

Таким образом, вне зависимости от этапа реализации лидерами являются противоопухолевые, противомикробные препараты и ЛП для лечения органов пищеварения и нарушения обмена веществ.

Сравнительные данные. На рисунке 5 представлены данные по сопоставлению структуры ПЖНВЛП с GBD и структурой продаж ЛП.

Как следует из представленных на рисунке 5 данных, полное соответствие Перечня, GBD, структуры продаж наблюдается по «респираторной системе» и «заболеваниям нервной системы». Фиксируется также почти полное соответствие Перечня, GBD, структуры продаж госпитального сектора и государственных программ по онкологии. Данные ЛП почти не представлены в секторе розничного рынка. Обращает на себя внимание несоответствие между GBD и всеми остальными списками в части заболеваний сердечно-сосудистой системы. При крайне высокой значимости данной патологии отмечается крайне низкая доля ЛП для ее лечения и профилактики. Сложно выявить долю ЛП, используемых в перинатологии и для лечения орфанных заболеваний, в структурах затрат.

ОБСУЖДЕНИЕ

С 2014 г. нами осуществляется анализ как процедуры формирования, так и самих Перечней. В частности, мы проводили моделирование включения лекарств в ограничительные списки, расчет стоимости дополнительной эффективности противоопухолевых средств, анализ твердых и суррогатных показателей эффективности, применяемых при фармакоэкономических исследованиях, определение референтных значений в онкологии, роли нежелательных явлений при включении в Перечни [10-22]. Наши выводы свелись к следующим положениям:

1. Формирование ограничительных списков в РФ носит частично формализованный характер с ярко

РИСУНОК 4 Структура продаж лекарств на различных уровнях (единица измерения %)

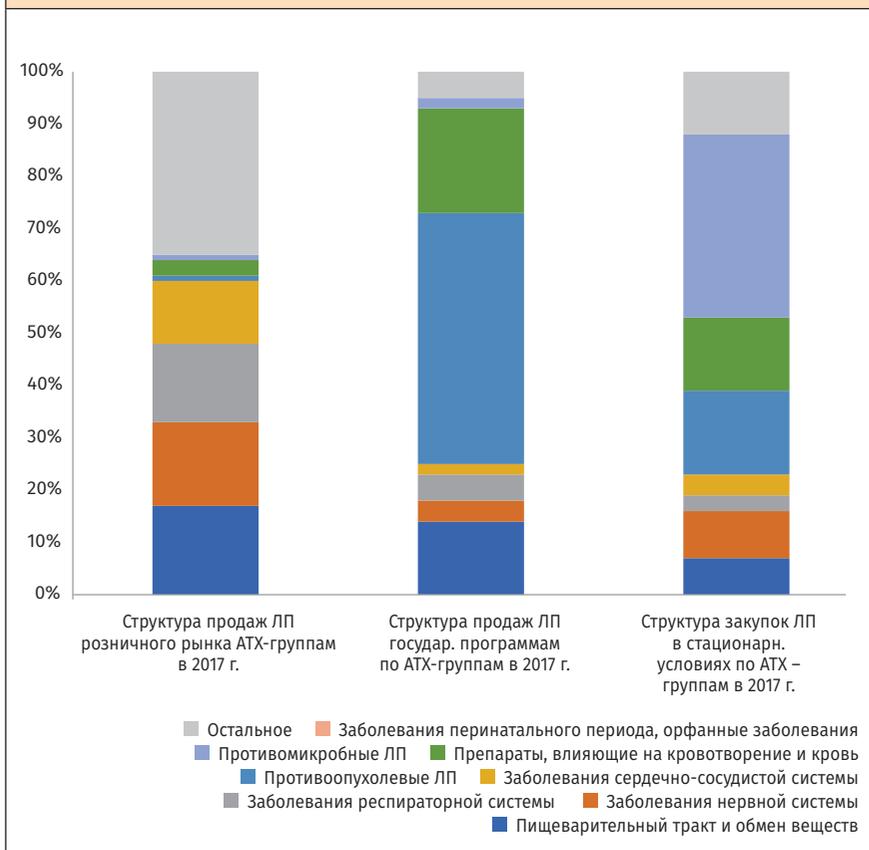
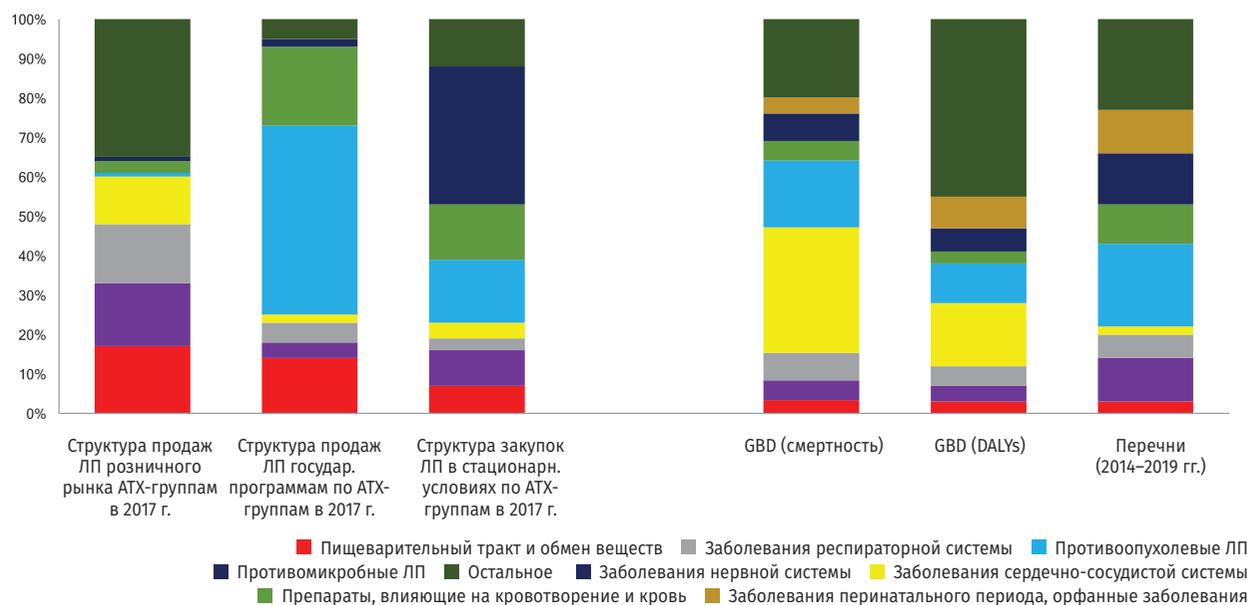


РИСУНОК 5 Соответствие ЛП из Перечня ЖНВЛП по количеству и показателям к применению в структуре закупок ЛП и GBD (единица измерения %)



выраженными элементами оценки технологий здравоохранения.

2. Клинико-экономический анализ – ключевой критерий, влияющий на формализованное принятие решений о включении ЛП в ПЖНВЛП.

3. Фиксируется высокий процент использования суррогатных точек в фармакоэкономических исследованиях, при некоторых заболеваниях он достигает 58%.

4. При оценке антимикробных средств, которые включают в ПЖНВЛП, не учитывают прогнозируемую резистентность.

5. Необходима разработка и внедрение такого показателя, как порог готовности общества платить.

В настоящем исследовании сделана попытка оценки приоритетных потребностей при формировании ограничительных перечней лекарственных средств в России. В качестве приоритета было выбрано глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease – GBD). Авторы ставили две цели: определить соответствие структуры принятых Перечней индикаторам GBD по основным группам патологий и соответствие

структуры принятых Перечней структуре продаж ЛП. Методологией являлся ретроспективный анализ данных из открытых источников.

Закономерен вопрос: почему в качестве приоритета была выбрана GBD? Во всем мире давно существовала потребность в количественном описании здоровья человека с использованием определенного индекса измерения [23, 24]. Формирование понятия GBD относят к началу 1990-х гг., когда Всемирный банк заказал оригинальное исследование Гарвардской школе общественного здравоохранения и представил его результаты в 1993 г. в докладе «Инвестирование в здоровье». В 1998 г. ВОЗ создала рабочую группу GBD, представляющую ежегодные отчеты, часть из которых с 2012 г. публикуется в журнале *The Lancet*. В настоящем исследовании мы использовали только два показателя GBD – смертность и годы жизни с поправкой на инвалидность (disability-adjusted life years – DALYs) [25].

В результате было установлено, что в РФ четко прослеживается соответствие между Перечнем и GBD по таким группам,

как «заболевания респираторной системы», «заболевания нервной системы» и «онкология». При этом в спектре онкологических и онкогематологических ЛП существенна доля биопрепаратов, моноклональных антител с высокой утилитарной стоимостью. Отметим, что несоответствие уровня GBD по сегменту «заболевания сердечно-сосудистой системы» количеству включенных в ограничительные перечни ЛП связано с отсутствием «предложений» от держателей регистрационных удостоверений. Действительно, перечень современных ЛП для лечения данных заболеваний крайне ограничен. Хотя, опираясь на исследования последних лет, можно предположить, что вскоре на этом рынке произойдет стремительный рост, причем за счет биопрепаратов [26]. Обращает на себя внимание и то, что в Перечне также высока доля МНН, относящихся к средствам терапии нарушений обмена веществ и орфанных заболеваний. Орфанные ЛП представляют собой отдельный сегмент рынка медицинских товаров. Данные средства, с одной стороны,

имеют высокую стоимость, малую рентабельность и зачастую неубедительную эффективность, а с другой – жизненно необходимы определенным группам населения, страдающим редкими заболеваниями [27]. Проблемы оценки орфанных ЛП с позиции клинико-экономической целесообразности связаны именно с высокой ценой этих лекарств и зачастую с сомнительной действенностью. Как для первой, так и для второй причины есть объяснения, и ситуация вполне преодолима при обоюдном согласии держателя регистрационного удостоверения и регулирующих органов, а также лиц, принимающих решения [28].

В отношении орфанных и онкологических ЛП в связи с их высокой утилитарной стоимостью возможно планомерное внедрение практики соглашений о разделе рисков (Managed Entry Agreements (MEAs)),

основанной именно на клинических исходах. Данный подход поддерживается и Европейским бюро ВОЗ [29, 30]. Суть состоит в том, чтобы, учитывая уровень не отвечающих на лечение пациентов, обязать производителя препарата предоставлять скидку на стоимость начальных циклов лечения или возмещать полную стоимость терапии. Это подразумевает необходимость разработки жесткого мониторинга реестров пациентов, получающих лечение, как это организовано в Италии и Франции [30]. Для онкологических и орфанных ЛП такое соглашение, основанное на клинических исходах, должно являться дополнительным критерием включения в ограничительные списки. На данный момент методика MEA в РФ частично применяется, но официально не описана в правилах формирования перечней ЛП для медицинского применения.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Формирование ограничительных списков лекарственных средств на приоритетах глобального бремени болезни (смертность, DALY) – стратегически верный путь, и данная тенденция четко прослеживается в РФ практически по всем направлениям. В ограничительных списках лекарственных средств выявлена высокая доля высокочрезвычайно дорогостоящих и орфанных ЛП, для принятия решений о включении которых необходима разработка дополнительных критериев и, возможно, методики разделения рисков.

Эти механизмы могут использовать различные инструменты для устранения неопределенности в отношении эффективности технологий или управлять внедрением технологий, чтобы максимизировать их эффективное использование и ограничить их влияние на бюджет.



ИСТОЧНИКИ

1. Власов В.В., Плавинский С.Л. Варианты лекарственного обеспечения для России: уроки стран Европы и всего мира. М.: Медиа Сфера, 2013. [Vlasov V.V., Plavinskii S.L. Varianty lekarstvennogo obespecheniya dlya Rossii: uroki stran Evropy i vsego mira. Moscow: Media Sfera, 2013. (In Russ).]
2. Постановление Правительства Российской Федерации №871 от 28 августа 2014 г. «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». [Resolution of the Government of the Russian Federation №871 of 28 August 2014. «Ob utverzhdenii Pravil formirovaniya perechnei lekarstvennykh preparatov dlya meditsinskogo primeneniya i minimal'nogo assortimenta lekarstvennykh preparatov, neobkhodimykh dlya okazaniya meditsinskoi pomoshchi». (In Russ).] Доступно по http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_167999/. Ссылка активна на 10.06.2019.
3. Указ Президента Российской Федерации №204 от 7 мая 2018 г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». [Decree of the President of the Russian Federation №204 of 7 May 2018. «O natsional'nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiiskoi Federatsii na period do 2024 goda». (In Russ).]
4. The world bank (US); World Development Report 1993 Investing in Health. New York: Oxford University Press, 1993.
5. <http://www.consultant.ru>. Ссылка активна на 10.06.2019.
6. www.grls.rosminzdrav.ru. Ссылка активна на 10.06.2019.
7. <https://base.garant.ru>. Ссылка активна на 10.06.2019.
8. vizhub.healthdata.org [Internet]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, Inc.; [updated 2019 May 30; cited 2019 Jun 7]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>.
9. Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В. Подходы к формированию концепции национальной лекарственной политики. Часть 1. Анализ рынка лекарственных препаратов в РФ. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018; 4: 53-75. [Ulubekova G.E., Kalashnikova A.V. Approaches to the formation of the concept of National pharmaceutical policy. Part I. Analysis of the pharmaceutical market in the Russian Federation. Healthcare management: news, views, education. 2018 (4): 53-75. (In Russ).] DOI: 10.24411/2411-8621-2018-14003.
10. Прасолов А.В., Колбин А.С., Максимкина Е.А., Голант З.М., Курьлев А.А. и соавт. Моделирование включения лекарственных средств в ограничительные перечни (пример – ЖНВЛП). Анализ данных 2014 года. Ремедиум. 2015;4:58-63.
11. Прасолов А.В., Колбин А.С., Максимкина Е.А., Голант З.М., Курьлев А.А. и соавт. Анализ Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) 2014 года с помощью математического моделирования. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2015;4:13-19.
12. Колбин А.С., Прасолов А.В., Максимкина Е.А., Полушин Ю.С., Курьлев А.А. и соавт. Модели анализа включений лекарственных средств в ограничительные перечни (на примере ЖНВЛП) 2016 г. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2016;1:39-43.
13. Колбин А.С., Прасолов А.В., Максимкина Е.А., Полушин Ю.С., Курьлев А.А. и соавт. Анализ формирования ограничительных списков в России на примере ЖНВЛП. Роль фармакоэкономики. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2016;8(2):71-77.
14. Kolbin A., Prasolov A., Balykina Y., Maksimkina E., Golant Z., Polushin Y., Kurylev A., Vilum I. Development of Predictive Models for the Analysis of the List of Vital Essential and Necessary Drugs Compilation. Value in health. ISPOR 19th Annual European Congress research abstracts. 2016; PHP50. A448.
15. Колбин А.С., Максимкина Е.А., Курьлев А.А. Стоимость дополнительной эффективности противопухольных препаратов (по данным ограничительных списков). Ремедиум. 2016;11:42-46.

16. Колбин А.С., Омеляновский В.В., Курылев А.А. Анализ твердых и суррогатных показателей эффективности лекарственных средств, включенных в ограничительные перечни в 2016 г. Ремедиум. 2017;4:42-46.
17. Мосилян А.А., Курылев А.А., Колбин А.С. Анализ критериев эффективности при проведении фармакоэкономических исследований гипогликемических лекарственных средств. Данные ограничительных списков РФ в 2014-2016 годах. Качественная клиническая практика. 2017;3:16-23.
18. Kolbin A., Omelianovskiy VV., Kurylev A. The Analysis Of Final And Surrogate Effectiveness Criteria Used In Health Economic Studies Of Drugs Submitted Into The Reimbursement In Russia In 2016. Value in health. 2017;20:A678. PHP151.
19. Kolbin A., Gomon Y. Analysis of Effectiveness Criteria In Pharmacoeconomic Studies of Antimicrobial Therapeutic Agents Proposed for Inclusion In The Essential Drug List (RUSSIA) In 2014-2016. Value in health. 2017;20:A731. PRM8.
20. Гомон Ю.М., Колбин А.С. Анализ критериев эффективности при проведении фармакоэкономических исследований антимикробных лекарственных средств (данные ограничительных списков РФ в 2014-2016 гг.) Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2017;19(3):260-264.
21. Колбин А.С., Курылев А.А. Определение референтного значения инкрементного коэффициента эффективности и полезности затрат в России в онкологии. Качественная клиническая практика. 2017;4:39-45.
22. Колбин А.С., Курылев А.А. Насколько оценка безопасности противоопухолевых лекарств влияет на их включение в ограничительные перечни в России? Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2018;11(3):38-42.
23. Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2013. p 50.
24. Daems R., Maes E., Mehra M., et al. Pharmaceutical Portfolio Management: Global Disease Burden and Corporate Performance Metrics. Value in Health. 2014;17:732-738.
25. Gao T., Wang X., Chen R. et al. Disability adjusted life year (DALY): A useful tool for quantitative assessment of environmental pollution. Science of the Total Environment 2015;511:268-287.
26. Vinh A., Drummond G., Sobey C. Immunity and hypertension: New targets to lighten the pressure. Br J Pharmacol. 2019;176(12):1813-1817.
27. Колбин А.С., Гапешин Р.А., Малышев С.М. Современные проблемы обеспечения орфанными лекарственными средствами и пути их решения. Вопросы современной педиатрии. 2016;15(4):344-351.
28. Павлыш А.В., Колбин А.С., Гапешин Р.А., Малышев С.М. Причины сложности проведения фармакоэкономического анализа для орфанных лекарств. Пути решения. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2015;8(2):3-10.
29. World Health Organization. Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Europe: Challenges and opportunities: Guillaume Dedet, Health Technologies and Pharmaceutical; 2016 October.
30. World Health Organization (WHO Regional Office for Europe UN City, Copenhagen, Denmark). Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration and research; 2015 March.





ПРАВИТЕЛЬСТВО
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



СПХФУ



ООО ВЕР
Медико-фармацевтические
проекты



АССОЦИАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ
ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ РОССИЙСКОГО
ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА

IX ЕЖЕГОДНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПАРТНЕРИНГ-ФОРУМ «LIFE SCIENCES INVEST. PARTNERING RUSSIA»

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
7-8 НОЯБРЯ

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ ФОРУМА:

- Достижение национальных целей в системе здравоохранения на период до 2024 года;
- Национальная лекарственная политика – доступность, безопасность;
- Совершенствование системы лекарственного обеспечения;
- Фармацевтика и интеллектуальная собственность;
- Маркировка лекарственных средств. Готовность к внедрению единой цифровой системы;
- Единый рынок и экспортный потенциал ЕАЭС в глобальной регуляторной системе;
- Совершенствование методических подходов к подготовке фармацевтических кадров.

800+
специалистов
в области Life Sciences

40+
мероприятий в рамках
деловой программы

100+
докладов
и презентаций

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:



МИНПРОМТОРГ
РОССИИ

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПАРТНЕР



Новости GMP

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР



Фармацевтический
ВЕСТИНИК

ОТРАСЛЕВОЙ ПАРТНЕР



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ОТРАСЛЬ
РОССИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА

регистрация на форум
www.lsipr.ru