

РЕМЕДИУМ

ЖУРНАЛ О РЫНКЕ ЛЕКАРСТВ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

4
2018



WWW.REMEDIUM.RU

экспертная зона

Лечение по своему хотению

Информационно-аналитические системы ГК «Ремедиум»

ГК «Ремедиум» более 15 лет эффективно решает задачу по созданию, поддержке и обновлению эксклюзивных аналитических и справочных информационных продуктов и баз данных для специалистов фармацевтического рынка.

Клифар-Госзакупки

Клифар-Госзакупки – регулярно обновляемая аналитическая база данных с удобным и богатым аналитическим интерфейсом онлайн-доступа.

Содержит сведения обо всех заключенных государственных контрактах на закупку ЛС с 2011 года и предоставляет следующие возможности:

- Поиск более чем по 80 информационным показателям.
 - Отражены торговые марки, лекарственные формы, дозировки и производители ЛС, на поставку которых заключен контракт, без «МНН-неопределенности»;
 - Показатели стандартизированы;
 - Доступны справочники МНН, АТС, ЕphMRA.
- Анализ на уровне разбивки до учреждений, осуществляющих закупки (стационаров, поликлиник и т. д.).
- Возможность отследить текущее состояние контракта, а также фактически оплаченную сумму по конкретному контракту (без разбивки на продукты).
- Возможность предоставления информации о закупках как на дату заключения контрактов, так и на дату извещения.
- Доступ к не только обработанным данным, но и исходной информации реестра as is для верификации привязки ЛС и расширенного поиска по прочему ассортименту в исходных данных.
- Автоматизированная выгрузка данных для интеграции в различные аналитические системы.



КЛИФАР
БАЗЫ ДАННЫХ

Мы стремимся обеспечить наших клиентов актуальными данными и удобными инструментами для работы с информацией

+7 (495) 780-34-25
cliphar@remedium.ru

ГК «Ремедиум»
105082, Москва, ул. Бакунинская 71, стр. 10

СОДЕРЖАНИЕ

ВАЖНО ИНТЕРЕСНО ПОЛЕЗНО 3

Экспертная зона 7–18

14.02.03. 14.04.03.

ЛЕЧЕНИЕ ПО СВОЕМУ ХОТЕНИЮ

Р.И. ЯГУДИНА, П.А. ЛОГВИНЮК

*Единственный «человек в белом халате»
на пути ответственного самолечения* 8

В. КАПЛЯ-БУБЕНЕЦ

*Ответственное самолечение –
осознанный подход к своему здоровью* 12

М.С. СОБОЛЕВА

*Опыт внедрения дисциплины «Фармацевтическое
консультирование» в процесс обучения будущих
работников аптечных организаций* 14

Фармрынок 19–34

14.03.06. 14.04.03.

ТРЕНДЫ И БРЕНДЫ

Дарья ТАРАСОВА, Артур ОГАНЕСЯН, Роман ЛОБАНОВ
*Специальные инвестиционные контракты –
перезагрузка или перенастройка?* 20

О.Ю. КОЛЕСНИЧЕНКО, Ю.Ю. КОЛЕСНИЧЕНКО, Н.Д. ЛИТВАК
*Искусственный интеллект в здравоохранении:
системные проблемы* 24

РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ РЫНКИ

*Фармацевтический форум стран ЕАЭС
и СНГ PharmASI* 32

Менеджмент 39–48

14.04.03.

**А.Г. ТОЛКУШИН, М.Э. ХОЛОВНЯ-ВОЛОСКОВА, Д.А. АНДРЕЕВ,
Н.В. ХАЧАНОВА, Т.Н. ЕРМОЛАЕВА, М.В. ДАВЫДОВСКАЯ,
К.А. КОКУШКИН**

*Схемы разделения рисков, основанные
на результативности применения лекарственных
препаратов, изменяющих течение рассеянного
склероза: зарубежный опыт и возможности
его использования в России* 40

Промышленность 49–66

14.02.03. 14.04.03.

ФАРМПРОМЫШЛЕННОСТЬ

Светлана РОМАНОВА

*Фармацевтическая промышленность
за 2017 год* 50

*Деловая активность предприятий
фармпромышленности:
рейтинг по объему активов
за 2016 год* 55

МЕДТЕХНИКА+...

Светлана РОМАНОВА

*Деловая активность предприятий
медпромышленности: рейтинг по объему
чистой прибыли за 2016 год* 59

Светлана РОМАНОВА

*Финансовые результаты подотрасли
«производство облучающего
и электротерапевтического оборудования»:
9 месяцев 2017 года* 63

Фармгост 67–70

14.02.03. 14.04.03.

ТОП-ПОЗИЦИИ

*Производство отдельных
групп медицинских
изделий за февраль 2018 г.* 68

*Динамика производства основных ФТГ
за февраль 2018 г.* 69

*20 крупнейших рекламодателей
и рекламируемых марок лекарственных
препаратов в российских СМИ
в марте 2018 г.* 70

**ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТАТЕЙ
В ЖУРНАЛ «РЕМЕДИУМ»** 71



4 | 2018

16+



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ишмухаметов А.А., главный редактор, чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБНУ «Федеральный научный центр исследований и разработки иммунологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН» ФАНО России, завкафедрой организации и технологии производства иммунобиологических препаратов Института фармации и трансляционной медицины ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Авксентьева М.В., к.м.н., ведущий научный сотрудник РАНХиГС при Президенте РФ, профессор Института лидерства и управления здравоохранением, ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Вольская Е.А., к.и.н., проректор по научной работе ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Гацура С.В., д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии № 1 ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Денисова М.Н., д.ф.н., профессор кафедры фармации Института фармации и трансляционной медицины ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Трофимова Е.О., д.ф.н., профессор кафедры экономики и управления ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия» Минздрава России

Прожерина Ю.А., к.б.н., доцент кафедры защиты в чрезвычайных ситуациях ФГБОУ ВО РГАУ – МСХА им. К.А. Тимирязева

Пятигорская Н.В., д.ф.н., профессор, заместитель директора по научной работе Института фармации и трансляционной медицины, завкафедрой промышленной фармации Института профессионального образования ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Романова С.А., директор по развитию информационных связей ассоциации «Союзмедпром»

Шерстнева Е.В., к.и.н., старший научный сотрудник отдела истории медицины и здравоохранения ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья РАН»

РЕДАКЦИЯ

Генеральный директор ООО «Ремедиум»: Татьяна Косарева
Директор по развитию: Екатерина Кордубан

Ответственный секретарь: Мария Панарина

Отдел отраслевой информации: Ирина Филиппова, filippova@remedium.ru, Ирина Широкова, shirokova@remedium.ru

Отдел аналитической информации: Юлия Прожерина, к.б.н., prozherina@remedium.ru, Екатерина Ильихина, ilyuhina@remedium.ru

Отдел промышленности: Светлана Романова, romanova@remedium.ru

Отдел новостей: Михаил Алексеев, alekseev@remedium.ru, Вера Капля-Бубенец, vera_k@remedium.ru

Корректоры: Сергей Палилов, Светлана Шведова

Рекламное агентство ООО «Р-Пресс»: Екатерина Жарова, Ирина Домашева, Юлия Калыгина, Александр Корниенко, Евгений Колесов, Евгения Крылова, Жанна Лапина, reklama@remedium.ru

Отдел продвижения и распространения: Галина Третьякова, Марина Ткачева, podpiska@remedium.ru

Руководитель отдела производства: Юрий Новожилов, ny@remedium.ru

Оформление & верстка: Андрей Хасянов (обложки, заставки к рубрикам), Анастасия Гаркуша, Максим Дементьев

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Береговых В.В., академик РАН, д.т.н., профессор кафедры промышленной фармации Института профессионального образования «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, главный научный сотрудник лаборатории технологии лекарственных средств НИИ фармации

Ишмухаметов А.А., чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБНУ «Федеральный научный центр исследований и разработки иммунологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН»

ФАНО России, завкафедрой организации и технологии производства иммунобиологических препаратов Института фармации и трансляционной медицины ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Локшин В.Н., чл.-корр. РАН РК, д.м.н., профессор (Казахстан)

Маев И.В., академик РАН, проректор, завкафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Наркевич И.А., д.ф.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия» Минздрава России

Подпрудников Ю.В., д.ф.н., профессор, Национальный фармацевтический университет, кафедра управления качеством (Украина)

Пятигорская Н.В., д.ф.н., профессор, заместитель директора по научной работе Института фармации и трансляционной медицины, завкафедрой промышленной фармации Института профессионального образования ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Стародубов В.И., академик РАН, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Сучков С.В., д.м.н., профессор, ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, член совета директоров Европейской ассоциации предиктивно-превентивной и персонализированной медицины (EPMA) (Брюссель, Евросоюз)

Трофимова Е.О., д.ф.н., профессор, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия» Минздрава России

Ющук Н.Д., академик РАН, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, завкафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии

Янушевич О.О., чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Bachinger Gerald, Ph.D., NO Patienten- und Pflegenwaldschaft, Austria

Issakov Andrei, M. D., M.P. H., Ph.D., Health Systems and Technology International Consulting (Switzerland)

Natz Alexander, Dr. Jur., Secretary General of European Confederation of Pharmaceutical Entrepreneurs (EUCOPE) (Belgium, Brussels)

Pinter Erwig, Dr. Jur., D. M., Senior Assessor der Europaischen Qualitaetspreises (EFQM) (Germany)

Voit Wolfgang, Prof., Dr. Jur., Philipps-Universität Marburg (Germany)

Учредитель и издатель:  ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ»

Редакция: ООО «Ремедиум», remedium@remedium.ru


Аналитический консультант:  PWC

Информационный партнер:  SCRIP
WORLD PHARMACEUTICAL NEWS
IMS Health & Quintiles are now

Информационная поддержка:  IQVIA



Адрес учредителя, издательства и редакции: Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10. Тел./факс: 780-34-25. Для корреспонденции: 105082, Москва, а /я 8

Специализированное издание, предназначенное для медицинских и фармацевтических работников. Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия. Свидетельство ПИ №Фс77-31224 от 22.02.2008. ISSN 1561-5936. **Входит в Перечень научных журналов, рекомендованных для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.**

Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редакции. Рукописи не возвращаются. Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия редакции не допускается. **Подписной индекс каталога «Роспечать» – 47227, каталога «Пресса России» – 43043.** Редакция не несет ответственность за достоверность информации, опубликованной в рекламных материалах. Материалы, отмеченные знаком , публикуются на правах рекламы.

Типография ООО «Графика»: Москва, ул. Новолесная, 5. Номер подписан в печать 23.04.2018 г. Общий тираж 12 000.

Тираж сертифицирован Бюро тиражного аудита ABC (www.press-abc.ru)

Журнал «Ремедиум» доступен в  App Store  Google Play

VIP

very important person
важно интересно полезно

Россия ратифицировала конвенцию «Медикрим»

Министр здравоохранения Вероника Скворцова вручила генсеку Совета Европы Турбьерну Ягланду ратификационную грамоту о присоединении России к конвенции Совета Европы «Медикрим» по контрафактной медицинской продукции и аналогичной преступной деятельности, представляющей угрозу для здравоохранения. В России конвенция вступит в силу 1 июля 2018 года. Документ стал первым общеевропейским соглашением в сфере борьбы с фальсификацией медицинской продукции, разработанным при активном участии России. Ответственным за выполнение Конвенции ведомством определен Росздравнадзор. Основной целью «Медикрим» является установление уголовной ответственности за фальсификацию медицинской продукции и за сходные преступления, в том числе за производство, хранение, реализацию и подделку документации и упаковки медикаментов и медицинских изделий.

Дешевые ЖНВЛП могут получить защитную маркировку бесплатно

Центр развития перспективных технологий (ЦРПТ, оператор единой национальной системы маркировки и прослеживаемости товаров) готов безвозмездно обеспечить защитной маркировкой препараты нижнего ценового сегмента, включенные в перечень ЖНВЛП. По информации РБК, консультации на эту тему ведутся между ЦРПТ и представителями правительства РФ. Льготные условия могут быть распространены на препараты стоимостью до 20 руб. за упаковку: ЦРПТ будет бесплатно генерировать код маркировки для этих ЛС и бесплатно отслеживать их движение. Помимо этого, компания выражает готовность за свой счет оборудовать медицинские учреждения регистраторами выбытия ЛС из оборота и обеспечить их сервисное обслуживание. Средняя стоимость маркировки и отслеживания 1 упаковки ЛС составляет около 50 коп. Ежегодно в РФ выпускается около 950 млн упаковок лекарств стоимостью до 20 руб. в ценах производителя. Таким образом, льготные условия позволят сэкономить производителям дешевых ЛС около 450 млн руб.

Стимулирование развития здравоохранения в регионах

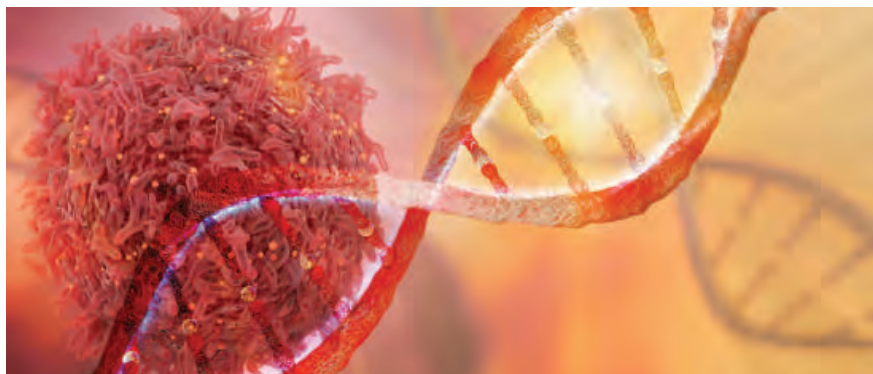
Премьер-министр РФ Дмитрий Медведев подписал ряд постановлений, предусматривающих выделение из федерального бюджета более 10,5 млрд рублей на развитие здравоохранения в регионах РФ. Сообщается, что 2,5 млрд руб. из этой суммы будут направлены на мероприя-

тия по повышению квалификации врачей: закупку оборудования для 75 симуляционных центров и развитие интернет-портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования. 4,35 млрд руб. планируется выделить на закупку обезболивающих препаратов, аппаратов ИВЛ для службы паллиативной помощи, а также на развитие

патронажной службы. Еще 3,8 млрд руб. предназначены для финансирования дополнительных закупок медикаментов для инвалидов.

Лекарственные препараты могут освободить от обязательного подтверждения соответствия

Государственная дума РФ приняла в первом чтении законопроект, предусматривающий исключение лекарственных препаратов из числа товаров, подлежащих обязательному подтверждению соответствия, сообщает «Парламентская газета». Соответствующие изменения вносятся в закон «О техническом регулировании» № 184-ФЗ от 27.12.2002. По словам заместителя министра здравоохранения Дмитрия Костенникова, действующая процедура подтверждения соответствия не обеспечивает необходимого уровня контроля за качеством ЛС и при этом является «излишне экономически затратной и часто формальной». В частности, серии препаратов, прошедшие подтверждение соответствия, одна-



Передовая индивидуальная клеточная иммунотерапия в онкологии

На научной конференции, посвященной формированию национальной стратегии по борьбе с раком, глава Минздрава Вероника Скворцова объявила о создании клиники индивидуальной клеточной терапии онкологических заболеваний на базе Национального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова. Министерство здравоохранения РФ и фармацевтическая компания BIOCAD работают над проектом по разработке клеточных технологий и формированию концепции индивидуальной терапии различных онкопатологий более четырех лет, рассказал генеральный директор BIOCAD Дмитрий Морозов. Молекулярно-биологические исследования проводятся, в частности, в НМИЦ им. В.А. Алмазова. Стоимость индивидуальной клеточной терапии рака в российских медицинских учреждениях должна быть существенно ниже, чем в зарубежных клиниках, в которых ее цена приближается к полумиллиону долларов за курс, подчеркнул Морозов.

ко не отвечающие установленным требованиям по качеству, регулярно изымаются из обращения Росздравнадзором. Согласно предлагаемому законопроекту, лекарственные средства, за исключением иммунобиологических препаратов, вводятся в гражданский оборот на основании документов производителя, подтверждающих качество, и разрешения уполномоченного лица производителя или ответственного лица, осуществляющего ввоз этих медикаментов. При этом первые три серии вновь произведенных или вновь ввозимых препаратов будут контролироваться по всем показателям качества в уполномоченных государством лабораториях, а иммунобиологические препараты будут вводиться в оборот с посерийным контролем.

Экзоскелеты российского производства выходят на международный рынок

Компания «ЭкзоАтлет» создает подразделение ExoAtlet Global, задачей которого будет коммерциализация российского инновационного медицинского и реабилитационного оборудования на международном рынке. В 2018 году представительство ExoAtlet Global будет открыто в Японии, США и Китае, в 2019 году – в Индии. Инвестором проекта выступила корейская компания Cosmo and Company Co, вложившая ранее 1,2 млрд долларов в коммерциализацию российских разработок в Азии. Производство экзоскелетов будет осуществляться на территории России, оттуда высокотехнологичная продукция будет экспортироваться за рубеж. Первый российский экзоскелет, созданный компанией «ЭкзоАтлет», вышел на стадию клинических испытаний в 2016 году. В настоящее время производитель завершил сертификацию аппарата в Южной Корее. В течение первого месяца после завершения процедуры от корейских контрагентов поступило 8 заказов на экзоскелет российского производства.



Роботизированные хирургические системы для российских больницы

К 2020 году российские медицинские учреждения планируется оснастить роботизированными хирургическими системами российского производства. Об этом заявил в интервью АГН «Москва» главный уролог Минздрава РФ и один из разработчиков отечественной роботизированной системы, являющейся усовершенствованным аналогом робота Da Vinci, Дмитрий Пушкарь. По его словам, российская разработка выйдет на клинические испытания в 2019 году, в настоящее время ее тестируют на животных. Большинство хирургических вмешательств с использованием роботизированных систем, управляемых человеком, в настоящее время проводятся в урологии, однако они могут широко применяться и в других областях хирургии. Д. Пушкарь подчеркнул, что отечественный робот не только способен совершать хирургические манипуляции с точностью, недоступной обычному хирургу, но и может самостоятельно анализировать ситуацию и при необходимости корректировать действия медицинского специалиста. Вмешательства с применением роботизированных систем планируется включить в систему ОМС, сообщил Д. Пушкарь.

Компания Abbott открыла производство Дюфастона в Белгороде

На Белгородском заводе компании «Верофарм» (группа Abbott) состоялось открытие производственной линии полного цикла дидрогестерона (торговое наименование Дюфастон). Целевая мощность производства составляет 200 млн таблеток в год. Общий объем инвестиций в проект – 23 млн долларов. На заводе в Белгороде организован полный цикл производства препарата, включая процессы таблетирования, покрытия пленочной оболочкой, первичной и вторичной упаковки. По плану компании, произведенный в России дидрогестерон поступит в продажу в этом году. Локализация производства препарата осуществляется компанией Abbott в рамках масштабной программы развития «Верофарм», включающей модернизацию производственной инфраструктуры. На эти цели Abbott уже направила около 200 млн долларов.

«Ригла» купила крымскую аптечную сеть

Аптечная сеть «Ригла» (ГК «Протек») приобретает крымского фармритейлера «Атэк». По информации «Коммерсантъ», сделка будет закрыта в июне 2018 года. На сегодняшний день у сети «Ригла» в Крыму 51 аптека, покупка «Атэк» добавит еще 28 точек: 24 из них будут в Феодосии, 2 – в Симферополе, 2 – в Ялте. Сеть «Атэк» была создана в 1994 году, ее выручка в 2016 году составила 554,8 млн руб., чистая прибыль – 9,9 млн руб. В последнее время «Ригла» активно расширяет свое присутствие в регионах за счет покупок локальных сетей. В 2017 году компания приобрела

коломенскую сеть «Домфарма» (31 точка), псковскую «003» (27 точек) и костромскую «Панацею» (31 точка). Кроме того, ранее «Ригла» заявляла о планах открыть в этом году до 100 точек по договорам франшизы в регионах, где сеть пока не представлена.

Минпромторг готов выделить субсидии на испытания реабилитационного оборудования

Министерство промышленности и торговли предлагает возмещать российским производителям реабилитационного оборудования часть затрат на апробацию их продукции. Соответствующий проект постановления опубликован министерством на федеральном портале проектов нормативных правовых актов. В пояснительной записке к документу отмечается, что предлагаемая мера позволит повысить качество технических средств реабилитации, а также изделий и устройств, обеспечивающих безбарьерную среду для лиц с ограниченными возможностями. Предлагается, чтобы субсидии из федерального бюджета возмещали до 50% расходов на проведение испытаний перечисленных видов продукции с участием инвалидов. На реализацию проекта потребуется выделение средств федерального бюджета в размере 150 млн руб. в 2018 году, по 250 млн руб. – в 2019 и 2020 гг.

Нам важно Заботиться о здоровье своих близких
и делать Разумный выбор лекарств



Разумная альтернатива известным западным брендам

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Код АТХ: B01AC06. Рег. ул. ЛСР-008866/10



Клопидогрел-Акрихин

МНН: клопидогрел

Фармакотерапевтическая группа: антиагрегантное средство

Показания к применению: профилактика тромботических осложнений у пациентов после инфаркта миокарда, инсульта, тромбоза периферических артерий, у больных атеросклерозом.*

Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 75 мг № 30

Код АТХ: C03AA03. Рег. ул. ЛСР-009480/09



Лизиноприл-Акрихин

МНН: лизиноприл

Фармакотерапевтическая группа: ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)

Показания к применению: артериальная гипертензия; раннее лечение острого инфаркта миокарда; хроническая сердечная недостаточность; диабетическая нефропатия.*

Форма выпуска: таблетки 5, 10, 20 мг № 30

Код АТХ: C10AA05. Рег. ул. П. № 016166/01



Аторвастатин (Акрихин)

МНН: аторвастатин

Фармакотерапевтическая группа: гиполипидемическое средство

Показания к применению: первичная гиперхолестеринемия, смешанная гиперлипидемия.*

Форма выпуска: таблетки, покрытые оболочкой, 10 и 20 мг № 30, 20 мг № 90



УВЕРЕННО. РАЗУМНО. С ЗАБОТОЙ.

На правах рекламы

* Полная информация о препаратах представлена в инструкции по медицинскому применению.

Санкт-Петербург
Park Inn by Radisson Прибалтийская
5 - 8 ИЮЛЯ 2018

IV ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ



БЕЛЫЕ НОЧИ

**4000 УЧАСТНИКОВ ИЗ РОССИИ И ЗАРУБЕЖЬЯ | 90 ИНОСТРАННЫХ ЭКСПЕРТОВ
БОЛЕЕ 700 ДОКЛАДОВ | 55 ТЕМАТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ | ПРЕКУРСЫ ПО УЗИ-ДИАГНОСТИКЕ
МАСТЕР-КЛАССЫ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ СЕССИИ | ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦИИ ИЗ ОПЕРАЦИОННЫХ**

- Прямые включения из операционных в рамках проекта «Живая хирургия»
- Онкомаммология - д.м.н. Криворотько Петр Владимирович
- Абдоминальная онкология - д.м.н. Карачун Алексей Михайлович
- Онкогинекология - д.м.н. Берлев Игорь Викторович
- Торакальная онкология - д.м.н. Левченко Евгений Владимирович
- Опухоли головы и шеи - к.м.н. Раджабова Замира Ахмедовна

- Курс мультимодальной визуализации молочной железы



Course
of **Breast**
Imaging

**МЕРОПРИЯТИЕ ПЛАНИРУЕТСЯ К АККРЕДИТАЦИИ
В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**



WWW.FORUM-ONCO.RU

Тел.: +7 (812) 439-95-55, доб. 4215, факс: (812) 596-89-47, E-mail: info@forum-onco.ru

1 экспертная зона

14.02.03. Общественное здоровье и здравоохранение

14.04.03. Организация фармацевтического дела



ЛЕЧЕНИЕ ПО СВОЕМУ ХОТЕНИЮ

Самостоятельный выбор гражданами лекарственных препаратов, как и других средств борьбы с заболеваниями, известен как широко распространенное явление в нашей стране. Что скрывается за этим феноменом – вынужденная мера, обусловленная безвыходностью положения больных людей, для которых недоступна качественная медицинская помощь, или закономерные действия населения, стремящегося сохранить и укрепить свое здоровье в духе ответственного самолечения? Специалисты фармацевтического профиля озабочены возможными рисками, которыми чревато неконтролируемое самолечение, в то время как эксперты в области профилактической медицины приветствуют эту концепцию как ресурс здравоохранения.





Р.И. ЯГУДИНА^{1,2}, д.фарм.н., профессор, П.А. ЛОГВИНЮК^{1,2}

¹ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

² РОО «Московское фармацевтическое общество»

10.21518 / 1561-5936-2018-4-8-11

ЕДИНСТВЕННЫЙ «ЧЕЛОВЕК В БЕЛОМ ХАЛАТЕ» НА ПУТИ ОТВЕТСТВЕННОГО САМОЛЕЧЕНИЯ

Вопрос самолечения является очень важным с позиции понимания причин обращения к нему. Недавнее социологическое исследование показало, что большинство населения РФ при плохом самочувствии предпочитают лечиться самостоятельно и только в крайнем случае обращаются к врачам. Причины такого поведения многообразны, например: недостаточные доступность и качество медицинской помощи и др. Очевидно, что улучшение уровня доступности медицинской помощи требует оптимизации существующей инфраструктуры. При этом задача минимизации рисков, связанных с самолечением, требует быстрого решения. И именно сотрудники первого стола аптеки могут существенно повлиять на качество самолечения и обезопасить его.

САМОЛЕЧЕНИЕ – ЛЕГКОМЫСЛЕННАЯ ПРИХОТЬ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ ВЫБОРА?

Осенью 2017 г. фондом «Общественное мнение» было проведено социологическое исследование, посвященное образу жизни и здоровью [1]. В ходе исследования, охватившего 53 субъекта РФ, с респондентами проводились интервью по месту жительства. Результаты показали достаточно высокий уро-

вень внимания к собственному здоровью: 70% опрошенных ответили, что следят за своим здоровьем, 67% сообщили, что проходят диспансеризацию хотя бы один раз в несколько лет по собственной инициативе или по иным причинам (инициатива работодателя и пр.). Участникам исследования предлагали ответить, в частности, на следующий вопрос: «При плохом самочувствии одни предпочитают сразу обращаться

Ключевые слова:

ответственное самолечение, фармацевтическое консультирование, сотрудники первого стола, правила надлежащей аптечной практики, доступность медицинской помощи

к врачам, самостоятельно лечатся в крайнем случае. Другие предпочитают лечиться самостоятельно и только в крайнем случае обращаются к врачам. К каким людям вы отнесли бы себя?». 63% опрошенных ответили, что предпочитают лечиться самостоятельно.

Такое поведение большинства населения может быть обусловлено различными причинами, в т.ч. уровнем доступности медицинской помощи, качеством предоставляемых медицинских услуг, субъективным восприятием пациентами врачебного сообщества и пр. В данном контексте существенный интерес представляют результаты мониторинга качества работы поликлиник, проведенного активистами Общероссийского народного фронта в рамках проекта «Народная оценка качества». В нем приняли участие более 14 тыс. граждан Российской Федерации [2]. Оценка проводилась по 5-балльной шкале, и результаты оказались неутешительными: только 35% пациентов оценили работу поликлиники на «5». Оценка «1» была дана 17% опрошенных, оценка «2» – 8%.

Ниже приведены основные недостатки в работе поликлиники, о которых сообщили опрошенные:

SUMMARY

Keywords: responsible self-treatment, pharmaceutical advising, pharmacists, good pharmacy practice, access to medical care

Self-treatment is a very important issue referring to understanding reasons. A recent sociological survey revealed that most of Russian Federation population in case of poor health prefer self-treatment and address doctors only in the last resort. There are various causes, for example: the insufficient access and quality of medical care, etc. It is obvious to improve access to medical aid we need to optimize the existing infrastructure. At the same time, the self-treatment risk minimizing should be the first task. And it is the pharmacists who can significantly influence the quality of self-treatment and secure it.

R.I. YAGUDINA^{1,2}, PharmD, Prof., P.A. LOGVINIUK^{1,2}

¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

² Moscow Pharmaceutical Society

THE ONLY MAN IN «THE WHITE GOWN» ON THE WAY OF RESPONSIBLE SELF-TREATMENT.

- ◆ трудности в записи на прием к врачу и на сдачу анализов – 56% респондентов;
 - ◆ нехватка врачебного персонала – 26% респондентов;
 - ◆ некомфортные условия пребывания в учреждении – 17% респондентов;
 - ◆ навязывание платных услуг – 14% респондентов;
 - ◆ непригодность учреждений для маломобильной группы граждан – 10% респондентов;
 - ◆ низкая компетентность, недоброжелательность медицинского персонала – 10% респондентов.
- Как следует из результатов мониторинга, на первом месте среди причин – проблема доступности медицинской помощи. Таким образом, преобладающая часть населения фактически вынуждена отдавать предпочтение самостоятельному лечению, не имея достаточной возможности получить врачебную помощь и диагностические услуги в момент возникновения такой потребности. Это также подтверждается результатами выборочного наблюдения, оценивавшего качество и доступность услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения, выполненного Федеральной службой государственной статистики в 2017 г. [3]. Респонденты, получавшие медицинскую помощь на платной основе за счет собственных средств в последние 12 месяцев, указали, что причинами выбора частной медицинской организации явились:
- ◆ низкое качество медицинских услуг, оказываемых бесплатно, – 43% опрошенных;
 - ◆ длительность ожидания очереди в медицинских организациях, оказывающих помощь бесплатно,
 - ◆ и/или неудобный график их работы – 24% опрошенных;
 - ◆ отсутствие специалистов (оборудования) в медицинских организациях, оказывающих помощь бесплатно, – 23% опрошенных.

Таким образом, по мнению данной группы участников исследования, помимо того, что бесплатная медицинская помощь недостаточно

доступна, сами бесплатные медицинские услуги довольно низкого качества по их мнению.

Однако не каждый может позволить себе лечиться в частных медицинских центрах, и многие вынуждены самостоятельно бороться со своими заболеваниями. В такой ситуации важен правильный выбор источников информации о том, какими методами осуществлять самостоятельное лечение и какие лекарственные препараты применять. Необходимо знать, насколько достоверны эти источники, является ли информация доступной для самостоятельной интерпретации и правильного применения. Ведь заболевший человек должен правильно «поставить себе диагноз», оценить тяжесть своего состояния, подобрать эффективное и безопасное лечение. И какова цена ошибки? В лучшем случае заболевание будет протекать, возможно, несколько дольше и в более тяжелой форме, однако не исключены и тяжелые последствия: длительная или стойкая утрата трудоспособности, инвалидизация и даже смертельный исход. Так, чрезмерный и длительный прием нестероидных противовоспалительных лекарственных препаратов (далее – НПВП) при острых болях в животе может привести к неявному течению и стертой клинической картине острого аппендицита и, как следствие, к отсроченному поступлению в хирургический стационар, развитию осложнений, например перитонита. Злоупотребление НПВП при длительных головных болях может являться причиной поздней диагностики серьезной неврологической или нейрохирургической патологии (например, объемных внутричерепных образований и пр.).

ОТВЕТСТВЕННОЕ САМОЛЕЧЕНИЕ – ВСЕ ПРОСТО?

Итак, какими же источниками информации может воспользоваться человек для самодиагностики и определения стратегии самостоятельного лечения? В открытом доступе есть официальные источники, такие как стандарты и порядки оказания медицинской помощи. Но, несмо-

тря на их доступность, информация, которую они содержат, для рядового человека не является релевантной, т.к. для интерпретации необходимо обладать специальными знаниями и опытом. Ситуация, когда заболевший человек пытается себя лечить по официальным стандартам, скорее всего, будет иметь трагические последствия. То же самое можно сказать о самостоятельном следовании национальным рекомендациям, профессиональным справочникам, научным публикациям и инструкциям по медицинскому применению лекарственного препарата, работа с которыми порой представляет трудность даже для профессионала. Согласно данным недавнего отечественного исследования, для 12,1% врачей и 9,4% сотрудников аптек непонятные формулировки в инструкции по медицинскому применению являются основной проблемой в работе с ней [4].

В печатных источниках релевантными могут быть статьи, публикации, обзоры, предназначенные для широкого круга читателей. При этом качество, достоверность информации, отсутствие коммерческих интересов ее авторов фактически никем не контролируются. Наверняка многие сталкивались на просторах сети Интернет с публикациями о чудодейственных средствах, в которых заявляется об их 100%-ной эффективности при онкологических, сердечно-сосудистых и прочих заболеваниях. И такая, в сущности, реклама находит отклик и формирует круг покупателей.

Но даже в том случае, когда информационный источник является адекватным с позиции понятности для обычного человека, а сама информация – достоверной, всегда существует риск ошибки в самостоятельной диагностике своего состояния. Такой же риск присутствует и при самостоятельном определении стратегии лекарственной терапии. Конечно, идеальным решением могла быть всеобъемлющая доступность медицинской помощи желаемого качества для населения и, несомненно, к этому следует стре-

миться. Однако тот факт, что более половины населения РФ предпочитают по тем или иным причинам самостоятельное лечение, не должен игнорироваться. Профессиональное сообщество и государство обязаны уже сейчас предпринимать активные действия для того, чтобы снизить риски, связанные с самолечением. Возможно, следует обратить большее внимание на роль аптечного звена в национальной системе здравоохранения?

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ОТВЕТСТВЕННОЕ САМОЛЕЧЕНИЕ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Существующая система гражданского оборота лекарственных средств организована таким образом, что лекарственные препараты продаются только в аптеках. Это означает, что любой человек (или лицо, действующее в его интересах) прежде чем получить на руки лекарственный препарат, встретит на своем пути специалиста, обладающего фармацевтическим образованием. И именно работник первого стола может быть единственным специалистом, имеющим отношение к фармации и медицине, которого встретят на своем пути люди, занявшиеся самостоятельным лечением. Именно первостольник будет принимать решение об отпуске лекарственного препарата, именно он может исправить ошибки в самостоятельном определении человеком своего медицинского состояния, в лекарственной терапии, именно он может не допустить развития неблагоприятных последствий. Но обладает ли специалист первого стола юридическим правом поступать таким образом? Обязан ли он вмешаться и принять участие в самолечении?

Для ответа на эти вопросы обратимся к действующим нормативным правовым документам. В марте 2017 г. вступил в силу долгожданный Приказ Минздрава России от 31.08.2016 г. № 647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики

лекарственных препаратов для медицинского применения» [5]. В данном нормативном правовом акте термин «фармацевтическое консультирование» впервые получил свое юридическое определение. Теперь под этим термином понимают доступ к информации о порядке применения или использования товаров аптечного ассортимента, в т. ч. о правилах отпуска, способах приема, режимах дозирования, терапевтическом действии, противопоказаниях, взаимодействии лекарственных препаратов при одновременном приеме между собой и (или) с пищей, правилах их хранения в домашних условиях. В Правилах надлежащей практики фармацевтическое консультирование представлено одним из этапов розничной торговли товарами аптечного ассортимента наряду с продажей и отпуском.



В этом приказе в число основных функций фармацевтических работников включено и информирование о рациональном применении лекарственных препаратов в целях ответственного самолечения.

В апреле 2016 г. вступил в силу Приказ Минтруда России от 09.03.2016 г. № 91н «Об утверждении профессионального стандарта «Провизор» [6]. В данном документе указано, что провизор обязан знать основы ответственного самолечения, правила рационального применения лекарственных препаратов, уметь распознать состояния и жалобы, требующие консультации врача, а также оказывать информационно-консультационную помощь при выборе безрецептурных лекарственных препаратов. Умение оказывать консультативную помощь в целях ответственного самолечения также указано в федеральном государственном образовательном стандарте среднего профессионального образования по специальности «Фармация» [7]. Таким образом, провизоры не только имеют право, но и обязаны предоставлять профессиональную консультацию покупателям, которые занимаются лечением самостоятельно.

Определенно, такие выводы могут вызвать негодование и непонимание у представителей врачебного сообщества, но реальная оценка ситуации такова: человек в случае заболевания ограничен в возможности обратиться к врачу вследствие проблем с доступностью медицинской помощи и вынужден заниматься самолечением. Информацию о том, как проводить самолечение, больной может получить от родственников, знакомых, из теле- и радиопрограмм, сети Интернет и от фармацевтических работников в аптеке. Последний вариант, пожалуй, самый лучший из перечисленных. Кстати, в январе 2018 г. на рассмотрение в Госдуму РФ были направлены поправки к закону от 13.03.2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе», предлагающие запретить рекламу лекарственных средств в теле- и радиопрограммах [8]. В случае принятия этих поправок увеличится объем рекламных объявлений в сети Интернет, при этом надежных и действенных инструментов ее контроля и распространения в этом канале коммуникации недостаточно. В этом случае роль первостольника как единственного специалиста в процессе ответственного самолечения существенно возрастает. Таким образом, можно говорить, что в настоящее время в РФ правовое поле фармацевтического консультирования в общем виде сформировано, определена роль фармацевтических сотрудников в ответственном самолечении. Но готово ли само профессиональное сообщество выполнять эту функцию? Как позиционируют себя аптечные сети и организации? Исключительно как продавцов лекарств, основная проблема которых – выручка и средний чек, или как учреждение, гармонично сочетающее бизнес с важной социальной функцией? В ходе острых дискуссий о допустимости продажи безрецептурных лекарственных средств в магазинах никто не принимает во внимание тот факт, что первостольник может быть единственным специалистом, единственным «человеком в белом халате» на пути больного. Удивительно, что бизнес

просто игнорирует эту потребность своих покупателей и больше сфокусирован на сохранении статус-кво, не замечая возможности для своего развития.

Очевидно, что ответственное самолечение – это не российское ноу-хау. Интересен зарубежный опыт. Международная фармацевтическая федерация (International Pharmaceutical Federation – FIP) 11 сентября 2017 г. опубликовала Statement, в котором обращает внимание правительств государств и медицинских страховых компаний на важность самостоятельной заботы людей о своем здоровье для национального здравоохранения в целом. В данном документе содержится настоятельная рекомендация о полноценной интеграции фармацевтических работников в систему здравоохранения. Пол Синклер (Paul Sinclair), президент секции аптечных организаций в FIP, привел примеры Шотландии, где в аптеках реализуется программа помощи при несущественных недомоганиях, в также Швейцарии, где фармацевтические работники задействованы в системе медицинской сортировки и определения медицинского марш-

рута для заболевшего человека [9]. Указанные подходы позволяют снизить затраты государства, связанные с оплатой врачебных медицинских услуг, а также уменьшить частоту обращений больных к врачам «не по профилю».

Statement FIP базируется на выводах, изложенных в докладе «Аптека как первый шаг на пути к помощи: помогая людям быть более здоровыми» («Pharmacy as a gateway to care: Helping people towards better health»), опубликованном в марте 2017 г. В этом документе собраны факты, свидетельствующие о важности услуг, оказываемых фармацевтическими работниками людям, самостоятельно заботящимся о здоровье, о пользе этого для системы здравоохранения в целом [10]. В подготовке этого доклада участвовали члены FIP из различных стран, таких как Великобритания, Нидерланды, Тайвань, Индия, Коста-Рика и другие, в т.ч. и представитель Российской Федерации – региональная общественная организация «Московское фармацевтическое общество», которая в настоящее время включена в еще одну международную группу FIP для подготовки доклада «Роль

провизора при выборе продукта: терапевтическая замена и генерическая замена» («The Pharmacist's Authority in Product Selection – Therapeutic Interchange and Generic Substitution») [11].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следует признать, что в настоящее время в России недостаточный уровень доступности медицинской помощи является одной из основных причин, вынуждающих прибегать к самолечению. Повышение доступности медицинской помощи требует оптимизации существующей инфраструктуры, для чего необходимы как финансовые средства, так и определенное время. В существующей реальности именно фармацевтические работники являются тем важным звеном системы здравоохранения, которое способно значительно улучшить качество самолечения и обезопасить его.

В следующих статьях авторами будет представлен анализ ситуации в России с последипломным обучением фармацевтическому консультированию, а также обзор зарубежных подходов к организации фармацевтической помощи населению.

ИСТОЧНИКИ

1. ФОМ. Образ жизни и здоровье [Электронный ресурс] URL <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/13883> (дата обращения 19.03.2018).
2. Общественный народный фронт. Эксперты ОНФ: Качеством работы поликлиник полностью довольны только треть российских пациентов [Электронный ресурс] URL <https://onf.ru/2018/03/06/eksperty-onf-kachestvom-roboty-poliklinik-polnostyu-dovolny-tolko-tret-rossiyskihi/> (дата обращения 19.03.2018).
3. Федеральная служба государственной статистики. Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения 2017 [Электронный ресурс] URL http://www.gks.ru/free_doc/new_site/quality17/index.html (дата обращения 19.03.2018).
4. Голоенко Н.Г., Ягудина Р.И., Романов Б.К. и др. Анализ результатов социологического опроса по унификации типовых инструкций по медицинскому применению взаимозаменяемых лекарственных средств. Вестник НЦЭСМП, 2017, 7(3): 190-196.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.08.2016 г. №647н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения» [Электронный ресурс] URL Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru (дата обращения 19.03.2018).
6. Приказ Минтруда России от 09.03.2016 г. №91н «Об утверждении профессионального стандарта «Провизор». [Электронный ресурс] URL Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru (дата обращения 19.03.2018).
7. Приказ Минобрнауки России от 12.05.2017 г. №501 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 33.02.01 Фармация». [Электронный ресурс] URL Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru (дата обращения 19.03.2018).
8. Государственная Дума. Законопроект №372739-7 «О внесении изменения в статью 24 Федерального закона «О рекламе» [Электронный ресурс] URL [http://asozd2c.duma.gov.ru/main.nsf/\(Spravka\)?OpenAgent&RN=372739-7](http://asozd2c.duma.gov.ru/main.nsf/(Spravka)?OpenAgent&RN=372739-7) Автоматизированная система обеспечения законодательной деятельности (дата обращения 19.03.2018).
9. International Pharmaceutical Federation. Governments and insurers should recognise the importance of self care to health systems [Электронный ресурс] URL http://www.fip.org/newsandpublications_press (дата обращения 19.03.2018).
10. International Pharmaceutical Federation. FIP Statement of Policy - Pharmacy: Gateway to Care. The Hague: FIP, 2017 [Электронный ресурс] URL www.fip.org/statements (дата обращения 19.03.2018)
11. Региональная общественная организация «Московское фармацевтическое общество». Запущен проект по пересмотру манифеста FIP «Роль провизора при выборе продукта – терапевтическая замена и генерическая замена» [Электронный ресурс] URL <http://www.mospharma.org/ru/novosti-fip/zapuschen-proekt-po-peresmotru-manifesta-fip-rol-provizora-pri-vybore-produkta-terapevticheskaya-zamena-i-genericheskaya-zamena.html> (дата обращения 19.03.2018).



В. КАПЛЯ-БУБЕНЕЦ, «Ремедиум»

10.21518/1561-5936-2018-4-12-13

Ответственное самолечение – осознанный подход к своему здоровью

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ (НМИЦ ПМ) при поддержке компании Bayer подготовило концепцию ответственного самолечения – первый в России документ, определяющий принципы ответственного самолечения, а также перечень заболеваний и симптомов, при которых оно может применяться эффективно и безопасно. В документе приводится социально-экономическое обоснование концепции на примере зарубежных стран и даны практические рекомендации по внедрению ответственного самолечения в России для врачей, фармацевтов, производителей лекарственных препаратов, контрольных органов и самих пациентов.

Самолечение – один из ключевых вопросов развития общественного здравоохранения во всем мире. Распространение хронических заболеваний образа жизни, растущие затраты на здравоохранение, развитие информационных технологий и нежелание пациентов и дальше играть пассивную роль в лечении обуславливают постепенный отказ от классического патерналистского подхода к медицине. Вызов заключается в формировании у пациентов ответственности за свое здоровье, то есть развитии осознанного самолечения, эффективного и безопасного.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила понятие ответственного самолечения (ОСЛ) как комплекс мер, предпринимаемых отдельными гражданами, семьями и сообществами для укрепления здоровья, профилактики и лечения заболеваний, а также восстановления здоровья после болезней (*рис.*).

В России уровень сознательности населения по отношению к своему здоровью достаточно высок. Так, проведенное ВЦИОМ в 2016 г. исследование «Bayer Барометр» показало, что 81% граждан РФ готовы взять на себя ответственность за собственное

здоровье, при этом только 4% возлагают ее на государство. Как отметила Лилия Титова, исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций, «в России сформировалась довольно

Ключевые слова:
ответственное самолечение, развитие общественного здравоохранения, Bayer

благодатная почва для того, чтобы развивать концепцию ответственного самолечения и получить действительно хорошие результаты».

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

От хороших результатов внедрения концепции ОСЛ отчасти зависит и успешное экономическое развитие государства, так как нельзя рассматривать здоровье исключительно как социальный фактор: здоровое население имеет важное значение для обеспечения устойчивого роста экономики. Одной из целей концепции ОСЛ является снижение расходов на здравоохранение без потери качества и доступности медицинской помощи. Это реализуется за счет оптимизации деятельности медицинских учреждений и высвобождения финансовых ресурсов для пациентов, нуждающихся в них в первую очередь.

Ассоциация европейских производителей безрецептурных препаратов выяснила, что в случае возможного замещения 5% врачебной помощи ответственным самолечением страны Европы смогут сэкономить более 16 млрд евро в год за счет сокращения расходов на оплату труда врачей и экономии времени пациентов на посещение медучреждений. Похожее исследование IMS Health подтвердило, что пациенты чаще всего обращаются к врачу при легких заболеваниях: в Великобритании на такие

SUMMARY

Keywords: *responsible self-management, public health development, Bayer*

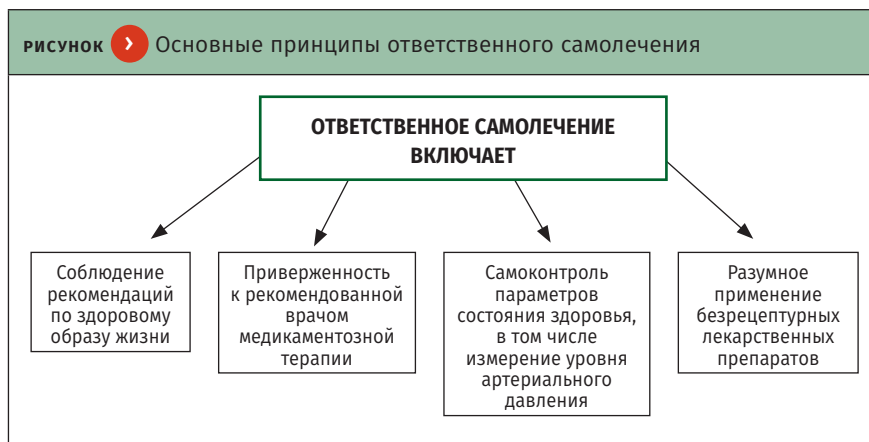
National Medical Research Center for Preventive Medicine FGBU of the Ministry of Health of the Russian Federation (NMC PM), with the support of Bayer prepared a concept of responsible self-management, the first document in Russia defining the principles of responsible self-management, as well as a list of diseases and symptoms in which it can be applied effectively and safely. The document provides a socio-economic justification for the concept using the example of foreign countries and gives practical guidelines for the introduction of responsible self-management in Russia for doctors, pharmacists, drug manufacturers, control authorities and patients.

**V. KAPLYA-BUBENETS, Remedium
RESPONSIBLE SELF-MANAGEMENT
IS A CONSCIOUS APPROACH TO
HEALTH**

консультации приходится 75% всех визитов в клиники.

ЧТО НУЖНО ПРЕДПРИНЯТЬ

Разработка НМИЦ ПМ может стать важным этапом на пути к новой модели национальной системы здравоохранения. Для широкого внедрения концепции ответственного самолечения в РФ требуется перестройка существующей системы оказания медицинской помощи и включение ОСЛ в приоритетные программы развития российского здравоохранения. Краеугольным камнем внедрения концепции ОСЛ является повышение медицинской грамотности населения. Если люди не будут иметь возможность понять основную медицинскую информацию, они не смогут адекватно заботиться о своем здоровье и принимать осознанные и правильные решения при самолечении. Многочисленные исследования показывают, что 90% медицинского обслуживания, необходимого пациенту с хроническим заболеванием, он должен обеспечивать себе сам. При этом среди безграмотных с медицинской точки зрения граждан наблюдается более высокая частота госпитализаций и более низкие показатели состояния здоровья. Важность проведения информационных программ подчеркивает и один из авторов концепции Анна Концевая, заместитель директора



по научной и аналитической работе НМИЦ НП. По ее словам, в этом году Минздрав запускает большой проект, в рамках которого в течение семи лет в СМИ будет проводиться широкомасштабная кампания, направленная на формирование здорового образа жизни, повышение приверженности назначенному лечению и пропаганду личной ответственности граждан за состояние своего здоровья. Компания Bayer летом проведет акцию «Лечусь грамотно», в ходе которой можно будет получить информацию об ответственном самолечении. Важно помнить, что концепция ответственного самолечения не исключает обращения за медицинской помощью (табл.). Более того, она предполагает, что не только сам пациент ответственен за свое здоровье, подчеркивает Ирина Успенская,

глава дивизиона Consumer Health компании Bayer. В ближайшее время медицинское сообщество планирует приступить к созданию конкретных рекомендаций, которые определят алгоритм взаимодействия врачей различных специальностей с пациентами. «Концепция ответственного самолечения может и должна применяться в практической медицине. Процесс разработки рекомендаций по каждой терапевтической области начнется в этом году совместно с профессиональными ассоциациями и обществами медицинских специалистов», – заявила Оксана Драпкина, директор НМИЦ НП. Для внедрения практики ОСЛ необходима хорошо скоординированная работа представителей всего медицинского сообщества от организаторов здравоохранения до врачей первичного звена и фармацевтов, подчеркивают авторы концепции.



ТАБЛИЦА Ключевые аспекты практики ответственного самолечения

Когда может осуществляться ответственное самолечение:	Когда необходима обязательная консультация врача:
• для лечения аллергических проявлений	• при симптомах, сохраняющихся более 3–7 дней
• для симптоматического лечения простуды	• при ухудшении состояния или возобновлении симптомов
• для симптоматического лечения легких функциональных расстройств ЖКТ	• при сильной боли
• для симптоматического лечения слабой и умеренной боли	• при неэффективности применения 1–2 лекарственных препаратов
• для профилактики нехватки витаминов и минералов	• при развитии нежелательных эффектов
• для лечения установленных хронических заболеваний препаратами, назначенными врачом	• при появлении беспокойства, депрессии, заторможенности, ажитации или повышенной возбудимости

ИСТОЧНИКИ

1. Марцевич С.Ю., Толпыгина С.Н., Концевая А.В., Драпкина О.М. Основопологающие принципы концепции ответственного самолечения и ее потенциала в современной системе здравоохранения. Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2018, 14 (1): 101–110. doi: 10.20996/1819–6446–2018–14-1-101–110.
2. «Bayer Барометр»: результаты третьего масштабного исследования качества жизни https://www.bayer.ru/media/news/20161011_barometer.php.
3. Материалы презентации концепции ответственного самолечения.

М.С. СОБОЛЕВА, к.б.н., Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России, Хабаровск

10.21518/1561-5936-2018-4-14-17

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «Фармацевтическое консультирование» В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ БУДУЩИХ РАБОТНИКОВ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В Дальневосточном государственном медицинском университете в 2015 г. в процесс обучения студентов специальности «Фармация» была введена дисциплина «Фармацевтическое консультирование».

Занятия проводились в Центре симуляционного обучения и аккредитации. Целесообразность и результативность нововведения оценивались на основе опроса обучающихся после прохождения ими промежуточной аттестации (зачет). Данные анкетирования продемонстрировали интерес студентов к дисциплине, потребность в ее изучении, поскольку одних теоретических знаний, полученных ими на занятиях по дисциплинам «Фармакология» и «Клиническая фармакология», не всегда достаточно для будущей работы в аптеке. Основные трудности у выпускников связаны с опросом пациентов, консультированием по симптомам заболеваний, а также с необходимостью упрощения медицинских терминов для посетителей. Ключевыми терапевтическими группами, рассматриваемыми в рамках дисциплины «Фармацевтическое консультирование», должны быть противовирусные и противокашлевые средства, препараты при патологии желудочно-кишечного тракта, а также нестероидные противовоспалительные средства. В тематический план занятий также необходимо включать консультирование по применению антибиотиков и сердечно-сосудистых препаратов.

SUMMARY

Keywords: *pharmaceutical advice, discipline, graduates, simulation technologies, training.*

The discipline «Pharmaceutical Advice» was introduced into the training process of students in speciality Pharmacy in the Far-Eastern State Medical University in 2015. The classes were held at the Center for Simulation Training and Accreditation. Feasibility and effectiveness of the innovation was assessed on the basis of a survey of students after they had passed an intermediate attestation (pass/fail exam). The questionnaire data showed the interest of students in the discipline, the need for such knowledge, as the theoretical knowledge they received studying the disciplines «Pharmacology» and «Clinical Pharmacology» doesn't always suffice alone to work in the pharmacy in the future. In most cases, the graduates have difficulties interviewing patients, advising on the symptoms of diseases, and simplifying medical terms for shoppers. The key therapeutic groups to be studied within the discipline «Pharmaceutical advice» should be antiviral and antitussive drugs, gastrointestinal tract drugs, and the non-steroidal anti-inflammatory drugs. The thematic plan of the training should also include advising on the use of antibiotics and cardiovascular drugs.

M.S. SOBOLEVA, PhD in biology, Far-Eastern State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Khabarovsk.

PRACTICE OF INTRODUCTION OF DISCIPLINE «PHARMACEUTICAL ADVICE» IN THE TRAINING PROCESS OF FUTURE WORKERS OF PHARMACY ORGANIZATIONS

Ключевые слова:

фармацевтическое консультирование, дисциплина, выпускники, симуляционные технологии, обучение

ВВЕДЕНИЕ

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 647н «Об утверждении правил Надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения» определены основные функции фармацевтических работников, в их числе: продажа товаров аптечного ассортимента надлежащего качества; предоставление достоверной информации о товарах аптечного ассортимента, их стоимости, фармацевтическое консультирование; информирование о рациональном применении лекарственных препаратов в целях ответственного самолечения. Таким образом, со дня вступления приказа в силу (с 1 марта 2017 г.) профессиональный навык квалифицированного фармацевтического консультирования стал одним из основных для работников аптечных учреждений [1–3]. Обязательные составляющие данной функции прописаны в нормативном акте: это предоставление информации о правилах отпуска, способах приема, режимах дозирования, терапевтическом действии, противопоказаниях, взаимодействии лекарственных препаратов при одновременном приеме между собой и (или) с пищей, правилах их хранения в домашних условиях, наличии товаров, в том числе лекарственных препаратов нижнего ценового сегмента [4–7]. Использование симуляционных технологий и учебных аптек позволяет максимально приблизить подготовку будущих специалистов к выполнению различных задач в ходе преддипломной практики, способствует успешному прохождению первичной аккре-

Таблица 1 Среднестатистический портрет респондента (n = 125)		
Возраст		28,984 ± 0,82
Курс обучения		4,36 ± 0,08
Форма обучения	Высшее очное	30,40%
	Высшее заочное/по плану индивидуального обучения	36,80%
	Среднее очное	18,40%
	Среднее по плану индивидуального обучения	14,40%
Проводились ли занятия по дисциплине «Фармацевтическое консультирование»	Да	37,60%*
	Нет	48,00%
	Вопросы изучались на других дисциплинах	17,60%
Ощущаете ли Вы потребность в дисциплине «Фармацевтическое консультирование»	Да	73,60%
	Нет	8,00%
	Затрудняюсь ответить	18,40%
Планируете ли Вы осуществлять фармацевтическое консультирование в будущей деятельности	Да	77,60%
	Нет	4,80%
	Затрудняюсь ответить	17,60%
Достаточно ли Вам знаний, полученных на дисциплинах «Фармакология» и «Клиническая фармакология», для осуществления будущей деятельности	Да	46,40%
	Нет	28,00%
	Затрудняюсь ответить	24,80%
Готовы ли Вы к проведению фармацевтического консультирования по симптомам заболевания	Да	56,00%
	Нет	13,60%
	Затрудняюсь ответить	32,00%

* p < 0,05 – отличия у студентов различной формы обучения статистически значимы

дтации и подготовке к предстоящей работе с пациентами в аптечных учреждениях [8–10].

С 2015 г. на базе Центра симуляционного обучения и аккредитации ДВГМУ проводились занятия по дисциплине «Фармацевтическое консультирование» (16 лекционных часов и 32 аудиторных часа в IX семестре). Эта дисциплина являлась предметом по выбору для студентов выпускного курса факультета фармации и биомедицины. Целью данного исследования было оценить целесообразность изучения дисциплины «Фармацевтическое консультирование», а также обосновать методические подходы к ее преподаванию в высшем учебном заведении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

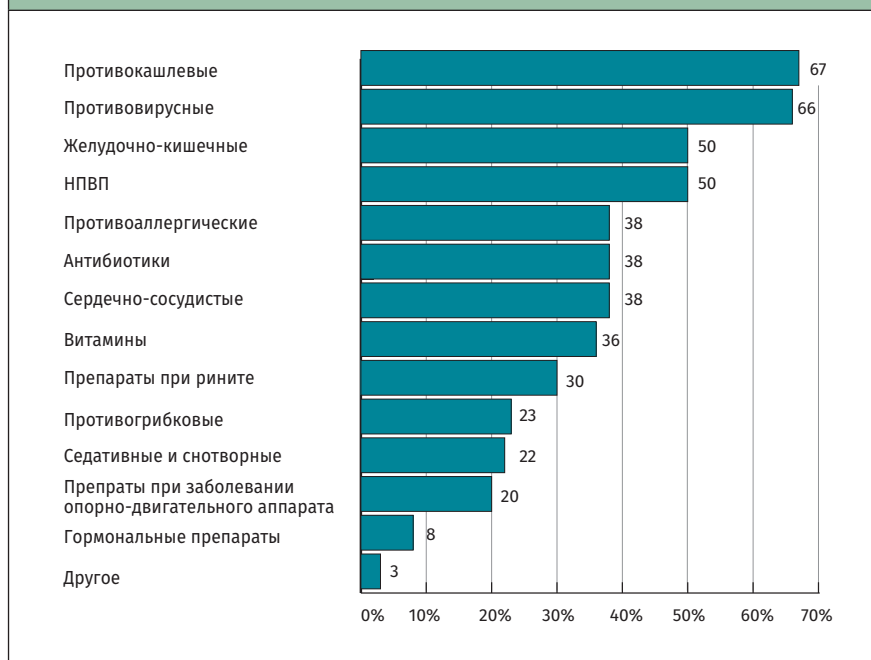
По прошествии двух лет был проведен социологический опрос 125 выпускников факультета фармации и биомедицины, а также медико-фармацевтического колледжа на базе ДВГМУ по специально разработанной анкете. Обработка первичного материала проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2015, статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета SPSS 22 (русскоязычная версия). Средние значения представлены в виде: среднее ± стандартная ошибка. При проведении статистического анализа было применено кодирование ответов, использованы одновыборочный

критерий Колмогорова – Смирнова (принадлежность результатов к нормальному распределению) и коэффициент корреляции Спирмана, критерий Краскела – Уоллиса (для четырех независимых выборок). Нулевая гипотеза об отсутствии корреляции ответов респондентов с критерием «форма обучения» отклонялась при 2-сторонней значимости < 0,05. Нулевая гипотеза о равенстве медиан нескольких выборок отклонялась при асимптотической значимости < 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среднестатистический портрет респондента представлен в таблице 1. Первый блок вопросов касался

рисунк 1 Распределение ответов респондентов на вопрос о тематике обучения фармацевтическому консультированию

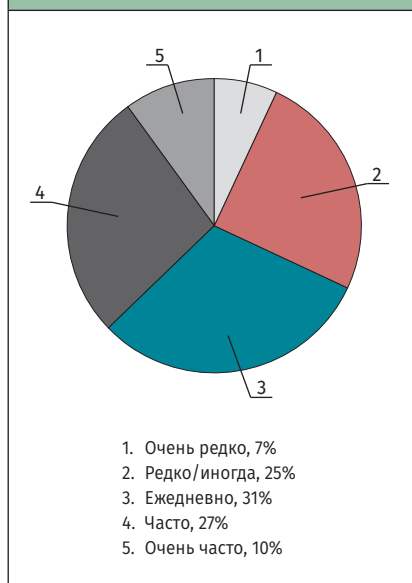


процесса обучения будущих специалистов, а также понимания ими содержания деятельности работника аптечного учреждения. Наличие статистически значимых отличий положительных ответов на вопрос «Проводились ли занятия по дисциплине «Фармацевтическое консультирование»?» объясняется тем, что данная дисциплина была внедрена только в процесс обучения студентов, получающих высшее образование.

При этом только 17,6% респондентов отметили, что вопросы персонального фармацевтического консультирования изучались на других дисциплинах. Несмотря на наличие в учебном плане высшего и среднего образования дисциплины «Фармакология», а в плане высшего образования еще и дисциплины «Клиническая фармакология», большинство студентов ощущали необходимость в изучении еще и дисциплины «Фармацевтическое консультирование», не испытывали такой потребности менее 10% опрошенных. При этом менее половины респондентов считают свои знания и навыки достаточными для будущей практической деятельности.

Интересным является тот факт, что более 20% выпускников затрудняются

рисунк 2 Оценка частоты потребности посетителей аптек в фармацевтическом консультировании



с ответом или не планируют осуществление фармацевтического консультирования, что наглядно демонстрирует недостаточное знание нормативно-правовых актов, регламентирующих фармацевтическую деятельность. Сложившаяся ситуация доказывает целесообразность практико-ориенти-

рованного обучения будущих специалистов. Трактовка ответов студентов о готовности к фармацевтическому консультированию по симптомам заболевания является неоднозначной. Так как около половины опрошенных сомневаются в своих возможностях, это может создать значительные трудности в работе «за первым столом». Безусловно, сложившаяся ситуация требует совершенствования процесса обучения.

Спрос на многие лекарственные препараты является довольно эластичным, к тому же на него влияют такие факторы, как сезонность и географическое расположение региона, это осложняет процесс симуляционного обучения. Однако большинство выпускников ДВГМУ остаются работать на территории Дальневосточного федерального округа, то есть соотношение объемов реализации препаратов различных фармакотерапевтических групп в аптеках будет схожим. В свою очередь, подготовку тематического плана и разбивку часов рационально осуществлять в зависимости от текущей ситуации на фармацевтическом рынке. Соответственно, в следующем блоке вопросов респондентам было предложено уточнить наименования терапевтических групп, в отношении которых наиболее целесообразно обучать фармацевтическому консультированию (по результатам практической деятельности или производственной практики). Распределение ответов респондентов представлено на *рисунке 1*.

Было прогнозируемо, что в первую пятерку по частоте положительных ответов войдут основные классы, в которых большинство препаратов отпускаются без рецепта врача: противокашлевые, противовирусные, нестероидные противовоспалительные, противоаллергические препараты, желудочно-кишечные средства. Тем не менее около 40% опрошенных считают необходимым обучение фармацевтическому консультированию по применению рецептурных лекарственных препаратов – антибиотиков и сердечно-сосудистых средств. Полученные данные подтверждают потребность студентов в расширении

РИСУНОК 3 Распределение ответов респондентов на вопрос об аспектах применения лекарственных средств



знаний, а также в приобретении навыков оказания квалифицированной лекарственной помощи.

Около 70% опрошенных оценили потребность посетителей аптек в фармацевтическом консультировании как «частую», «ежедневную», «очень частую», что говорит о понимании востребованности данного практического навыка (рис. 2).

Следующий блок вопросов касался различных аспектов применения лекарственных препаратов, которым, по мнению респондентов, должно быть уделено большее внимание при изучении дисциплины

«Фармацевтическое консультирование» (рис. 3).

Помимо характеристик лекарственных средства (доза и схема применения/длительность курса лечения, показания к применению, побочные эффекты), в пятерку наиболее важных аспектов также вошли: ассортимент в различных ценовых диапазонах/замена безрецептурных препаратов, наличие более дешевых генериков. При этом такой аспект, как механизм действия, отметили только 10% опрошенных. Такое распределение ответов, вероятно, связано с тем, что фармакодинамика подробно рассматривается

в курсе дисциплин «Фармакология» и «Клиническая фармакология». Вопросы взаимодействия и хранения препаратов представлены в инструкции по применению и на упаковке и не содержат сложной для понимания медицинской терминологии, а потому доступны пациенту.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

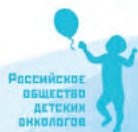
Большинство выпускников факультета фармации и биомедицины ДВГМУ испытывают потребность в обучении фармацевтическому консультированию, а также считают рациональным введение данной дисциплины в учебный процесс. Навык фармацевтического консультирования является востребованным, но большинство студентов, даже на выпускном курсе, не готовы к консультированию по симптомам заболеваний. При составлении тематического плана практических занятий целесообразно наибольшее количество часов выделять на знакомство с противокашлевыми, противовирусными и желудочно-кишечными средствами, а из группы рецептурных средств – с антибиотиками и сердечно-сосудистыми препаратами. При формировании у студентов навыка фармацевтического консультирования особое внимание необходимо уделять знанию современного ассортимента препаратов и таким вопросам, как показания, дозировки и способы применения лекарств, регламентированные инструкциями по применению.



ИСТОЧНИКИ

1. Clark JA, Gates BJ, McKeirman KC, Sclar DA. Assessed Value of Consultant Pharmacist Services in a Home Health Care Agency. *Consult Pharm*, 2016, 31(3): 161–7. doi: 10.4140/TCPn.2016.161.
2. Twigg MJ, Wright D, Kirkdale CL, Desborough J, Thornley T. The UK Pharmacy Care Plan service: Description, recruitment and initial views on a new community pharmacy intervention. *PLoS One*, 2017, 12(4): e0174500. doi: 10.1371/journal.pone.0174500.
3. Stewart D, Anthony B, Morrison C, MacRae Y, Dixon L, Friel et al. eEvaluating pharmacist input into the pharmaceutical care of patients in dispensing medical practices in remote and rural areas of Scotland. *Fam Pract*, 2017, 34(4): 491–499. doi: 10.1093/fampra/cmz014.
4. Сачек М.М., Бизунков А.Б., Курлюк О.В. Фармацевтическое консультирование: лечение больных острым риносинуситом. *Вестник фармации*, 2009, 1(43): 94–103.

5. Кугач В.В., Тарасова Е.Н., Куницкий В.С. Фармацевтическое консультирование посетителей аптек при рините и боли в горле. *Вестник фармации*, 2014, 3(64): 15–30.
6. Тельнова Е.А. Розничный фармацевтический рынок: основные проблемы и пути их решения. *Вестник Росздравнадзора*, 2014, 6: 59–64.
7. Давыдова К.С. Проблема эквивалентности воспроизведенных лекарственных средств. *Рецепт*, 2011, 4: 28–33.
8. Кононова С.В. Новые проблемы фармацевтического рынка на старый лад. *Ремедиум Приволжье*, 2016, 4(144): 4–5.
9. Апазов А.Д., Неволина Е.В., Пятигорская Н.В., Аладышева Ж.И., Береговых В.В., Лоскутова Е.Е. и др. Аккредитация фармацевтических специалистов. *Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике*, 2016, 7–8: 6–11.
10. Мусина Н.З., Тарасов В.В., Чубарев В.Н. Роль курса «фармацевтическая информация» в профессиональной подготовке провизоров. *Вестник Авиценны*, 2014, 4(61): 141–146.



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ДЕТСКИХ
ОНКОЛОГОВ



НИИ детской онкологии
и гематологии



ФГБУ - НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ОНКОЛОГИИ ИМЕНИ Н.Н. БЛОХИНА
МИНЗДРАВА РОССИИ



ФОНД ПОДДЕРЖКИ
ПРОТИВОРАКОВЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
«ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА»



МЕДИЦИНА
СЕГОДНЯ

VII СЪЕЗД ДЕТСКИХ ОНКОЛОГОВ РОССИИ

pediatriconcology.ru

25–26 октября в Москве пройдет VII Съезд детских онкологов России с международным участием «Достижения и перспективы детской онкологии», организованный Российским обществом детских онкологов.

В программу Съезда включены:

Организация медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями
Эпидемиология и статистика опухолевых заболеваний у детей
Достижения и перспективы визуализирующих методов диагностики в детской онкологии
Анестезиологическое пособие в детской онкологии

Морфологическая диагностика
Химиотерапия
Иммунотерапия
Хирургия
Трансплантация стволовых клеток
Лазерная хирургия
Осложнения противоопухолевого лечения
Офтальмоонкология
Сестринский уход

Участие в Съезде бесплатное для всех желающих, регистрация и сбор тезисов открыты на сайте: pediatriconcology.ru/rodo2018

Приглашаем вас принять участие!

ПО ВСЕМ ОРГАНИЗАЦИОННЫМ ВОПРОСАМ ОБРАЩАЙТЕСЬ
К ТЕХНИЧЕСКОМУ ОРГАНИЗАТОРУ СЪЕЗДА – ООО «МЕДИЦИНА СЕГОДНЯ»:
+7 (495) 419-02-99, org@protiv-raka.ru.

2 фармрынок

14.03.06. Фармакология, клиническая фармакология

14.04.03. Организация фармацевтического дела



ТРЕНДЫ И БРЕНДЫ

- *Специальные инвестиционные контракты – перезагрузка или перенастройка?*
- *Искусственный интеллект в здравоохранении: системные проблемы*

РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ РЫНКИ

*Фармацевтический форум стран ЕАЭС
и СНГ PharmASI*

Дарья ТАРАСОВА, директор антимонопольной и коммерческой практики, PwC Legal, Артур ОГАНЕСЯН, старший юрист, PwC Legal, Роман ЛОБАНОВ, юрист, PwC Legal

10.21518/1561-5936-2018-4-20-22

Специальные инвестиционные контракты – перезагрузка или перенастройка?

В декабре 2017 г. Постановлением Правительства РФ № 1564 (далее – Постановление)¹ были утверждены изменения в акты Правительства РФ по вопросам, касающимся специальных инвестиционных контрактов (далее – СПИК).

В настоящей статье мы рассмотрим ключевые изменения в акты Правительства РФ о СПИК, вступающие в силу с 18 июня 2018 г. При этом СПИК, заключаемый после данной даты, будем именовать «СПИК 1.1». В целом, по нашему мнению, в изменениях не идет речь о масштабной «перезагрузке», а, скорее, о «перенастройке» СПИК, предполагающей усовершенствование некоторых элементов и механизмов заключения и исполнения контракта. При этом важно подчеркнуть, что обновленные правила в отношении СПИК 1.1 не будут применяться к инвестиционным проектам, в отношении которых до 18 июня 2018 г. Минпромторгом России уже принято предварительное заключение о возможности заключения СПИК. Основные изменения коснулись следующего.

◆ Инвестиции в проект до заключения СПИК²

СПИК 1.1 может быть заключен в отношении уже реализуемого инвестиционного проекта либо нового этапа длящегося проекта при соблюдении ряда условий. Данное изменение является долгожданной новеллой, поскольку в настоящее время денежные средства, вложенные инвестором в проект вплоть до момента

подписания СПИК, не учитываются в составе инвестиций. В соответствии с новыми правилами, в случае с реализуемым инвестиционным проектом необходимо, чтобы он был начат в том календарном году, в котором было подано заявление на СПИК. Заключение же контракта в отношении нового этапа в рамках длящегося инвестиционного проекта (при этом формально не имеет значение время запуска такого проекта) требует от инвестора выполнения одновременно следующих условий:

- новый этап проекта начинается в год подачи заявления на СПИК,
- в отношении нового этапа проекта составлен отдельный бизнес-план, который предусматривает дополнительные инвестиции в проект в объеме не менее 750 млн руб.,
- суммарный объем инвестиций в рамках нового этапа составит как минимум 50% всех инвестиций для реализации проекта.

◆ Объем и состав инвестиций³

Особый интерес для компаний фармацевтической отрасли может представлять новое правило в отношении СПИК 1.1, согласно которому в общий состав инвестиций по проекту дополнительно могут включаться следующие издержки и расходы:

- на выполнение научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ,
- на проведение клинических испытаний,

SUMMARY

Keywords: *special investment contract, documents, amendments.*

In December 2017, RF Government Decree No. 1564 (hereinafter referred to as the «Decree») approved amendments to the acts of the Government of the Russian Federation on issues related to special investment contracts (hereinafter referred to as «SpIC»).

Daria TARASOVA, Director of Antitrust and Commercial Practice, PwC Legal, **Artur OGANESYAN**, Senior Associate, PwC Legal, **Roman LOBANOV**, Junior Associate, PwC Legal
SPECIAL INVESTMENT CONTRACTS: RELOAD OR RETUNING?

¹ Постановление Правительства РФ № 1564 от 16.12.2017 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ по вопросам, касающимся специального инвестиционного контракта».

² П. 5 Правил заключения СПИК, утвержденных Постановлением (далее – Правила СПИК).

³ П. 21 Правил СПИК.

Ключевые слова:

специальный инвестиционный контракт, документы, изменения

- на приобретение исключительных прав на результаты интеллектуальной деятельности или прав на использование результатов интеллектуальной деятельности, прав на конструкторскую, техническую документацию.

Расходы по перечисленным выше направлениям в совокупности не должны превышать 25% процентов общего объема запланированных инвестиций.

◆ Комплект документов для заключения СПИК⁴

Постановление несколько расширяет перечень запрашиваемых у инвестора документов, необходимых для заключения СПИК 1.1, и уточняет требования к ряду документов. Вместе с тем эти нормы Постановления (в своей большей части) не являются нововведением и призваны, как представляется, формализовать уже сложившуюся практику документооборота в рамках заключения контракта.

Так, с июня 2018 г. в виде отдельных документов к заявлению на заключение СПИК необходимо приложить план-график реализации инвестиционного проекта, график структуры финансирования проекта, а также расходования средств в рамках проекта (некоторые из этих документов уже и ранее запрашивались у инвесторов для уточнения параметров предполагаемого проекта). Официально утверждаются четкие требования к бизнес-плану и финансовой модели проекта. В бизнес-плане должны быть приведены, среди прочего, оценка потенциального спроса, а также динамика целевых результатов проекта (ранее схожие требования описывались лишь в методических рекомендациях Фонда развития промышленности (ФРП), не являющихся обязательными к применению).

◆ Изменения в типовую форму СПИК

- В рамках СПИК 1.1 у инвестора появляется право требовать внесения изменений в заключенный СПИК в случае принятия актов, улучшающих положение инвестора (привлеченных лиц) в целях отражения и учета в контракте соответствующих улучшений.
- В СПИК 1.1 устанавливается предельно допустимый уровень отклонения от показателей, установленных контрактом, а именно не более 20% (по итогам каждого года), в противном случае превышение данного порога будет являться основанием для изменения или расторжения контракта по инициативе публичного партнера. Действующее регулирование не содержит конкретных пределов отклонения от контрактных показателей, позволяя сторонам самостоятельно их согласовывать (как правило, ранее инвесторам удавалось согласовать то же 20%-ное пороговое значение, что, на наш взгляд, соответствует балансу частных и публичных интересов в этом вопросе).
- Постановлением предусматривается формула расчета штрафа, уплачиваемого инвестором в случае нарушения перечня производственных и технологических операций, которые инвестор обязуется выполнить в рамках СПИК согласно Постановлению Правительства РФ № 719 от 17.07.2015 (исходя из нашего опыта поддержки инвесторов в заключении СПИК, на практике соответствующая формула уже предлагается Минпромторгом для включения в контракт, предполагающий локализацию производства).
- Обновленные правила СПИК предусматривают порядок определения проектной операционной прибыли.

к^роме того...

Производство препаратов для лечения туберкулеза открыто в Белгороде

Компания «Эдвансд» запустила в Белгороде первую очередь завода по выпуску противотуберкулезных ЛС. Производственная мощность предприятия составляет 500 тыс. капсул и таблеток, а также 100 тонн гранул в год. По словам генерального директора «Эдвансд» Раджеша Шарма, инвестиции в завод на данном этапе составили 500 млн руб. Запуск второй очереди завода, включающей линии по производству препаратов для лечения ВИЧ-инфекции и онкологических заболеваний, намечен на вторую половину 2018 года. Общий объем инвестиций в проект оценивается в 1,5 млрд руб.

Израиль планирует открыть доступ к базе данных о пациентах фармкомпаниям

Информация о состоянии здоровья приблизительно 100 тыс. жителей Израиля будет собрана в единую базу данных в рамках проекта, рассчитанного на 5 лет. Авторы идеи планируют предоставлять платный доступ к базе международным фармацевтическим компаниям, что должно будет принести бюджету ближневосточного государства миллиарды долларов в год. Государственное финансирование программы, которая стартует в 4 квартале текущего года, составляет около 1 млрд шекелей (290 млн долларов США). Медицинским обслуживанием 8,5 млн израильтян занимаются 4 поставщика медицинских услуг, которые на протяжении многих лет хранят всю необходимую информацию в электронном виде. В связи с этим сбор цифровых медицинских данных об израильтянах не является технически сложной задачей. По словам генерального директора канцелярии премьер-министра Израиля Эли Гронера, участие в проекте будет добровольным для пациентов, а собранные данные будут иметь несколько степеней защиты для обеспечения конфиденциальности персональных данных.

⁴ П. 13 Правил СПИК.

⁵ Минфин России в своем законопроекте о СПИК (так называемый «СПИК 2.0») предлагает распространить СПИК в том числе на оказание услуг, выполнение работ или создание объектов интеллектуальной собственности.

⁶ Перечень поручений Президента РФ опубликован на сайте: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/54793>.

Под ней понимается совокупная операционная прибыль инвестора, привлеченных им лиц, а также лиц, имеющих право на получение более 20% чистой прибыли инвестора (привлеченных лиц) или предоставивших более 20% финансирования проекта (прочих заинтересованных лиц в проекте). Ранее схожий порядок определения проектной операционной прибыли раскрывался в методических рекомендациях ФРП (однако учитывал только показатели прибыли инвестора).

- Обновленная редакция типовой формы СпИК 1.1 позволяет продлевать срок действия контракта в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, препятствующих своевременному исполнению обязательств частной стороны (в любом случае предельный срок не может превышать 10 (десять) лет).

⁷ В настоящее время действие льготы ограничено до 2025 г. в соответствии с НК РФ независимо от того, на какой срок заключается СпИК.

В целом очевидно, что проведена значительная работа по усовершенствованию института СпИК, которая должна способствовать повышению привлекательности данного инвестиционного инструмента.

Однако в законодательстве пока остаются нормы, которые, на наш взгляд, требуют дальнейшей проработки. Как и прежде, предметом СпИК может быть только производство продукции, но не оказание услуг (последнее было бы актуально для компаний, работающих по процессинговой схеме)⁵; инвестор обязан возвращать полученные им по СпИК меры поддержки от одного из публичных партнеров в случае нарушения условий контракта другой публичной стороной по тому же контракту (в случае заключения СпИК со множественностью лиц на стороне государства); инвестору необходимо обосновывать внесение изменений в заключенный СпИК на межведомственной комиссии.

Обновленный СпИК 1.1 также не учитывает некоторые поручения Президента РФ⁶, которые были даны

летом 2017 года. Так, Правительству РФ было поручено увеличить предельные сроки действия СпИК; расширить инструментарий поддержки инвесторов, гарантирующий спрос на продукцию, произведенную по СпИК, при осуществлении госзакупок и закупок отдельными видами юридических лиц; предоставить льготу по налогу на прибыль на весь срок реализации СпИК⁷.


Вместе с тем работа по совершенствованию механизма СпИК продолжается. Так, в настоящий момент Минфином России разрабатывается отдельный законопроект о СпИК 2.0, в котором, как понимаем, предполагается проработать и учесть соответствующие поручения Президента РФ в отношении специальных инвестиционных контрактов. Инвесторам следует следить за развитием института СпИК, чтобы максимально полно использовать новые возможности.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ЭКСПЕРТИЗА И РЕГИСТРАЦИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
В ЕАЭС» — «РЕГЛЕК — ЕАЭС 2018»

21–22 мая 2018
Москва
гостиница
«Золотое кольцо»


РегЛек — ЕАЭС

21
мая

Сессия 1

Пленарное заседание:

- Текущий статус и развитие системы экспертизы и регистрации лекарственных средств в ЕАЭС: достижения, проблемы, пути решения

Секционные заседания:

- Фармаконадзор по требованиям ЕАЭС
- Фармакопей ЕАЭС
- Комплектация, подача и приведение в соответствие с требованиями ЕАЭС досье на ЛС, зарегистрированные по национальным процедурам
- Основные несоответствия регистрационного досье, выявляемые в процессе инспектирования

Панельная дискуссия:

- Объем аналитических исследований при разных видах заявок на регистрацию ЛС
- Комплектация досье на ЛС «советского периода»
- Инспекции надлежащих практик (GLP, GMP, GPhP)

22
мая

В ПРОГРАММЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Сессия 2

Пленарное заседание:

- Экспертиза взаимозаменяемости лекарственных средств: российский и международный опыт

Секционные заседания:

- Современные требования к оценке примесей в лекарственных средствах
- Экспертиза отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственных препаратов: старые и новые проблемы
- Практика применения запросов в ходе экспертизы ЛП: трудности, ошибки заявителей, внесение новых данных, влияние на длительность и сложность экспертизы и др.
- Вопросы к комплектации регистрационного досье при подаче на регистрацию в рамках национального законодательства и требований ЕАЭС

Круглый стол регуляторов и фармпроизводителей:

- Сложные ситуации и варианты решений в рамках действующего законодательства

Дополнительная информация на сайте www.fru.ru и по тел.: (495) 359-06-42, 359-53-38, e-mail: fru@fru.ru, skype: fru2012

Обращаем Ваше внимание, что Оргкомитет конференции оставляет за собой право вносить изменения в программу и состав докладчиков

В медицине главным лекарством
является сам врач



МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ



Журнал для практикующих
врачей различных
специальностей

Каждый номер посвящен
одному из разделов медицины



- Как лечить?
- Чем лечить?
- Эффективность лечения
- Экономическая приемлемость лечения



РЕМЕДИУМ

ГРУППА КОМПАНИЙ

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426
www.remEDIUM.ru
remedium@remedium.ru

О.Ю. КОЛЕСНИЧЕНКО¹, к.м.н., Ю.Ю. КОЛЕСНИЧЕНКО², Н.Д. ЛИТВАК³

¹Институт социологии, психологии и гуманитарных наук, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

²Бюллетень «Анализ безопасности», Москва

³ГК «Ремедиум», Москва

10.21518 / 1561-5936-2018-4-24-30

Искусственный интеллект в здравоохранении: СИСТЕМНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Медицина в условиях цифровой экономики становится системой коммуникаций, что создает серьезные сложности в управлении здравоохранением. Основная черта технологий искусственного интеллекта – самоуправляемость, то есть автономность, независимость от человека в принятии решений. На популяционном уровне самоуправляемость является вызовом, требующим построения правильной архитектуры цифрового здравоохранения. Это касается не только диагностики и лечения заболеваний, но и доступности медицинских услуг для населения. Необходимо шире смотреть на роль медицины в экономическом укладе Интернета вещей, создавать антропоцентричную инфраструктуру, в которой все виды цифровых транзакций включались бы в процесс софинансирования здравоохранения, не позволяя тем самым сегментировать медицинские услуги отдельно от рынка Интернета вещей, что могло бы критически сократить финансирование медицины. Первыми шагами к единой цифровой интеграции являются, например, многофункциональные карты, такие как карта «Мир». Она предоставляет электронный доступ к медицинским услугам и рецептам наравне с возможностью оплачивать проезд на транспорте и другими приложениями, как социальная карта москвича.

Ключевые слова:

искусственный интеллект, обратная связь, опосредованная модель, системная экономика, Интернет вещей

ВВЕДЕНИЕ

Информатизация здравоохранения и внедрение систем искусственного интеллекта (ИИ) сами по себе не могут служить целями в разработке стратегий развития медицины. Непонимание социологической первопричины происходящего приведет к потере объективной цели развития человеческого общества и катастрофическому сценарию распада системы здравоохранения в ходе хаотичной самоорганизации информационных технологий. Нужны четкие социально-медицинские «дорожные карты» развития и в целом «вписывание» здравоохранения в новую, динамично растущую среду Интернета вещей (Internet of Things, IoT), который составляет суть цифровой экономики.

Подход, при котором внимание концентрируется на антропоцентричности нового уклада жизни в рамках IoT, имеет не только идеологическую подоплеку, но и численное обоснование: среднестатистический погодовой прирост объема сетей IoT в здравоохранении и фармпроизводстве составляет 11%, в то время как прирост IoT в городской социальной инфраструктуре достигает 19%, а в транспортной сфере – 40%; на таком же уровне – 41% – нахо-

SUMMARY

Keywords: Artificial Intelligence, feedback, mediated model, system economy, Internet of Things

Health Care becomes the communication system within digital economy. This fact causes the extraordinary complexity in Health Care management. Artificial Intelligence technologies have a basic feature that is self-governing, autonomy in decision-making. Artificial Intelligence's self-governing is a challenge at the population level, which requires to build the right digital architectonics. This issue concerns not only diagnostics and treatment of diseases, but also the accessibility of medical services for population. It is necessary to broader consider the role of Health Care in common economic structure of Internet of Things, and create an anthropocentric infrastructure, in which all types of digital transactions will be included in co-financing of Health Care. This measure wouldn't allow to separate medical services from all segments of Internet of Things, otherwise Health Care financing would be critically cut. The multifunctional cards, such as the «Mir» card, is the first step towards digital integration. This card includes electronic access to medical services and prescriptions along with the ability to pay for travel on transport and other applications as the «Social Card of Moscow citizen».

O. Yu. KOLESNICHENKO¹, PhD in medicine, Yu. Yu. KOLESNICHENKO², N. D. LITVAK³

¹Institute of sociology, psychology and humanities of I.M. Sechenov First MSU

²Security Analysis Bulletin, Moscow, Russia

³Remedium group, Moscow, Russia

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTH CARE: THE SYSTEM PROBLEMS

дится и прирост IoT в сфере ЖКХ и энергоснабжении; лидером прироста сетей IoT является производство товаров – 84% [1]. Если не внедрить сразу принципы антропоцентричности в растущую экономику IoT, то здравоохранение будет катастрофически отставать в объемах финансирования, «выпадать» из нового экономического уклада, несмотря на то что сети IoT все больше оцифровывают и захватывают медицинские параметры. Эту тенденцию, а вернее парадокс, можно проследить не только в США, где внедрение сетей IoT опережает другие страны, но уже и в России.

Опрос экспертов в США и странах Европы, проведенный корпорацией Deloitte, показал, что только 40% респондентов считают важным трендом сами технологии ИИ и робототехнику, в то время как 88% опрошенных на первое место по важности поставили организационные проблемы в построении новой экономики с ИИ [2]. Систему здравоохранения уже оценивают через показатели распространенности среди населения смартфонов и Интернета [3]. «Digital-пациент» окружен коммуникациями, которые наполняются все больше и больше не человеческим общением, а алгоритмами ИИ. Поневоле каждый человек превращается в гиперактивную единицу социума с обратной связью, встроенную в единую матрицу информационного пространства ИИ.

КОММУНИКАЦИИ ДЛЯ ИИ

Кибернетическая революция – это крупнейший в истории человечества технологический переворот, ведущий к появлению саморегулирующихся систем [4]. Термин «кибернетика» происходит от древнегреческого выражения «искусство управлять», а саморегулирующиеся системы, то есть системы, основной чертой которых является самоуправляемость, автономность в принятии решений, – это ИИ.

В преддверии связанной с ИИ технологической сингулярности (то есть ускорения технологического прогресса с потерей человеком возможности контролировать развитие ИИ)

РИСУНОК 1 Схематичное изображение взаимодействия многомерного пространства одного человека (Digital-пациента) через разные информационные каналы с внешней средой Интернета вещей с обратной связью



нужно успеть выработать подходы к ее синхронизации с социальными коммуникациями в медицинской системе. ИИ должен функционировать в релевантной развитой системе коммуникаций, чем и будет являться новый образ медицины. Ранее выстроенная структура здравоохранения уже не соответствует истинной картине происходящего, она пока не включает Большие данные и не может управлять своим развитием на основе прогностической аналитики. А это означает, что не учитываются новые структурные взаимосвязи в системе здравоохранения, нарушается логика построения последовательности событий, происходящих в социуме, тогда как прогностическая аналитика – это рассмотрение времени не как длительности, а как последовательности событий [5].

Социум трансформируется под влиянием информационных технологий, становится более связанным внутри себя и сливается со всеми секторами экономики, включая медицину. Данную тенденцию можно обозначить как синтетизм, возникший в условиях кибернетической революции. Медицина превращается не просто в интегрированную в социум систему коммуникаций, а занимает главное место в этом новом, трансформированном, информационном

социуме, так как физическое здоровье – это ключевое условие существования в новом технологическом укладе, это одновременно цель (личная и цивилизационная), возможность (возрастающая благодаря прогрессу технологий) и необходимость (не исключена системная привязка оборота социально-экономических благ к здоровью через IoT и блокчейн).

Происходит слияние всех секторов экономики вокруг отдельно взятого человека, все ориентировано на потребности каждого конкретного человека, который при этом является активным участником IoT и будет скреплен с ним мобильными, носимыми устройствами и имплантированными чипами. В новой парадигме медицины – социальной системе коммуникаций – каждый человек находится в многомерном пространстве (можно обозначить это как гексеракт) со свойствами открытой системы. Это и есть простейшая единица измерения пространства в медицине как системе коммуникаций. И это уже достаточно сложный уровень для управления, детально описать который невозможно. Многомерное пространство одного человека (пациента) через разные каналы информационных коммуникаций связано с окружающей средой IoT, и через эти каналы идет управле-

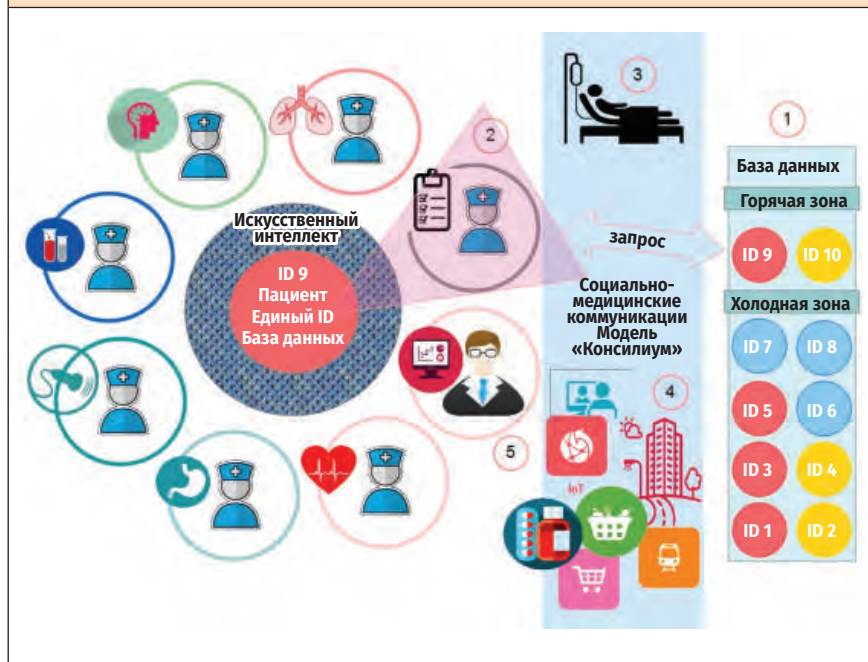
ние здоровьем пациента, что можно обозначить как концепцию Digital-пациента (рис. 1). Само понятие «пациент» размывается, в окружении коммуникаций каждый человек круглосуточно и постоянно становится объектом медицинского мониторинга. Управление этим цифровым пространством посредством ИИ превращает человека в гиперактивную единицу социума с обратной связью в условиях медицинской ориентированности устройства жизни.

ЕДИНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ ПОЛЕ

Связанность всех процессов в единое информационное поле – это то, что дают современные информационные технологии. Следующим шагом, который логично вытекает из произошедшего построения единого информационного поля, является повышение скорости принятия решений для согласованного управления всеми процессами. Человек не может выполнять управление с необходимой скоростью, не может контролировать все информационное поле и обрабатывать огромные объемы данных (Большие данные). Для этого создается «рычаг» – ИИ.

Запредельную сложность в управлении новой медициной как системой коммуникаций хорошо иллюстрирует такая технология, как таблетки со встроенным чипом. Возникает проблема перенасыщения пространства информацией, которую можно извлекать детально либо смотреть как тренды за периоды времени. Чем больше информации оцифровывается, тем больше алгоритмов для ее анализа требуется. Врачу лишь остается ориентироваться в виртуальной среде поддержки принятия решений – Context-as-a-Service, где информационные системы способны предоставить релевантную информацию в зависимости от меняющихся условий и данных в режиме реального времени. Больница и поликлиника становятся виртуальной объединяющей платформой для локального населения, присутствуя в повседневной жизни людей и влияя на их жизнь.

РИСУНОК 2 Схематичное изображение взаимодействия врачей и пациентов в условиях целостного информационного пространства



Описание см. в тексте.

На рисунке 2 схематично изображено взаимодействие врачей и пациентов в условиях выстроенного единого информационного пространства. Из единого хранилища данных (1) по запросу участкового терапевта (2) при первичном обращении пациента в поликлинику поднимается вся информация о данном человеке, маркированная одним ID (Identifier, идентификатор). При поддержке ИИ (Context-as-a-Service) терапевт амбулаторно ведет пациента, назначая необходимые обследования. Пациент может поступить в стационар (3), при этом его ID будет прежним, уникальным. При поддержке ИИ врачи будут осуществлять ведение пациента, делая соответствующие записи в медицинских информационных системах. После выписки пациента из стационара участковый терапевт будет иметь доступ к этой информации. В среде IoT наблюдение за пациентом за стенами медицинского учреждения не заканчивается. Более того, новые специалисты, такие как аналитики Больших данных, включаются в процесс ведения

пациентов, отслеживая не только большие тренды медицинских данных, но и конкретную информацию по пациенту в сетях IoT, используя сведения об информационных следах уникального ID пациента в магазинах, аптеках, транспорте, поездках на отдых и т.п. (4). Таким образом, аналитик Больших данных (5) становится необходимым связующим звеном между классической моделью ведения пациента и информационным полем цифровой экономики, то есть IoT.

Пациент-центричного построения архитектуры социально-медицинских коммуникаций недостаточно для преодоления хаоса связей. Для слаженной работы социально-медицинских коммуникаций и ИИ нужна всеобъемлющая система, которая позволила бы из хаоса выстроить *единицы пространства* с четкими и стабильными мульти-системными параметрами (шаблонами) на момент оказания медицинской помощи. Именно такие единицы пространства, как «building blocks», должны быть заложены в архитектуру ИИ.

ТАБЛИЦА 1 Приложение системно-ориентированной теории Г.Б. Клейнера к построению «единиц пространства» для моделирования архитектуры ИИ в медицине как системе коммуникаций

Вид системы	Пространство	Время	Функция	Система в медицине
Объект (Digital-пациент)	Пространство ограничено	Время неограниченно	Функция вовлеченности	Пациент
Среда	Пространство неограниченно	Время неограниченно	Функция интеграции	Район проживания, учреждения здравоохранения (поликлиники, больницы, диспансеры, медпункты и т. п.)
Процесс	Пространство неограниченно	Время ограничено	Функция управления	Лечебный, диагностический, профилактический, реабилитационный, паллиативный и другие. процессы
Проект	Пространство ограничено	Время ограничено	Функция достижения результата	Оказание медицинской помощи по конкретному случаю

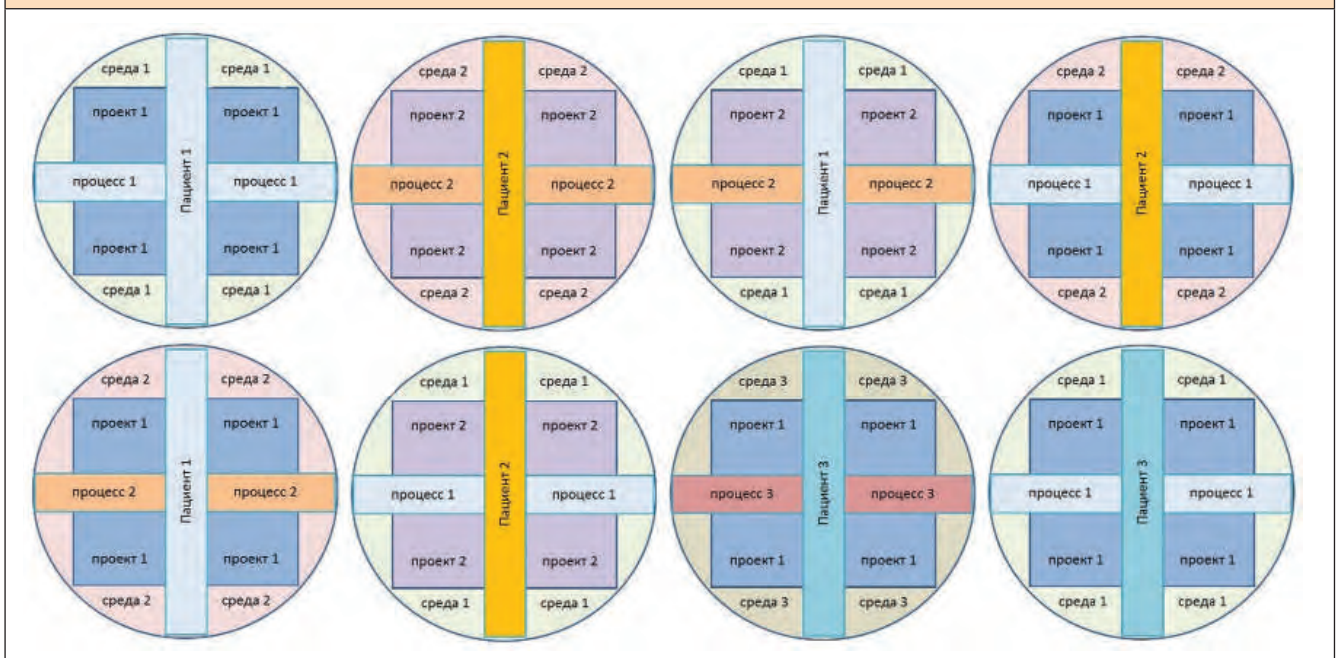
ПРЕОДОЛЕНИЕ ХАОСА

Для решения проблемы хаоса социально-медицинских коммуникаций можно обратиться к экономическому учению Г.Б. Клейнера [6, 7], согласно которому должно осуществляться управление не людьми

или техникой, а системами и подсистемами. Г.Б. Клейнер описал четыре основных вида систем и предложил свое видение того, как они взаимодействуют в едином контексте (см. материалы портала <http://Kleiner.ru/>). В *таблице 1* представлено опи-

сание этих четырех видов систем и предложено место для каждой из них в медицине. А на *рисунке 3* показаны разные вариации сочетания четырех видов систем, каждый из вариантов построен по схеме, предложенной Г.Б. Клейнером,

РИСУНОК 3 Единицы измерения цифрового пространства в медицине как системе коммуникаций, основанные на теории системной экономики и синтетизма по Г.Б. Клейнеру



но в аспекте медицины как системы коммуникаций.

Получается сохранить пациент-центричный подход (ИИ может учитывать все многомерное пространство пациента), не суживается вариативный ряд (число вариаций бесконечно), шаблоны включают социальную среду обитания пациента (IoT), условия лечения (больница, поликлиника) и методы лечения (стандарты, операция, реабилитация), но при этом каждый шаблон устойчив и может быть четко охарактеризован как единица пространства. Для ИИ критически важно свести к минимуму неопределенность, смоделировать пространство не как скопление объектов, а как сложные комплексные взаимоотношения частей в едином целом. Приведение цифрового пространственно-временного хаоса в управляемый порядок также предлагают осуществлять через специально разрабатываемые протоколы [8]. Шаблоны, протоколы или модели наполняют матрицу сценариев, что позволяет проводить прогностическую аналитику, то есть

не просто систематизировать хаос, а точно предсказать расходы и доходы (точно оценить исходы – заболеваемость, инвалидизацию, смертность), а значит, достичь совершенно нового уровня эффективности управления здравоохранением.

Согласно теории системной экономики, определяющим является не проведение посредством коммуникаций транзакций информации, а воздействие этих коммуникаций на пространственно-временную среду [7]. Необходимо выстраивать антропоцентричную инфраструктуру IoT, в которой все виды транзакций будут включены в процесс финансирования здравоохранения, воздействуя тем самым на всю среду IoT в нужном для людей направлении, то есть приближая человека к главной цели – к самосовершенствованию в ходе научно-технического прогресса.

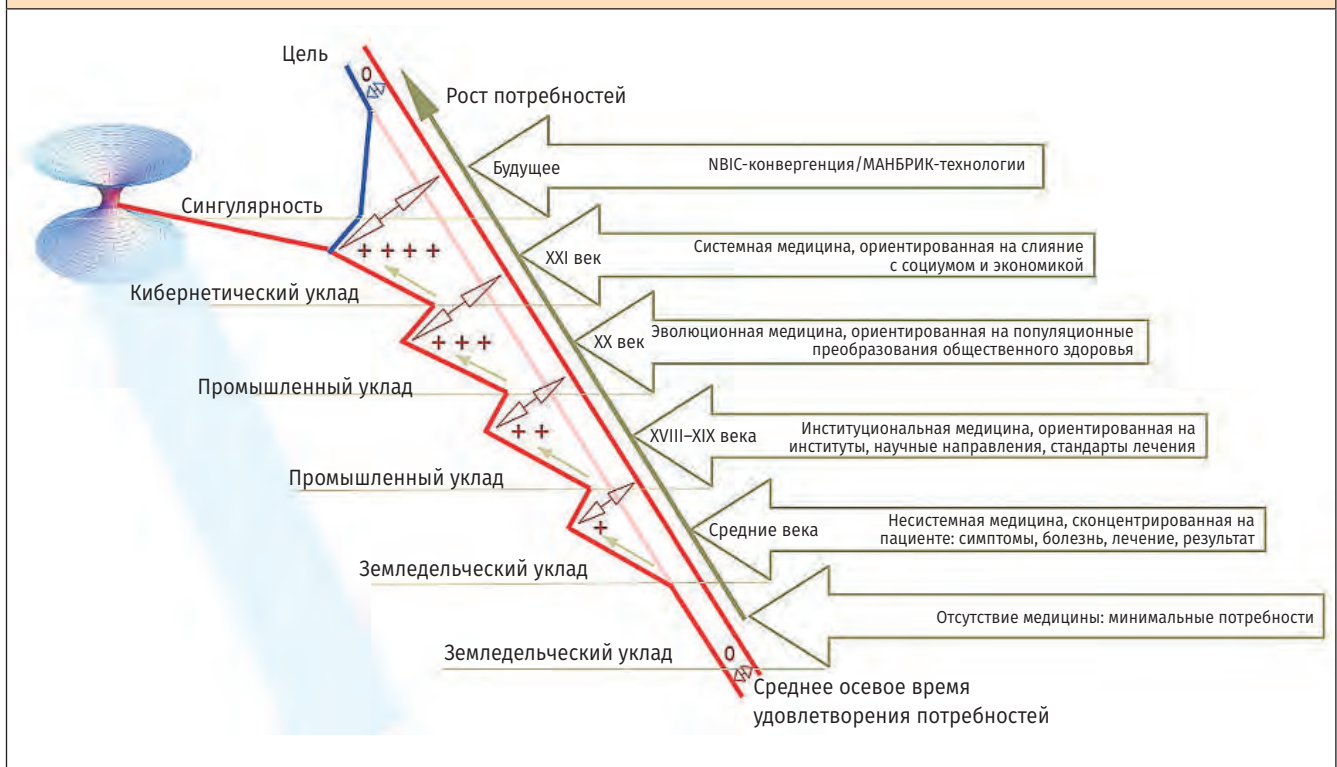
ВРЕМЯ И ДЕНЬГИ

Человек создает технологии не для производства денег как таковых – с деградацией социальной

системы и увеличением неравенства и страданий людей, а для достижения высших социальных целей: приумножения народонаселения, увеличения продолжительности жизни, борьбы с болезнями, достижения высокого духовного и морального уровня, обеспечения счастливой жизни. Архитектоника новой медицины как системы коммуникаций должна создавать устойчивые условия для достижения социумом главной цели – совершенствования человека. Однако только архитекторики недостаточно. Автоматизация и робототехника, старение населения, перепроизводство денег, виртуализация денег и растущий разрыв между временем обращения товаров и денег и временем их производства – все это создает предпосылки для глобального кризиса, что детально описала В.М. Бондаренко [9, 10].

Академик РАЕН В.М. Бондаренко предлагает перейти на новый показатель экономической эффективности – это время между возникновением и удовлетворением потребности, которое в идеале и с точки зрения цели разви-

РИСУНОК 4 Схематичное изображение хода осевого времени истории по В.М. Бондаренко [10], адаптированное к развитию медицины



тия человечества должно стремиться к нулю. «Если время между возникновением потребности конкретного человека и ее удовлетворением имеет тенденцию к непрерывному эволюционному сокращению и всемерно стремится к нулю, то человеческая система по отношению к цели развивается устойчиво и эффективно», – пишет В.М. Бондаренко в своем труде «Новый взгляд на проблему кризисов и прогнозов» [9]. Под целью понимается совершенствование в духовном, интеллектуальном и физическом (медицинском) плане.

На *рисунке 4* изображен ход осевого времени истории по В.М. Бондаренко [10], схема адаптирована к развитию медицины. Когда медицины как таковой не существовало и медицинских знаний почти не было, потребности были минимальными (так как люди не знали о возможности лечить то или иное заболевание) и время удовлетворения их было минимальным (способов лечить было мало, и в основном это было самолечение). По мере становления медицины росли потребности. Список заболеваний, о которых человечество узнавало, ширился. Лекарств и методов лечения становилось больше. Но одновременно увеличивался разрыв между потребностями людей в медицинских услугах и их денежными возможностями удовлетворить эти потребности, нарастало социальное неравенство, удлинялся путь денег. В итоге время удлинилось, то есть показатель эффективности медицины постоянно ухудшался.

Опыт советской системы здравоохранения с гарантированным бесплатным медобслуживанием населения показал лучшие в мире результаты. Суть этого успеха была не в том, что здравоохранение было бесплатным для граждан, а в том, что не было оборота денег между пациентом с его потребностями и возможностью удовлетворить потребности пациента, то есть время было сокращено до минимально возможного, что сразу дало повышение эффективности системы здравоохранения. В условиях рыночной экономики и монетизации льгот деньги вновь

стали посредником между потребностью в медицинской услуге и ее удовлетворением (опосредованная модель здравоохранения). Появился термин «доступность» лечения, а она отчасти отражает показатель времени. Система ОМС в аспекте времени как показателя эффективности сдает позиции, так как не покрывает все потребности в условиях роста цен на лекарства и медицинские услуги в целом. На схеме (*рис. 4*) также показано, что в условиях кибернетического уклада, если не упорядочить хаос и допустить виртуальный бум денежного оборота, то время как показатель эффективности будет критически ухудшаться, то есть удлиняться. В момент сингулярности это время будет стремиться к бесконечности, то есть будет утрачена возможность вовремя удовлетворять медицинские потребности, и путь к цели развития будет потерян.

Блокчейн как неденежная коммуникационная транзакция может рассматриваться в качестве способа «захвата времени». Блокчейн разрывает рамки между замкнутыми секторами экономики, как это делают все информационные технологии. Необходимо разрывать эти рамки и в мировоззренческих подходах к медицине, то есть *больше не рассматривать финансирование здравоохранения как изолированную статью расходов*. Ведь человек и его здоровье – это то, на чем держится и зарабатывает вся экономика, особенно цифровая, инновационная экономика. Это основа всего оборота торговли (особенно продуктов и товаров массового потребления), транспорта (общественного, такси, авиа- и железнодорожного), банковских услуг и связи и т.д. Востребована диверсификация финансирования с возможностью, например, накапливать людьми «баллы» за их участие в инфраструктуре IoT для получения дополнительных медицинских услуг. Это уже делается в розничной торговле, только пока поощрительные баллы за покупки конвертируются в возможность купить еще один товар этой же розничной сети. В дополнение к системе базовых государственных

к^роме того...

Государственным медучреждениям облегчили участие в концессиях

Президент Путин подписал закон, создающий правовые основания для участия федеральных государственных бюджетных учреждений в концессионных соглашениях. Документ, разработанный Минздравом совместно с Минэкономразвития, устанавливает, что если объектом концессионного соглашения является имущество учреждений здравоохранения, право на оперативное управление которым принадлежит федеральному государственному учреждению, то это учреждение может участвовать в концессионном соглашении на стороне концедента – государства. Полномочия участника концессионного соглашения будут устанавливаться решением правительства России. К ним могут относиться, например, подготовка проектов конкурсной документации и концессионных соглашений, обеспечение деятельности конкурсной комиссии и мониторинг исполнения концессионером взятых на себя обязательств. По данным министерства, в настоящее время объем инвестиций в проекты государственно-частного партнерства (ГЧП) достигает 63,5 млрд руб., 88,2% из которых приходится на частные инвестиции.

GlaxoSmithKline будет поставлять препараты перечня ЖНВЛП

Российское подразделение британской GlaxoSmithKline выиграло пять тендеров Минздрава на поставку препаратов для терапии ВИЧ-инфекции, гепатитов В, С и туберкулеза на общую сумму 1,1 млрд руб. Компания решила отказаться от услуг дистрибьюторов и будет напрямую заключать договоры с министерством. Закупки двух препаратов GSK – маравирока и долутегравира производятся Минздравом РФ впервые. Еще три ЛС, также имеющих в портфеле компании, – зидовудин, ламивудин и фосампренавир – в прошлом году поставлялись сторонними дистрибьюторами: «Р-фарм», «Ирвин 2» и «Фармимэкс».

ных гарантий бесплатного медицинского обслуживания населения накопление баллов для получения дополнительных медицинских услуг (баллы за покупки продуктов и товаров, поездки на транспорте, использование банковской карты, пользование мобильной связью и т.д.) может стать транзитным опытом на пути к новой системе безденежного здравоохранения.

В мире IoT человек может выбирать, куда конвертировать свои баллы за активность в инфраструктуре IoT (соответственно, выбирать, куда компания, дающая баллы, переведет деньги). Откроют путь к такой мультисистеме блокчейн-транзакций многофункциональные карты. Например, карта «Мир» уже включает в себя медицинский сектор обслуживания населения. Министр связи и массовых коммуникаций России Н.А. Никифоров в интервью одному из телеканалов сказал, что в стране доля пользователей Интернета уже достигла 75% населения. Сейчас в единое информационное пространство подключают малые населенные пункты оставшихся удаленных областей. Но в целом мощная инфраструктура для цифровой экономики в России уже создана, и планируется развивать российские технологии блокчейн, подчеркнул министр [11].

Информационные технологии и ИИ должны помочь найти более

совершенную модель здравоохранения, в которой время как показатель эффективности будет наилучшим в истории человечества, то есть минимальным, со сведением безвозвратных потерь до минимального уровня. Для этого нужны концептуальные разработки. Иначе система здравоохранения провалится в глубокий кризис, вызванный (как это ни парадоксально) научно-технологическим развитием, когда будет происходить нарастание диспропорции между возникновением все новых потребностей и их удовлетворением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Министр здравоохранения России В.И. Скворцова на заседании Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам отметила, что в стране более 500 000 рабочих мест врачей (то есть почти 100%) уже автоматизированы и связаны с медицинскими информационными системами [12]. Для населения функционирует интернет-сервис «личный кабинет», где есть электронная регистратура и электронные рецепты, и скоро будет создан сервис «интегрированная электронная медицинская карта». Общее информационное пространство электронного здравоохранения строится по принципу совместимых блоков (включая Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения и систему

телемедицины). Каждый врач будет взаимодействовать с технологиями ИИ, то есть с разными компьютерными алгоритмами, подсказывающими действия по проверенным клиническим протоколам. Минздрав следит, чтобы каждый шаг в информатизации здравоохранения соответствовал выработанным единым требованиям, и разрабатывает «дорожные карты» для каждого региона отдельно с учетом региональной специфики.

Создание полноценной цифровой инфраструктуры в здравоохранении страны – это важный, но только первый шаг. Далее технологии ИИ начнут активно внедряться на всех уровнях информационного медицинского пространства, формируя динамичную сеть коммуникаций. Медицина становится ведущим социально-экономическим сектором, что связано с возрастающими потребностями и возможностями получения медицинских услуг; с вытекающей из этих возможностей большей продолжительностью жизни и, соответственно, с необходимостью поддерживать здоровье стареющего населения; с высокими шансами выживания и улучшения качества жизни инвалидов; с новыми репродуктивными и генными технологиями; с новыми технологическими условиями жизни в среде IoT, увлекающими человека дальше, в мир дополненной реальности и киборгизации.



ИСТОЧНИКИ

1. State of the Market: Internet of Things 2017. Making way for the enterprise. Report. Verizon, USA, 2017.
2. Rewriting the rules for the digital age. Deloitte Global Human Capital Trends. Report. Deloitte University Press, UK, 2017.
3. The future awakens. Life sciences and Health Care predictions 2022. Report. Deloitte Centre for Health Solutions. UK, 2017.
4. Гринин А.Л., Гринин Л.Е. Ведущие технологии шестого технологического уклада. Материалы Международной конференции «XXIV Кондратьевские чтения. Социально-экономические проблемы современности: поиски междисциплинарных решений». Под ред. В.М. Бондаренко. М.: Межрегиональная общественная организация содействия изучению, пропаганде научного наследия Н.Д. Кондратьева, 2017: 99-104.
5. Девятков А.П. Разведка будущего в условиях глобализма. М.: ИД «Жигульский», 2017. 296 с.
6. Клейнер Г.Б. Системные циклы экономики. Новая парадигма экономической науки. Доклад. X Международная Кондратьевская конференция «Научное наследие Н.Д. Кондратьева и современность», посвященная 125-летию со дня рождения Н.Д. Кондратьева, V Международный научный конгресс «Глобалистика». М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2017.
7. Клейнер Г.Б. Смит, Веблен, Вернадский, Лихачев: переключки концепций в контексте системной парадигмы. Философия хозяйства. Альманах Центра общественных наук и экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова. Специальный выпуск, 2015: 31-44.
8. Вайно А.Э. Капитализация будущего. *Вопросы экономики и права*, 2012, 4: 42-57.
9. Бондаренко В.М. Новый взгляд на проблему кризисов и прогнозов. Н.Д. Кондратьев: кризисы и прогнозы в свете теории длинных волн. Взгляд из современности. Под ред. Л.Е. Гринина, А.В. Коротаева, В.М. Бондаренко. Международный Фонд Н.Д. Кондратьева. М.: Изд-во «Учитель», 2017: 222-236.
10. Бондаренко В.М. Прогнозирование будущего: новая парадигма. Н.Д. Кондратьев: кризисы и прогнозы в свете теории длинных волн. Взгляд из современности. Под ред. Л.Е. Гринина, А.В. Коротаева, В.М. Бондаренко. Международный Фонд Н.Д. Кондратьева. М.: Изд-во «Учитель», 2017: 237-251.
11. Интервью министра Николая Никифорова телеканалу РБК. 5 февраля 2018. Web: https://www.rbc.ru/interview/technology_and_media/05/02/2018/5a77eb6d9a794737fb00a804/.
12. Брифинг министра Вероники Скворцовой. Заседание президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам. 13 декабря 2017. Портал Правительства России. Web: <http://government.ru/news/30568/>.

Мексидол® – новые горизонты

Мексидол® – уникальная разработка отечественной фармацевтической промышленности. Препарат обладает широким спектром фармакологической активности, что позволяет применять его в терапии острых и хронических заболеваний, вызванных гипоксией и ишемией различного генеза [1].

ИСТОРИЯ УСПЕХА

Молекула препарата Мексидол® – этилметилгидроксипиридина сукцинат – впервые синтезирована в начале 1980-х гг. в ГУ «НИИ фармакологии» РАМН под руководством академика РАМН А.В. Вальдмана фармакологами Л.Д. Смирновым и В.И. Кузьминым [2].

За разработку и внедрение Мексидола® в клиническую практику группе специалистов: руководителю работы К.М. Дюмаеву, Н.В. Верещагину, Т.А. Ворониной, З.А. Суслиной, А.И. Федину, В.И. Шмыреву и другим – в 2003 г. присуждена премия Правительства Российской Федерации в области науки и техники [2].

Наличие сукцината в его структуре имеет принципиальное значение для проявления фармакологических свойств. Мексидол® прерывает ишемический каскад, воздействуя на важнейшие его этапы. Он оказывает антиоксидантные, мембранопротекторные эффекты, восстанавливает нейромедиаторный баланс [3]. Широкий спектр действия Мексидола® реализуется на двух уровнях – нейрональном и сосудистом [4], что позволяет применять его в неврологии, терапии, кардиологии, офтальмологии, геронтологии и других областях медицины.

ПОДТВЕРЖДЕНО И ДОКАЗАНО

Мексидол® имеет хорошо представленные базы экспериментальных и клинических исследований. Оптимальный эффект достигается при последовательной схеме терапии: лечение начинают с инъекционной формы с последующим назначением таблеток [5].

Накоплен большой опыт применения Мексидола® у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Абсолютным большинством исследователей отмечен его положительный эффект в виде более выраженного регресса неврологического дефицита, а значит, и более широких возможностей для последующей ранней реабилитации. Для максимальной реализации клинического эффекта препарата его введение должно начинаться как можно раньше [6]. По результатам двойного слепого плацебо-контролируемого исследования эффективности и безопасности Мексидола® «ЭПИКА» рекомендовано включение препарата в терапию пациентов в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта [5]. Хорошо изучено его применение у больных с хроническими цереброваскулярными заболева-

ниями [7]. Коррекция нарушений липидного спектра как дополнительный фармакологический эффект делает Мексидол® незаменимым препаратом у пациентов с заболеваниями сосудов головного мозга, развившимися на фоне метаболического синдрома и сахарного диабета.

НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ

В 2014 г. Мексидол® получил премию Russian Pharma Awards – уникальную награду, победителей которой выбирают практикующие врачи, в номинации «Препарат выбора при лечении ишемических расстройств, вызванных спазмом сосудов головного мозга». В 2016 г. Мексидол® стал первым лауреатом премии «Молекула жизни» за достижения в области фармацевтики, учрежденной

Российским научным медицинским обществом терапевтов (РНМОТ) [1]. Настоящий прорыв произошел в рейтинге влияния лекарственных препаратов. По данным Battered Marketing, Мексидол® занял 2-е место среди рецептурных препаратов, оказавших наибольшее влияние на фармацевтический рынок в 2017 г., переместившись по сравнению с 2016 г. на шесть строчек вверх [8]. Согласно данным компании IQVIA, бренд Мексидол® уверенно удерживает позицию лидера среди ЛП АТС-группы N07, демонстрируя стабильную динамику роста продаж. В 2017 г. было продано 12,6 млн упаковок препарата на сумму 4,7 млрд руб. (рис.). В розничном сегменте Мексидол® входит в топ-3 самых продаваемых рецептурных препаратов (табл.).

Мексидол (этилметилгидроксипиридина сукцинат) входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), включен в Укладку скорой медицинской помощи и в 38 важнейших Стандартов оказания медицинской помощи, в т. ч. в Стандарт специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга, Приказ №1740н от 29.12.2012 [2].

Мексидол является референтным (оригинальным) препаратом ГН этилметилгидроксипиридина сукцинат.

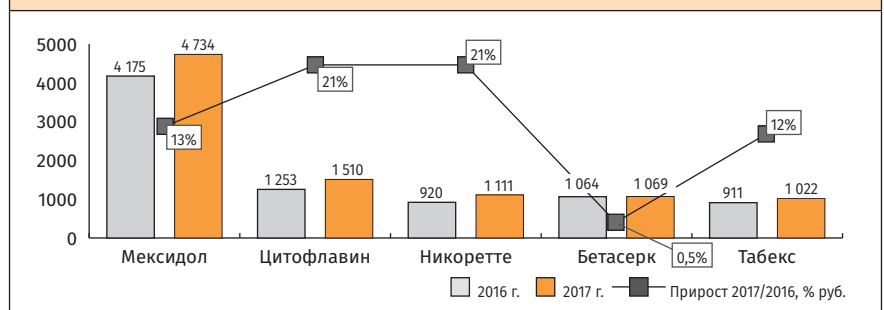
Все это свидетельствует о высокой востребованности ЛП Мексидол® как среди врачей, так и среди пациентов и позволяет предполагать дальнейшее укрепление его позиций.

ТАБЛИЦА ▶ Топ-3 рецептурных препаратов розничного сегмента рынка в 2017 г.

Рейтинг	Торговое наименование	млрд руб.	доля, % руб.	Прирост 2017/2016, % руб.
1	Ксарелто	4,62	1,32%	42%
2	Актовегин	4,61	1,31%	5%
3	Мексидол	4,32	1,23%	17%

Источник: IQVIA

РИСУНОК ▶ Динамика продаж топ-5 ЛП АТС-группы N07 по объему реализации в оптовых ценах по всем каналам распределения, млн опт. руб.



Источник: IQVIA

ИСТОЧНИКИ

1. Мексидол® – первый лауреат премии «Молекула жизни». Фармацевтический вестник. №40 (869).
2. Мексидол®: препарат выбора №1. Ремедиум, 2016, 3: 23.
3. Инструкция по применению к препарату Мексидол.
4. Воронина Т.А. Журнал неврологии и психиатрии, 2012, 2: 86-90.
5. Стаховская Л.В. с соавт. Журнал неврологии и психиатрии, 2017, 117: 3(2): 55-65.
6. Янишевский С.Н. с соавт. Журнал неврологии и психиатрии, 2017, 12(В. 2): 78-86.
7. Смирнова И.Н. с соавт. Клиническая фармакология, 2006, 1: 33-36.
8. Рейтинг наиболее влиятельных субъектов российского фармрынка в 2017 г. Ч. 1. Фармацевтический вестник, 2018, 5.

Фармацевтический форум стран ЕАЭС и СНГ PharmASI

27–28 февраля 2018 г. в Москве проходил 9-й Фармацевтический форум стран ЕАЭС и СНГ PharmASI, на котором были рассмотрены актуальные вопросы гармонизации регуляторного пространства ЕАЭС, а также оценена ситуация в здравоохранении и на фармацевтическом рынке стран постсоветского пространства.

Для стран постсоветского пространства 2017 год в экономическом плане был более благополучным, чем предыдущие два года, когда государства, экономика которых зависит от цен на нефть и тесно связана с Россией, заметно пострадали. После периода стагнации активный рост отмечался в Армении (+7,5%) и Казахстане (+4,0%), ускорился рост экономики Кыргызстана (+4,5%), вышла из рецессии Беларусь (+2,4%). Общий ВВП стран – членов ЕАЭС вырос на 1,8%, в то время как в 2016 г. наблюдалось его сокращение. На фоне повышения мировых цен на нефть прекратилось падение экономики Азербайджана. Повысились темпы роста ВВП Грузии (+5%), Узбекистана (+5,3%), Молдовы (+4,5%), Украины (+2,2%).

Прошедший год оказался достаточно спокойным как в политическом, так и в экономическом отношении, что не могло не сказаться на общем позитивном тоне форума, который контрастировал с накалом страстей на конференции год назад. Тогда было продемонстрировано разнообразие антикризисных мер, к которым прибегли правительства разных стран в ответ на падение национальных валют и экономический кризис 2015–2016 гг.

На нынешнем форуме стран ЕАЭС и СНГ активно обсуждались интеграционные вопросы, а также ход ранее инициированных национальных реформ в сфере обращения лекарств, проблемы ценового регулирования, модернизации системы здравоохранения, перехода на обя-

зательное медицинское страхование и т.д. Основная часть инициатив не являлись неожиданностью как для регуляторов, так и для представителей бизнеса, поэтому особой остроты обсуждения всех этих вопросов не наблюдалось. Очередной виток внешнеполитического кризиса, участником которого является Россия, к моменту проведения конференции еще не был спровоцирован. Ретроспективно ситуацию можно оценить как «затишье перед бурей». Представляем обзор основных тем, обсуждаемых на конференции.

РЕГИСТРАЦИЯ ПО ПРАВИЛАМ ЕАЭС

В мае 2017 г. было устранено последнее формальное препятствие нормативно-правового характера для создания единого рынка лекарственных средств и медицинских изделий в рамках ЕАЭС. Юридически ничто не мешало запустить регистрацию лекарственных препаратов по единым процедурам, все необходимые документы на уровне ЕАЭС для этого были приняты. Однако в течение 2017 г. единый рынок так и не начал функционировать, что было вызвано проблемами с введением в действие единой информационной системы.

Единые реестры и информационные базы в сфере обращения лекарственных средств в рамках ЕАЭС включают:

- ◆ Реестр зарегистрированных лекарственных средств ЕАЭС.

- ◆ Реестр уполномоченных лиц производителей лекарственных средств ЕАЭС.

- ◆ Информационную базу данных лекарственных средств, не соответствующих требованиям по качеству, а также фальсифицированных и (или) контрафактных лекарственных средств, выявленных на территориях государств-членов.

- ◆ Информационную базу данных по выявленному нежелательным реакциям (действиям) на лекарственные средства, включающую сообщения о неэффективности лекарственных средств.

- ◆ Информационную базу данных по приостановленным, отозванным и запрещенным к медицинскому применению лекарственным средствам.

- ◆ Реестр фармацевтических инспекторов ЕАЭС.

Евразийская экономическая комиссия (ЕЭК) завершила свою часть работы по формированию структуры информационной системы. На повестке дня стоит задача наполнения реестров и создания национальных частей информационных баз данных, а также согласования и интеграции всей системы. Особую проблему представляет адекватная передача данных электронных регистрационных досье.

На конференции регуляторы Казахстана заявили об успешном прохождении тестирования системы по единым реестрам, а также о начале приема первых заявок в качестве референтной страны для проведения регистрации лекарственных средств по процедуре взаимного признания. Несколько международных компаний готовятся к подаче заявок на регистрацию своих препаратов в регуляторные органы Казахстана. Открытыми остаются вопросы, связанные с подачей электронного досье на регистрацию, где по сравнению с традиционной пода-

чей заявки в бумажном виде намного больше нюансов.

Казахстан был разработчиком правил регистрации в рамках процедур ЕАЭС, поэтому логично, что именно в этой стране начался процесс регистрации в соответствии с правилами союза.

О готовности к приему заявок на регистрацию по процедуре взаимного признания, а также к инспектированию по правилам GMP ЕАЭС заявила Беларусь. У регуляторов этой страны налажено сотрудничество с ЕМА для усиления инспектората. Введена система обеспечения качества работы инспектората. Ряд компаний, желающих провести регистрацию по процедуре взаимного признания, высказали пожелание выбрать в качестве референтной страны Беларусь.

Пилотные проекты по регистрации в соответствии с процедурами ЕАЭС, о которых заявлялось на конференции в прошлом году, так и не были реализованы по юридическим причинам. Некоторые компании делали попытки подать заявки на регистрацию по процедуре взаимного признания в России, однако получали отказ по техническим причинам.

На национальном уровне необходимо прописать все необходимые детали процедуры подачи досье для регистрации по правилам ЕАЭС, чего в России еще не сделано. Необходимо также решить проблемные вопросы взаимного признания результатов инспекций.

Фармацевтическая отрасль очень быстро развивается в технологическом плане, и регуляторная сфера не успевает реагировать. По мнению экспертов, ключевая задача состоит в том, чтобы создать гибкую регуляторную систему, готовую к изменениям. В частности, необходимо ввести ускоренную регистрацию для инновационных препаратов, чтобы они были доступны для пациентов на пространстве ЕАЭС вскоре после их регистрации в США.

Текущий год должен показать, как будет работать и насколько жизнеспособна регуляторная система ЕАЭС.

МАРКИРОВКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

В России за время реализации пилотных проектов стал очевиден многоцелевой характер вводимой системы маркировки. Речь идет не только о создании барьеров для защиты от фальсификатов, но также о решении вопросов ценообразования, контроля цен и движения товаров, выявления незаконного оборота лекарств, создания системы мониторинга рынка как такового.

Компании-производители отмечают, что в результате реализации пилотного проекта незаконных продаж товара стало меньше. Особенно важна маркировка в случае, когда речь идет о дорогостоящих препаратах, закупаемых в рамках государственных программ. Маркировка станет обязательной для всех игроков российского рынка с начала 2020 г., при этом правительство имеет право устанавливать более ранние сроки введения маркировки для отдельных категорий лекарственных средств.

Странами – участницами ЕАЭС принято соглашение по маркировке товаров средствами идентификации (2 февраля 2018 г.). В настоящее время идет процесс ратификации этого соглашения на национальном уровне, он должен завершиться до конца года. При подготовке документа ставилась задача сделать это соглашение максимально рамочным. Скорость введения маркировки на конкретные товары у разных стран может быть разной, возможен поэтапный ввод маркировки – не во всех странах одновременно.

В то же время решение о маркировке конкретных товаров должно в обязательном порядке рассматриваться на уровне ЕЭК. В случае если принимается положительное решение о введении маркировки определенных товаров на территории стран – участниц ЕАЭС, должны разрабатываться общие подходы, согласовываться сроки, создаваться общие документы. Только если на уровне ЕЭК принимается отрицательное решение, вопрос о маркировке рассматривается на национальном уровне.

к^роме того...

«СмитХелскеа» проектирует завод в Санкт-Петербурге

Компания «СмитХелскеа» приступила к проектированию предприятия по разработке и производству медицинских изделий и медицинского оборудования в особой экономической зоне «Новоорловская» (Санкт-Петербург). Завод будет производить диализаторы, фильтры для плазмафереза, артериовенозные магистралы, магистралы для введения химиопрепаратов и рентгеноконтрастных веществ, оборудование для гемодиализа. После выхода площадки на проектную мощность инвесторы рассчитывают на годовую выручку в размере 40 млн долларов. Начало строительных работ запланировано на первые месяцы 2019 года, инвестиции в проект составят 915,4 млн руб. Запуск производства намечен на 2020 год, вернуть инвестиции АО «СмитХелскеа» рассчитывает в течение пяти лет.

«Р-Фарм» выиграл тендер на поставку терифлуномида

Российская фармацевтическая компания «Р-Фарм» выиграла первый тендер на поставку терифлуномида, проведенный Минздравом в рамках программы «7 нозологий». Сумма контракта составила 994,2 млн руб., 10,2 млн упаковок ЛС должны быть поставлены до 1 сентября 2018 года. Терифлуномид – иммунодепрессант, предназначенный для лечения рассеянного склероза, включен в программу «7 нозологий» с 2018 года. «Р-фарм» является официальным дистрибьютором оригинального терифлуномида, выпускаемого под ТН «Абаджи» фармацевтической компанией Genzyme. На территории РФ на мощностях «Р-Фарм» размещено упаковочное производство препарата. Производитель единственного российского дженерика терифлуномида – компания «Валента Фарм» отказалась от участия в тендере. По предположению экспертов, производитель не успел выпустить препарат в объеме, достаточном для того, чтобы удовлетворить нужды Минздрава РФ в установленные сроки.

Поскольку Россией уже выбран определенный формат маркировки лекарств, то логично было бы другим странам пойти по тому же пути. Это означает, что по принципиальным вопросам необходимо договориться на ранних этапах. В России планируется осуществление мониторинга движения товара по всей цепочке, в то время как соглашение по ЕАЭК допускает возможность ограничиться фиксацией только на «входе» и «выходе».

Регуляторы Киргизии считают, что если другие члены ЕАЭК введут у себя маркировку, то выбора у них не останется. В этом вопросе необходима гармонизация, поскольку при наличии препятствий для трансграничного перемещения товаров компании-производители просто не будут выходить на рынок Киргизии, малоприятельный из-за небольших размеров. В то же время требуются решения не только технические проблемы, но и вопросы определения единых подходов к структуре информации. Информация о лекарственных средствах должна строиться на единых классификаторах, которые в настоящее время на уровне ЕАЭС приняты только в отношении лекарственных форм.

Для перехода на систему маркировки необходимо создать мотивации для локальных производителей, проблемой для которых может стать высокая стоимость оборудования. В принципе, бизнес поддерживает введение маркировки, способствующей добросовестной конкуренции. Но выгоды будут получены только в том случае, если удастся создать качественную информационную систему и предусмотреть возможность принятия эффективных административных решений (в том числе по прекращению обращения контрафактных и фальсифицированных препаратов). Важно, чтобы бизнес понял, что этот замысел серьезен и от него не откажутся на полпути.

В США и ЕС процесс введения маркировки растянут на длительный срок. Остается неясным, удастся ли в рамках ЕАЭС решить эту задачу в сжатые сроки на качественном уровне. Риски

были бы меньше, если бы система маркировки создавалась на уже сложившемся общем рынке, иначе она может отражать недостатки его сегодняшнего состояния.

Производители из ЕАЭС еще не подали ни одной заявки на участие в системе маркировки в России, что лишает их ценного опыта.

ПАРАЛЛЕЛЬНЫЙ ИМПОРТ

В апреле 2017 г. распоряжением коллегии ЕЭК одобрен проект протокола о внесении изменений в договор о ЕАЭС в отношении параллельного импорта. К 1 июля 2018 г. должны быть представлены результаты обсуждения этого протокола на уровне отдельных государств.

В ЕАЭС принят региональный принцип исчерпания прав, в соответствии с которым исключительные права на товарные знаки в отношении товаров, правомерно введенных в гражданский оборот на территории любого из государств-членов, перестают действовать на территории союза, что обеспечивает свободное движение товаров. Одобренный проект протокола предполагает право Евразийского межправительственного совета временно устанавливать в отношении отдельных видов товаров международный принцип исчерпания прав (т.е. свободный ввоз товаров на территорию союза). Условиями реализации этого права, в соответствии с проектом протокола, являются выполнение странами-членами обязательств международных договоров, недоступность и завышенные цены предложения на товары на внутреннем рынке союза, а также иные случаи, исходя из социально-экономических интересов стран-участниц.

В ходе предварительного обсуждения этого вопроса все страны, кроме Беларуси, поддержали протокол о внесении поправок. Основные риски, связанные с параллельным импортом, включают распространение фальсифицированной и некачественной продукции, а также снижение инвестиционной активности на фармацевтическом рынке, прежде всего со стороны иностранных ком-

паний. Не понятно также, как будут согласовываться с принципом международного исчерпания прав вопросы маркировки и ценообразования. Остается много вопросов, связанных с допуском такого рода товаров на рынок, ответственностью производителей и импортеров, обязанностями в отношении мероприятий фармаконадзора.

До последнего времени принцип международного исчерпания прав действовал в Грузии и Армении, что позволяло обеспечить наполнение рынков этих стран лекарственной продукцией. Армения как член ЕАЭС в начале 2018 г. должна была перейти на принцип регионального исчерпания прав.

Принцип регионального исчерпания прав действует всюду, где существуют экономические союзы, фундаментальной основой функционирования которых является свободное движение товаров. В частности, это относится к ЕС, где Европейская комиссия всемерно поддерживает параллельный импорт лекарств на территории союза, поскольку он способствует перетеканию товара из стран, где регуляторно поддерживается низкий уровень цен, в страны с более высокими ценами. Издержки параллельного импорта связаны не только с тем, что снижаются стимулы для инновационных компаний, но и с тем, что возможны ситуации возникновения дефицита лекарств в странах с низкими ценами, чему есть конкретные примеры.

В России идею введения параллельного импорта лекарственных препаратов продвигает ФАС, поскольку считает, что эта мера стимулирует конкуренцию на фармацевтическом рынке, позволяет повысить ценовую доступность лекарств и увеличить ассортимент. Фармацевтические производители консолидированно выступают против данной инициативы.

Постановление Конституционного суда России от 13 февраля 2018 г. № 8-П создает предпосылки для активизации несанкционированного импорта. В постановлении говорится, что обладатель исключитель-

ных прав на товарный знак должен соблюдать принцип добросовестности при их реализации. В случае злоупотребления правами суд может отказать в защите исключительного права полностью или частично, если при этом создается угроза для жизни и здоровья граждан или иных общественно значимых интересов.

РАЗВИТИЕ ЭКСПОРТНОГО ПОТЕНЦИАЛА

В России начался процесс разработки стратегии «Фарма-2030», ставящей целью наращивание экспортного потенциала и переход на инновационную модель развития фармацевтической промышленности. Отрасль достигла стадии зрелости, что позволяет сместить акценты с импортозамещения на внешнеэкономическую деятельность.

В настоящее время в России не университеты, а отрасль является центром инноваций. В то же время в ходе реализации «Фарма-2020» на базе университетов и научно-исследовательских организаций создана инфра-

структура для исследований и разработок, на новый уровень выведена подготовка научных кадров. Все это создает предпосылки для очередных качественных изменений в отрасли. Финансовые инструменты поддержки отрасли на новом этапе должны включать субсидирование затрат, связанных с созданием производства высокотехнологичных субстанций, разработкой инновационных препаратов (прежде всего next-in-class), проведением клинических исследований (в том числе за рубежом). В освоении внешнего рынка могут быть использованы стратегии разработки нишевых продуктов, а также трансфер технологий вышедших из-под патентной защиты биосимиляров, для чего необходимо искать партнеров на развивающихся рынках.

Гармонизация рынка стран ЕАЭС будет способствовать экспортной деятельности в связи с тем, что среди регуляторов будет расти конкуренция за статус референтной страны, что должно ускорять выведение на рынок новых разработок.

На новом этапе чрезвычайно актуальными являются задачи охраны интеллектуальной собственности российских компаний на международном рынке. Отечественные компании близки к этапу активного патентования своих разработок.

Проблема патентной защиты лекарственных препаратов в настоящее время остро стоит и на российском рынке. Речь идет о судебных разбирательствах в отношении нарушения патентных прав, результаты которых должны повлиять на установление общих подходов к правоприменительной практике. Не менее важным является вопрос о необходимости повышения изобретательского уровня разработок, как того требует руководство ООН по экспертизе патентных заявок, относящихся к фармацевтической сфере. В области патентования важно поддерживать баланс интересов оригинаторов и дженериковых компаний, что является предпосылкой дальнейшего развития отрасли.



Амбулаторная ХИРУРГИЯ

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ



Журнал отличается четкая практическая направленность и наглядность в описании новых (рациональных) методик лечения

ИНФОРМАЦИОННОЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СЕКТОРЕ АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- Определение стандартов оказания специализированной и квалифицированной хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Освещение вопросов анестезиологического пособия при выполнении оперативных вмешательств в условиях дневных (однодневных) хирургических стационаров.
- Рассматриваются проблемы лицензирования и аккредитации хирургических подразделений и формирований амбулаторно-поликлинического звена.
- Вопросы интеграции медицинских вузов и НИИ и практического здравоохранения, в том числе с целью подготовки кадров для центров амбулаторной и специализированной хирургии.

Реклама



www.asurgery.ru

• АРХИВ ВЫПУСКОВ



РЕМЕДИУМ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426,
remedium@remedium.ru

Николай ЛИТВАК, «Ремедиум»

Контур Плюс:

ВАЖНОСТЬ СООТВЕТСТВИЯ ХАРАКТЕРИСТИК ГЛЮКОМЕТРА ПОТРЕБНОСТЯМ ПАЦИЕНТОВ

В предисловии к 8-й редакции атласа диабета (IDF Diabetes atlas) Шаукат Садикот (Shaukat Sadikot, президент Международной федерации диабета в 2016–2017 гг.) подчеркнул, что это заболевание представляет собой не только серьезную угрозу здоровью, но и глобальную общественную катастрофу [1]. По данным IDF, с 2013 по 2017 г. количество пациентов с сахарным диабетом (СД) увеличилось с 382 до 425 млн человек, а процент не диагностированных – с 45,8 до 50 [1, 2]. Прогнозы также неутешительны: ожидается, что при текущих тенденциях число больных СД возрастет почти в 1,5 раза к 2045 г. и достигнет 629 млн человек [1]. Для улучшения сложившейся ситуации необходимо повышать эффективность управления СД, одну из ключевых ролей в котором играет самостоятельное измерение пациентами уровня глюкозы в крови [3].

В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ – САМОКОНТРОЛЬ

Регулярное определение гликемии способствует профилактике ранних и отсроченных осложнений СД, уменьшению уровня инвалидизации и смертности, сохранению работоспособности и улучшению качества жизни пациентов [4, 5]. Результаты измерения уровня глюкозы в крови с помощью портативных глюкометров (ПГ) служат для врача основным источником информации для принятия медицинских решений о вмешательстве в тактику ведения пациентов с СД, их дополнительном обучении [6, 7]. Все это делает выбор конкретной модели ПГ ответственным мероприятием, ведь от технических характеристик устройства зависит достоверность получаемых показаний, непосредственно влия-

ющих на безопасность и эффективность действий врача и пациента и в конечном счете прогноз заболевания [6, 7].

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ГЛЮКОМЕТРА

Очевидно, в числе основных требований к системам мониторинга гликемии – точность измерения [8, 9]. Также трудно переоценить значимость простоты и удобства использования ПГ, которые влияют на приверженность пациентов регулярному определению уровня глюкозы в крови [8–10]. Чтобы представить себе важность этих параметров, достаточно приблизительного расчета объема манипуляций самоконтроля. По данным федерального регистра СД, в РФ на окончание 2016 г. состояло на диспансерном учете

4,35 млн человек [3]. Рекомендуемая частота измерения гликемии варьируется от нескольких раз в день в дебюте заболевания до 1 раза в неделю; в качестве среднего значения можно взять 4 раза в сутки [3]. Нетрудно подсчитать, что пациенты с СД в РФ должны проводить порядка 17 млн процедур определения уровня глюкозы в крови ежедневно.

СООТВЕТСТВИЕ ПО ВСЕМ ПУНКТАМ

Один из способов обеспечить сочетание точности, простоты и удобства использования ПГ – избавить пользователя от необходимости кодирования прибора [6, 7, 11]. Автоматическое кодирование упрощает настройку глюкометра и предотвращает получение неточных результатов из-за неправильных действий при установке кода ТП [12]. В качестве примера устройства, отвечающего перечисленным критериям, можно привести инновационную систему мониторинга гликемии Контур Плюс (Contour Plus) производства компании Ascensia Diabetes Care*.

ТОЧНОСТЬ – ВЫСШИЙ ПРИОРИТЕТ

Контур Плюс создан с применением технологии «Без кодирования», благодаря которой он кодируется автоматически и код ТП не надо вводить вручную, что позволяет предотвратить получение неточных результатов из-за неправильных действий пациента [12].

* Компания Ascensia Diabetes Care была образована в 2016 г. в результате приобретения подразделения Bayer Diabetes Care компанией Panasonic Healthcare Holdings.

Для исключения интерферирующих сигналов и компенсации потенциальных ошибок, обусловленных влиянием факторов окружающей среды, используется мультиимпульсная технология. Она предусматривает многократную оценку образца крови несколькими электрическими импульсами. Каждый раз измеряется возвратный сигнал, полученные данные обрабатываются с помощью специального патентованного алгоритма, выделяющего сигнал от глюкозы.

Для повышения избирательности и минимизации погрешностей, связанных с условиями хранения и интерферирующими субстанциями, в ТП используются новый патентованный медиатор, передающий электрический потенциал на электрод, и фермент флавинадениндинуклеотид-глюкозодегидрогеназа (ФАД-ГДГ). Это обеспечивает устойчивость к действию неглюкозных сахаров (за исключением ксилитозы), кислорода, парацетамола, аскорбиновой и ацетилсалициловой кислот. Специальный электрод определяет гематокрит для внесения необходимых соответствующих корректировок в показания устройства.

ПРОВЕРКА ПРАКТИКОЙ

Результат сочетания инновационных разработок – высокая степень близости результатов, которые дает глюкометр Контур Плюс, и эталонных значений, полученных референтным** (лабораторным) методом измерения. Аналитическая точность устройства полностью соответствует актуальным требованиям стандарта ISO 15197:2013 «Системы для диагностики *in vitro*. Требования к системам мониторинга уровня глюкозы в крови для самоконтроля при лечении сахарного диабета» и даже превосходит их [13]. Согласно резуль-

татам лабораторного исследования 100% получаемых с помощью Контур Плюс показаний находятся в пределах установленных диапазонов значений гликемии ($\pm 15\%$ и $\pm 0,83$ ммоль/л для уровней глюкозы в крови $\geq 5,6$ и $5,6$ ммоль/л соответственно) и в зоне А согласительной решетки ошибок Паркса [13].

Высокие потребительские характеристики Контур Плюс обеспечили ему преимущество в сравнительном исследовании, где оценивалась чувствительность точности глюкометров Accu-Chek Active, Accu-Chek Performa, Contour Plus и OneTouch Select Simple к потенциальным ошибкам, обусловленным человеческим фактором [14]. Для каждой системы мониторинга было произведено 300 измерений гликемии: 100 выполнили обычные пользователи (группа 1), 200 – специально обученный персонал (группа 2). Полученные данные свидетельствуют о том, что лучшие результаты по точности определения уровня глюкозы в крови участниками 1-й группы продемонстрировал глюкометр Контур Плюс [14].

ЗАБОТА О ПАЦИЕНТАХ

Для повышения удобства использования в Контуре Плюс применяется технология «Второй шанс». Она позволяет добавлять на ТП кровь из той же капли, не делая еще один прокол, и это никак не отражается на точности измерений. После нанесения тестируемого образца на ТП –

для чего надо лишь коснуться ее заборным концом капли крови, которая втянется сама за счет силы капиллярного всасывания, – Контур Плюс тут же оценит, достаточен ли объем для корректного тестирования. Если нет – глюкометр дважды издаст звуковой сигнал, а на экране появится изображение недозаполненной ТП: теперь на дополнительное нанесение крови у пациента есть 30 секунд. Кстати, объем образца, необходимый для проведения тестирования, составляет всего 0,6 мкл.

Контур Плюс имеет 2 режима работы. В первом (базовый – L1, включен изначально) доступны краткие сведения о повышенных и пониженных значениях гликемии за 7 дней и средняя величина за 14 дней. Во втором (расширенный – L2) добавляются средние показатели гликемии за неделю и месяц, метки «До еды» и «После еды», средние значения до и после еды за 30 дней. Предусмотрена и возможность установки личных настроек высоких и низких значений, напоминаний о проведении тестирования через разные промежутки времени (от 1 до 2,5 часа с шагом 30 минут). В памяти устройства может храниться 480 результатов измерений. С помощью дополнительного программного обеспечения «ГлюкоКонтро» (не входит в комплект) данные при необходимости синхронизируются с ПК, что позволяет вести электронный дневник самоконтроля гликемии.

ИСТОЧНИКИ

1. IDF diabetes atlas (8th edition).
2. IDF diabetes atlas (6th edition).
3. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. Дедова И.И., Шестаковой М.В., Майорова А.Ю. (8-й выпуск). Сахарный диабет, 2017, 20 (1S): 1–112.
4. Stratton IM et al. BMJ, 2000 Aug 12, 321 (7258): 405–412.
5. Radermecker RP et al. Rev Med Liege, 2008 Jul-Aug, 63 (7-8): 511–518.
6. Светлова О.В., Гурьева И.В. Медицинский совет, 2015, 7: 48–50.
7. Никонова Т.В. Эндокринология, 2014, 20: 48–51.

8. Подачина С.В. Медицинский совет, 2015, 2: 63–65.
9. Мкртумян А.М., Соловьева И.В. Медицинский совет, 2017, 12: 170–174.
10. Ong WM, Chua SS, Ng CJ. Patient Preference Adherence, 2014 Feb 15, 8: 237–246.
11. Мамедов М.Н. Медицинский совет, 2016, 3: 95–98.
12. Frank J et al. J Diabetes Sci Technol, 2011 Jan 1, 5 (1): 198–205.
13. Caswell M et al. Diabetes Technol Ther, 2015 Mar, 17 (3): 152–158.
14. Freckmann G et al. Diabetes Technol Ther, 2017 Apr, 19 (4): 246–254.

** Референтный метод – определение гликемии при помощи анализатора YSI 2300 STAT Plus (YSI Life Sciences, Inc., Yellow Springs, OH).

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С РУКОВОДСТВОМ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!
23-25 октября 2018 года состоится

XVII РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

«Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»



На Конгрессе будет работать тематическая выставка, в которой примут участие ведущие российские и зарубежные компании, действующие на фармацевтическом рынке, в области медицинской техники и детского питания, будут представлены новые лекарственные препараты, биологические активные добавки, современные нутрициологические средства, новейшее лабораторное, диагностическое и лечебное оборудование.

Организаторы конгресса:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н.И. Пирогова
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ им. академика Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ
АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ РОССИИ
ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ
ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
СОЮЗ ДЕТСКИХ АЛЛЕРГОЛОГОВ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ РАМН

Это одно из важнейших событий года в жизни педиатрической общности страны. Конгресс вносит достойный вклад в решение проблемы повышения квалификации детских врачей и других специалистов, работающих в области охраны здоровья детей.

Научно-практические симпозиумы, семинары, школы, круглые столы и дискуссии будут посвящены актуальным проблемам и новейшим достижениям в диагностике и лечении в различных разделах педиатрии: аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, вакцинопрофилактике, эндокринологии, кардиологии, генетическим заболеваниям, неврологии, нефрологии, неонатологии, нутрициологии, пульмонологии, экзопатологии.

Научная программа будет содержать результаты последних научных достижений в диагностике, лечении и профилактике наиболее распространенных болезней детского возраста.

В рамках Конгресса будут проведены мероприятия для молодых ученых: конференция «Таболкинские чтения» и Конкурс молодых ученых по специальностям педиатрия и стоматология с вручением дипломов.

Российский Конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» участвует в программе непрерывного медицинского образования. Для достижения образовательных целей программа сбалансирована по времени и содержит мультимедийные презентации, интерактивные лекции, дискуссии, «круглые столы», сессии «вопрос-ответ» и клинические разборы. По завершению проводится тестирование, по результатам которого будут выдаваться сертификаты НМО.

Прием тезисов до 20 июня 2018 года.

2018
Москва, 23-25 октября

СЕКРЕТАРИАТ ОРГКОМИТЕТА:

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2,

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии

Оргкомитет XVII Российского Конгресса

«Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Тел.: +7 (926) 525-16-82, E-mail: congress@pedklin.ru, www.congress2018.pedklin.ru

3 менеджмент

14.04.03. Организация фармацевтического дела



МЕНЕДЖМЕНТ

Схемы разделения рисков, основанные на результативности применения лекарственных препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза: зарубежный опыт и возможности его использования в России

А.Г. ТОЛКУШИН¹, М.Э. ХОЛОВНЯ-ВОЛОСКОВА¹, Д.А. АНДРЕЕВ¹, Н.В. ХАЧАНОВА, Т.Н. ЕРМОЛАЕВА¹,
М.В. ДАВЫДОВСКАЯ^{1, 2}, К.А. КОКУШКИН¹

¹ Центр клинических исследований и оценки медицинских технологий Департамента здравоохранения г. Москвы

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России

10.21518 / 1561-5936-2018-4-40-47

Схемы разделения рисков, основанные на результативности применения лекарственных препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РОССИИ

В статье представлен опыт внедрения в Великобритании и США схем разделения рисков (СРР) при обеспечении пациентов препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС). Авторами проведена оценка возможности использования некоторых компонентов зарубежных СРР на территории России. В частности, предложено использовать конкретные критерии результативности ПИТРС, которые отслеживали в рамках СРР на территории США (факт обострения рассеянного склероза, отказ от продолжения терапии и т.п.), а также внедрять СРР посредством издания распорядительного документа, как это было сделано Департаментом здравоохранения Англии.

Ключевые слова: *схемы разделения рисков (СРР), инновационные методы лекарственного обеспечения (ИМЛО), препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС)*

SUMMARY

Keywords: *risk sharing schemes (RSSs), innovative methods of pharmacological support (IMPS), multiple sclerosis disease modifying drugs (MSDMD)*

The article presents the experience of introducing risk-sharing schemes (RSSs) in the UK and the US, while providing patients with multiple sclerosis disease modifying drugs (MSDMD). The authors assessed the possibility of using some elements of foreign RSSs on the territory of Russia. In particular, it was suggested to use specific criteria for evaluating the cost-effectiveness of the MSDMD, which were tracked within the framework of the RSSs in the USA (the fact of aggravation of multiple sclerosis, refusal to continue therapy, etc.), and to introduce the RSSs by issuing an administrative document, as was done by the UK Health Department.

A.G. TOLKUSHIN¹, M.E. KHOLOVNYA-VOLOSKOVA¹, D.A. ANDREEV¹, N.V. KHACHANOVA, T.N. ERMOLAEVA¹, M.V. DAVYDOVSKAYA^{1, 2}, K.A. KOKUSHKIN¹

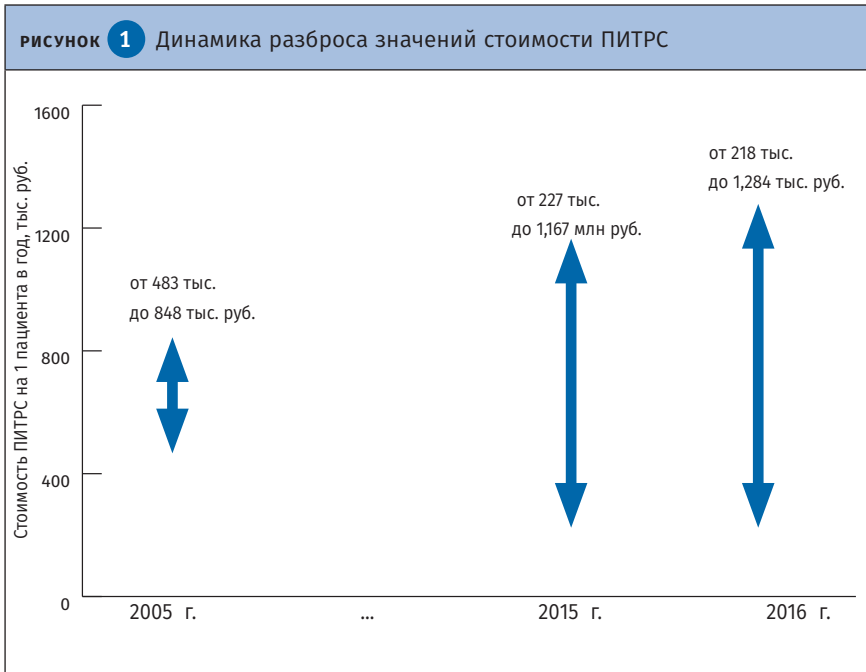
¹ Center for Clinical Research and Evaluation of Medical Technologies of the Moscow Healthcare Department

² N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of Russia, Moscow

RISK SHARING SCHEMES BASED ON COST-EFFECTIVENESS OF MULTIPLE SCLEROSIS DISEASE MODIFYING DRUGS: FOREIGN EXPERIENCE AND THE POSSIBILITIES OF ITS USE IN RUSSIA

ВВЕДЕНИЕ

Стоимость лечения современными ПИТРС одного пациента в год в России, по данным проведенных фармакоэкономических исследований, в 2005 г. варьировала в пределах от 483 до 848 тыс. руб. [1], а с выходом новых молекул и воспроизведенных копий референтных лекарственных препаратов разброс стоимости лечения ПИТРС постепенно увеличивался и в 2015 г. составил от 227 тыс. до 1,167 млн руб. [2], а в 2016 г. – от 218 тыс. до 1,284 млн руб. (рис. 1) [3]. Воспроизведенные копии обычно дешевле оригинальных препаратов, а новые молекулы обычно дороже терапевтических аналогов, что, вероятно, компенсируется их дополнительной терапевтической ценностью.



С целью повышения ценовой доступности лекарственных препаратов могут быть использованы меры государственного регулирования цен, проведены переговоры с производителем о снижении цены, а также заключены соглашения о СРР между производителями (поставщиками) лекарственных препаратов и плательщиками (администраторами и распорядителями бюджетных средств). СРР находят все большее применение в случаях появления новых медицинских технологий, которые требуют от плательщика дополнительных расходов. Выбор типа СРР зависит от конкретного лекарственного препарата или терапевтической области, а также от возможностей и приоритетов плательщика и производителя лекарственного препарата [4].

СРР можно классифицировать на следующие типы: финансово-ориентированные и клинически-ориентированные, индивидуальные и популяционные [5], результат-ориентированные и ориентированные на подкрепление принятого решения [6], а также на охват-ориентированные и ориентированные на получение доказательств эффективности препарата в реальной клинической практике [7].

Следует отметить, что СРР являются одними из наиболее сложных форм соглашений как для производителя, так и для плательщика (рис. 2) [8].

Несмотря на сложности, целесообразность внедрения СРР для повышения доступности инновационных высокоэффективных лекарственных препаратов уже осознана

как за рубежом, где СРР действуют долгое время, начиная с 1996–1997 гг., так и в России. В частности, в 2015 г. в рамках модернизации системы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан были инициированы пилотные проекты в трех субъектах РФ: Москве, Московской области и Калужской области [9], а также было дано распоряжение «о разработке новых механизмов закупки лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд», которые в том числе «предусматривают определение объема платежей за лекарственный препарат с учетом результата лечения». В список заболеваний, для которых разрабатывались СРР в рамках пилотного проекта, был включен рассеянный склероз.

В отношении СРР для обеспечения ПИТРС накоплен определенный зарубежный опыт, который может быть учтен при разработке и выборе наиболее разумной схемы лекарственного обеспечения.

Целью настоящей работы являлось определение возможностей и ограничений СРР, применявшихся ранее при обеспечении пациентов ПИТРС,



и оценка возможности использования компонентов зарубежных моделей СРР на территории России.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен научный информационный поиск в базах данных PubMed, Elibrary.ru, а также в поисковых системах Google и Yandex. Использовали ключевые слова «схемы разделения рисков», «соглашения о разделении рисков», «рассеянный склероз», «препараты, изменяющие течение рассеянного склероза», а также «risk-sharing schemes», «risk-sharing agreements», «multiple sclerosis», «disease-modifying drugs».

На основании найденных публикаций описывали опыт применения СРР для ПИТРС в мире. При анализе найденных публикаций использовали методы структурно-логического и сравнительного анализа, а также метод хронологических последовательностей.

Описанный опыт применения СРР критически оценивали на предмет возможности адаптации и внедрения элементов СРР на территории РФ. Принимая во внимание особенности нормативно-правового регулирования функционирования системы государственных закупок лекарственных препаратов, разработали алгоритм применения СРР на территории РФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мониторинг СРР в мире ведет Вашингтонский университет, который аккумулировал информацию о более чем 437 СРР за период с 1993 по 2016 г. [10]. Количество заключенных соглашений о СРР стремительно увеличивается. Более половины СРР уже завершены, и имеется возможность оценить их итоги. Наиболее часто соглашения о СРР заключались для онкологических лекарственных препаратов. ПИТРС были предметом в нескольких соглашениях по СРР. В результате информационного поиска выявлена крупная СРР на национальном уровне в Великобритании, а также локальные СРР со страховыми компаниями в США. Богатый опыт других стран

в сфере СРР не касался применения ПИТРС.

ОПЫТ ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Одна из первых СРР для закупки ПИТРС была внедрена в Великобритании в 2002 г.

К основным предпосылкам разработки СРР для ПИТРС в Великобритании относится Заключение Национального института по оценке медицинских технологий NICE (National Institute for Clinical Excellence – Национальный институт клинического совершенствования) №ТА32 от 23 января 2002 г. «Бета интерферон и глатирамера ацетат для лечения рассеянного склероза», в котором было указано:

«После рассмотрения всех доказательств, включая позицию и опыт пациентов, NICE заключает следующее:

- Применение этих препаратов в настоящее время неоправданно с точки зрения выгоды и затрат.

- Пациенты, принимавшие эти лекарственные препараты ранее, должны иметь возможность продолжить лечение в соответствии с клиническими руководствами.

- Органам управления здравоохранением (Департаменту здравоохранения Англии и Национальной ассамблее Уэльса), а также производителям бета-интерферона и глатирамера ацетата предлагается рассмотреть вопрос о возможных мерах, направленных на предоставление препаратов государственному плательщику NHS (National Health Service – Национальное агентство медицинских услуг) таким образом, чтобы это было экономически выгодным» [11].

Департамент здравоохранения Англии своевременно отреагировал на рекомендацию NICE и 4 февраля 2002 г. издал Распоряжение (Циркуляр для подведомственных учреждений) № 2002/004 «Затратно-эффективное обеспечение пациентов с рассеянным склерозом препаратами, изменяющими его течение». В соответствии с этим Распоряжением доступные на тот момент времени ПИТРС (интерферон бета-1а (Авонекс, Ребиф),

интерферон бета-1b (Ребиф) и глатирамера ацетат (Копаксон)) могут предоставляться за счет NHS всем пациентам, которые имеют соответствующие показания для назначения, по фиксированным ценам: 8 502, 7 259, 5 823, 7 513 и 8 942 фунтов стерлингов в год для Авонекса, Бетаферона, Копаксона, Ребифа 22 и Ребифа 44 соответственно. Цены препаратов могли меняться при отсутствии целевого результата терапии. Производителям указанных препаратов было предложено добровольно присоединиться к СРР. В дальнейшем цены препаратов могли быть откорректированы на основании результатов, получаемых с помощью прогностической фармакоэкономической модели. Регулярность пересмотра составляла 2 года. Программа СРР была рассчитана на 10 лет. Пороговое значение ICER (incremental cost-effectiveness ratio – отношение дополнительных затрат к дополнительной эффективности), превышение которого привело бы к пересмотру цен препаратов, было определено на уровне 36 000 фунтов стерлингов за единицу QALY (quality adjusted life year – год жизни с поправкой на качество жизни) [12].

В основу СРР был положен критерий затратной эффективности – ICER, выраженный в затратах на единицу QALY. ICER рассчитывали с применением прогностической фармакоэкономической модели течения рассеянного склероза Шеффилдской школы исследований, связанных со здоровьем (Sheffield School of Health and Related Research – ScHARR), во временном горизонте моделирования 20 лет [13, 14]. В качестве источников данных о качестве жизни пациентов и прямых медицинских затратах использовали опубликованные ранее исследования [15, 16]. Получаемые в ходе СРР результаты анализа клинических исходов и экономических затрат сравнивали с клиническими исходами и экономическими затратами, полученными ранее для когорты пациентов с рассеянным склерозом из канадского города Онтарио [17]. Первичные результаты

модели ScHARR продемонстрировали, что пороговое значение ICER во временном горизонте 10 и 15 лет не достигается, а начинает достигаться только в 20-летнем временном горизонте моделирования.

Одним из основных исходных параметров, влияющих на результат моделирования, который активно мониторировали в ходе реализации проекта CPP, являлся показатель Расширенной шкалы статуса инвалидности Курцке (Expanded Disability Status Scale – EDSS; от 0 до 10). Шкала EDSS широко применяется для оценки неврологического статуса пациентов с рассеянным склерозом [18].

Программа CPP была спланирована и проводилась как полноценное наблюдательное исследование, в которое специально были отобраны пациенты. Набор проходил с 2002 по 2005 г. За это время было отобрано более 5 тысяч пациентов. Предварительные результаты, опубликованные в 2007 г., показали, что базовые характеристики пациентов, включенных в CPP, сходны с теми, которые были описаны в регистрационных контролируемых клинических исследованиях лекарственных препаратов, которые вошли в CPP. При этом уже на этом этапе авторы выявили сложности в проведении анализа данных, а также политические и коммерческие конфликты интересов [19].

В результате оценки двухлетних результатов внедрения проекта CPP при закупках ПИТРС в Великобритании (в 2009 г.) было установлено, что прогрессирование инвалидности было хуже прогнозируемого и хуже, чем в группе исторического контроля, что, вероятно, обусловлено неопределенностью долгосрочного прогноза на основании краткосрочных данных. Авторами было сделано заключение о преждевременности пересмотра цен ПИТРС, а также отмечены методологические и организационные проблемы в реализации проекта CPP [20].

Данная CPP подвергалась жесткой критике с момента ее запуска. В 2003 г. некоторые авторы называли эту программу «не слишком хорошей

идеей» [21], в 2010 г. – «дорогостоящим провалом» [22]. В результате обобщения критических замечаний были определены недостатки данной CPP, которые следует учитывать в дальнейшем. К ним отнесли [23, 24]:

1. Ограничения и допущения фармакоэкономической модели:

1.1. Невозможность полного отображения течения, исходов рассеянного склероза и качества жизни только на основании шкалы EDSS.

1.2. Значимое влияние на результаты моделирования допущений о будущем уровне дисконтирования.

1.3. Отсутствие учета применения других лекарственных препаратов (например, азатиоприна).

1.4. Модель не учитывает в полной мере вероятность прекращения терапии из-за нежелательных побочных реакций.

2. Продолжительность наблюдения:

2.1. В течение 10 лет бета-интерфероны и глатирамера ацетат могут быть вытеснены новыми лекарственными препаратами, что может поставить под сомнение программу CPP в целом.

3. Финансирование и администрирование:

3.1. Фонды медицинской помощи не получили дополнительного финансирования.

3.2. ЛПУ также не получили дополнительного финансирования на покрытие административных расходов на дополнительное консультирование пациентов и заполнение отчетных форм.

3.3. Отсутствие необходимой инфраструктуры, среднего медицинского персонала.

При углубленном анализе фармакоэкономической модели ScHARR (в 2014 г.) были выявлены основные причины возникновения неопределенности и методологические недостатки. Была усовершенствована и уточнена методика моделирования, стратифицированы сопоставимые когорты пациентов в группах

кроме того...

Казанский университет запустит производство фарм субстанций совместно с Ferring

В ходе визита президента Татарстана Рустама Минниханова в Женеву достигнуты договоренности о запуске в Казани производства активных фармацевтических субстанций, в том числе субстанций препаратов. Предусмотренный договоренностью проект «Север» включает создание производства активных фармацевтических субстанций методами ферментативного и органического синтеза, оснащение производственного центра как лабораторным, так и опытно-промышленным оборудованием. Партнерами, реализующими договоренности, выступают фармацевтическая компания Ferring и Казанский федеральный университет. Первые партии фармацевтической продукции будут выпущены в 2021–2022 годах. В Татарстане Ferring представлена компанией «Нанофарма-Девелопмент». Во второй половине 2017 года здесь было начато промышленное производство препаратов для нужд трансплантологии и лечения миеломы.

Заболеваемость ВИЧ в России продолжает расти

В 2017 году в России было выявлено 88,6 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции. По данным Росстата, этот показатель оказался рекордным за 10-летний период наблюдения за эпидемиологией по данному заболеванию. По сравнению с 2010 г., когда в стране было зарегистрировано 57,2 новых случаев ВИЧ, заболеваемость увеличилась более чем в полтора раза. Свыше половины вновь выявленных носителей вируса проживают в 13 субъектах РФ: Кемеровской, Свердловской, Новосибирской, Иркутской областях, Москве и Московской области, Пермском, Красноярском краях, Челябинской, Самарской областях, Санкт-Петербурге, Краснодарском крае, Республике Башкортостан. Общее число жителей России, инфицированных ВИЧ, приближается к 1 млн человек.

исторического контроля с естественным течением рассеянного склероза без ПИТРС и проспективно наблюдаемого инновационного вмешательства. Что касается методики моделирования, то было предложено заменить дискретную марковскую модель на континуальную; проведена ковариантная калибровка и визуальная математико-статистическая валидация. Обновленная фармакоэкономическая модель продемонстрировала относительно более благоприятный исход применения ПИТРС в рамках СРР уже в краткосрочной перспективе и была использована в дальнейшем для оценки результатов СРР с целью возможного пересмотра цен применяемых ПИТРС на основании данных четырехлетнего и шестилетнего наблюдения [25].

При анализе данных четырехлетнего и шестилетнего наблюдения (2015 г.) как с применением усовершенствованной континуальной марковской модели, так и с использованием поливариантного статистического моделирования получены сходные результаты: интерферон-бета и глатирамера ацетат приводят к замедлению прогрессирования инвалидности при ремитирующем рассеянном склерозе (на 24–40%) и являются экономически эффективными (при использовании цен,

установленных в Великобритании, целевого порогового значения ICER в 36 000 фунтов стерлингов за QALY и горизонта моделирования 20 лет). В целом результаты поливариантного статистического моделирования отражали более четкую взаимосвязь между наблюдаемыми и прогнозируемыми значениями QALY и EDSS и более благоприятные результаты, чем марковское моделирование, результаты которого едва перекрывали целевое пороговое значение ICER [26].

В 2017 г. британские эксперты на основании полученных обновленных данных пересмотрели результаты оценки медицинских технологий по бета-интерферонам и глатирамера ацетату и заключили следующее: ПИТРС являются клинически эффективными для терапии как ремитирующего рассеянного склероза, так и клинически изолированного синдрома, но затратно-эффективными (рентабельными) – только для терапии клинически изолированного синдрома.

Как результаты рандомизированных клинических исследований, так и данные СРР подвержены значительному влиянию отклонений исходных данных.

Пегилированный интерферон бета-1 (125 мкг) является наиболее рента-

бельным ПИТРС (ICER 7 000 фунтов стерлингов за QALY), но глатирамера ацетат (20 мг) является наиболее рентабельным вариантом терапии клинически изолированного синдрома (ICER 16 500 фунтов стерлингов за QALY) [27].

Приведенный опыт Великобритании в отношении применения ПИТРС представляет собой пример сочетания крупнейшего проспективного наблюдательного (обсервационного) исследования реальной клинической практики и современного фармакоэкономического моделирования в рамках СРР, пример влияния оценки медицинских технологий на принятие государственных решений на национальном уровне (рис. 3).

ОПЫТ США

В США, в отличие от Великобритании, опыт внедрения СРР, основанных на результатах терапии (outcomes-based contracts), в лекарственное обеспечение пациентов с рассеянным склерозом был сфокусирован преимущественно на соглашениях между производителями и частными медицинскими или страховыми компаниями.

Одной из первых таких СРР было соглашение между медицинской корпорацией Cigna и производителем лекарственного препарата Ребиф фармацевтической компанией EMD (Merck) Serono, подписанное в 2011 г. Скидка от цены препарата для плательщика зависела от приверженности пациентов к терапии, а также от наличия обострений рассеянного склероза, информация о которых была получена на основании мониторинга госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи [28, 29]. В 2017 г. Cigna получила награду Института управления ресурсами в сфере лекарственного обеспечения (pharmacy benefit management) за использование СРР и повышение терапевтической ценности лекарственных препаратов [30].

Несколько иные условия СРР были определены в соглашении между Merck Serono и страховым провайдером лекарственных препаратов

РИСУНОК 3 Хронология СРР применения ПИТРС в Великобритании



Prime Therapeutics PMB, вступившем в силу 1 января 2012 г. В соответствии с этим соглашением Serono обязывается выплачивать компенсацию компании Prime Therapeutics в случаях превышения определенной предельной средней суммы затрат на лечение, которую оплачивает страховщик (включая стоимость лекарственных препаратов и медицинских услуг), или когда приверженность к терапии ниже обозначенного в соглашении уровня [31, 32].

Условия соглашения, которое в 2015 г. компания «Новартис» заключила с медицинской страховой компанией Humana в отношении лекарственного препарата финголимод (Гилениа), не были представлены в доступных источниках информации [33].

Гибкую цену, которая зависит от частоты развития обострений рассеянного склероза, и дополнительную скидку при прерывании применения препарата в течение первых недель терапии предложила компания Biogen в рамках соглашений с компанией – провайдером лекарственных препаратов Abarca и компаниями – администраторами здравоохранения в некоторых штатах (Harvard Pilgrim Health Care, SelectHealth и Moda Health). Соглашения были заключены в 2017 г. и касались продуктов компании Biogen, таких как диметилфумарат (Текфидера), интерферон бета-1а (Авонекс), пегинтерферон бета-1а (Плеgridи), натализумаб (Тизабри) [34, 35].

В целом в США наблюдается рост интереса к применению СРР. Каждая СРР представляет собой временное сотрудничество между заинтересованными сторонами для обеспечения доступа к лекарственному средству, дающее в то же время доказательств для углубленного понимания его клинической и экономической ценности [36].

Описанные случаи применения СРР представляют полезный опыт, который следует учитывать в дальнейшем при разработке инновационных методов лекарственного обеспечения. Некоторые элементы из пред-

ТАБЛИЦА ▶ Преимущества и возможные сложности внедрения СРР		
Субъект СРР	Преимущества	Сложности (риски)
Для плательщика	<ul style="list-style-type: none"> экономия бюджета, оплата за конкретный достигнутый результат лечения 	<ul style="list-style-type: none"> необходимость разработки и согласования СРР, необходимость мониторинга результата лечения
Для производителя ЛП	<ul style="list-style-type: none"> ранний выход на рынок (market access), прозрачные правила игры, возможность продемонстрировать результат ЛП 	риск снижения цены при неэффективности ЛП

ставленных СРР могут быть адаптированы и использованы на территории Российской Федерации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Инновационные модели лекарственного обеспечения, основанные на результативности терапии, включая СРР, создают ряд весомых преимуществ как для плательщиков, так и для производителей инновационных лекарственных препаратов, которые компенсируют временные сложности и возможные будущие риски (табл.).

Одним из направлений минимизации возможных сложностей является использование опыта, накопленного в зарубежных странах, как на этапе разработки СРР, так и на этапе их внедрения.

На этапе *разработки* СРР важно выделить критерии результативности применения лекарственных препаратов, а также определить методы и механизмы мониторинга этих критериев, установить компенсационные санкции в случае недостаточной эффективности лекарственного препарата.

Критерии результативности применения ПИТРС в реальной клинической практике, отмеченные в СРР в Великобритании и США, включали: изменение по шкале EDSS, результаты фармакоэкономического моделирования (ICER, QALY), полученные на основании изменения по шкале EDSS, факт прогрессирования, факт

обострения, отказ от продолжения терапии, госпитализацию или вызов СМП по причине обострения рассеянного склероза. Такие критерии результативности, как изменение по шкале EDSS и результаты фармакоэкономического моделирования, как показал опыт Великобритании, сложно мониторить и оценивать однозначно. В отношении компенсационных санкций опыт Великобритании также оказался недостаточно эффективным. Представленные в СРР в США критерии результативности терапии (факт обострения, отказа от продолжения терапии и т.п.) конкретны, что позволяет эффективно контролировать эти критерии в рутинной практике. В отношении компенсационных санкций опыт США также был более конкретным и эффективным, чем опыт Великобритании. Если в Великобритании пересмотр цен лекарственных препаратов зависел от порогового значения ICER, то в США была определена конкретная скидка от цены в случае недостаточной эффективности.

Выбор наиболее объективного и в то же время воспроизводимого в рутинной клинической практике критерия результативности терапии во многом обеспечивает выполнимость данного конкретного СРР.

На этапе *внедрения* СРР важно учесть особенности существующей системы закупки лекарственных препаратов.

В соответствии с действующим в настоящее время российским законодательством заключение государственных контрактов или иных соглашений между производителями лекарственных препаратов и государственными плательщиками на условиях возврата части уплаченных или не уплаченных бюджетных средств либо возмещения в натуральном эквиваленте объемом лекарственных препаратов, передаваемых безвозмездно, с целью компенсации отсутствия ожидаемого эффекта лечения у части пациентов невозможно или резко ограничено. Поставка лекарственных препаратов для государственных и муниципальных нужд должна осуществляться посредством специальной процедуры размещения государственного заказа [37]. Иные соглашения, которые не регулируются законодательством, запрещены в силу запретительного характера административного права – «запрещено все, что напрямую не разрешено законом» [38]. Эти ограничения не затрагивают сферы применения гражданско-правовых норм, которые регулируют деятельность негосударственных хозяйствующих субъектов и предпринимателей и имеют разрешительный характер – «разрешено все, что не запрещено». К примеру, частные страховые компании и медицинские учреждения имеют право заключать любые сделки, не запрещенные законом.

Таким образом, опыт внедрения СРР для ПИТРС в США может быть использован в качестве примера российскими негосударственными компаниями. В частности, одной из первых компаний, которая начала внедрение СРР в рамках пилотного проекта, является ГК «Медси» [39]. Данный пилотный проект затронет в первую очередь лекарственное обеспечение больных хроническим вирусным гепатитом С. Обеспечение ПИТРС может стать возможным перспективным направлением.

При внедрении СРР на уровне государственных закупок лекарственных препаратов может оказаться полезным опыт Великобритании, а именно издание ведомственного норматив-

но-правового акта (распоряжения, циркуляра) Департаментом здравоохранения Англии с условиями и деталями СРР без непосредственного заключения соглашения между поставщиками (производителями) лекарственных препаратов и плательщиком (NHS). В соответствии с этим распоряжением поставщикам было предложено присоединиться к СРР добровольно. Для определения деталей механизма внедрения СРР в рамках действующего российского законодательства (например, таких как учет результативности терапии при определении начальной максимальной цены контракта на этапе планирования очередного электронного аукциона на закупку лекарственного препарата; пересмотр условий госконтракта по соглашению сторон на основе оценки результативности терапии; разделение процесса закупки лекарственных препаратов и процесса компенсации стоимости случаев неблагоприятных исходов) необходимо провести тщательный анализ нормативно-правового регулирования.

Перед тем как приступить к разработке конкретной СРР, следует проделать предварительную работу, направленную на установление лекарственных препаратов, при обеспечении которыми целесообразно и обоснованно использование СРР. На предварительном этапе разработки СРР может быть проведена комплексная оценка, в том числе с использованием методологии фармакоэкономического анализа, а также могут быть определены цены, показатели ценности и равновесное соотношение цен и показателей ценности рассматри-

ваемых лекарственных препаратов. Таким образом, перед разработкой СРР следует установить предельный размер суммы затрат бюджета, которая может быть выделена для финансирования лекарственного обеспечения целевой популяции пациентов для достижения ожидаемой результативности лекарственной терапии.

ВЫВОДЫ

1. Преимущества, получаемые в результате внедрения СРР, превосходят возможные сложности.
2. На предварительном этапе, перед разработкой и внедрением СРР, в результате комплексной оценки необходимо получить обоснованный ответ о выборе лекарственного препарата, почему именно этот лекарственный препарат следует выбрать для СРР, какова его стоимость (затратность) и результативность (ценность).

3. При разработке и внедрении СРР для обеспечения ПИТРС на территории России может быть использован зарубежный опыт:

На этапе разработки при определении критериев результативности терапии рассеянного склероза, методов их оценки и мониторинга, временных интервалов и размеров компенсаций в случае неблагоприятных исходов может быть применен опыт США.

На этапе внедрения – опыт Великобритании: издание распорядительного открытого ведомственного нормативно-правового акта (приказа, циркуляра, распоряжения) с детальным описанием СРР.



ИСТОЧНИКИ

1. Толкушин А.Г. Сравнительное фармакоэкономическое исследование препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (Авонекс, Бетаферон, Ребиф, Копаксон). Фармакоэкономика, 2008, 1: 18–21.
2. Мкртчян В.Р., Брылев Л.В., Давыдова О.В. и др. Фармакоэкономический анализ применения лекарственных средств первой и второй линии в лечении рассеянного склероза. Неврология, нейропсихиатрия,

психосоматика, 2015, 7 (3): 35–39.

3. Евдошенко Е.П., Солонун И.Ю., Башлакова Е.Е., Холвня М.А. Анализ влияния предлагаемого включения препарата терифлуноид (абаджио) в программу «7 высокочастотных нозологий» на бюджеты федеральных и региональных органов государственной власти РФ в сфере охраны здоровья для обеспечения лиц, больных РС. Фармакоэкономика: теория и практика, 2016, 4 (2): 5–9.

4. Борковски Л., Солодун И.Ю., Холовня М.А., Евдошенко Е.П. Использование инструментов разделения рисков и процедур раннего доступа к лечению в Европейском союзе. Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2016, 9–10: 3–8.
5. Попович Л.Д. Анализ мирового опыта внедрения моделей разделения рисков (Risk-sharing schemes) для повышения доступности инновационной лекарственной терапии. Журнал Кремлевская медицина. Клинический вестник, 2013, 2: 8–14.
6. Мельникова Л.С., Федяев Д.В., Герасимова К.В. Инновационные методы лекарственного обеспечения: соглашения о разделении рисков. Злокачественные опухоли, 2016, 4 (спецвыпуск 1): 99–102.
7. Garrison LP Jr, Towse A, Briggs A, de Pouvourville G et al. Performance-based risk-sharing arrangements-good practices for design, implementation, and evaluation: report of the ISPOR good practices for performance-based risk-sharing arrangements task force. Value Health, 2013 Jul-Aug, 16 (5): 703–19.
8. Schuler Ch, Faulker LP. Pay For Play. The latest wrinkle in pharma contracting? Deals that share risks between manufacturers and payers and focus on patient outcomes. Here's a look at the state of the art – and what to expect as these deals gain traction. Pharmaceutical Executive, 2009 Jun 01. <http://www.pharmexec.com/pay-play-0? id=&sk=&date=&pageID=2>.
9. Распоряжение Правительства РФ от 30.01.2015 № 136-п «О реализации в 2015–2016 годах на территории Российской Федерации пилотных проектов, направленных на модернизацию системы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан».
10. Carlson JJ, Chen S, Garrison LP Jr. Performance-Based Risk-Sharing Arrangements: An Updated International Review. Pharmacoeconomics, 2017 Oct, 35 (10): 1063–1072.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Beta Interferon and Glatiramer Acetate for the Treatment of Multiple Sclerosis. Technology appraisal guidance TA32. 2002. URL: www.nice.org.uk/Guidance/TA32.
12. Department of Health. Cost Effective Provision of Disease Modifying Therapies for People with Multiple Sclerosis. HSC 2002/004. 2002. URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Healthserviceirculars/DH_4004332.
13. Tappenden P, Chilcot J, O'Hagan T, McCabe C et al. Cost Effectiveness of Beta Interferons and Glatiramer Acetate in the Management of Multiple Sclerosis: Final Report to the National Institute for Clinical Excellence. London: NICE. 2001. URL: www.nice.org.uk/guidance/ta32/resources/assessment-report-on-the-use-of-beta-interferon-and-glatiramer-acetate-for-multiple-sclerosis-scharr-report.
14. Chilcott J, McCabe C, Tappenden P, Cooper NJ, Abrams K, Claxton K. Modelling the cost-effectiveness of interferon beta and glatiramer acetate in the management of multiple sclerosis. BMJ, 2003, 326: 522–6.
15. Hemmett L, Holmes J, Barnes M, Russell N. What drives quality of life in multiple sclerosis? QJM, 2004, 97: 671–6.
16. Kobelt G, Lindgren P, Parkin D, Francis DA et al. Costs and quality of life in multiple sclerosis. A cross-sectional observational study in the UK. Scandinavian Working Papers in Economics. 2000. 35 p. <http://swopec.hhs.se/hastef/papers/hastef0398.pdf>.
17. Scalfari A, Neuhaus A, Degenhardt A, Rice GP et al. The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study 10: relapses and long-term disability. Brain, 2010, 133: 1914–29.
18. Бойко А.Н., Мугутдинова Б.Т., Гусев Е.И. Спектр нейropsychологических нарушений и прогноз течения заболевания на протяжении 5 лет у больных с типичным ремиттирующим рассеянным склерозом. Известия ДГПУ. Естественные и точные науки, 2014, 2 (27).
19. Pickin M, Cooper CL, Chater T, O'Hagan A, et al. The Multiple Sclerosis Risk Sharing Scheme Monitoring Study: yearly results and lessons for the future. BMC Neurol, 2009 Jan 6: 9–1.
20. Boggild M, Palace J, Barton P, Ben-Shlomo Y, Breggenzer T, Dobson C, et al. Multiple sclerosis risk sharing scheme: two year results of clinical cohort study with historical comparator. BMJ, 2009, 339: b4677.
21. Warlow C. Not such a bright idea: the UK risk sharing scheme for beta interferon and glatiramer acetate in multiple sclerosis. Pract Neurol, 2003, 3: 194–195.
22. Raftery J. Multiple sclerosis risk sharing scheme: A costly failure. BMJ, 2010, 340: 1672.
23. Sudlow S, Counsel C. Problems with UK government's risk sharing scheme for assessing drugs for multiple sclerosis. BMJ, 2003, 326: 288–92.
24. Adamski J, Godman B, Ofierska-Sujkowska G, Osińska B, et al. Risk sharing arrangements for pharmaceuticals: potential considerations and recommendations for European payers. BMC Health Serv Res, 2010 Jun 7, 10: 153.
25. Palace J, Breggenzer T, Tremlett H, et al. UK multiple sclerosis risk-sharing scheme: a new natural history dataset and an improved Markov model. BMJ Open, 2014, 4: e004073.
26. Palace J, Duddy M, Breggenzer T, Lawton M, Zhu F et al. Effectiveness and cost-effectiveness of interferon beta and glatiramer acetate in the UK Multiple Sclerosis Risk Sharing Scheme at 6 years: a clinical cohort study with natural history comparator. Lancet Neurol, 2015 May, 14 (5): 497–505.
27. Melendez-Torres GJ, Auguste P, Armoiry X, Maheswaran H et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of beta-interferon and glatiramer acetate for treating multiple sclerosis: systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess, 2017 Sep, 21 (52): 1–352.
28. Shearer L, Nayer, Vogenberg, Rubinstein. CIGNA Signs Outcomes-Based Contract That May Be First Deal for Specialty Drug. Specialty Pharmacy News, 2011 April, 8 (Issue 4). <https://aishealth.com/archive/nspn0411-01>.
29. Shearer Lindsay. CIGNA AND EMD SERONO TEAM TO FIGHT MULTIPLE SCLEROSIS UNDER FIRST OUTCOMES-BASED SPECIALTY MEDICATION CONTRACT (16 March 2011). <https://www.precigna.com/newsroom/news-releases/2011/cigna-and-emd-serono-team-to-fight-multiple-sclerosis-under-first-outcomes-based-specialty-medication-contract>.
30. Eldred Karen. CIGNA RECEIVES EXCELLENCE AWARD FOR USING OUTCOMES-BASED CONTRACTING AS A STRATEGY TO HELP MANAGE PRESCRIPTION DRUG COSTS (07 March 2017). <https://www.cigna.com/newsroom/news-releases/2017/cigna-receives-excellence-award-for-using-outcomes-based-contracting-as-a-strategy-to-help-manage-prescription-drug-costs>.
31. Hernandez Randi. Prime Therapeutics and EMD Serono Team Up for Outcomes-Based Rebate Project Specialty Pharmacy Times – March 08, 2012. <https://www.specialtypharmacytimes.com/news/prime-therapeutics-and-emd-serono-team-up-for-outcomes-based-rebate-project>.
32. Thelemann Sh. Prime Therapeutics Announces CareCentered Contract™ with EMD Serono, Inc. for MS Drug Rebif®. True outcomes-based assessment of Rebif within Prime's integrated model. Mar 07, 2012. <https://www.prnewswire.com/news-releases/prime-therapeutics-announces-carecentered-contract-with-emd-serono-inc-for-ms-drug-rebif-141779863.html>.
33. Roland D. Novartis looks at ways to win over health insurers. MarketWatch, 2015 July 10. Available at: <http://www.marketwatch.com/story/novartis-looks-at-ways-to-win-over-health-insurers-2015-07-10>.
34. Abarca Health Announces Innovative Value-Based Contract With Biogen For Multiple Sclerosis Therapies, 2017 Jul 28. <https://www.prnewswire.com/news-releases/abarc-health-announces-innovative-value-based-contract-with-biogen-for-multiple-sclerosis-therapies-300495968.html>.
35. Kelly Cathy. Biogen Ventures Into Value-Based Contracts In Multiple Sclerosis (10 Aug 2017) <https://pharmaintelligence.informa.com/resources/product-content/value-based-contracts>.
36. Yu JS, Chin L, Oh J, Farias J. Performance-Based Risk-Sharing Arrangements for Pharmaceutical Products in the United States: A Systematic Review. J Manag Care Spec Pharm, 2017 Oct 23, 10: 1028–1040.
37. Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
38. Мицкевич Л.А. Очерки теории административного права: современное наполнение. Монография. М.: «Издательство «Проспект», 2015. 285 с.
39. Иванова А. Клиники «Медси» вернут деньги пациентам, больным гепатитом С, если лечение им не поможет. Другие участники рынка пока не готовы к таким рискам. Ведомости, 07 февраля 2017 <https://www.vedomosti.ru/business/articles/2017/02/07/676432-kliniki-medsi>.

21-23 НОЯБРЯ 2018 ГОДА



- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Ассоциация анестезиологов-реаниматологов
- Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»
- Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»

XI ВСЕРОССИЙСКИЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

Москва, Площадь Европы, 2
«Рэдиссон Славянская» Гостиница и Деловой Центр

По традиции в конгрессе примут участие ведущие специалисты России, стран Европы, Азии, Америки.
В рамках конгресса будет предоставлена возможность ознакомиться с организацией деятельности профильных отделений ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»; состоится обсуждение клинических рекомендаций по ключевым проблемам анестезиологии и реаниматологии в акушерстве и неонатологии; будут проведены лекции, школы, круглые столы, мастер-классы, клинические разборы, обучающие семинары и тренинги.

В период работы конгресса планируется:

- Ежегодная конференция делегатов Общероссийской общественной организации содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»
- Рабочее совещание Комитета Ассоциации анестезиологов-реаниматологов России по анестезиологии-реаниматологии в акушерстве
- Конкурс молодых ученых и врачей-исследователей в области неонатологии, анестезиологии и реаниматологии
- Школа медицинских сестер – анестезистов в акушерстве
- Школа неонатальных медицинских сестер
- Курс «Обучай учителей»
- Школа WFSA «Основы лечения боли» (EPM)
- Специализированная выставочная экспозиция ведущих отечественных и зарубежных фармацевтических компаний

Документация по данному образовательному мероприятию представляется в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО.

Регистрационный взнос

До 21.08.2018	С 22.08.2018	Один день до 21.08.2018	Один день с 22.08.2018
4 500 руб.	3 000 руб.	2 500 руб.	3 000 руб.
Студенты	Школы медицинских сестер	Публикация дополнительного тезиса	
бесплатно	бесплатно	300 руб.	

М+Э МЕДИ Экспо Тел./факс: +7 (495) 721-88-66, e-mail: expo@mediexpo.ru

Реклама



Контакты:

ПО ВОПРОСАМ УЧАСТИЯ В НАУЧНОЙ ПРОГРАММЕ

Телефоны оргкомитета
+7 (495) 438-27-05, 438-25-00,
438-33-10, 438-23-88, 438-75-83

Неонатология:

Дегтярев Дмитрий Николаевич
d_degtyarev@oparina4.ru
Ионов Олег Вадимович
o_ionov@oparina4.ru

Анестезиология:

Пырегов Алексей Викторович
a_pyregov@oparina4.ru

По вопросам участия в конкурсе молодых ученых:

Зубков Виктор Васильевич
v_zubkov@oparina4.ru

По вопросам регистрации участников и получения тезисов:

Сизова Мария
reg@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (доб. 111)
моб.: +7 (929) 646-51-66

По вопросам бронирования гостиниц:

Лазарева Елена
hotel@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (доб. 119)
моб.: +7 (926) 095-29-02

По вопросам участия в выставке:

Терен Виолетта
Менеджер проекта
teren@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (доб. 106)
моб.: +7 (926) 611-23-75

Гудзь Екатерина

Менеджер по работе с клиентами
E-mail: ekaterina@mediexpo.ru
тел.: +7 (495) 721-88-66 (доб. 118)
моб.: +7 (926) 912-91-28

4 промышленность

14.02.03. Общественное здоровье и здравоохранение

14.04.03. Организация фармацевтического дела



ФАРМПРОМЫШЛЕННОСТЬ

- *Фармацевтическая промышленность за 2017 год*
- *Деловая активность предприятий фармпромышленности: рейтинг по объему активов за 2016 год*

МЕДТЕХНИКА+...

- *Деловая активность предприятий медпромышленности: рейтинг по объему чистой прибыли за 2016 год*
- *Финансовые результаты подотрасли «Производство облучающего и электротерапевтического оборудования»: 9 месяцев 2017 года*

Светлана РОМАНОВА, «Ремедиум»

10.21518 / 1561-5936-2018-4-50-54

Фармацевтическая промышленность за 2017 год

Анализ деятельности предприятий фармацевтической промышленности проведен по данным государственной статистической отчетности предприятий отрасли.

ВЫПУСК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Производство лекарственных препаратов (ЛП) по России за 2017 г. увеличилось по сравнению с предыдущим годом на 6,57% (все темпы роста производства рассчитаны по ценам соответствующих лет и представляют собой агрегатный индекс, являющийся произведением индексов объемов производства и цен на производимую продукцию) и составило 303,259 млрд руб. Анализ структуры выпуска ЛП предприятиями фармацевтической промышленности, проводимый в течение многих лет, показывает, что наибольший удельный вес в общем объеме выпуска составляет продукция предприятий, про-

изводящих преимущественно ЛС, – в среднем 90,5%, доля предприятий, выпускающих иммунобиологические препараты, – 7,5% и фармацевтические фабрики – 2,0%.

SUMMARY

Keywords: *medical industry, medical devices, enterprises, net profit, analysis, rating*

The rating was prepared using the state accounting data on about 50 profitable medical device manufacturers.

Svetlana ROMANOVA, Remedium.
BUSINESS ACTIVITY OF MEDICAL INDUSTRY ENTERPRISES: NET PROFIT RATING 2016

Ключевые слова:

фармацевтическая промышленность, медицинская промышленность, медицинская продукция, лекарственные средства, фармакотерапевтические группы, фармацевтические субстанции, анализ, показатели выпуска

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ПРОИЗВОДСТВА ЛП

Динамика и структура выпуска ЛП по федеральным округам России представлена в таблице 1 и на рисунке 1. Наибольший объем производства отмечался в Центральном федеральном округе – 165,912 млрд. руб., или 54,71% от общего по России объема. Значительную долю занимают

ТАБЛИЦА 1 Динамика выпуска ЛП по федеральным округам России

Наименование федеральных округов	Объем производства, млн руб.		Темп роста, %	Уд. вес от общего объема, %		Отклонение, пункты
	2016 г.	2017 г.		2016 г.	2017 г.	
Центральный федеральный округ	152491,858	165912,103	108,80	53,59	54,71	1,12
Северо-Западный федеральный округ	21098,170	19609,096	92,94	7,41	6,47	-0,95
Южный федеральный округ	1479,180	1627,106	110,00	0,52	0,54	0,02
Северо-Кавказский федеральный округ	3347,314	4296,653	128,36	1,18	1,42	0,24
Приволжский федеральный округ	60535,228	60185,787	99,42	21,27	19,85	-1,43
Уральский федеральный округ	20342,793	23196,298	114,03	7,15	7,65	0,50
Сибирский федеральный округ	22681,388	25826,468	113,87	7,97	8,52	0,55
Дальневосточный федеральный округ	2597,238	2605,393	100,31	0,91	0,86	-0,05
Всего по России:	284573,170	303258,905	106,57	100,00	100,00	0,00

также Приволжский федеральный округ – 60,186 млрд руб., или 19,85%, и Сибирский федеральный округ – 25,826 млрд руб., или 8,52%. При этом лучшие показатели динамики производства наблюдались в Северо-Кавказском федеральном округе: объем выпуска ЛП по сравнению с предыдущим годом увеличился в 1,28 раза. Необходимо отметить, что увеличение производства наблюдалось во всех федеральных округах, выпускающих эту продукцию, кроме Северо-Западного и Приволжского.

ВЫПУСК ФТГ И ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ЛС

Показатели выпуска ЛП по фармакотерапевтическим группам (ФТГ), включенным в Перечень номенклатуры Росстата, приведены в *таблице 2*. Лидерами по производству среди ФТГ в упаковках являются препараты для лечения нервной системы – 25,33% от общего объема выпуска основных ФТГ в упаковках, препараты для лечения заболеваний пищеварительного тракта и обмена веществ – 17,93% и препараты для лечения сердечно-сосудистой системы – 16,04% (*рис. 2*). Среди ФТГ в ампулах наибольший удельный вес в общем объеме выпуска также занимают препараты для лечения нервной системы – 34,32%; препараты для лечения заболеваний пищеварительного тракта и обмена веществ – 16,02% и препараты для лечения сердечно-сосудистой системы – 13,65% (*рис. 3*).

Динамика производства фармацевтических субстанций приведена в *таблице 3*. Существенное увеличение выпуска за 2017 г. по сравнению с предыдущим годом отмечалось по лизину, кислоте глутаминовой и их солям; солям четвертичных и гидроксидам аммония; фосфоинолипидам; амидам, их производным и солям – в 2,58 раза, т.е. 2731,363 т. Кроме того, наблюдалось увеличение производства субстанций антибиотиков в 1,11 раза по сравнению с соответствующим пери-

РИСУНОК 1 Доля федеральных округов России в объеме выпуска ЛС

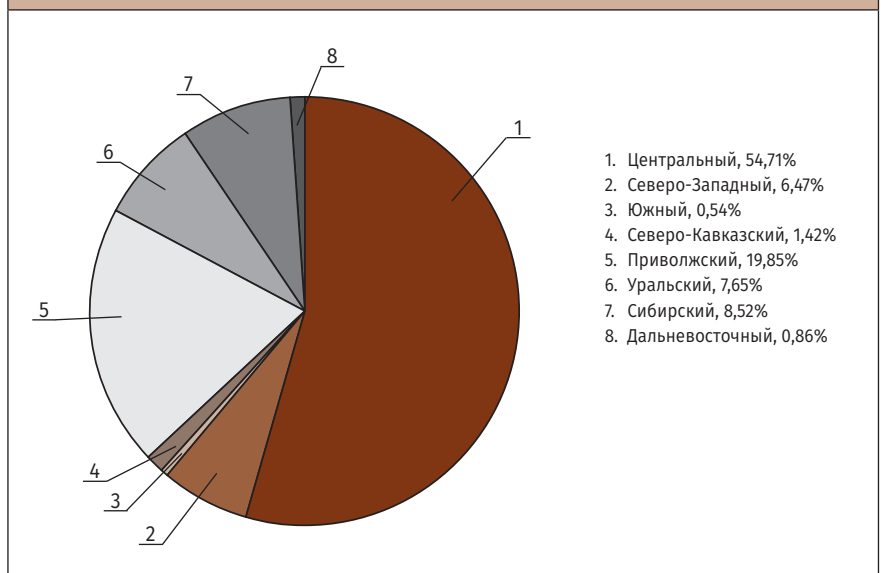


РИСУНОК 2 Структура производства отдельных видов фармакотерапевтических групп в упаковках

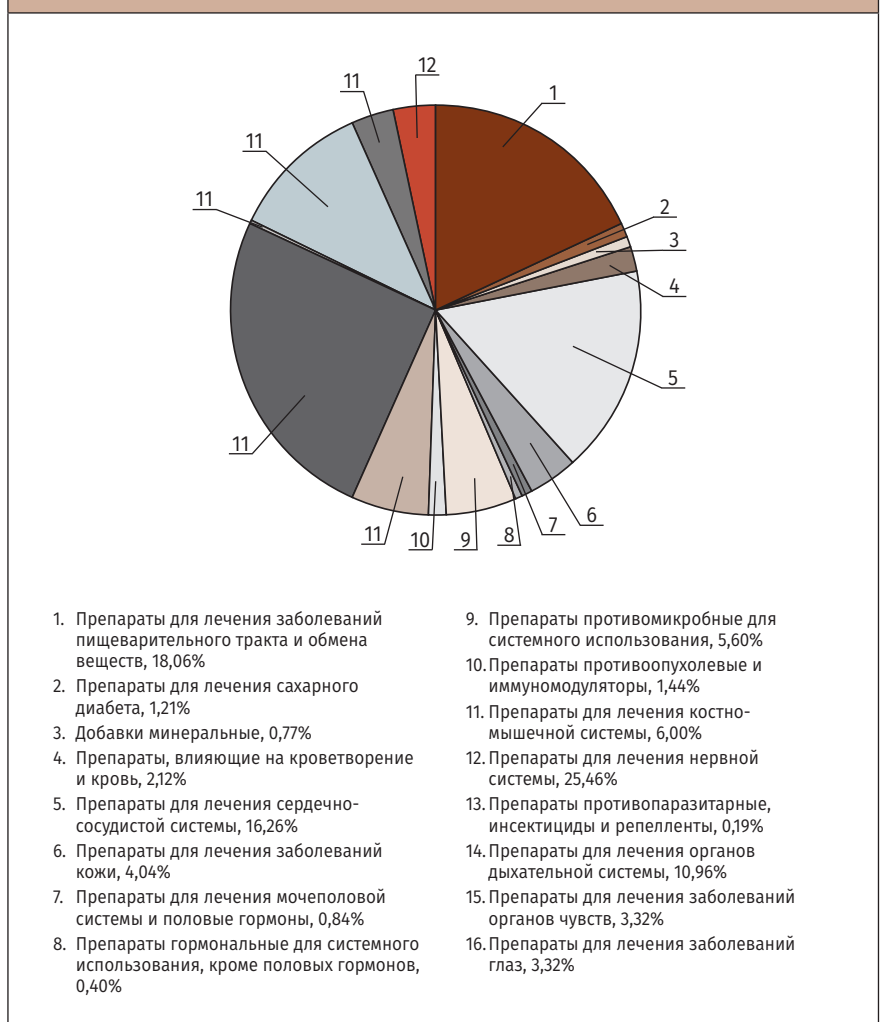


ТАБЛИЦА 2 Производство основных фармакотерапевтических групп ЛС

	Наименование групп	Ед. изм.	Объем выпуска		Прирост/спад, %
			2016 г.	2017 г.	
1	Препараты для лечения заболеваний пищеварительного тракта и обмена веществ: • в упаковках • в ампулах • в флаконах	млн шт.	473,952	481,311	1,6
		млн шт.	122,908	141,329	15,0
		млн шт.	32,793	26,805	-18,3
2	Препараты для лечения сахарного диабета: • в упаковках • во флаконах	млн шт.	25,845	34,128	32,0
		млн шт.	7,449	0,265	-96,4
3	Добавки минеральные: • в упаковках • в ампулах	млн шт.	18,013	18,573	3,1
		млн шт.	8,748	10,236	17,0
4	Препараты, влияющие на кроветворение и кровь: • в упаковках • в ампулах • во флаконах	млн шт.	61,601	59,520	-3,4
		млн шт.	71,213	94,339	32,5
		млн шт.	64,823	66,378	2,4
5	Препараты для лечения сердечно-сосудистой системы: • в упаковках • в ампулах • во флаконах	млн шт.	379,541	430,632	13,5
		млн шт.	153,813	120,420	-21,7
		млн шт.	29,031	37,539	29,3
6	Препараты для лечения заболеваний кожи: • в упаковках • в ампулах • во флаконах • в тубах	млн шт.	100,075	103,570	3,5
		млн шт.	0,000	14,640	-
		млн шт.	21,363	21,496	0,6
		млн шт.	3,377	2,632	-22,1
7	Препараты для лечения мочеполовой системы и половые гормоны: • в упаковках • в ампулах	млн шт.	33,192	22,013	-33,7
		млн шт.	4,184	4,358	4,2
8	Препараты гормональные для системного использования, кроме половых гормонов: • в упаковках • в ампулах	млн доз	8,969	10,060	12,2
		млн шт.	4,183	11,882	184,1
9	Препараты противомикробные для системного использования: • в упаковках • в ампулах • во флаконах	млн шт.	161,607	146,878	-9,1
		млн шт.	36,892	56,261	52,5
		млн шт.	164,801	147,396	-10,6
10	Препараты противоопухолевые и иммуномодуляторы: • в упаковках • в ампулах • во флаконах	млн шт.	34,110	49,934	46,4
		млн шт.	35,236	17,232	-51,1
		млн шт.	0,872	0,854	-2,1
11	Препараты для лечения костно-мышечной системы: • в упаковках • в ампулах • во флаконах • в тубах	млн шт.	167,833	162,777	-3,0
		млн шт.	58,574	46,173	-21,2
		млн шт.	5,654	5,058	-10,5
		млн шт.	0,273	0,382	39,9
12	Препараты для лечения нервной системы: • в упаковках • в ампулах • во флаконах	млн шт.	618,685	680,058	9,9
		млн шт.	257,309	302,817	17,7
		млн шт.	17,835	15,954	-10,5
13	Препараты противопаразитарные, инсектициды и репелленты: • в упаковках • в тубах	млн шт.	5,618	5,492	-2,2
		млн шт.	0,000	0,022	-
14	Препараты для лечения органов дыхательной системы: • в упаковках • в ампулах • во флаконах	млн шт.	284,055	311,712	9,7
		млн шт.	70,881	62,660	-11,6
		млн шт.	6,567	5,484	-16,5
15	Препараты для лечения заболеваний органов чувств: • в упаковках • во флаконах • в тубах	млн шт.	63,736	83,974	31,8
		млн шт.	0,111	0,117	5,4
		млн шт.	19,865	27,450	38,2
16	Препараты для лечения заболеваний глаз в упаковках	млн шт.	63,736	83,974	31,8

таблица 3 Производство фармацевтических субстанций

№	Наименование видов медицинской продукции	Ед. изм.	Объем выпуска		Прирост/спад, %
			2016 г.	2017 г.	
1	Лизин, кислота глутаминовая и их соли; соли четвертичные и гидроксиды аммония; фосфоаминолипиды; амиды, их производные и соли	т	1057,059	2731,363	158,4
2	Лактоны, не вкл. в др. гр.; соед. гетероциклич. только с гетероатомом (атомами) азота, соед. неконденс. пиразольн.кольцо, пиримидин. кольцо, пиперазин. кольцо, неконденсир. триазиновое кольцо или фенотиазин. кольц. сист. без дальн. конденс.; гидантоин и его пр.	т	28504,900	34437,400	20,8
3	Сульфамиды	т	60,200	23,800	-60,5
4	Сахара химически чистые, не включенные в другие группировки, эфиры сахаров простые и сложные и их соли, не включенные в другие группировки	т	74,690	82,130	10,0
5	Провитамины, витамины и их производные	т	1248,480	1566,647	25,5
6	Гликозиды, алкалоиды растительного происхождения, их соли, простые и сложные эфиры и прочие производные	т	22,500	44,930	99,7
7	Антибиотики	т	419,875	463,850	10,5
8	Железы и прочие органы; их экстракты и прочие вещества человеческого или животного происхождения, не включенные в другие группировки	т	992,710	1021,806	2,9

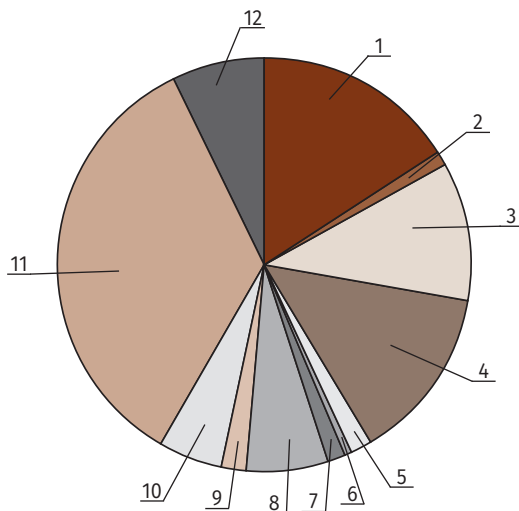
Источник Росстат

таблица 4 Производство основных фармакотерапевтических групп ЛС

№	Наименование видов медицинской продукции	Ед. изм.	Объем выпуска		Прирост/спад, %
			2016 г.	2017 г.	
1	Сыворотки и вакцины: • в дозах • в упаковках • в ампулах		13802,338	15356,451	11,3
		млн шт.	15,108	24,631	63,0
		млн шт.	21,676	28,356	30,8
2	Сыворотки иммунные: • в дозах • в упаковках • в ампулах		0,741	0,611	-17,5
		млн шт.	0,971	1,560	60,6
		млн шт.	0,569	0,929	63,3
3	Вакцины, анатоксины и токсины, применяемые в медицине: • в дозах • в упаковках • в ампулах	млн шт.	0,713	3,862	441,5
		млн шт.	85,714	24,924	-70,9
		млн шт.	1,696	1,520	-10,4
4	Вакцины, анатоксины и токсины, применяемые в ветеринарии: • в дозах • в упаковках • в ампулах	млн шт.	4083,273	4334,518	6,2
			0,000	0,0011	-
			0,000	0,0003	-
5	Средства химические контрацептивные на основе гормонов или сперматоцидов	млн шт.	0,100	0,000	-100,0
6	Реагенты диагностические и прочие фармацевтические препараты	млн шт.	19,005	21,574	13,5
7	Материалы клейкие перевязочные, кетгут и аналогичные материалы, аптечки и сумки санитарные	млн шт.	531,606	552,088	3,9
8	Материалы клейкие перевязочные	млн шт.	229,707	225,778	-1,7
9	Материалы перевязочные и аналогичные изделия, пропитанные или покрытые лекарственными средствами	млн шт.	281,789	290,323	3,0
10	Аптечки и сумки санитарные для оказания первой помощи	млн шт.	1,716	1,880	9,5

Источник Росстат

РИСУНОК 3 Структура производства отдельных видов фармакотерапевтических групп в ампулах



1. Препараты для лечения заболеваний пищеварительного тракта и обмена веществ, 16,02%
2. Добавки минеральные, 1,16%
3. Препараты, влияющие на кроветворение и кровь, 10,69%
4. Препараты для лечения сердечно-сосудистой системы, 13,65%
5. Препараты для лечения заболеваний кожи, 1,66%
6. Препараты для лечения мочеполовой системы и половые гормоны, 0,49%
7. Препараты гормональные для системного использования, кроме половых гормонов, 1,35%
8. Препараты противомикробные для системного использования, 6,38%
9. Препараты противоопухолевые и иммуномодуляторы, 1,95%
10. Препараты для лечения костно-мышечной системы, 5,23%
11. Препараты для лечения нервной системы, 34,32%
12. Препараты для лечения органов дыхательной системы, 7,10%

одом предыдущего года, а выпуск составил 463,850 т. Аналогичная картина по провитаминам, витаминам и их производным – прирост на 25,5%. Существенный спад отмечался по сульфамидам – в 2,53 раза, их производство снизилось до 23,8 т.

Среди готовых форм отдельных видов медицинской продукции существенный спад наблюдался по вакцинам, анатоксинам и токсинам, применяемым в медицине, в упаковках – в 3,44 раза (табл. 4). Выпуск этой продукции снизился до 24,924 млн уп. Существенное увеличение производства наблюдалось по вакцинам, анатоксинам и токсинам, применяемым в медицине, в дозах – в 5,42 раза.

ИСТОЧНИКИ

1. Королев М.А., Фигурнов Э.Б. Статистика и экономический анализ в управлении народным хозяйством. М.: «Экономика», 1985.
2. Романова С.А. Фармацевтическая промышленность за 2016 г. Ремедиум, 2017, 4: 74-78.

Рекомендован ВАК РФ

АТЕРОТРОМБОЗ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Журнал основан Национальным обществом по атеротромбозу (НОАТ) при поддержке Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов и Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ).



В журнале публикуются образовательные и информационные статьи, описания клинических наблюдений, включая случаи применения новейших методик лечения.

Особое внимание уделено материалам, характеризующим возможности использования современных методов исследования состояния тромбообразования и сосудистой стенки, методов лечения атеротромботических заболеваний в отечественных научных и практических учреждениях.

Среди авторов журнала известные ученые, ведущие исследователи и аналитики: кардиологи и неврологи, сосудистые хирурги, липидологи и специалисты в области коагулологии, клинические фармакологи и патофизиологи.

Реклама

www.aterotromboz.ru

• НОВОСТИ
• АРХИВ ВЫПУСКОВ

РЕМЕДИУМ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426,
remedium@remedium.ru

Светлана РОМАНОВА, «Ремедиум»

10.21518/1561-5936-2018-4-55-58

Деловая активность предприятий фармпромышленности:

РЕЙТИНГ ПО ОБЪЕМУ АКТИВОВ ЗА 2016 ГОД

Рейтинг проведен по данным государственной бухгалтерской отчетности около 70 ведущих предприятий фармацевтической промышленности.

ОЦЕНКА ДЕЛОВОЙ АКТИВНОСТИ

Одним из количественных критериев деловой активности в абсолютном выражении, по которому можно охарактеризовать экономические ресурсы предприятия в форме совокупных имущественных ценностей, используемых в хозяйственной деятельности с целью получения прибыли, являются активы. Они отражают инвестиционные решения, принятые компанией за период ее деятельности. Рейтинг будет строиться не только на абсолютных, но и на относительных или удельных показателях. В качестве такого показателя будет выступать прирост активов предприятий по сравнению с предшествующим годом. Рейтинг предприятий будет определяться с помощью одного из математических методов – метода суммы мест.

РАНЖИР ПО АКТИВАМ

Объем активов за 2016 г. по предприятиям фармпромышленности,

вошедшим в рейтинг, увеличился по сравнению с предыдущим годом на 8,54% и составил 317,717 млрд руб. Существенно возрос объем активов на следующих ведущих предприятиях отрасли:

- ◆ АО «Верофарм» (Москва) – в 4,86 раза;
- ◆ ОАО «Валента Фармацевтика» – в 1,19 раза;
- ◆ Компания «ФАРМАСИНТЕЗ» – в 1,24 раза;
- ◆ ПАО «Фармстандарт» – в 1,10 раза;
- ◆ ЗАО «ПФК Обновление» – в 1,31 раза и др.

По итогам 2016 г. лидерами по объему активов стали:

- ◆ ШТАДА СНГ – 1-е место в ранжире;
- ◆ ПАО «Фармстандарт» – 2-е место;
- ◆ АО «Верофарм» – 3-е место;
- ◆ ООО КРКА-РУС – 4-е место;
- ◆ ЗАО «ЭВАЛАР» – 5-е место;
- ◆ ОАО «Валента Фармацевтика» – 6-е место.

По динамике объема активов по сравнению с 2015 г. лидировали:

- ◆ АО «Верофарм», где прирост объема активов составил 386,10%;
- ◆ ООО «СКОПИНСКИЙ ФАРМЗАВОД» – 148,75%;
- ◆ ООО «Самсон-Мед» – 119,63%.

РЕЙТИНГ ФАРМПРЕДПРИЯТИЙ И ПРОМЫШЛЕННЫХ ГРУПП

Сравнение мест в ранжире тройки лидеров по двум критериям: активам за 2016 г. и ее динамике, – показало, что у всех этих предприятий места в ранжире по объему активов оказа-

Ключевые слова:

фармацевтическая промышленность, предприятия, активы, анализ, рейтинг

лись выше, чем по динамике этого показателя, кроме АО «Верофарм».

В итоге в рейтинге предприятий и промышленных групп по объему активов и ее динамике (табл. 1) лидерами оказались:

- ◆ ШТАДА СНГ – 1-е место в рейтинге;
- ◆ ПАО «Фармстандарт» – 2-е место;
- ◆ АО «Верофарм» – 3-е место;
- ◆ ООО КРКА-РУС – 4-е место;
- ◆ ЗАО «ЭВАЛАР» – 5-е место;
- ◆ ОАО «Валента Фармацевтика» – 6-е место.

ПРОМЫШЛЕННЫЕ ГРУППЫ

По данным государственной бухгалтерской отчетности предприятий отрасли объем активов промышленных групп за 2016 г. составил 102,928 млрд руб., что на 14,30% выше уровня 2015 г. Необходимо отметить, что снижение этого показателя отмечалось у ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ и ШТАДА СНГ.

Доля промышленных групп в общем объеме активов предприятий и промгрупп, принимавших участие в рейтинге (табл. 2 и рис. 1), составила 32,40%, в т. ч.:

- ◆ ШТАДА СНГ – 12,41%;
- ◆ ПАО «Фармстандарт» – 7,56%;
- ◆ АО «Верофарм» – 6,15%;
- ◆ Компания «ФАРМАСИНТЕЗ» – 3,54%;
- ◆ ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ – 2,73%.

SUMMARY

Keywords: *pharmaceutical industry, enterprises, assets, analysis, rating.*

The rating was prepared using the state accounting data of about 70 leading pharmaceutical manufacturers.

Svetlana ROMANOVA, Remedium.
BUSINESS EFFICIENCY
OF ENTERPRISES IN THE
PHARMACEUTICAL INDUSTRY: NET
PROFIT RATING FOR 2016

ТАБЛИЦА 1 Рейтинг ведущих фармпредприятий и промышленных групп по объему активов за 2016 г.

Наименование предприятий, регионов	Место в ранжире по:		Место в рейтинге
	активам	динамике	
ШТАДА СНГ (Москва)	1	62	1
ПАО «Фармстандарт» (Московская обл.)	2	37	2
АО «Верофарм» (Москва)	3	1	3
ООО КРКА-РУС (Московская обл.)	4	36	4
ЗАО «ЭВАЛАР» (Алтайский край)	5	45	5
ОАО «Валента Фармацевтика» (Московская обл.)	6	25	6
ЗАО «Биокад» (С.-Петербург)	7	22	7
ЗАО «Ф-СИНТЕЗ» (Московская обл.)	8	68	8
Компания «ФАРМАСИНТЕЗ» (Иркутская обл.)	9	20	9
ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС» (Москва)	10	42	10
АО «ХФК «АКРИХИН» (Московская обл.)	11	56	11
ЗАО «ФармФирма «Сотекс» (Московская обл.)	12	26	12
ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ (Москва)	13	55	13
ЗАО «ГЕНЕРИУМ» (Владимирская обл.)	14	66	14
ООО «ОЗОН» (Самарская обл.)	15	31	15
ОАО НПК «ЭСКОМ» (Ставропольский край)	16	65	16
ООО «НПО Петровакс Фарм» (Московская обл.)	17	69	17
ООО «НТФФ «Полисан» (С.-Петербург)	18	7	18
ЗАО «ФП «Оболенское» (п. Оболенск, Московская обл.)	19	16	19
ЗАО «ВЕРТЕКС» (С.-Петербург)	20	29	20
ОАО «Синтез» (Курган)	21	34	21
ООО «ГЕРОФАРМ» (С.-Петербург)	22	12	22
ОАО «Биосинтез» (Пенза)	23	57	23
ФГУП «Московский эндокринный завод» (Москва)	24	10	24
ООО «ФЕРОН» (Москва)	25	46	25
ОАО «Татхимфармпрепараты» (Казань)	26	40	26
ФГБНУ «Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН»	27	52	27
ЗАО «Канонфарма продакшн» (Московская обл.)	28	4	28
ООО «Гиппократ» (Самара)	29	19	29
АО «Красногорсклексредства» (пос. Опалиха)	30	18	30
ЗАО «Фирн М» (Москва)	31	27	31
ЗАО «ПФК Обновление» (Новосибирская обл.)	32	11	32
ОАО «Биохимик» (Республика Мордовия)	33	14	33
ФГУП Санкт-Петербургский НИИВС и предприятие по производству бактериальных препаратов ФМБА России (ФГУП СПБНИИВС ФМБА России)	34	23	34
ОАО «Красфарма» (Красноярск)	35	32	35
ЗАО «ЗиО - Здоровье» (Московская обл.)	36	39	36
ООО «ФАРМАКОР ПРОДАКШН» (С.-Петербург)	37	13	37
ОАО «Дальхимфарм» (Хабаровск)	38	41	38
АО «Органика» (Кемеровская обл.)	39	6	39
ЗАО «АЛТАЙВИТАМИНЫ» (Бийск)	40	63	40
ООО «Тульская фармфабрика» (Тула)	41	5	41
ОАО «Ирбитский ХФЗ» (Свердловская обл.)	42	48	42
ООО «Завод медсинтез» (Свердловская обл.)	43	15	43
ЗАО «ВИФИТЕХ» (Московская обл.)	44	28	44
ЗАО «АЛСИ Фарма» (Киров)	45	33	45
ООО «АСФАРМА» (Кемеровская обл.)	46	49	46

ТАБЛИЦА 1 (ОКОНЧАНИЕ) Рейтинг ведущих фармпредприятий и промышленных групп по объему активов за 2016 г.

Наименование предприятий, регионов	Место в ранжире по:		Место в рейтинге
	активам	динамике	
ЗАО «Вектор-Медика» (Новосибирская обл.)	47	38	47
ОАО «Мосхимфармпрепараты» (Москва)	48	59	48
ООО «Нита-Фарм» (Саратовская обл.)	49	8	49
ЗАО «ЭКОлаб» (Электрогорск, Московская обл.)	50	35	50
ОАО «Марбиофарм» (Йошкар-Ола, Республика Марий Эл)	51	67	51
ЗАО «Медисорб» (Пермь)	52	30	52
ЗАО «Московская фармфабрика»	53	21	53
ОАО «Новосибхимфарм» (Новосибирск)	54	50	54
ОАО «Уралбиофарм» (Екатеринбург)	55	54	55
ООО «Самсон-Мед» (С.-Петербург)	56	3	56
ФКП «Армавирская биологическая фабрика» (Краснодарский край)	57	43	57
ЗАО «Биоком» (Ставропольский край)	58	58	58
ЗАО «ФЦ ВИЛАР» (Москва)	59	17	59
ООО «СКОПИНСКИЙ ФАРМЗАВОД» (Рязанская обл.)	60	2	60
ФКП «Ставропольская биофабрика» (Ставрополь)	61	51	61
ООО «МНПК «БИОТИКИ» (Москва)	62	47	62
АО «ВЕКТОР-БИАЛЬГАМ» (Новосибирская обл.)	63	24	63
ОАО «Тюменский ХФЗ»	64	9	64
ООО «ЛЮМИ» (С.-Петербург)	65	64	65
ООО «РОСБИО» (С.-Петербург)	66	44	66
ЗАО «РЕСТЕР» (Ижевск, Удмуртская Республика)	67	60	67
ООО «АБОЛмед» (Новосибирск)	68	61	68
ЗАО «Ярославская фармфабрика»	69	53	69

Примечание. *Рейтинг «Штада СНГ» определен на основе данных только ООО «Хемофарм» (Калужская обл.)

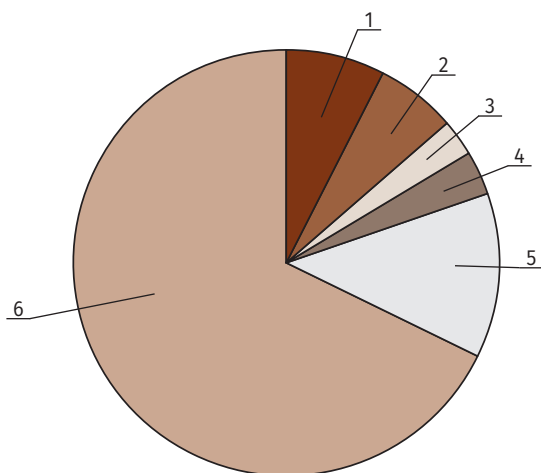
ТАБЛИЦА 2 Динамика активов промышленных групп

Наименование предприятий, регионов	Прирост, %	Удельный вес активов в общем их объеме, %		Прирост доли, пункты
		2015 г.	2016 г.	
Всего по промышленным группам, в т. ч.:	14,30	30,76	32,40	1,63
ПАО «Фармстандарт» (Московская обл.)	10,41	7,43	7,56	0,13
АО «Верофарм» (Москва)	386,10	1,37	6,15	4,78
ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ (Москва)	-5,20	3,13	2,73	-0,40
Компания «ФАРМАСИНТЕЗ» (Иркутская обл.)	23,98	3,10	3,54	0,44
АО «Фармасинтез» (Иркутская обл.)	24,13	93,29	93,40	0,11
ООО «ИСТ-ФАРМ» (Приморский край)	21,98	6,71	6,60	-0,11
ШТАДА СНГ (Москва)	-14,34	15,73	12,41	-3,32
АО «Нижфарм» (Нижний Новгород)	-15,30	92,56	91,53	-1,03
ООО «Хемофарм» (Калужская обл.)	-2,47	7,44	8,47	1,03
Прочие предприятия	5,98	69,24	67,60	-1,63

По сравнению с предыдущим годом доля промышленных групп в общем объеме активов увеличилась на 1,63 пункта. Анализ структуры прироста объема активов показал, что прирост отмечался у всех промышленной группы, кроме ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ и ШТАДА СНГ. При этом наибольший рост наблюдался у АО «Верофарм» – на 4,78 пункта. Динамика топ-20 производителей фармацевтической продукции с учетом промышленных групп по объему активов представлена в таблице 3. Удельный вес этих предприятий в общем объеме активов участвующих в рейтинге предприятий находится на уровне 76,89%. Доля 10 крупнейших предприятий, удельный вес которых в общем объеме активов составил 55,10% за 2016 г. приведена на рисунке 2.

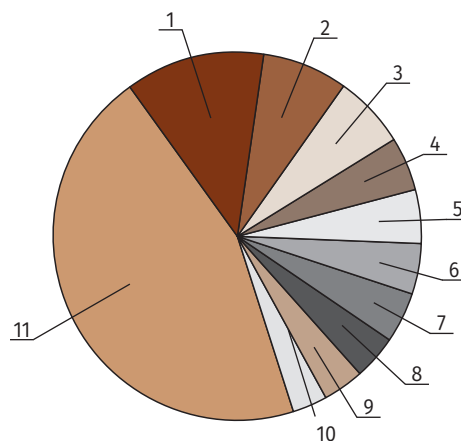
Полный список литературы вы можете запросить в редакции.

рисунок 1 Доля промышленных групп в объеме активов



1. ПАО «Фармстандарт» (Московская обл.), 7,56%
2. АО «Верофарм» (Москва), 6,15%
3. ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ (Москва), 2,73%
4. Компания «ФАРМАСИНТЕЗ» (Иркутская обл.), 3,54%
5. ШТАДА СНГ (Москва), 12,41%
6. Прочие, 67,60%

рисунок 2 Доля 10 крупнейших производителей по объему активов



1. ШТАДА СНГ (Москва), 12,41%
2. ПАО «Фармстандарт» (Московская обл.), 7,56%
3. АО «Верофарм» (Москва), 6,15%
4. ООО КРКА-РУС (Московская обл.), 4,92%
5. ЗАО «ЭВАЛАР» (Алтайский край), 4,61%
6. ОАО «Валента Фармацевтика» (Московская обл.), 4,59%
7. ЗАО «Биокад» (С.-Петербург), 4,27%
8. ЗАО «Ф-СИНТЕЗ» (Московская обл.), 3,92%
9. Компания «ФАРМАСИНТЕЗ» (Иркутская обл.), 3,54%
10. ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС» (Москва), 3,14%
11. Прочие, 44,90%

таблица 3 Топ-20 предприятий по объему активов

Наименование предприятий, регионов	Темп роста объема активов, %	Удельный вес в общем объеме, %		Прирост доли, пункты
		2015 г.	2016 г.	
Всего по топ-20 производителям, в т.ч.:	106,9	78,08	76,89	-1,19
ШТАДА СНГ (Москва)	85,7	15,73	12,41	-3,32
ПАО «Фармстандарт» (Московская обл.)	110,4	7,43	7,56	0,13
АО «Верофарм» (Москва)	486,1	1,37	6,15	4,78
ООО КРКА-РУС (Московская обл.)	110,6	4,82	4,92	0,09
ЗАО «ЭВАЛАР» (Алтайский край)	105,8	4,73	4,61	-0,12
ОАО «Валента Фармацевтика» (Московская обл.)	118,8	4,19	4,59	0,39
ЗАО «Биокад» (С.-Петербург)	121,8	3,80	4,27	0,47
ЗАО «Ф-СИНТЕЗ» (Московская обл.)	74,4	5,72	3,92	-1,80
Компания «ФАРМАСИНТЕЗ» (Иркутская обл.)	124,0	3,10	3,54	0,44
ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС» (Москва)	108,5	3,14	3,14	0,00
АО «ХФК «АКРИХИН» (Московская обл.)	93,6	3,36	2,90	-0,46
ЗАО «ФармФирма «Сотекс» (Московская обл.)	118,5	2,55	2,79	0,23
ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ (Москва)	94,8	3,13	2,73	-0,40
ЗАО «ГЕНЕРИУМ» (Владимирская обл.)	80,2	3,29	2,44	-0,86
ООО «ОЗОН» (Самарская обл.)	117,4	2,01	2,18	0,16
ОАО НПК «ЭСКОМ» (Ставропольский край)	83,0	2,40	1,84	-0,56
ООО «НПО Петровакс Фарм» (Московская обл.)	67,7	2,85	1,78	-1,07
ООО «НТФФ «Полисан» (С.-Петербург)	133,9	1,40	1,73	0,33
ЗАО «ФП «Оболенское» (п. Оболенск, Московская обл.)	126,9	1,47	1,72	0,25
ЗАО «ВЕРТЕКС» (С.-Петербург)	117,9	1,56	1,69	0,13
Прочие предприятия	114,4	21,92	23,11	1,19



Светлана РОМАНОВА, «Ремедиум»

10.21518 / 1561-5936-2018-4-59-62

Деловая активность предприятий медпромышленности:

РЕЙТИНГ ПО ОБЪЕМУ ЧИСТОЙ ПРИБЫЛИ ЗА 2016 ГОД

Рейтинг проведен по данным государственной бухгалтерской отчетности около 50 рентабельных предприятий промышленности медицинских изделий.

ОЦЕНКА ДЕЛОВОЙ АКТИВНОСТИ

Одним из количественных критериев деловой активности в абсолютном выражении, по которому можно оценить результаты и эффективность основной производственной деятельности предприятий отрасли, является чистая прибыль. Рейтинг будет строиться не только на абсолютных, но и на относительных или удельных показателях. В качестве такого показателя будет выступать прирост чистой прибыли предприятий по сравнению с предшествующим годом. Рейтинг предприятий будет определяться с помощью одного из математических методов – метода суммы мест.

РАНЖИР ПО ЧИСТОЙ ПРИБЫЛИ

Объем чистой прибыли за 2016 г. по предприятиям промышленности медизделий, вошедшим в рейтинг, увеличился по сравнению с предыдущим годом на 13,68% и составил 3,257 млрд руб.

Существенно возросла прибыль на следующих ведущих предприятиях отрасли:

- ◆ ОАО Концерн «Аксион» – в 9,32 раза;
- ◆ ОАО «Загорский оптико-механический завод» – в 1,26 раза;
- ◆ ОАО «ЛЫТКАРИНСКИЙ ЗАВОД ОПТИЧЕСКОГО СТЕКЛА» – в 1,94 раза;

- ◆ ЗАО «Термо Фишер Сайнтифик» – в 2,28 раза;
- ◆ ОАО «КОНЦЕРН «НПО «АВРОРА» – в 1,13 раза;
- ◆ ОАО «Суксунский оптико – механический завод» – в 1,08 раза и др.

По итогам 2016 г. лидерами по объему чистой прибыли стали:

- ◆ ОАО «КОНЦЕРН «НПО «АВРОРА» – 1-е место в ранжире;
- ◆ ОАО «Елатомский приборный завод» – 2-е место;
- ◆ ОАО Концерн «Аксион» – 3-е место;
- ◆ ОАО «Курскрезинотехника» – 4-е место;

Ключевые слова:

медицинская промышленность, медицинские изделия, предприятия, чистая прибыль, анализ, рейтинг

- ◆ ОАО «ЛЫТКАРИНСКИЙ ЗАВОД ОПТИЧЕСКОГО СТЕКЛА» – 5-е место;
- ◆ ОАО «Суксунский оптико-механический завод» – 6-е место.

По динамике объема чистой прибыли по сравнению с 2015 г. лидировали:

- ◆ ОАО «Фирма Медполимер», где темп роста объема чистой прибыли составил 4275,00%;
- ◆ ПАО «Медоборудование» – 1559,73%;
- ◆ ОАО Концерн «Аксион» – 931,91%.

РЕЙТИНГ ПРЕДПРИЯТИЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Сравнение мест в ранжире тройки лидеров по двум критериям: чистой прибыли за 2016 г. и ее динамике – показало, что у всех этих предприятий места в ранжире по объему чистой прибыли оказались выше, чем по динамике этого показателя, кроме ОАО Концерн «Аксион», где места в ранжире по этим двум критериям совпали – 3-е место.

SUMMARY

Keywords: *pharmaceutical industry, enterprises, assets, analysis, rating.*

The rating was prepared using the state accounting data of about 70 leading pharmaceutical manufacturers.

Svetlana ROMANOVA, Remedium.
BUSINESS EFFICIENCY OF ENTERPRISES IN THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY: NET PROFIT RATING FOR 2016

таблица 1 Рейтинг ведущих предприятий и промышленности медицинских изделий по объему чистой прибыли за 2016 г.

Наименование предприятий, регионов	Место в ранжире по:		Место в рейтинге
	чистой прибыли	динамике	
ОАО «КОНЦЕРН «НПО «АВРОРА» (С.-Петербург)	1	20	1
ОАО «Елатомский приборный завод» (Рязанская обл.)	2	29	2
ОАО Концерн «Аксион» (Удмуртская Республика)	3	3	3
ОАО «Курскрезинотехника» (Курская обл.)	4	28	4
ОАО «ЛЫТКАРИНСКИЙ ЗАВОД ОПТИЧЕСКОГО СТЕКЛА» (Московская обл.)	5	15	5
ОАО «Суксунский оптико-механический завод» (Пермский край)	6	24	6
ОАО «Тамбовмаш» (Тамбовская обл.)	7	35	7
ЗАО «Термо Фишер Сайентифик» (С.-Петербург)	8	12	8
ОАО «Загорский оптико-механический завод» (Московская обл.)	9	18	9
ОАО «Корпорация «Росхимзащита» (Тамбовская обл.)	10	21	10
ЗАО «Транс-Сигнал» (Нижегородская обл.)	11	16	11
ЗАО «Завод ЭМА» (Свердловская обл.)	12	11	12
АО «Курский завод медстекла» (Курская обл.)	13	23	13
ОАО «Березичский стекольный завод» (Калужская обл.)	14	4	14
АО «Досчатинский завод медицинского оборудования» (Нижегородская область)	15	17	15
АО «КАМПО» (Московская обл.)	16	32	16
ООО «Фирма «ВИПС-МЕД» (Московская обл.)	17	19	17
ООО «Полимерные изделия» (Республика Татарстан)	18	36	18
ЗАО «Ламинарные системы» (Челябинская обл.)	19	22	19
ОАО «Новоаннинский завод ЭМА» (Волгоградская обл.)	20	26	20
ООО «МПК «Елец» (Липецкая обл.)	21	8	21
АО «НИИ электромеханики» (Московская обл.)	22	6	22
ООО «НИТЕК» (Новосибирская обл.)	23	37	23
ОАО «ССКТБ СПУ» (Смоленская обл.)	24	38	24
ФГУП «Опытный завод РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова» (Курганская обл.)	25	27	25
ФГУП «ЦИТО» Минздрава РФ (Москва)	26	10	26
АО «Можайский МИЗ» (Московская обл.)	27	13	27
ООО «Кардиоэлектроника» (Московская обл.)	28	5	28
ОАО «Оптические медицинские приборы «ОПТИМЕД» (С.-Петербург)	29	7	29
ПАО «Медоборудование» (Республика Мордовия)	30	2	30
ОАО «АРТИ-Завод» (Тамбовская обл.)	31	34	31
ОАО «КМИЗ» (Республика Татарстан)	32	41	32
ОАО «Казанский завод медицинской аппаратуры» (Республика Татарстан)	33	33	33
ООО «Волоть» (Тульская обл.)	34	39	34

таблица 1 (окончание) Рейтинг ведущих предприятий и промышленности медицинских изделий по объему чистой прибыли за 2016 г.

Наименование предприятий, регионов	Место в ранжире по:		Место в рейтинге
	чистой прибыли	динамике	
НАО «Научприбор» (Орловская обл.)	35	31	35
ООО «Севквартген-Д» (Кабардино-Балкарская Республика)	36	42	36
ЗАО НПФ «Аз» (Москва)	37	30	37
ЗАО «Асептические медицинские системы» (Челябинская обл.)	38	43	38
ОАО «МЕДИУС» (С.-Петербург)	39	9	39
ООО «ПО Автомедтехника» (Пензенская обл.)	40	40	40
ОАО «Фирма Медполимер» (С.-Петербург)	41	1	41
ООО «Бриз-Кама» (Владимирская обл.)	42	44	42
ОАО «СКБ стоматологического оборудования и электродвигателей» (Волгоградская обл.)	43	14	43
ООО «Витафон» (С.-Петербург)	44	25	44

таблица 2 Топ-20 предприятий по объему чистой прибыли

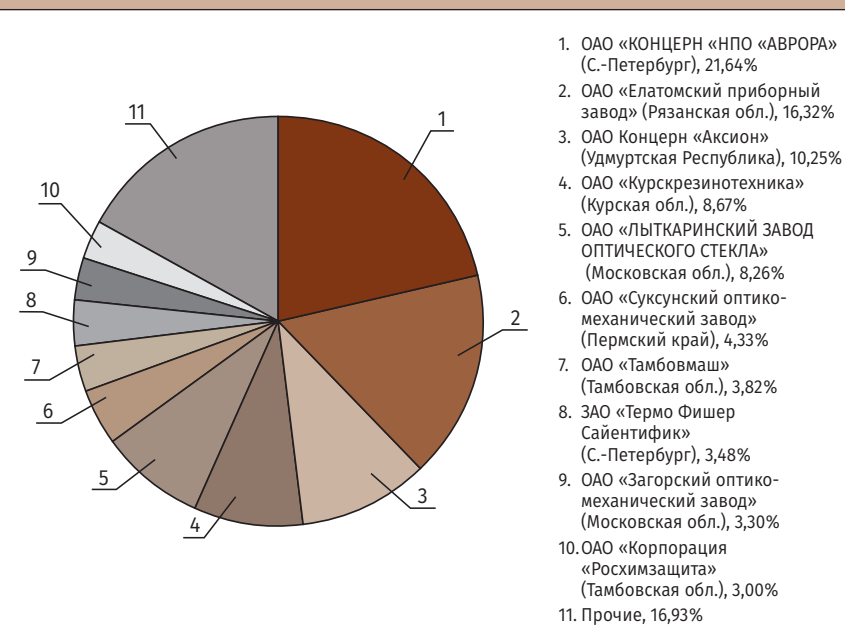
Наименование предприятий, регионов	Темп роста объема чистой прибыли, %	Удельный вес в общем объеме, %		Прирост доли, пункты
		2015 г.	2016 г.	
Всего по топ-20 производителям, в т.ч.:	119,9	91,71	96,77	5,05
ОАО «КОНЦЕРН «НПО «АВРОРА» (С.-Петербург)	113,6	21,67	21,64	-0,02
ОАО «Елатомский приборный завод» (Рязанская обл.)	81,5	22,78	16,32	-6,45
ОАО Концерн «Аксион» (Удмуртская Республика)	931,91	-1,40	10,25	11,65
ОАО «Курскрезинотехника» (Курская обл.)	83,6	11,79	8,67	-3,12
ОАО «ЛЫТКАРИНСКИЙ ЗАВОД ОПТИЧЕСКОГО СТЕКЛА» (Московская обл.)	193,7	4,85	8,26	3,41
ОАО «Суксунский оптико-механический завод» (Пермский край)	107,9	4,56	4,33	-0,23
ОАО «Тамбовмаш» (Тамбовская обл.)	59,2	7,33	3,82	-3,51
ЗАО «Термо Фишер Сайентифик» (С.-Петербург)	227,9	1,73	3,48	1,74
ОАО «Загорский оптико-механический завод» (Московская обл.)	126,5	2,96	3,30	0,33
ОАО «Корпорация «Росхимзащита» (Тамбовская обл.)	113,0	3,02	3,00	-0,02
ЗАО «Транс-Сигнал» (Нижегородская обл.)	187,0	1,47	2,42	0,95
ЗАО «Завод ЭМА» (Свердловская обл.)	232,8	0,96	1,96	1,00
АО «Курский завод медстекла» (Курская обл.)	109,1	1,77	1,70	-0,07
ОАО «Березичский стекольный завод» (Калужская обл.)	782,3	0,24	1,62	1,39
АО «Досчатинский завод медицинского оборудования» (Нижегородская область)	136,6	1,22	1,47	0,25
АО «КАМПО» (Московская обл.)	61,1	2,63	1,42	-1,22
ОАО «Суксунский оптико-механический завод» (Пермский край)	119,1	1,16	1,22	0,06
ООО «Полимерные изделия» (Республика Татарстан)	48,0	1,63	0,69	-0,94
ЗАО «Ламинарные системы» (Челябинская обл.)	111,2	0,62	0,61	-0,01
ОАО «Новоаннинский завод ЭМА» (Волгоградская обл.)	93,7	0,73	0,60	-0,13
Прочие предприятия	44,4	8,29	3,23	-5,05

В итоге в рейтинге предприятий и промышленных групп по объему чистой прибыли и ее динамике (табл.1) лидерами оказались:

- ◆ ОАО «КОНЦЕРН «НПО «АВРОРА» – 1-е место в рейтинге;
- ◆ ОАО «Елатомский приборный завод» – 2-е место;
- ◆ ОАО Концерн «Аксион» – 3-е место;
- ◆ ОАО «Курскрезинотехника» – 4-е место;
- ◆ ОАО «ЛЫТКАРИНСКИЙ ЗАВОД ОПТИЧЕСКОГО СТЕКЛА» – 5-е место;
- ◆ ОАО «Суксунский оптико-механический завод» – 6-е место.

Динамика топ-20 производителей медицинских изделий по объему чистой прибыли представлена в таблице 2. Удельный вес этих предприятий в общем объеме чистой прибыли участвующих в рейтинге предприятий находится на уровне 96,77%. Доля 10 крупнейших предприятий, удельный вес которых в общем объеме чистой прибыли составил 83,07% за 2016 г., приведена на рисунке.

РИСУНОК ► Доля 10 крупнейших производителей по объему чистой прибыли



ИСТОЧНИКИ

1. Романова С.А., Захарова В.М. Рейтинг предприятий медицинской промышленности за 1 полугодие 2002 года. Ремедиум, 2002, 10: 60-69.

2. <http://www.finanaliz.ru>.
3. http://afdanalyse.ru/publ/finansovyy_analiz/fin_koefficienti.
4. <http://www.finchas.ru>.
5. http://polbu.ru/kovalev_ecanalysis/ch53_all.html
6. <http://bp.ds31.ru/articles>



кроме того...

Правительство утвердило правила взаимодействия информационных систем в здравоохранении

Премьер-министр РФ Дмитрий Медведев подписал постановление об утверждении правил взаимодействия государственных и негосударственных информационных систем в сфере здравоохранения. Документ позволит негосударственным организациям создавать качественные сервисы для граждан, врачей и медицинских организаций, говорится на сайте кабинета министров. Правилами устанавливаются технические требования к инфосистемам негосударственных организаций, которые предоставляют услуги гражданам и медорганизациям, в том числе: организацию записи на прием к врачу, организацию телемедицинских консультаций, информирование граждан по вопросам оказания медпомощи, о рекомендациях по ведению здорового образа жизни. Определяется порядок подключения и условия взаимодействия негосударственных информационных систем с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), с информационными системами органов управления здравоохранения субъектов Федерации, территориальных фондов ОМС, медицинских организаций, а также условия подключения к информационным системам «электронного правительства». Процесс

подключения к ЕГИСЗ будет носить заявительный характер. Операторы негосударственных информационных систем должны будут обеспечить соответствие информационной системы установленным требованиям, а также выполнение подключения к единой системе идентификации и аутентификации. Первостепенным требованием является обеспечение информационной безопасности в соответствии с российским законодательством, включая защиту персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну.

Производство аминокислот для парентерального питания в Приморье

Фармацевтическая компания «Ист-Фарм», входящая в ГК «Фармасинтез», планирует запустить на своем заводе в Уссурийске линию по производству аминокислот для парентерального питания. Об этом заявил президент «Фармасинтез» Викрам Пуния в ходе встречи с врио губернатора региона Андреем Тарасенко. В настоящее время в России данный сегмент рынка полностью контролируется зарубежными производителями, подчеркнул Пуния. По его оценке, инвестиции в проект составят 500 млн рублей, первые партии продукции предприятие отгрузит в 2020 году. Завод «Ист-Фарм» в Уссурийске в этом году отметил свое 15-летие. Предприятие выпускает противотуберкулезные, противовирусные препараты, антибиотики, лекарства для лечения сахарного диабета и других заболеваний.

Светлана РОМАНОВА, «Ремедиум»

10.21518 / 1561-5936-2018-4-63-66

Финансовые результаты подотрасли «ПРОИЗВОДСТВО ОБЛУЧАЮЩЕГО И ЭЛЕКТРОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ»: 9 МЕСЯЦЕВ 2017 ГОДА

Анализ финансового состояния предприятий отрасли проведен по данным государственной статистической отчетности формы №П-3 «Сведения о финансовом состоянии организации» (месячная).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЦИФРАХ И ФАКТАХ

В результате хозяйственной деятельности за 9 месяцев 2017 г. предприятиями промышленности медицинских изделий с кодом по ОКВЭД2 26.6 «Производство облучающего и электротерапевтического оборудования, применяемого в медицине» была получена **выручка от реализации** продукции, работ, услуг (без НДС, акцизов и др. обязательных платежей) в размере 25,250 млрд руб., что в 1,29 раза выше уровня предыдущего года (табл. 1–3). При этом **себестоимость** проданных товаров, продукции, работ и услуг оказалась в 1,34 выше уровня прошлого года и составила 17,0 млрд руб., а коммер-

ческие и управленческие расходы повысились в 1,15 раза и оказались на уровне 5,165 млрд руб. Данная ситуация привела к увеличению **прибыли от продаж**, в 1,25 раза, по сравнению с предыдущим годом и снижению в 1,03 раза **прибыли до налогообложения**. При этом **рентабельность продаж**, определенная как отношение прибыли от продаж к выручке от реализации, соответственно снизилась, на 0,38 пункта, и составила 12,22%. Удельный вес прибыльных предприятий в общем их количестве снизился на 4,69 пункта и оказался на уровне 75,00%.

ФИНАНСОВОЕ СОСТОЯНИЕ

Финансовое состояние – важная характеристика экономической деятельности предприятий отрасли, определяющая ее экономическую привлекательность. Рассмотрим совокупность показателей, отражающих наличие, размещение и использование финансовых ресурсов предприятий отрасли.

ДЕБИТОРСКАЯ И КРЕДИТОРСКАЯ ЗАДОЛЖЕННОСТИ

Представляет интерес структура дебиторской и кредиторской задолженностей предприятий отрасли. Как показал анализ **структуры дебиторской задолженности**, основную долю в ней занимает задолженность покупателей и заказчиков за товары, работы и услуги – 54,20%,

Ключевые слова:

медицинская промышленность, промышленность медицинских изделий, медицинская техника, медицинские изделия, облучающее и электротерапевтическое оборудование, предприятия, анализ, финансовое состояние, финансовые результаты

или 6482,102 млн руб. Необходимо отметить, что удельный вес задолженности по государственным заказам и федеральным программам за поставленные товары, работы и услуги от объема задолженности покупателей и заказчиков оказался на уровне 6,90%. Доли просроченной и краткосрочной дебиторских задолженностей от общей суммы дебиторской задолженности – 0,76% и 97,79% соответственно.

В **структуре кредиторской задолженности** преобладают задолженность поставщикам и подрядчикам за товары, работы и услуги и прочая кредиторская задолженность – 50,74% и 42,02% соответственно, или 4096,325 и 3392,848 млн руб. Удельный вес задолженности по платежам в бюджет составил 5,19%, или 419,103 млн руб. Доли просроченной и краткосрочной кредиторских задолженностей от общей суммы кредиторской задолженности – на уровне 1,58% и 99,60% соответственно.

SUMMARY

Keywords: medical industry, medical product industry, medical equipment, medical products, irradiation and electrotherapeutic equipment, enterprises, analysis, financial status, financial results

Financial status of industry manufacturers is analysed using the data of State Statistical Reporting Form No. P-3 Information on Enterprise Financial Status (monthly).

Svetlana ROMANOVA, Remedium.
FINANCIAL PERFORMANCE OF THE SUB-INDUSTRY «MANUFACTURING OF IRRADIATION AND ELECTROTHERAPEUTIC EQUIPMENT»: 9 MONTHS OF 2017

ТАБЛИЦА 1 Финансовые результаты

млн руб.			
Наименование показателей	9 месяцев		Темп роста, %
	2016 г.	2017 г.	
Выручка от продажи товаров, продукции, работ, услуг (без НДС, акцизов и др. обязательных платежей)	19618,724	25250,372	128,71
Себестоимость проданных товаров, продукции, работ, услуг	12655,327	17000,323	134,33
Коммерческие и управленческие расходы	4491,522	5164,773	114,99
Прибыль от продаж	2471,875	3085,276	124,82
Выручка от продажи основных средств	139,779	91,873	65,73
Прибыль до налогообложения за период с начала года	1846,048	1792,464	97,10
Удельный вес прибыльных организаций в их общем количестве, % *	79,69	75,00	-4,69
Рентабельность продаж, % *	12,60	12,22	-0,38

* В последней графе приведено отклонение показателя в пунктах.

Источник: Росстат

ТАБЛИЦА 2 Активы предприятий отрасли

млн руб.						
Наименование показателей	9 месяцев		Темп роста, %	Доля, %		
	2016 г.	2017 г.		2016 г.	2017 г.	Прирост/спад, пункты
Внеоборотные активы, в т. ч.:	9062,764	11451,389	126,36	100,00	100,00	0,00
нематериальные активы, результаты по НИОКР, нематериальные поисковые активы	635,073	837,880	131,93	7,01	7,32	0,31
из них контракты, договора аренды, лицензии, деловая репутация (гудвилл) и маркетинговые активы	0,256	1,207	471,48	0,04	0,14	0,10
основные средства, материальные поисковые активы, доходные вложения в материальные ценности	4784,688	6620,287	138,36	52,80	57,81	5,02
из них земельные участки и объекты природопользования	103,547	198,640	191,84	2,16	3,00	0,84
незавершенные капитальные вложения	1023,545	934,316	91,28	11,29	8,16	-3,13
прочие	2619,458	3058,906	116,78	28,90	26,71	-2,19
Оборотные активы, в т. ч.:	24596,665	31469,869	127,94	100,000	100,000	0,00
запасы, из них:	8960,167	12882,137	143,77	36,43	40,93	4,51
производственные запасы	4919,154	6949,247	141,27	54,90	53,94	-0,96
затраты в незавершенном производстве (издержках обращения)	1712,714	2375,709	138,71	19,11	18,44	-0,67
готовая продукция	1457,113	2449,393	168,10	16,26	19,01	2,75
товары для перепродажи	735,501	1036,372	140,91	8,21	8,05	-0,16
прочие запасы	135,685	71,416	52,63	1,51	0,55	-0,96
НДС по приобретенным ценностям	233,814	233,270	99,77	0,95	0,74	-0,21
краткосрочные финансовые вложения	1082,619	1091,629	100,83	4,40	3,47	-0,93
денежные средства	2445,022	4520,939	184,90	9,94	14,37	4,43
прочие	11875,043	12741,894	107,30	48,28	40,49	-7,79
Капитал и резервы (собственные средства)	-	28984,137	-	-	-	-

Источник: Росстат

АКТИВЫ ПРЕДПРИЯТИЙ

Рассмотрим структуру активов предприятий отрасли. Наибольшую долю в **структуре внеоборотных активов** занимают основные средства, материальные поисковые активы, доходные вложения в материальные ценности – 57,81%, или 6620,287 млн руб. По сравнению с предыдущим годом объем основных средств увеличился в 1,38 раза, а их доля в общем объеме внеоборотных активов – на 5,02 пункта. Удельный вес незавершенных капитальных вложений снизился на 3,13 пункта до 8,16%. Существенно увеличился, в 1,32 раза, объем нематериальных активов, результатов по НИОКР, нематериальных поисковых активов, а их доля в структуре внеоборотных активов – на 0,31 пункта. Увеличение объема, в 1,17 раза, по сравнению с прошлым годом наблюдалось по прочим активам, доля которых составила 26,71%, а снижение их доли – 2,19 пункта.

В **структуре оборотных активов** значительную долю занимают запасы – 40,93%, или 12882,137 млн руб. По сравнению с предыдущим годом объем запасов увеличился в 1,44 раза, а их доля в общем объеме оборотных активов – на 4,51 пункта. Необходимо отметить, что в структуре запасов наибольший удельный вес приходится на производственные запасы и готовую продукцию – 53,94% и 19,01% соответственно. Объем денежных средств увеличился в 1,85 раза и составил 4520,939 млн руб., а их доля в общем объеме оборотных активов увеличилась до 14,37%, т.е. на 4,43 пункта. Удельный вес краткосрочных финансовых вложений при этом снизился на 0,93 пункта до 3,47%. Увеличился в 1,07 раза объем прочих оборотных активов, а их доля снизилась на 7,79 пункта. При этом объем капитала и резервов (собственных средств) достиг 28,984 млрд руб.

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ

Оценить финансовое состояние предприятий отрасли можно по уровню финансовой устойчивости и платежеспособности, которые характеризуются соответствующими

коэффициентами. Глубокий анализ финансового состояния делается по данным финансовой и статистической отчетности конкретных предприятий. Рассмотрим в целом по отрасли значения коэффициентов, характеризующих финансовую устойчивость: коэффициент соотношения заемных и собственных средств, коэффициент автономии, коэффициент маневренности и коэффициент обеспеченности собственными средствами, – и платежеспособность: коэффициент абсолютной ликвидности, коэффициент ликвидности и коэффициент покрытия.

Уровень финансовой устойчивости

Одним из показателей финансовой устойчивости является **коэффициент соотношения заемных и собственных средств**, который показывает степень зависимости предприятия от заемных средств и должен быть меньше или равен 100%. Для промышленности медицинских изделий по результатам 9 месяцев 2017 г. его значение 48,09%.

Коэффициент автономии представляет долю активов предприятия, которые обеспечиваются собственными средствами. Нормативное значение этого показателя более или равно 50%, а по отрасли – 67,53%.

Коэффициент маневренности, указывающий, какая часть собственного капитала вложена в оборотные средства, т.е. в наиболее маневренную часть активов. Уровень этого коэффициента зависит от характера деятельности предприятия: в фондоемких производствах его нормальный уровень должен быть ниже, чем в материалоемких, т.к. в фондоемких значительная часть собственных средств является источником покрытия основных производственных фондов. С финансовой точки зрения чем выше этот коэффициент, тем лучше финансовое состояние. По результатам деятельности предприятий промышленности медицинских изделий за 9 месяцев 2017 г. его значение составило 60,49%.

Последний среди рассматриваемых нами показателей финансовой устойчивости – **коэффициент обеспечен-**

ности собственными средствами. Он характеризует наличие собственных оборотных средств у предприятия, необходимых для его финансовой устойчивости, и определяется как соотношение собственных оборотных средств к оборотным активам предприятий. Нормативное значение этого показателя установлено более 10%, а по отрасли – 55,71%.

Уровень платежеспособности

Платежеспособность – это наличие у предприятия средств, достаточных для уплаты долгов по всем краткосрочным обязательствам и одновременно бесперебойного осуществления процесса производства и реализации продукции. Одним из самых важных и жестких показателей уровня платежеспособности является **коэффициент абсолютной ликвидности**, который характеризует способность предприятия погашать текущие (краткосрочные) обязательства за счет денежных средств, средств на расчетных счетах и краткосрочных финансовых вложений. Таким образом, он показывает, какая часть краткосрочных заемных обязательств может быть при необходимости погашена немедленно. Нормальным считается значение коэффициента более 20%. Понятно, что чем выше этот показатель, тем лучше. С другой стороны, высокое значение показателя может свидетельствовать о нерациональной структуре капитала, слишком высокой доле неработающих активов в виде наличных денег и средств на счетах. Коэффициент вычисляется как отношение высоколиквидных оборотных активов к краткосрочным обязательствам. Для промышленности медицинских изделий по результатам 9 месяцев 2017 г. его значение – 44,65%.

Коэффициент ликвидности характеризует способность компании погашать текущие (краткосрочные) обязательства за счет оборотных активов. Он отличается от коэффициента абсолютной ликвидности тем, что в состав используемых для его расчета оборотных средств включаются не только высоко-, но и среднеликвидные текущие активы (дебиторская задолженность с коротким

ТАБЛИЦА 3 Структура отгрузки

Наименование показателей	9 месяцев 2017 г.	Доля, %
Объем отгруженных (переданных) товаров, работ и услуг (включая НДС, акцизы и иные обязательные платежи) – всего, млн руб.	26731,964	100,00
из них:		
Россия	25796,503	96,50
Другие страны СНГ – всего, из них:	500,974	1,87
Азербайджан	1,568	0,31
Армения	5,870	1,17
Беларусь	81,804	16,33
Казахстан	164,663	32,87
Киргизия	7,915	1,58
Молдова	1,966	0,39
Таджикистан	0,000	0,00
Туркмения	0,000	0,00
Узбекистан	212,628	42,44
Украина	24,560	4,90
Страны дальнего зарубежья, из них:	434,487	1,63
Прибалтийские республики	0,000	0,00
Латвия	0,000	-
Литва	0,000	-
Эстония	0,000	-
Другие страны дальнего зарубежья	434,487	100,00
Россия и другие страны СНГ	26297,477	98,37
Другие страны ЕАЭС, из них:	260,252	0,97
Армения	5,870	2,26
Беларусь	81,804	31,43
Казахстан	164,663	63,27
Киргизия	7,915	3,04
Россия и другие страны ЕАЭС	26056,755	97,47

Источник: Росстат

сроком погашения). Чем выше этот показатель, тем выше и уровень платежеспособности предприятия. Нормальным считается значение коэффициента более 80%, это означает, что денежные средства и предстоящие поступления от текущей деятельности должны покрывать текущие долги организации. По отрасли значение этого показателя за отчетный период находится на уровне 137,70%.

Коэффициент покрытия, или коэффициент текущей ликвидности, отражает способность компании погашать краткосрочные обязательства за счет текущих (оборотных) активов и дает общую оценку ликвидности активов.

Нормальным считается значение коэффициента 200% и выше. Если его значение ниже нормативного, то высок финансовый риск, связанный с неспособностью предприятия стабильно оплачивать текущие счета, а если значительно выше, то это может быть свидетельством нерациональной структуры капитала. При этом необходимо учитывать, что в зависимости от области деятельности, структуры и качества активов и пр. значение коэффициента может сильно меняться. По результатам деятельности предприятий промышленности медицинских изделий за 9 месяцев 2017 г. его значение составило 250,37%, т.е. выше нормативного.

СТРУКТУРА ОТГРУЗКИ

За 9 месяцев 2017 г. предприятиями промышленности медицинских изделий с кодом по ОКВЭД2 26.6 отгружено товаров, работ и услуг (включая НДС, акцизы и иные обязательные платежи) на сумму 26,732 млрд руб., в т.ч. в Россию 96,50% от общего объема отгруженной продукции, или 25,797 млрд руб., в другие страны СНГ – 2,14%, или 267,114 млн руб., и страны дальнего зарубежья – 1,87%, или 500,974 млн руб.

Наибольшая доля отгруженной продукции среди **стран СНГ** приходится на Узбекистан – 42,44%, или 212,628 млн руб., удельный вес Казахстана – 32,87%, или 164,663 млн руб., а Беларуси – 16,33%, или 81,804 млн руб.

В **страны ЕАЭС** отгружено товаров, работ и услуг на сумму 260,252 млн руб., или 0,97% от общего объема отгрузки. Среди этих стран наибольшая доля приходится на Казахстан – 63,27%, Беларусь – 31,43% и Киргизию – 3,04%. А Россия и страны ЕАЭС в общем объеме отгрузки составляют 97,47%, или 26,057 млрд руб.

ПОДВЕДЕМ ИТОГИ

Таким образом, за 9 месяцев 2017 г. по сравнению с предыдущим годом предприятия отрасли увеличили прибыль от продаж в 1,25 раза и снизили прибыль до налогообложения в 1,03 раза, а рентабельность продаж снизилась – на 0,38 пункта.

При этом все рассматриваемые коэффициенты, характеризующие уровень финансовой устойчивости и платежеспособности предприятий отрасли, находились в пределах нормативных значений.



ИСТОЧНИКИ

1. Романова С.А. Финансовые результаты отрасли за 9 месяцев 2016 года. Ремедиум, 2017, 4: 84-87
2. Крейнина М.Н. Анализ финансового состояния и инвестиционной привлекательности акционерных обществ в промышленности, строительстве и торговле. М., 1994.

5 фармност

14.02.03. *Общественное здоровье и здравоохранение*

14.04.03. *Организация фармацевтического дела*



ТОП-ПОЗИЦИИ

Показатели ведущих мировых и отечественных производителей и дистрибьютеров

ПРОИЗВОДСТВО ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ ЗА ФЕВРАЛЬ 2018 Г.

РИСУНОК 1 Посуда стеклянная для лабораторных, гигиенических или фармацевтических целей; ампулы из стекла, млн шт.

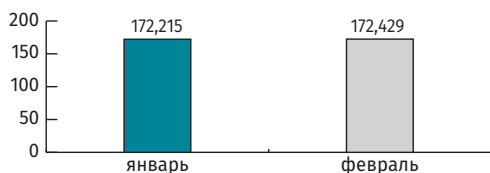


РИСУНОК 6 Инструменты и приспособления терапевтические; аксессуары протезов и ортопедических приспособлений, млн руб.

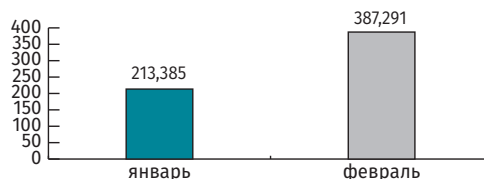


РИСУНОК 2 Оборудование и приборы для облучения, реабилитации, электрическое диагностическое и терапевтическое, млн руб.

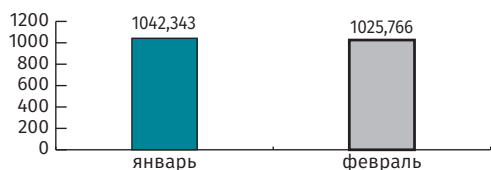


РИСУНОК 7 Мебель медицинская, включая хирургическую, стоматологическую или ветеринарную, и ее части, млн руб.

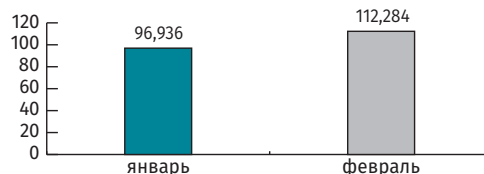


РИСУНОК 3 Автомобили скорой медицинской помощи, шт.

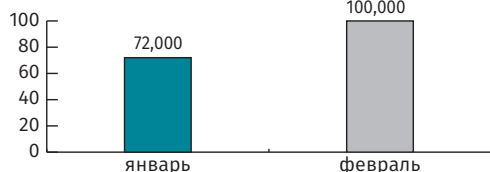


РИСУНОК 8 Линзы контактные; линзы для очков из различных материалов, тыс. шт.

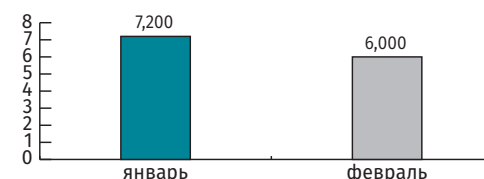


РИСУНОК 4 Инструменты и оборудование медицинские, млн руб.

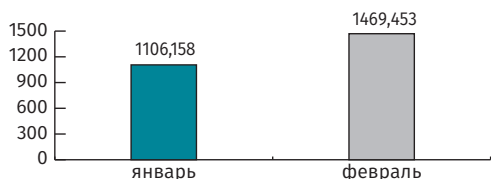


РИСУНОК 9 Очки для коррекции зрения, защитные или прочие очки или аналогичные оптические приборы, тыс. шт.

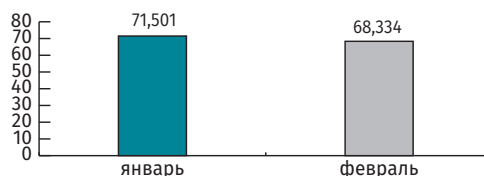


РИСУНОК 5 Шприцы, иглы, катетеры, канюли и аналогичные инструменты, млн шт.

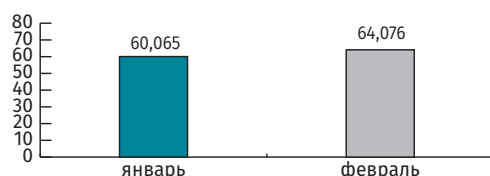
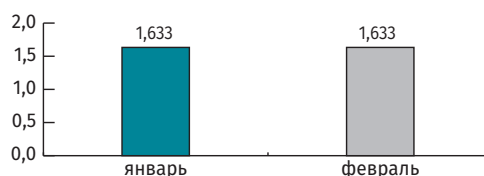
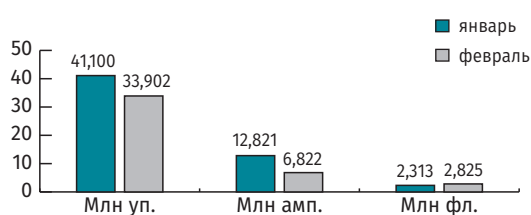
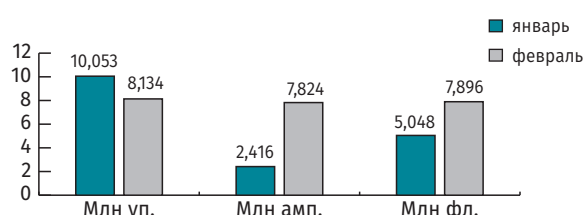
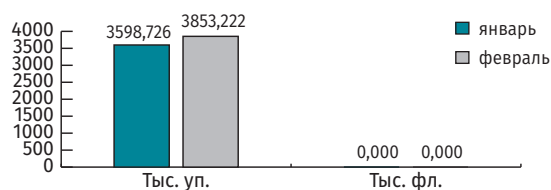
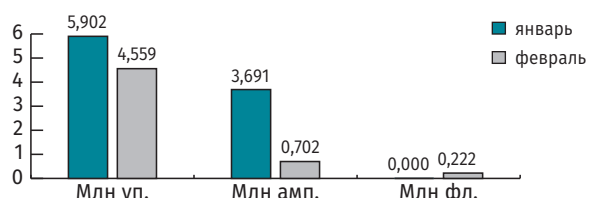
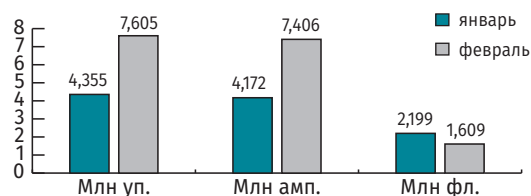
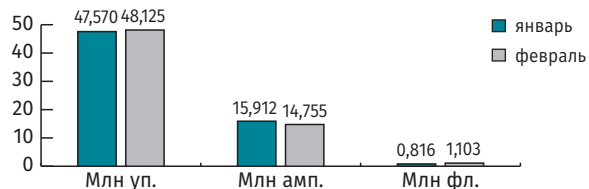
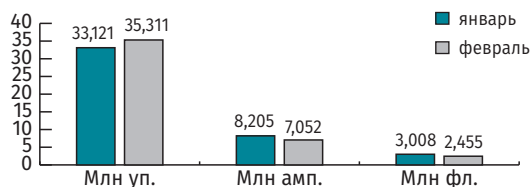
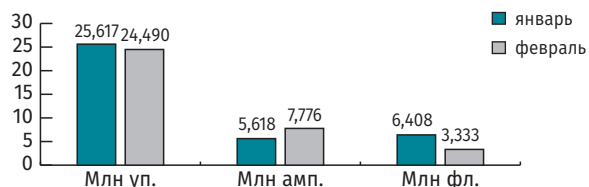
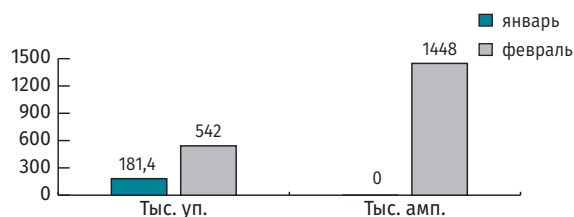
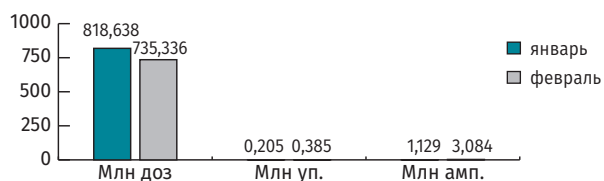


РИСУНОК 10 Оправы и арматура для очков, защитных очков и аналогичных оптических приборов, тыс. шт.



Примечание. Данные за предыдущий месяц уточнены в отчетном.

ДИНАМИКА ПРОИЗВОДСТВА ОСНОВНЫХ ФТГ ЗА ФЕВРАЛЬ 2018 Г.

рисунк 1 Препараты для лечения заболеваний пищеварительного тракта и обмена веществ**рисунк 6** Препараты противомикробные для системного использования**рисунк 2** Препараты для лечения сахарного диабета**рисунк 7** Препараты противоопухолевые и иммуномодуляторы**рисунк 3** Препараты, влияющие на кроветворение и кровь**рисунк 8** Препараты для лечения нервной системы**рисунк 4** Препараты для лечения сердечно-сосудистой системы**рисунк 9** Препараты для лечения органов дыхательной системы**рисунк 5** Препараты гормональные для системного использования, кроме половых гормонов**рисунк 10** Сыворотки и вакцины

Примечание. Данные за предыдущий месяц уточнены в отчетном.

20 КРУПНЕЙШИХ РЕКЛАМОДАТЕЛЕЙ И РЕКЛАМИРУЕМЫХ МАРОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РОССИЙСКИХ СМИ* В МАРТЕ 2018 Г.

№	Рекламодатель	Количество выходов
1	ОТИСИФАРМ	13 824
2	BAYER AG	12 132
3	TEVA	11 775
4	BERLIN-CHEMIE MENARINI GROUP	11 688
5	GSK CONSUMER HEALTHCARE	10 970
6	SANDOZ FARMA	10 472
7	JOHNSON & JOHNSON	9 356
8	SANOFI AVENTIS	7 741
9	STADA CIS	6 837
10	RECKITT BENCKISER	5 533
11	POLPHARMA	4 574
12	ЭВАЛАР	4 509
13	ABBOTT LABORATORIES S.A.	4 370
14	DR. REDDY'S LABORATORIES	4 334
15	ПЕТРОВАКС	3 590
16	ПОЛИСАН	3 572
17	GALDERMA	3 513
18	НИАРМЕДИК	2 946
19	KRKA D.D.	2 799
20	ИНФАМЕД	2 673

№	Марка	Количество выходов
1	NUROFEN	4 713
2	ЭВАЛАР	4 509
3	АЦЦ	3 593
4	ЦИКЛОФЕРОН	3 572
5	ПОЛИОКСИДОНИЙ	3 562
6	SUPRADYN	2 984
7	КАГОЦЕЛ	2 946
8	КОМПЛИВИТ	2 839
9	МИРАМИСТИН	2 673
10	АФРИН	2 630
11	ЭКЗОДЕРИЛ	2 484
12	ЛИНЕКС	2 430
13	ЭНТЕРОЛ	2 331
14	ПЕНТАЛГИН	2 306
15	ОТРИВИН	2 283
16	МИКОДЕРИЛ	2 218
17	ДОКТОР МОМ	2 094
18	АЛМАГЕЛЬ	2 018
19	ЛОЦЕРИЛ	1 945
20	ПРОСТАМОЛ УНО	1 943

Источник: TNS Gallup AdFact

* **СМИ: ТВ, радио, пресса, наружная реклама.** Тип рекламы: ТВ (ролик, спонсорский ролик и анонс: спонсорский ролик), радио (ролик), пресса (коммерческая реклама). Категория: «Лекарственные препараты и пищевые добавки». Статистика: Quantity (количество выходов). При мониторинге не регистрируются: ТВ: коммерческие сюжеты, репортажи, редакционные материалы, реклама в будущих строках (за исключением спонсорства); логотипы и титры на заставках рекламных блоков; реклама SMS-услуг в информационной «панели-плашке» (характерно для музыкального контента); реклама типа Product placement в кинопро-граммах. Радио: PR-репортажи; расширенное спонсорство; рекламные сюжеты без упоминания «на правах рекламы». Пресса:

вложения в издания, не имеющие признаков принадлежности к данному изданию; заказные статьи без пометки «реклама»; рекламные съемки; материалы редакционной поддержки; спонсорство рубрик; самореклама изданий (информация о подписке и анонсы следующих номеров); адреса и телефоны магазинов, упоминаемых в данном выпуске издания (в конце журнала). Наружная реклама: реклама с циклом размещения меньше месяца в том случае, если период ее размещения не совпадает с периодом мониторинга; транспаранты – перетяжки; вывески; афиши городской рекламы; автобусные остановки, не имеющие внутренней подсветки; рекламные ролики, транслирующиеся на компьютерных экранах.



РЕПРЕНТ

УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Компания «РепРент» предоставляет весь спектр услуг по аренде медицинских представителей, проведению независимого аудита, а также по выводу продуктов на рынки России.



ГРУППА КОМПАНИЙ «РЕМЕДИУМ»

ПЛАНИРОВАТЬ СТРАТЕГИЧЕСКИ
УПРАВЛЯТЬ ЭФФЕКТИВНО

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3426
info@reprent.ru

www.remedium.ru

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ «РЕМЕДИУМ»

1. Публикации в журнале подлежат только статьи, ранее не публиковавшиеся в других изданиях. Не допускается направление в редакцию работ, которые отправлены в другие издания.

2. Статьи, оформленные не в соответствии с приведенными правилами, не принимаются и не рецензируются.

3. Редакция оставляет за собой право редактирования и отбора материалов для опубликования.

4. Все статьи, поступающие в редакцию журнала, проходят рецензирование в соответствии с требованиями ВАК РФ к изданию научной литературы.

5. Статьи принимаются редакцией к рассмотрению только с направляющим письмом от учреждения, в котором работают авторы, в адрес главного редактора журнала.

6. Статьи следует высылать по электронной почте в формате MS Word с приложением сканированных копий направляющего письма и первой страницы статьи с подписью всех авторов статьи в формате Adobe Acrobat (*.pdf).

7. Оформление первой страницы:

- название статьи;
- инициалы и фамилия автора (авторов);
- наименование учреждения (учреждений), в котором (которых) была выполнена работа с указанием ведомственной принадлежности (Минздрав России, РАН и т.п.);
- город, где расположено учреждение и страна;
- рядом с фамилией автора и названием учреждения цифрами в верхнем индексе обозначается, в каком учреждении работает каждый из авторов;
- в сведениях «Для корреспонденции» указывается фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность в учреждении/учреждениях, рабочий адрес с почтовым индексом, рабочий телефон и адрес электронной почты всех авторов. Сокращения не допускаются. Автор, ответственный за связь с редакцией, указывается первым.

8. Название статьи должно быть кратким и информативным. В заглавии статьи не допускается использование сокращений и аббревиатур, а также торговых (коммерческих) названий препаратов, биологически активных добавок к пище, продуктов, средств по уходу, медицинской аппаратуры, диагностического оборудования, диагностических тестов и т.п.

9. На отдельной странице размещается резюме (аннотация) статьи на русском языке объемом до 1 500 знаков с пробелами и ключевые слова (не более 8) в порядке значимости. Резюме является независимым от статьи источником информации. Оно будет опубликовано отдельно от основного текста статьи и должно быть понятным без ссылки на саму публикацию. Резюме является кратким и последовательным изложением материала публикации по основным разделам и должно отражать основное содержание статьи, следовать логике изложения материала и описания результатов в статье с приведением конкретных данных.

10. Требования к оформлению текста статьи:

- формат листа А4;
- шрифт Times New Roman;
- кегль 12;
- межстрочный интервал 1,5;
- поля: верхнее и нижнее 2,5 см, левое 3,5 см, правое 1,5 см;
- формат документа при отправке в редакцию *.doc или *.docx;
- объем статей не более 15 страниц;
- единицы измерения даются в системе СИ;
- употребление в статье необщепринятых сокращений не допускается;
- все аббревиатуры должны быть расшифрованы при первом упоминании, далее по тексту используется только аббревиатура; малоупотребительные и узкоспециальные термины также должны быть расшифрованы.

11. При описании лекарственных препаратов при первом их упоминании должна быть указана активная субстанция (международное непатентованное название – МНН), коммерческое название, фирма-производитель, страна производства; все названия и дозировки должны быть тщательно выверены.

12. Описание пострегистрационных клинических испытаний лекарственных препаратов, продуктов питания, биологически активных добавок к пище и средств по уходу за детьми должно обязательно включать информацию о регистрации и разрешении к применению указанной продукции официальными разрешительными органами (регистрационный номер, дата регистрации).

13. Библиографические ссылки в тексте статьи располагаются в квадратных скобках в порядке цитирования автором (не по алфавиту!) в строгом соответствии с приставным списком литературы, который прилагается в виде отдельного файла. Библиография оформляется в соответствии с форматом Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals – http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. В соответствии с этим форматом:

- при цитировании журнальной статьи указываются фамилии и инициалы авторов (если авторов семь и более, то перечисляют первых шесть авторов и ставят «и др.» в русских статьях или «et al.» – в английских), полное название статьи, сокращенное название журнала (сокращения должны соответствовать стилю Index Medicus или MEDLINE), год, том, номер, страницы (первая и последняя);
- при цитировании книжного издания (книги, монографии, материалов конференций и др.) – фамилии и инициалы авторов, полное название книги, место, издательство и год издания;
- допускаются ссылки на авторефераты диссертационных работ, но не на сами диссертации, т.к. они являются рукописями.

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК

На иностранном языке

Kulikov VA, Sannikov DV, Vavilov VP. Use of the acoustic method of free oscillations for diagnostics of reinforced concrete foundations of contact networks. *Defektoskopiya*, 1998, 7 (3): 40–49.

На русском языке

Мартынов С.А. Клинические и патофизиологические особенности анемии при диабетической нефропатии. *Сахарный диабет*, 2008, 39: 16–22.

14. К статье прилагается минимальное количество иллюстративного материала в виде таблиц и рисунков. Редакция оставляет за собой право сокращать количество иллюстративного материала в статье. Местоположение иллюстрации указывается автором в тексте статьи путем установки ссылки на таблицу или рисунок. Нумерация иллюстративного материала ведется в порядке упоминания и выделяется курсивом.

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ

рисунок 1, рисунок 2 и т.д., таблица 1, таблица 2 и т.д.

15. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы, быть легко читаемыми и понятными, иметь название, единицы измерения каждого показателя, должно быть указано наличие или отсутствие статистической значимости различий данных.

16. Рисунки (диаграммы, графики) должны иметь подпись всех осей с указанием единиц измерения по системе СИ. Легенда выносится за пределы рисунка.

17. Иллюстративный материал (рисунки) в виде фотографий (черно-белых или цветных), рисунков представляется только в электронном виде в виде отдельных файлов в форматах *.pdf, *.tiff, *.jpeg, *.eps разрешением не менее 300 dpi, шириной не менее 92 мм. Названия рисунков, подписи к ним со всеми обозначениями печатаются на отдельном листе.

18. Редакция оставляет за собой право сокращения публикуемых материалов и адаптации их к рубрикам журнала.

19. Присланные рукописи обратно не возвращаются.

20. Плата с аспирантов и соискателей за публикацию статей не взимается.



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ 2018

25–28 СЕНТЯБРЯ 2018 ГОДА | МОСКВА

ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОЙ ТОРГОВЛИ
МОСКВА, КРАСНОПРЕСНЕНСКАЯ НАБ., Д. 12

www.scardio.ru





РЕМЕДИУМ

ГРУППА КОМПАНИЙ

- Печатные издания для всех участников фармрынка
- Аутсорсинг и аутстаффинг фармперсонала
- Комплексная рекламная поддержка клиентов
- Предоставление электронных баз данных
- Организация и проведение мероприятий



НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ
РЫНКЕ РОССИИ
С 1995 ГОДА



РЕМЕДИУМ

ИЗДАТЕЛЬСТВО



КЛИФАР

БАЗЫ ДАННЫХ



РЕПРЕНТ

УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

С НАМИ ВЫ
УСПЕШНЕЕ!

РЕМЕДИУМ

ЖУРНАЛ О РЫНКЕ ЛЕКАРСТВ И МЕДИЦИНСКОЙ

ГЛЮКОМЕТР КОНТУР ПЛЮС – ТОЧНОСТЬ, СРАВНИМАЯ С ЛАБОРАТОРНОЙ*



Горячая линия: 8 (800) 200-44-43
www.diabetes.ascensia.com.ru

РУ № РЗН 2015/2602 от 20.07.2017 г., № РЗН 2015/2584 от 20.07.2017 г.

ASCENSIA
Diabetes Care

Contour plus
КОНТУР ПЛЮС

Реклама

*Система Контур Плюс превосходит требования нового стандарта ISO 15197:2013, предъявляемые к точности. Caswell M. et al. Accuracy and User Performance Evaluation of a Blood Glucose Monitoring System. Diabetes Technol Ther. 2015; 3: 152–158.

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3 425, факс: 8 495 780 3 426
remedium@remedium.ru

www.remedium.ru

РЕМЕДИУМ № 4 (253) 2018



Горячая линия:
8 (800) 200-44-43
www.diabetes.ascensia.com.ru

Высокая точность системы мониторинга гликемии Contour plus (Контур Плюс) помогает Вам принимать более правильные решения для корректного дозирования инсулина



Технология «Без кодирования» – тест-полоска сама кодирует глюкометр



Технология «Второй шанс» – возможность дополнительного нанесения капли крови на ту же тест-полоску



Большой экран и настройка звуковых напоминаний об измерении после еды



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

РЕМЕДИУМ

ЖУРНАЛ О РЫНКЕ ЛЕКАРСТВ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ



АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
 ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА

Через редакцию вы можете оформить подписку с любого номера, в т.ч. на электронную версию

Стоимость подписки на I полугодие 2018 г. – 6 360 руб.
 Стоимость годовой подписки на 2018 г. – 12 000 руб.

За дополнительной информацией обращайтесь в отдел подписки ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ».

Наш адрес: 105082, Москва, Бакунинская ул., 71, стр. 10.
 Для корреспонденции: 105082, г. Москва, а / я 8.
 Телефон: (495) 780-34-25. ФАКС: (495) 780-34-26.
 E-mail: PODPISKA@REMEDIUM.RU, WWW.REMEDIUM.RU

ОФОРМИТЬ ПОДПИСКУ ВЫ МОЖЕТЕ:

В любом почтовом отделении России по каталогам:

- «Роспечать», индекс 47277
- «Пресса России», индекс 43043

У наших партнеров:

- Официальный дилер Ремедиум Приволжье, Нижний Новгород, т.: (831) 411-19-83

В подписных агентствах

- ООО «Информнаука», т.: (495) 787-38-73, (499) 152-54-81 www.informnauka.com
- ООО «Руспресса», т.: (495) 369-11-22, (495) 651-82-19
- ЗАО «МК-Периодика», т.: (495) 672-70-89
- ООО «Урал-пресс» (филиалы в 52 регионах РФ), т.: (495) 789-86-36, www.ural-press.ru
- «Прессинформ», т.: (812) 786-58-29

Подписка в Беларуси

- «Белпочта», т.: (37517) 226-01-73, 205-41-81

Подписка в Казахстане

- «Казпочта», www.kazpost.kz
- «Дауыс», Алматы, т.: (727) 277-10-37

СЧЕТ № РМ/900-18					
№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена, руб.	Сумма, руб.
1	Подписка на журнал «Ремедиум» №7-12 (июль – декабрь) 2018 г.	комплект	1	6 600,00	6 600,00
Итого:					6 600,00
В том числе НДС					600,00
Всего к оплате:					6 600,00
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>К оплате: шесть тысяч шестьсот рублей 00 коп.</p> <p>Руководитель предприятия _____ (Макарова Е.Н.)</p> </div> </div>					

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ПЛАТЕЖНОГО ПОРУЧЕНИЯ		
Получатель: ИНН 7701669956\770101001	Сч. №	40702810438000059976
Банк получателя:	БИК	044525225
ПАО «Сбербанк» г. Москва	Сч. №	30101810400000000225