

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА КЫРГЫЗСТАНА**

Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данном обзоре дана оценка текущего состояния и проблем фармацевтического рынка Кыргызской Республики.

Ключевые слова: здравоохранение, финансирование, фармацевтический рынок, лекарственные средства.

**КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫК БАЗАРДЫН
ЗАМАНБАП АБАЛЫ ЖАНА МАСЕЛЕЛЕРИ**

Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Дарылардын технологиясы, фармациянын башкаруу жана экономика кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме. Макалада Кыргызстандын фармацевтика базарынын азыркы абалына жана маселелерине баа берилген.

Корутунду: саламаттык сактоо, каржылоо, фармацевтика базары, дары-дармек.

**THE CONTEMPORARY STATUS AND PROBLEMS OF THE
PHARMACEUTICAL MARKET IN KYRGYZSTAN**

Cholponbaev K.S., Dootalieva S.Ch.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
department of pharmacy management, economics and drug technology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In this review assessed the current situation and problems of the pharmaceutical market in Kyrgyz Republic.

Key words: national health Insurance, finance, pharmaceutical market, medicaments.

Система здравоохранения

Состояние мировой экономики во многом предопределяется уровнем развития системы здравоохранения. Ведь ясно, что здоровые работники способны поднять производительность труда и уровень экономики в целом. Если система финансирования здравоохранения не способна обеспечить достаточных средств для поддержания здравоохранения на должном уровне, это может иметь отрицательные последствия для всей экономики страны. На состояние системы здравоохранения влияют нижеследующие факторы: политические, экономические, демографическая ситуация,

общественные ценности.

В связи с этим в настоящем обзоре мы представляем анализ вышеуказанных факторов, состояние системы здравоохранения в целом и фармацевтического рынка как составной части системы здравоохранения Кыргызстана.

Основные социально-экономические показатели

- Реальный рост ВВП по сравнению с 2008 годом составил 10-15%. ВВП в 2011 г. составил 5,87 млрд. дол. США. При этом ВВП на душу населения вырос с 950 дол. США (2008 г.) до 1060 дол. США (2011 г.) (табл. 1);
- в 2011 г. средняя заработная плата в

Таблица 1. Экономические показатели:

Показатели	2008	2009	2010	2011
ВВП, млрд.дол. США	5,04	4,69	4,54	5,87
Население, млн. чел.	5,3	5,36	5,4	5,54
ВВП на душу населения, в дол. США	950,0	875,0	840,7	1060,0

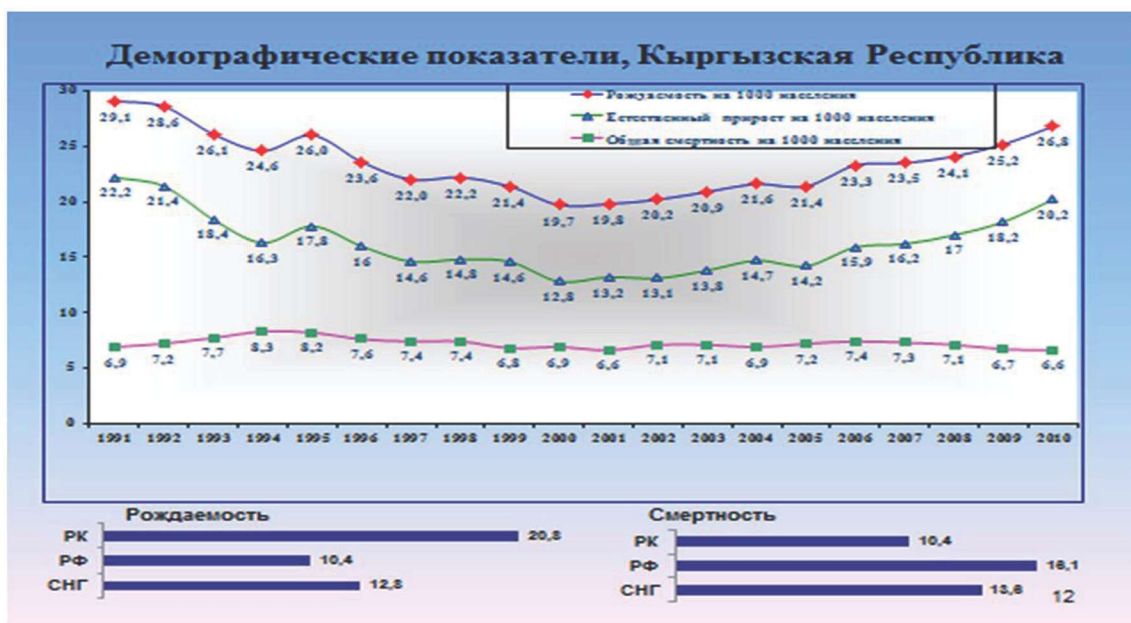


Рисунок 1. Демографические показатели, Кыргызская Республика (Материалы открытого заседания ОНС МЗ КР от 26.04.2011 г.)

республике составила 191 дол. США, что на 30% больше, чем в 2008 г. (148 дол. США);

- доходы государственного бюджета в 2011 г. по сравнению с 2008 г (1,3 млрд. дол. США) выросли на 15% и достигли 1,5 млрд. дол. США, что составило 25,1% от ВВП;
- в 2011 году внешнеторговый оборот Кыргызстана составил 5,7 млрд. дол. США (экспорт – 1,8 млрд. дол. США, импорт – 3,9 млрд. дол. США).

Вышеуказанные данные свидетельствуют, что имеется тенденция роста экономических показателей, отмечается рост ВВП страны. В республике есть огромный потенциал в увеличении объема ВВП и других экономических показателей.

Демографические показатели

Население Кыргызской Республики составляет 5,536 тыс. человек (2011 год). Городские жители составляют 35%, сельские жители – 65%. Количество пенсионеров составляет 543 тыс. человек, средний размер пенсии – 82 дол. США. Средняя продолжительность жизни – 67,8 лет, из них мужчины – 63,7; женщины – 72,2. Демографические показатели показывают, что в нашей республике рождаемость на 1000 населения составляет 26,5, а в странах СНГ эти показатели составляет 12,8. По показателю общая смертность на 1000 населения в

Кыргызстане в 2 раза ниже, чем в странах СНГ (рис. 1).

Такие положительные результаты в системе здравоохранения достигнуты благодаря реформам, которые были начаты с 1996 года. В результате:

- внедрена система обязательного медицинского страхования;
- внедрен институт семейной медицины;
- проведена реструктуризация организаций здравоохранения;
- внедрены новые механизмы формирования бюджета;
- создана система «Единого плательщика» путем разделения функций на «покупателя/ФОМС» и «поставщика/МЗ» медицинских услуг.

Сегодня систему здравоохранения Кыргызстана представляют:

- первичный уровень: центры семейной медицины – 80, группы семейных врачей – 702, фельдшерско-акушерский пункты – 941;
- вторичный уровень: стационары областные, районные и городские – 134 больниц.
- третичный уровень: 11 национальных и научных центров;
- общественное здравоохранение: 52 центровгоссанэпиднадзора, 12–республиканских и региональных профилактических центров;
- частная медицина: 600 частнопрактикующих медицинских

Таблица 2. Государственные расходы на здравоохранение стран СНГ (% к ВВП)

Источник: Материалы открытого заседания ОНС МЗ КР от 26.04.2011 г.

Страны СНГ	% к ВВП	Расходы на одного больного в год, в долл. США
Россия	5.0	466.0
Белоруссия	4.8	384.0
Украина	4.2	273.0
Казахстан	3.7	333.0
Кыргызстан	2.4	20.0

Таблица 3. Расходы государства на здравоохранение в Кыргызской Республике (млрд. дол. США)

Показатели	2007	2008	2009	2010	2011
ВВП	3,8	5,04	4,69	4,54	5,87
Общая сумма расхода бюджета	0,97	1,23	1,28	1,41	1,85
в т.ч. на здравоохранение	0,085	0,114	0,009	0,111	0,178
Доля расходов на здравоохранение к бюджету, %	8,8	9,2	9,3	7,8	9,6
% к ВВП	2,2	2,3	2,5	2,4	3,0

работников, 230 юридических лиц, 20 клиник с 350 стационарными койками.

Финансирование здравоохранения

Согласно рекомендациям ВОЗ затраты государства на здравоохранение должны составлять не менее 6-9% от ВВП. По данным ВОЗ в США 14% ВВП инвестируется в здравоохранение, в странах Европы – 6-9%; затраты на лекарственные средства (ЛС) составляют 11-19% от этих средств. В России и странах СНГ расходы на здравоохранение составляют от 2,4% до 5% к ВВП, а расходы на лекарства на одного больного в год составляют в пределах от 20 долл. США до 466 долл. США (таблица 2).

Как видно из таблицы, расходы на здравоохранение в нашей республике среди указанных стран СНГ самые низкие. За последние 5 лет объем финансирования системы здравоохранения вырос от 2,4% до 3% к ВВП (таблица 3).

Консолидированный бюджет Единого плательщика состоит из разных источников (таблица 4). Основным источником является государственный бюджет (63%) и средства

ОМС (21,5%), а также сооплата. Последний источник, на наш взгляд, стал бы хорошим пополнением бюджета при разумном расчете его размера. Сегодня, несмотря на введение сооплаты, не прекращаются неформальные платежи населения (примерный размер по неофициальным источникам около 100 млн. долл. США).

Финансирование лекарственных средств

Одним из главных элементов системы здравоохранения является финансирование ЛС. Сегодня лекарственным обеспечением лечебно-профилактических организаций (ЛПО) занимаются частные фармацевтические фирмы. В связи с этим для эффективного использования имеющихся денежных ресурсов, закупка ЛС для ЛПО осуществляется в пределах перечня жизненно-важных лекарственных средств (ПЖВЛС) на тендерной основе.

В 2011 г на финансирование ЛС по ЛПО из консолидированного бюджета выделены 17,8 млн. дол. США. Из них: республиканского и местных бюджетов – 5%; средства ОМС – 49%; средства сооплаты населения – 49%.

Таблица 4. Уточненный план консолидированного бюджета Единого плательщика с 2008-2010 годы
(в млн. дол. США).

Источник: Материалы Парламентского слушания от 09.02.2011 г.

Источники бюджета	Уточненный план 2008 г.	Уточненный план 2009 г.	Уточненный план 2010 г.	% доля
Республиканский бюджет (МФ)	62,8	69,7	71,4	63,3
Взносы на ОМС социально-уязвимых категорий из республиканского бюджета (МФ)	7,0	6,0	5,6	5,0
Взносы ОМС работающих граждан через Соц. фонд	15,5	17,8	18,4	16,5
Сооплата (ОЗ)	5,0	5,12	5,04	4,5
Спец. средства (ОЗ)	2,8	2,14	2,07	1,8
Местный бюджет г. Бишкек	18,7	17,5	9,3	8,3
Спец. средства (ОЗ) местного бюджета	1,2	0,96	0,69	0,6
Итого:	113,0	119,2	112,5	100,0

По оперативным данным ФОМС за 6 месяцев 2012 года прямые расходы на пациента в стационарах из консолидированного бюджета на одного больного в день составили:

- на медикаменты 100,55 сомов (за 6 месяцев 2011г. - 87,44 сомов), в том числе из средств республиканского бюджета – 22,50 сомов (за 6 месяцев 2011г. – 21,96 сомов);

- на питание – 49,56 сомов (за 6 месяцев 2011г. - 44,64 сомов), в том числе из средств республиканского бюджета – 37,14 сомов (за 6 месяцев 2011г. – 34,85 сомов) [1].

Учитывая, что с 2012 года увеличен размер сооплаты, акцент в основном направлен на увеличение заработной платы медицинского персонала, поэтому экономическая доступность лекарств больным остается проблематичной.

Для эффективного и рационального использования средств госбюджета необходимо активно внедрять в лечебных организациях методы фармакоэкономического анализа. Внедрение логистической технологии, основанной на фармакоэкономическом анализе, позволяет учреждению здравоохранения снизить общие затраты на закупки, сократить

продолжительность лечения за счет использования более эффективных и безопасных препаратов и снизить риск осложнений фармакотерапии, уменьшить число повторных госпитализаций или амбулаторных обращений. Научно доказано, что при правильном применении инструментов фармакоэкономического анализа, таких как ABC/VEN-анализ, при формировании портфеля закупок для стационара можно добиться экономии бюджетных средств и провести отбор ЛС с доказанной эффективностью. Несмотря на наличие приказа и методических рекомендаций еще с 1999 г., ABC/VEN-анализ до сих пор не применяется в ЛПО нашей республики на должном уровне.

Одной из приоритетных задач Государственной лекарственной политики является обеспечение доступности ЛС населению. Для этого была внедрена Дополнительная программа обязательного медицинского страхования (ДП ОМС) для льготного лекарственного обеспечения застрахованных граждан на первичном уровне и на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий (ПГГ). Внедрение



Рисунок 2. Схема лекарственного обеспечения по ДП ОМС и ПГГ на амбулаторном уровне через аптечную сеть

вышеуказанных программ решает проблему не только экономической доступности ЛС, но и проблему самолечения, т.к. лекарственное обеспечение по ДП ОМС и ПГГ на амбулаторном уровне осуществляется через аптечную сеть по рецептам врачей. Схема льготного лекарственного обеспечения представлена на рисунке № 2.

В 2011 г. по рецептам ДП ОМС всего реализовано ЛС на сумму 3,87 млн. долл. США (180 млн. сом), из них 2,2 млн. долл. США (101,8 млн. сом) - 57% возмещено из средств ОМС; 1,7 млн. долл. США (78,2 млн. сом) - 42% оплачено пациентом. Фактическая сумма, оплаченная по рецептам ПГГ, в 2011 году составила 25,01 млн. сом. Это 99% от запланированных средств. В среднем по рецепту ПГГ пациент оплачивает 6,0% стоимости лекарственного средства, оплата из государственных средств составляет 92% [1].

По результатам исследований, проведенных центром анализа политики здравоохранения (ЦАПЗ) за период 2001-2010 гг., отмечается, что расходы на ЛС в виде

общих выплат из кармана домохозяйств на душу населения являются наиболее высокими из всех расходов, связанных со здравоохранением. Ежегодное номинальное увеличение в расходах на лекарства составляет 33%. Это вызвано тем, что растет уровень инфляции, а также рост потребления ЛС, т.е. улучшилась физическая доступность лекарств. Однако экономическая доступность лекарств остается проблематичной. Несмотря на то, что программа льготного лекарственного обеспечения ДП ОМС действует с 2001 года, на сегодняшний день выделяемые средства для реализации данной программы остаются неосвоенными. Одной из причин этого является неосведомленность населения о своих правах по данной программе в силу того, что многие врачи просто не выписывают рецепты по ДП ОМС, имеются некоторые не отработанные механизмы возмещения оплаты за рецепты территориальными управлениями ФОМСа [2].

Фармацевтический рынок Кыргызстана
Фармацевтический рынок Кыргызстана

Таблица 5. Динамика зарегистрированной фармацевтической продукции, 2006-2011 гг.

Год	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Кол-во единиц зарегистрированной фармацевтической продукции	3143	3458	4228	5284	5950	6752

Таблица 6. Количество зарегистрированных ЛС по странам Центральной Азии.

Страна	Население	Количество зарегистрированных ЛС
Казахстан	16500000	6136
Узбекистан	29500000	6236
Таджикистан	7565000	2681
Кыргызстан	5536000	5944 (1600 по перечню)

работает в рыночных условиях. Почти 99% субъектов относится к частным структурам, 1% - государственные аптеки при больницах. Лицензия на фармацевтическую деятельность выдается на 5 лет. В настоящее время фармацевтической деятельностью и производством лекарственных средств занимаются 552 юридических и 445 физических лиц. Кыргызстан – импортозависимая страна, 95-97% ЛС импортируется из дальнего и ближнего зарубежья.

Регистрация лекарственных средств

В соответствии с законом Кыргызской Республики «О лекарственных средствах» все ЛС должны быть зарегистрированы и сертифицированы в установленном порядке. Сегодня в нашей республике создана лояльная система допуска лекарственных препаратов на рынок Кыргызстана. В результате ежегодно увеличивается список зарегистрированных лекарственных препаратов. По данным ДЛО и МТ на 01.01.2012 г. на территории республики официально разрешены к применению 6752 наименования фармацевтической продукции, которые занесены в Государственный Реестр ЛС, разрешенных к применению, из них ЛС – 4344, ИМН – 1774, биологически активных добавок – 343, лекарственных средств, применяемых для лечения животных – 291. Кроме того, в соответствии с Законом Кыргызской Республики «О лекарственных средствах» ежегодно пересматривается и утверждается список лекарств, которые не зарегистрированы, но также разрешаются к применению. В настоящее

время данный Перечень включает более 1600 наименований [3].

В таблице 5 представлена динамика зарегистрированной фармацевтической продукции за последние шесть лет. Как видно из таблицы, количество зарегистрированной фармацевтической продукции по сравнению с 2006 годом увеличилось в два раза.

Сравнительные данные по количеству разрешенных лекарственных препаратов по странам Центральной Азии показывают, что Кыргызстан по данному показателю находится на уровне Казахстана и Узбекистана (таблица 6).

Необходимо отметить, что целый ряд развитых европейских стран имеют список разрешенных к применению в стране лекарств, не превышающих 1000-2500 наименований, т.е. при регистрации приоритетом является не количество, а качество лекарств.

Количество разрешенных к применению в республике лекарств не является показателем того, что все жизненно-важные препараты доступны населению. В настоящее время продолжают оставаться не решенными вопросы доступности и наличия на рынке наркотических анальгетиков, онкологических препаратов. По данным исследования ЦАПЗ анализ действующего ПЖВЛС КР показывает, что в составе данного Перечня имеются 51 наименований ЛС, которые не зарегистрированы в КР (16%), а значит не могут применяться и ввозиться на территорию страны.

Таблица 7. Сравнительные данные по сельским аптечным учреждениям в разрезе областей КР (2011 год).

Регион	АУ сельские	Всего сел	Кол-во сел, без аптек	Кол-во сел, без аптек, %	более 70 %
Чуйская обл.	223	327	249	76 %	
Иссык-Кульская область	86	180	146	81 %	
Таласская обл.	63	90	63	70 %	
Нарынская обл.	113	140	83	59 %	
Ошская обл.	200	467	357	76 %	
Жалалабадская обл.	225	415	321	77 %	
Баткенская обл.	79	189	151ц	79 %	
Итого:	989	1808	1370	75 %	

Розничный сектор

В большинстве стран мира лекарственным обслуживанием населения занимаются как государственные, так и частные аптеки. Главным критерием доступности ЛС является наличие достаточного количества аптек на число жителей района, обслуживаемого одной аптекой. В Кыргызстане в среднем на одну аптеку приходится 5,8 тыс. человек, а на всю аптечную сеть, включая мелкорозничную, - 2,5 тыс. человек. На 2011 год в розничном секторе работает 956 аптек, 66 – аптек ЛПО, 1381 – аптечных пунктов и киосков, 52 – магазинов медтехники и оптики [3]. Однако на фоне общего развития аптечной сети имеется недостаток аптечных организаций в сельских и отдаленных регионах республики, так как основная масса аптечных организаций сосредоточена в городах и районных центрах.

Согласно данным исследования ЦАПЗ

сельских населенных пунктов по республике не имеют аптечных организаций; около 1% сел, где нет аптечных учреждений, имеют численность населения более 2500 населения (таблица 7).

Оптовый сектор

В нашей республике оптовой деятельностью занимаются около 200 хозяйствующих субъектов, функционируют 343 аптечных складов и складов изделий медицинского назначения.

Структура импорта

Объем фармацевтического рынка Кыргызстана

По данным ДЛЮ и МТ МЗ КР и ГТК ПКР объем импорта лекарственных средств имеет тенденцию роста и по ценам производителя (импортера) достиг в 2011 году до 7 млрд. сом (по средневзвешенному курсу долл. США 2010 г

Таблица 8. Емкость фармацевтического рынка Кыргызстана за 2007-2010 гг. (млн. долл. США)

Годы	Объем импорта	Объем экспорта	Объем производства	Емкость рынка		
				По ценам импортера	По оптовой цене	По розничной цене
2007	56,973	1,4	3,973	60,935	85,309	100,543
2008	71,417	0,628	3,842	75,246	105,344	124,156
2009	93,512	0,200	4,884	95,501	133,701	157,58
2010	129,978	0,909	5,282	129,964	181,950	214,4

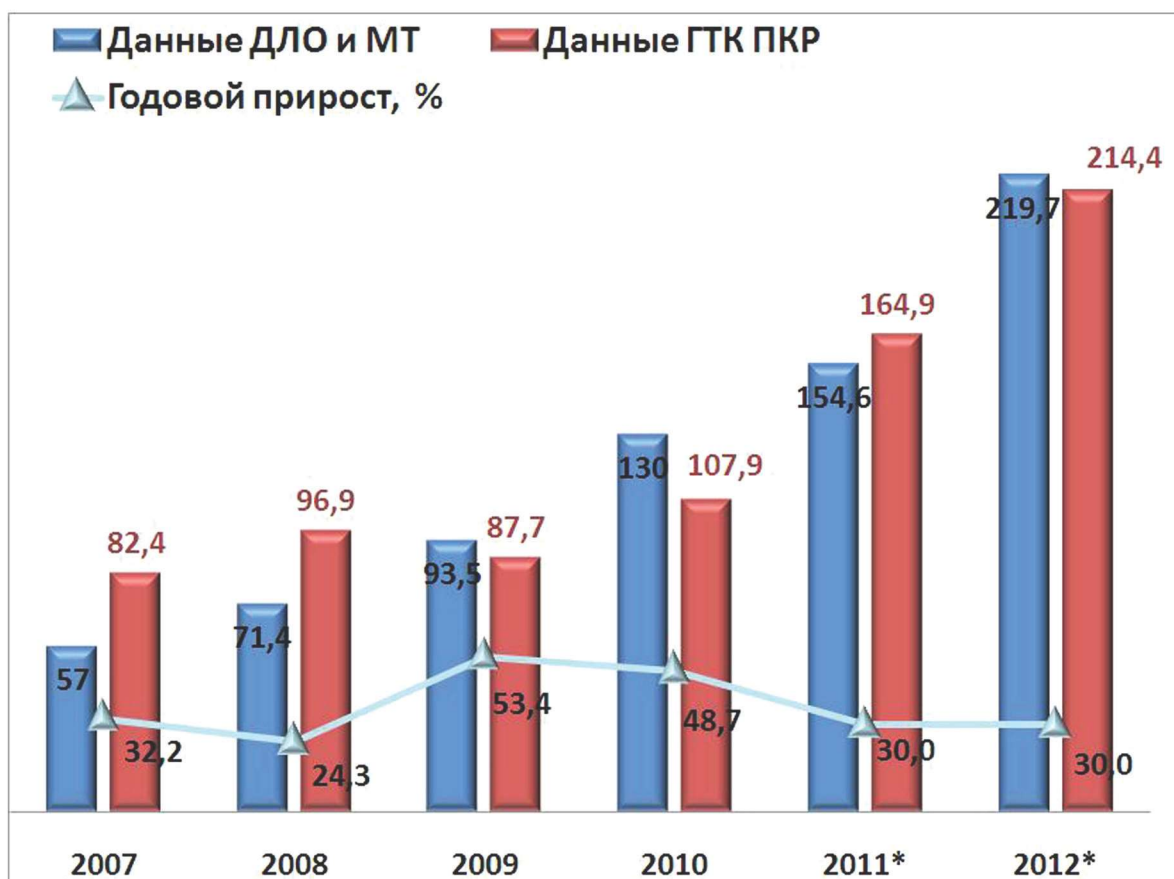


Рисунок 3. Прогноз динамики объема импорта ЛС и ИМН фармацевтического рынка Кыргызстана в 2004-2012 гг.

- 46,5 составила 155 млн. долл. США). По нашим прогнозам, при сохранении среднего ежегодного прироста, объем импорта лекарственных средств по ценам производителя (импортера) в 2012 году составит 220 млн. долл. США (10104,5 млн. сом) (рис. 3).

Лекарства в Кыргызстан импортируются из 60 стран ближнего и дальнего зарубежья. Так ЛС, ввозимые из России, составляют 32%, из Украины – 5%, Белоруссии – 3%. Из стран дальнего зарубежья больше всего ввозятся препараты из Германии – 8%, Словении и Венгрии – по 7 %, индийские ЛС составляют 5 %, французские – 4% (рис. 4).

Емкость фармацевтического рынка Кыргызстана

На основе данных ДЛО и МТ и ГТК, нами была просчитана емкость рынка по ценам производителя, оптовика и конечного потребителя. При расчете использована средняя наценка оптового и розничного уровня. Как видно из анализа, емкость рынка зависит от наценки и наблюдается динамичная тенденция

роста (табл. 8).

Производство лекарственных препаратов

За последние годы отмечаются позитивные тенденции в развитии отечественного фармацевтического производства. По республике лицензию на производство ЛС и ИМН имеют 36 фармацевтических производственных организаций. Отечественными разработчиками зарегистрировано 260 наименований ЛС ИМН и МТ. В основном выпускаются галеновые препараты, мази, лекарственные травы, сборы и чай, производится фасовка этилового спирта, перевязочных средств. Освоен выпуск небольшого ассортимента таблетированных и инъекционных форм: 24 наименования суппозитория, 16 наименований таблетированных и капсулированных ЛС, 12 инъекционных ЛС, в основном это растворы для вливаний (физиологический раствор, растворы глюкозы, натрия хлорида и др.). Отечественное производство покрывает потребности от 3 до 5% от оборота ЛС и ИМН. Динамика развития

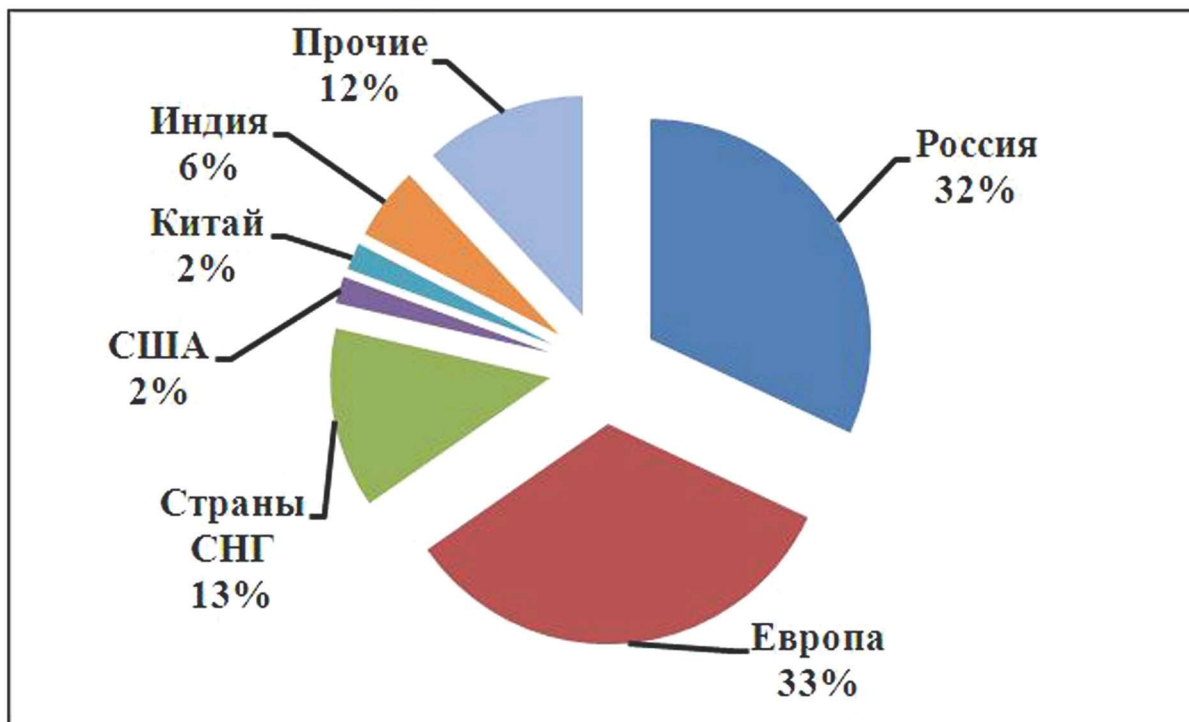


Рисунок 4. Структура импорта ЛС в КР.

производства отечественных ЛС и ИМН представлена на рис. 5.

В настоящее время в Кыргызстане постановлением Правительства утвержден стандарт GMP. Сам процесс внедрения GMP является затратным и требует специалистов высокого уровня квалификации в этой области. В Казахстане, Узбекистане, Украине и др. странах СНГ для внедрения GMP приняты специальные государственные программы по поддержке отечественных фармацевтических

производителей, планы поэтапного внедрения и финансовой поддержки. В результате в этих странах активно продвигается процесс внедрения стандарта GMP. В нашей республике отсутствуют подобные государственные программы по поддержке отечественного фармацевтического производства.

Таможенный союз

Одним из актуальных вопросов фармацевтического рынка является вхождение Кыргызстана в Таможенный союз. На

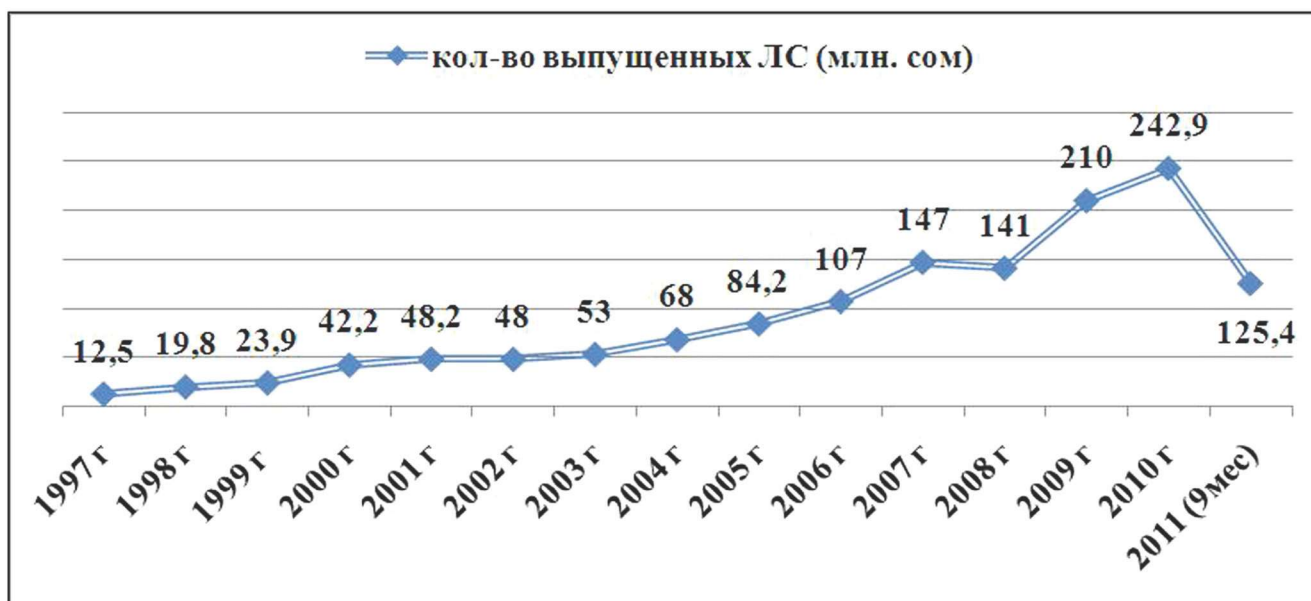


Рисунок 5. Количество выпущенных ЛС, ИМН и МТ с 1997 по 2011 г. (млн. сом)

Фармацевтическом форуме СНГ, который проходил в Москве в феврале 2012 года, были определены общие перспективы и проблемы для стран участников Таможенного Союза.

Перспективы:

- резкое увеличение взаимного товарооборота стран участниц, прежде всего, за счет стимулирования отечественного производства. Размер фармацевтического рынка государств-членов Таможенного союза 17 млрд. дол. США (Казахстан – 1,1 млрд. дол. США);

- ужесточение контроля за качеством и безопасностью лекарственных средств. Будет создана единая сеть официальных контрольных лабораторий по контролю качества лекарственных средств и интегрированная система инспектирования субъектов фармацевтического рынка по аналогии с Евросоюзом;

- снижение цен за счет снятия излишних барьеров для бизнеса и стимулирования собственного производства. Казахстан сохранил за собой 5-ти летний переходный период по таможенным пошлинам на лекарственные средства.

Проблемы:

- различия в Налоговом законодательстве (инвестиционный климат, инвестиционная привлекательность, темпы роста);

- различия в регуляторной среде (отсутствие общих стандартов);

- различия в господдержке локального бизнеса;

- различия в активности бизнеса и в возможностях влиять на принятие решений;

- различия в уровнях коррупции систем, готовности к изменениям и прозрачности [4].

При составлении соглашения о вхождении в Таможенный Союз, следует обратить внимание на вышеуказанные проблемы.

Таким образом, проведенный обзор показывает, что фармацевтический рынок Кыргызстана динамично развивается, однако проблемы экономической и физической доступности ЛС остаются, государственные программы по льготному лекарственному обеспечению населения на должном уровне не контролируются, что требует их совершенствования, отсутствие государственных программ по поддержке отечественного производителя и мероприятий по внедрению стандарта GMP приведет к проблемам в рамках Таможенного Союза.

Список литературы

1. Отчет ФОМС при Правительстве КР «О состоянии льготного лекарственного обеспечения в 2011 году» (www.foms.go.kg).
2. Центр анализа политики здравоохранения. Документ исследования политики № 77. Оценка реализации и эффективности Государственной лекарственной политики Кыргызской Республики на 2007-2010 гг., Бишкек, 2012г.
3. Курманов Р.А. Деятельность департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники при министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Итоги за 2011 год // Фармация и медицина Кыргызстана. – 2012. - № 7. – С. 1-7.
4. Материалы Фармацевтического форума стран СНГ. Москва, февраль 2012 г.