

Сравнительный анализ цен на антиретровирусные препараты в странах бывшего СССР

Доклад подготовили:

Бренда Уейнинг
Уоррен Каплан
Маньюша Гохаль
Рич Фили
Брэм Брукс
Мэрайя Бойд-Боффа
Сапна Махаджан
Лайн Соуси
Джил Костелло

При финансировании и поддержке

Института «Открытое общество»

и

Департамента Великобритании по международному развитию
Проект Альянса Прозрачности Медикаментов (MeTA)

ПРОСЬБА НАПРАВЛЯТЬ КОММЕНТАРИИ БРЕНДЕ

УЭЙНИНГ: bwaning@bu.edu

**Школа общественного здравоохранения Бостонского
университета**

**Международный центр здоровья и развития
715 Albany Street, Crosstown Center-3rd Floor
Boston, MA, USA 02118**

СОДЕРЖАНИЕ

Общая информация	8
Цель	10
Методы	10
<i>Источники данных</i>	10
<i>Сравнительный анализ цен на АРВ</i>	11
<i>Сравнительный анализ закупок АРВ-дженериков</i>	12
Результаты	13
<i>Колебания цен на патентованные АРВ и дженерики, приобретенные странами б. СССР, июль 2006- июнь 2007</i>	17
<i>Сравнительный анализ цен на АРВ в контексте глобального распределения цен</i>	20
<i>Расчет потенциальной экономии и дополнительного числа пациентов, которым можно было бы предоставить АРВ, если бы эти препараты закупались по более низким ценам</i>	21
<i>Закупки дженериков</i>	23
Обсуждение и ограничения	24
Рекомендации	27
Ссылки	30
Приложение	32

СОКРАЩЕНИЯ

АРТ	антиретровирусная терапия
АРВ	антиретровирусный (противоретровирусный) (препарат)
СНАИ	Инициатива Клинтон по ВИЧ/СПИДу
D4T	ставудин
EFV	эфавиренц
ЕС	Европейский Союз
FDC	комбинированные препараты с фиксированной дозировкой
б. СССР	бывший Советский Союз
ГФ СТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
GPRM	Механизм подачи сведений о глобальных ценах
ИТРС	Международная коалиция по готовности к лечению
NRTI	нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
NNRTI	ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
NVP	невирапин
PI	ингибиторы протеазы
TDF	тенофовир
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЗТС	ламивудин

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ**Общая информация**

Страны бывшего Советского Союза (б. СССР) столкнулись с проблемой стремительно растущей эпидемии ВИЧ/СПИДа, особенно среди труднодоступных групп населения – таких, как потребители инъекционных наркотиков и коммерческие секс-работники. К сожалению, из-за высокой стоимости многих антиретровирусных (АРВ) препаратов возможности государств по закупке АРВ для лечения ВИЧ/СПИДа ограничены. В ближайшем будущем стоимость лечения ВИЧ/СПИДа, по всей вероятности, возрастет из-за недавно внесенных изменений в «Руководящие принципы ВОЗ в области антиретровирусного лечения». Рекомендуемые ВОЗ в настоящее время схемы противоретровирусной терапии первого ряда стоят намного дороже, чем схемы терапии первого ряда, рекомендованные ВОЗ в прошлом. Кроме того, ожидается, что значительному числу людей, получающих в настоящее время противоретровирусную терапию первого ряда, вскоре потребуется перейти на схемы второго ряда, которые значительно дороже схем первого ряда.

Проведенные ранее исследования *Waning et al* продемонстрировали огромные различия в ценах на идентичные АРВ в разных странах мира. Такая разница в цене указывает на то, что некоторым странам удастся приобретать АРВ по более низким ценам, а на сэкономленные таким образом средства закупать дополнительные АРВ, чтобы лечить еще большее число людей.

Цель и методы

Цель данного исследования – провести сравнение цен на АРВ в странах б. СССР, а также сравнить их с общемировыми и европейскими ценами на антиретровирусные препараты.

В частности, с помощью методов сравнительного анализа мы изучили публикуемую информацию о закупках АРВ, чтобы:

1. Проанализировать колебания цен внутри стран б. СССР и между разными странами.
2. Сравнить цены, по которым приобретает препараты конкретная страна, с ценами, по которым идентичные препараты покупают все остальные страны.
3. Подсчитать потенциальную экономию для стран, приобретающих АРВ по ценам выше глобальных медианных, если бы они приобретали препараты по глобальным медианным ценам. Выразить масштабы экономии в виде числа людей, которые на эти деньги могли бы получать лечение схемами АРВ первого ряда в течение года.
4. Подсчитать процент закупок страной менее дорогостоящих препаратов-дженериков при их наличии.

Полученные результаты

Двенадцать стран б. СССР (Армения, Азербайджан, Беларусь, Эстония Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Украина и Узбекистан) получают финансирование на программы по ВИЧ/СПИДу от Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ СТМ). На данный момент этим странам предоставлено 327,4 миллиона долларов на

борьбу с ВИЧ/СПИДом. Население этих 12 стран б. СССР в совокупности составляет 273 миллиона человек, из которых 2,4 миллиона – люди, живущие с ВИЧ. По состоянию на конец 2006 года антиретровирусную терапию получали менее 24 000 человек. Согласно отчетности стран перед ГФ СТМ, за период с июля 2002 г. по март 2008 г. ими было совершено около 700 закупок АРВ на общую сумму 59,6 миллионов долларов, причем 85% общей стоимости этих закупок приходится на долю Российской Федерации и Украины.

Различия в закупочных ценах на АРВ внутри отдельных стран б. СССР и между этими странами, 2006-2007гг.

Мы зафиксировали значительные различия в ценах на патентованные лекарственные формы АРВ путем расчета соотношения самой высокой и самой низкой закупочных цен на конкретные лекарственные формы АРВ. Для патентованных лекарственных форм АРВ отношение самой высокой закупочной цены к самой низкой закупочной цене большинства из 19 рассматриваемых препаратов составляло от 2 до 6. Соотношения цен на патентованные ламивудин (ЗТС) (150 мг) и зидовудин/ламивудин (ZDV/ЗТС) (300 мг/150 мг) составили 33 и 59 соответственно. Для дженериков только у 1 из 14 рассмотренных лекарственных форм соотношение цен составило 6 и выше, а в большинстве случаев самая высокая цена превышала самую низкую менее чем в два раза.

Цена нередко варьирует даже в случае повторных закупок того же препарата. За патентованный дидианозин (400 мг) Российская Федерация в течение одного и того же года платила разные цены, превышающие глобальную медианную цену на этот препарат в 4,4 – 4,7 раза. На некоторые дженерики глобальная медианная цена сходна с европейской медианной ценой, но к патентованным АРВ это не относится.

Сравнение цен на АРВ для стран б. СССР с глобальными закупочными ценами на АРВ за 2002-2008

В принципе страны должны стремиться к тому, чтобы достаточно высокий процент их закупок производился по ценам ниже 50 перцентиля всех покупок, т.е. чтобы большинство АРВ было приобретено ими по глобальным медианным ценам или ниже. Наиболее желательным для страны было бы закупать значительную долю препаратов по ценам ниже 25 перцентиля. У Казахстана и Украины, соответственно, 34% и 38% всех закупок АРВ производятся по самым низким из сообщаемых цен, что демонстрирует значительный успех. Несколько стран закупают твердые лекарственные формы АРВ по ценам ниже глобальной медианной - к таким относятся Беларусь (34% всех закупок таких препаратов), Казахстан и Украина (по 51%), Молдова и Таджикистан (по 42%), Узбекистан (33%). Российская Федерация и Эстония платят самые высокие цены: 83% и 95% всех твердых форм АРВ, соответственно, приобретаются по ценам, находящимся в самом высоком квартиле глобальных закупочных цен. Высокие цены платят также Армения и Кыргызстан - 69% и 86% их закупок, соответственно, находятся в 75-м перцентиле и выше.

Потенциальная экономия и дополнительное число пациентов, которым можно было бы предоставить АРВ, если бы препараты закупались по более низким ценам

В целом по региону б. СССР за период с июля 2002 г. по март 2008 г. было потрачено на 31,9 миллиона долларов больше, чем если бы закупки производились по глобальным медианным ценам. Учитывая, что общая сумма, затраченная на АРВ, согласно отчетам равна 59,69 миллиона долларов, превышение в 31,9 млн. дол. составило более половины общей суммы, затраченной на АРВ. Из общей суммы превышения 19,9 млн. дол. были потрачены «сверх медианного значения» Российской Федерацией. Украина потратила «сверх нормы» 7,9 млн. дол., а Эстония – 2,3 млн. дол. Закупки любого АРВ по ценам выше глобальной медианной оборачиваются государству упущенной выгодой – если бы АРВ приобретались по более низким ценам, АРВ-терапию можно было бы предоставить большему числу людей.

В рассматриваемых странах б. СССР общее дополнительное число людей, которым в случае закупок препаратов по ценам на уровне глобальной медианной можно было бы проводить АРВ-терапию первого ряда в течение одного года, варьировало от 80 984 до 335 873 в зависимости от схемы АРВ-терапии. Это в 3 – 14 раз превышает общее число получающих сейчас АРВ-терапию жителей этих стран. Только в Российской Федерации от 50 400 до 209 000 дополнительных пациентов могли бы получать АРВ-терапию первого ряда в течение одного года, если бы препараты закупались по ценам на уровне глобальной медианной. Разумеется, фактические расходы здравоохранения этих стран на лечение таких дополнительных пациентов были бы намного выше, чем стоимость одних лишь АРВ-препаратов.

Частота, с которой страны б. СССР приобретали менее дорогостоящие АРВ-дженерики при их наличии

Нами не было отмечено каких-либо закономерностей в отношении выбора странами АРВ-дженериков при их наличии наряду с патентованными препаратами. При наличии как дженерика, так и патентованного АРВ Таджикистан выбирал дженерик в 95% случаев, а Кыргызстан в 100% случаев, однако при подсчете этого процента за основу бралось очень малое число закупок. Российская Федерация и Эстония всегда закупали патентованные АРВ независимо от наличия дженерика. В ситуации подобного выбора Армения приобретала дженерики менее чем в 33% случаев. Шесть из 11 стран б. СССР приобретали дженерики в 53-73% случаев.

Обсуждение и ограничения

В данном исследовании мы показываем, что как внутри отдельно взятой страны, так и между странами существуют значительные колебания цен на идентичные АРВ. Цены на патентованные лекарства варьируют в большей степени, чем цены на дженерики (рис. 1). При сравнении с глобальными медианными ценами на АРВ видно, что некоторым странам б. СССР успешно удается закупать АРВ по самым низким ценам, в то время как другие страны систематически закупают АРВ по самым высоким в мире ценам среди программ, получающих донорское финансирование (рис. 1, таблицы 9-10). Дженерики большинства АРВ дешевле

соответствующих патентованных препаратов, но тем не менее некоторые страны постоянно покупают более дорогие патентованные АРВ вместо менее дорогих дженериков.

Хотя данное исследование содержит важные выводы о колебаниях цен на АРВ, оно не объясняет причин таких различий. Высокие цены могут быть результатом информационной асимметрии, неэффективной организации закупок, просроченных выплат поставщикам, недостаточного подготовительного периода, тарифов, выплат посредникам, а также различных нормативных и иных правовых барьеров, препятствующих ввозу товаров. Причиной различия цен в разных странах может быть неадекватность административной структуры, системы закупок или механизмов нормативно-правового регулирования той или иной страны.

Не во всех случаях представляется возможным оценить потенциальную «экономии от снижения цен» из-за воздействия множества разнонаправленных внешних факторов, выходящих за рамки системы закупок. Права интеллектуальной собственности ограничивают использование препаратов-дженериков, а точную и достоверную патентную информацию крайне трудно получить где-либо в мире, кроме США, стран Евросоюза, Японии и Австралии. Многие производители патентованных АРВ проводят дифференцированную ценовую политику, предлагая некоторым странам более низкие цены, чем остальным. Дифференцированная ценовая политика применяется в отношении стран б. СССР весьма непоследовательно. Кроме того, Эстония является членом Евросоюза (ЕС) и может осуществлять импорт фармацевтических препаратов параллельно с 26 другими государствами-членами ЕС. Это способствует различиям в ценах между странами. Двестраны б. СССР участвуют в Консорциуме Фонда инициатив Клинтон по ВИЧ/СПИДу (СНАИ) и могут закупать некоторые АРВ-дженерики по более низким ценам, чем страны, не входящие в Консорциум.

Важно отметить, что хотя ГФ СТМ требует предоставлять отчетность о закупках АРВ, уровень соблюдения странами этих требований отчетности явно ниже 50%. Неизвестно, каким образом отсутствующие данные о закупках могли бы сказаться на результатах исследования. Кроме того, мы подозреваем, что отдельные цифры в поданных в ГФ СТМ отчетах неточны, и эти неточности могли повлиять на некоторые полученные результаты.

Рекомендации

1. Распространить приведенные в отчете результаты исследования среди организаций гражданского общества, способных повлиять на то, чтобы данные о закупках АРВ доводились до сведения ГФ СТМ, помочь исследователям глубже понять причины высоких цен на АРВ и предложить варианты закупок АРВ по более низким ценам.
2. Включить в принятую ГФ СТМ систему мониторинга и оценки ряд критериев, связанных с закупками препаратов. Для формирования консенсуса относительно стандартного набора таких показателей следует организовать международную встречу заинтересованных сторон.

3. На регулярной основе проводить сравнительный анализ, подобный данному исследованию. Его результаты следует распространять и публиковать в соответствии с политикой и практикой ГФ СТМ.
4. Распространять в каждой стране данные маркетинговых исследований о самых низких рыночных ценах на АРВ и обучать ответственных лиц, занимающихся закупками, пользоваться глобальными базами таких маркетинговых данных. Существующие системы закупок следует изменить так, чтобы использование маркетинговых данных о низких ценах стало частью стандартной процедуры закупок, причем такое требование должно выдвигаться донорами как условие предоставления средств.
5. Осуществлять контроль качества сведений, которые предоставляются для публикуемых баз данных, чтобы обеспечить достоверность информации о ценах на АРВ.
6. Изучить причины недостаточного использования менее дорогостоящих АРВ-дженериков и создать стимулы для более активного применения дженериков.
7. Перейти от сравнительного анализа количественных показателей - таких, как примеры данного исследования - к сравнительному анализу процессов, т.е. к сравнению принятого в разных странах порядка закупок АРВ для определения лучшей практики.
8. Провести исследования конкретных примеров в странах, которые регулярно платят низкую цену за АРВ и закупают недорогие дженерики. Эти примеры целесообразно использовать как основу для формирования лучшей практики закупок.
9. Изучить сценарии закупок АРВ по высоким ценам, чтобы лучше понять их причины. Отдельные факторы, которые могут влиять на повышение цен и требуют дальнейшего изучения, приведены в настоящей работе, но их перечень не является исчерпывающим.
10. Проводить политику и программы для решения проблемы высоких цен. Следует вести мониторинг и оценку такой деятельности, чтобы выяснить, какие мероприятия наиболее успешны, поддаются тиражированию и распространению в широких масштабах.

Общая информация

Высокая стоимость антиретровирусных (АРВ) препаратов – один из факторов, препятствующих глобальной доступности лечения ВИЧ/СПИДа. Существует

разрыв между объемом имеющихся в наличии средств и потребностью в средствах на лечение тех, кто нуждается в помощи в связи с ВИЧ/СПИДом¹. В 2006 г. ВОЗ пересмотрела свои «Руководящие принципы в области антиретровирусного лечения²», добавив новые АРВ первого ряда, например, тенофовир, которые стоят значительно дороже, чем АРВ первого ряда, рекомендованные в предыдущих «Руководящих принципах ВОЗ в области антиретровирусного лечения» от 2003 г.³ В работе *Waning et al* говорится, что страны в настоящий момент адаптируются к пересмотренным «Руководящим принципам ВОЗ по АРВ», переходя на более дорогостоящие схемы первого ряда - TDF/3TC/EFV или TDF/3TC/NVP, глобальные медианные цены на которые составляют 394 дол. и 281 дол. в год на пациента соответственно⁴. Цены на эти новые схемы АРВ первого ряда³ на данный момент в 3-4 раза дороже, чем такие схемы, как d4T/3TC/NVP, ранее рекомендованные ВОЗ⁴. Более высокие цены на терапию первого ряда, а также все большее число пациентов, переходящих на еще более дорогие препараты второго ряда, приведут к резкому росту потребности в финансировании АРВ-терапии.

Для достижения цели глобальной доступности лечения необходимо принять меры по снижению цен, которые платят страны за АРВ препараты. В исторической перспективе усилия по снижению цен на АРВ были нацелены главным образом на производителей и дистрибьюторов фармацевтической продукции, а также на государства, не позволяющие применять дженерики из соображений защиты интеллектуальной собственности. Однако последние исследования демонстрируют резкие различия в закупочных ценах на идентичные АРВ как внутри отдельно взятой страны, так и между сходными странами⁴. Эти различия говорят о том, что есть возможность также усилить потенциал и улучшить работу системы государственных закупок, чтобы страны могли приобретать АРВ по менее высоким ценам.

В данной работе речь идет о ценах, по которым закупаются АРВ для финансируемых донорами программ по ВИЧ/СПИДу в странах бывшего Советского Союза (б. СССР). В странах Восточной Европы и Центральной Азии пораженность ВИЧ-инфекцией выросла более чем в 20 раз за период с 1995 по 2005 годы и более чем на 33% за период с 2003 по 2005 годы⁵. В некоторых из этих стран - особенно это касается Украины и Российской Федерации, стран с наибольшим количеством жителей - ВИЧ-инфекцией, по подсчетам, поражены более 1% взрослого населения⁵. Лишь 21 000 из 160 000 нуждающихся в АРВ жителей Восточной Европы и Центральной Азии получали АРВ в конце 2006 г.⁵ С ростом пораженности ВИЧ/СПИДом и стоимости АРВ, учитывая ограниченность выделяемых на охрану здоровья ресурсов, страны б. СССР столкнутся с проблемой расходов на АРВ для стремительно растущего числа пациентов.

Помимо финансовых проблем, связанных с ценами на АРВ, доступности АРВ в странах с ограниченными ресурсами нередко мешают неадекватная политика и механизмы регистрации лекарственных препаратов, организации закупок и управления цепью поставок⁶. Тот факт, что в странах случаются перебои в наличии

АРВ, свидетельствует о неэффективности системы, призванной обеспечить постоянные поставки препаратов⁶.

Поэтому полезно сравнить практику организации закупок в разных странах, чтобы выяснить, в каких направлениях следует принять меры и тем самым повысить доступность АРВ и какие примеры эффективно функционирующих механизмов можно взять за основу для рекомендаций по формированию лучшей практики.

Сравнительный анализ (бенчмаркинг), определяемый как «метод сравнения бизнес-практики и уровня эффективности работы разных организаций для выявления возможностей повышения экономичности, рентабельности и эффективности деятельности организации»⁷ - один из способов сопоставить закупочные цены на АРВ в нескольких странах. Сравнительный анализ такого рода впервые начали проводить в частных компаниях, но сейчас этот метод широко используется и в государственном секторе. Хотя для госсектора характерны иные проблемы и условия деятельности, его цели и задачи аналогичны тем, что стоят перед частным сектором⁸. Сравнительный анализ применяется повсеместно в мире и охватывает широкий круг дисциплин⁹. Он стал неотъемлемой частью организации систем здравоохранения, и многие страны при формировании национальной политики здравоохранения сравнивают свои показатели с международными¹⁰. Насколько нам известно, сравнительный анализ цен в контексте закупок АРВ для стран с ограниченными ресурсами пока не проводился.

Цель

С помощью методов сравнительного анализа мы изучаем базу данных цен на АРВ с целью:

1. Оценить колебания цен внутри стран и между разными странами;
2. Сравнить цены, по которым приобретает препараты каждая конкретная страна, с ценами, по которым идентичные препараты покупают все остальные страны;
3. Подсчитать потенциальную экономию для стран, приобретающих АРВ по ценам выше глобальных медианных, если бы они приобретали препараты по глобальным медианным ценам. Выразить масштабы экономии в виде числа людей, которые на эти деньги могли бы получать лечение схемами АРВ первого ряда в течение года.
4. Подсчитать процент закупок страной менее дорогостоящих препаратов-дженериков при их наличии.

Методы

Источники данных

Мы получили ежегодную информацию об одобренном и перечисленном финансировании без поправок на инфляцию непосредственно от Глобального

фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ СТМ)¹¹. Данные о закупочных операциях по АРВ мы взяли из отчетов, представленных в ГФ СТМ и Всемирную Организацию Здравоохранения (ВОЗ) за период с июля 2002 по март 2008 гг. Эти сведения были получены из открытых источников - публикаций ГФ СТМ *Purchase Price Report (Отчет о закупочных ценах)* и ВОЗ *Global Price Reporting Mechanism (Механизм подачи сведений о глобальных ценах) (GPRM)*^{12,13}. Получатели финансирования от ГФ СТМ должны с помощью этого механизма сообщать о своих закупочных ценах, а затем эта информация размещается на публичном сайте в виде Отчета о закупочных ценах (*Purchase Price Report*)¹². Эти сведения также вводятся в базу данных *GPRM*, которая содержит информацию, помимо прочего, о закупках лекарств для лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии¹³. Размещенная на сайте ВОЗ база данных *GPRM* содержит сведения о закупках, предоставленные получателями финансирования ГФ СТМ, Инициативой Клинтон по ВИЧ/СПИДу, UNITAID, Международной распределительной ассоциацией (International Dispensary Association), Джоном Сноу, Inc./DELIVER, Management Sciences for Health, Missionpharma, Партнерством по управлению системой снабжения (Partnership for Supply Chain Management), Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ), Службой ВОЗ по контрактам и закупкам (WHO Contracting and Procurement Service), сотрудниками ВОЗ в странах и многими другими¹⁴. В этих базах данных содержатся сведения главным образом о закупках, совершенных на средства внешних грантов, но отсутствует информация о закупках стран, самостоятельно финансирующих лечение ВИЧ/СПИДа.

Данные из этих двух источников были выгружены 31 марта 2008 г. Затем были проведены кодирование и объединение данных с удалением повторяющихся закупок, внесенных в базу дважды разными источниками. В массив аналитических данных вошли 11 684 закупок АРВ - 17 антиретровирусных препаратов в 82 лекарственных формах, приобретенных 103 странами. Общая стоимость закупок составила примерно 779 миллионов дол. Для целей данного исследования мы ограничили наш анализ 704 закупками препаратов в твердых лекарственных формах (напр., таблетки, капсулы и т.д.) странами, ранее входившими в состав Советского Союза.

Мы скорректировали цены на АРВ с учетом уровня инфляции, указанного ГФ СТМ и ВОЗ в долларах США на период с июля 2006 по июнь 2007 г. с использованием годового индекса потребительских цен США¹⁵. Цены на антиретровирусные препараты описаны в виде медианной годовой цены на таблетку/капсулу. Медианные цены приводятся без поправок на дополнительную стоимость транспортировки, страховки и других сборов (условия INCO), поскольку в наиболее ранних данных отсутствовали 90% сопутствующих условий INCO. Кроме того, эти дополнительные издержки не превышают 15-20% от общих¹⁶⁻¹⁷.

Сравнительный анализ цен на АРВ

Для оценки превышения закупочных цен над глобальными медианными ценами мы подсчитали разницу между фактической ценой, уплаченной на уровне страны, и глобальной медианной ценой для каждой закупки (выражено в виде цены одной

таблетки). Мы сложили все суммы превышения цены, умножили на общий объем всех закупок, ввели поправку на инфляцию и получили расчетную общую величину потенциальной экономии в дол. США на данный момент.

Мы также выразили потенциальную экономию в виде дополнительных лекарств, которые могли бы быть использованы для предоставления пациентам трех схем АРВ-терапии первого ряда: 3ТС/d4Т/NVP, TDF/3ТС/EFV и TDF/3ТС/NVP, по глобальным медианным ценам 95 дол., 394 дол. и 281 дол. на человека в год соответственно, по данным ГФ СТМ и ВОЗ.

к-во дополнительных пациентов, получающих схему первого ряда 3ТС/d4Т/NVP =
Сумма превышения цены/95

или

к-во дополнительных пациентов, получающих схему первого ряда TDF/3ТС/EFV =
Сумма превышения цены/394

или

к-во дополнительных пациентов, получающих схему первого ряда TDF/3ТС/NVP =
Сумма превышения цены/281

Сравнительный анализ закупок АРВ-дженериков

В большинстве случаев АРВ-дженерики дешевле, чем их патентованные аналоги, однако некоторые ингибиторы протеазы в форме дженериков дороже, чем в патентованных формах. Для случаев, когда дженерики дешевле патентованных аналогов, мы рассчитали долю закупок страной препаратов-дженериков.

Результаты

Демографическая ситуация в странах, анализируемых в настоящей работе, приводится в табл. 1. Мы провели анализ 12 стран б. СССР с общим населением 273 млн. человек и различным уровнем доходов по классификации Всемирного Банка¹⁸. По данным на конец 2006 г. пораженность ВИЧ-инфекцией в этих странах варьирует от 0,1% (Таджикистан) до 1,4% (Украина)⁵. В 8 из 12 стран пораженность ВИЧ-инфекцией ниже 0,5%⁵. В целом в этих 12 странах б. СССР на рассматриваемый период 2,4 миллиона человек живут с ВИЧ/СПИДом^{5,18}. Менее 24 000 человек, или 1% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, получают АРВ⁵. Из расчетного числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, доля получающих АРВ-терапию варьирует от 0,38% (Узбекистан) до 6,6% (Армения)¹⁵.

Таблица 1. Демографическая ситуация в странах

Страна	Население (тысяч человек)*	ВНД на душу (дол. США)*	Уровень доходов по классификации ВБ*	Расчетная пораженность ВИЧ взрсл. населения**	Число лиц, получающих АРТ
Армения	3 010	\$1 920	с низкими средними доходами	0,1%	<200
Азербайджан	8 484	\$1 840	с низкими средними доходами	0,1%	<200
Беларусь	9 733	\$3 470	с низкими средними доходами	0,3%	500
Эстония	1 342	\$11 400	с высокими доходами	1,3%	400
Грузия	4 433	\$1 580	с низкими средними доходами	0,2%	300
Казахстан	15 308	\$3 870	с высокими средними доходами	0,1%	400
Кыргызстан	5 192	\$500	с низкими доходами	0,1%	<200
Молдова	3 833	\$1 080	с низкими средними доходами	1,0%	400
Российская Федерация	142 500	\$5 770	с высокими средними доходами	1,1%	16 000
Таджикистан	6 640	\$390	с низкими доходами	0,1%	<200
Украина	46 788	\$1 940	с низкими средними доходами	1,4%	5 000
Узбекистан	26 540	\$610	с низкими доходами	0,2%	200

* Источник: Всемирный Банк. Показатели мирового развития 2007. Вашингтон, США. Всемирный Банк. 2007¹⁸

** Источник: ЮНЭЙДС. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2006. Женева. ЮНЭЙДС, 2006⁵

Обобщенная информация о грантах ГФ СТМ на ВИЧ/СПИД для каждой рассматриваемой страны б. СССР приведена в табл. 2. Указанные суммы отражают финансирование, выделенное на все программы борьбы с ВИЧ, включая как профилактику, так и лечение. На данный момент одобрено для предоставления странам б. СССР финансирование на общую сумму более 525,7 млн. дол., причем около 40% всего финансирования для стран б. СССР выделено Российской Федерацией¹¹.

Таблица 2. Обобщенная информация об одобренных грантах ГФ СТМ странам б. СССР в дол. США (без корректировки)

Страна	Раунд							Итого
	1	2	3	4	5	6	7	
Армения		\$7 249 891						\$7 249 891
Азербайджан				\$10 341 550				\$10 341 550
Беларусь			\$16 763 830					\$16 763 830
Эстония		\$10 490 805						\$10 490 805
Грузия		\$12 125 644				\$6 130 724		\$18 256 368
Казахстан		\$22 085 999					\$12 964 117	\$35 050 116
Кыргызстан		\$17 073 306					\$11 845 091	\$28 918 397
Молдова	\$11 719 047					\$6 411 072		\$18 130 119
Российская Федерация			\$88 742 354	\$119 873 915	\$4 472 173			\$213 088 442
Таджикистан	\$2 425 245			\$8 076 667		\$4 889 461		\$15 391 373
Украина	\$101 281 695					\$29 649 187		\$130 930 882
Узбекистан			\$21 075 841					\$21 075 841
Всего	\$115 425 987	\$69 025 645	\$126 582 025	\$138 292 132	\$4 472 173	\$47 080 444	\$24 809 208	\$525 687 614

Фактический объем финансирования ГФ СТМ на программы по ВИЧ, перечисленный каждой стране с июля 2002 г., приводится в таб. 3. Перечислено более 327 млн. дол., причем около 64% общей перечисленной суммы финансирования ГФ СТМ для стран б. СССР поступило Российской Федерации и Украине¹¹.

Таблица 3. Обобщенная информация об одобренных грантах ГФ СТМ странам б. СССР в дол. США (без корректировки)¹¹

Страна	июль 2002-июнь 2003 (дол. США)	июль 2003-июнь 2004 (дол. США)	июль 2004-июнь 2005 (дол. США)	июль 2005-июнь 2006 (дол. США)	июль 2006-июнь 2007 (дол. США)	июль 2007-март 2008* (дол. США)	Итого (дол. США)
Армения		1 338 138	1 828 503	1 255 941	1 302 769	1 524 540	7 249 891
Азербайджан			965 638	4 357 944	736 056	1 622 526	7 682 164
Беларусь			2 817 200	2 942 470	3 713 476	987 028	10 460 174
Эстония		1 002 625	2 450 677	2 795 946	4 241 556		10 490 804
Грузия		810 321	1 851 088	2 609 496	1 665 261	5 990 215	12 926 381
Казахстан		2 275 154	3 926 845	3 842 976	2 754 859	6 362 166	19 162 000
Кыргызстан		283 985	3 004 393	4 166 160	3 959 442	812 662	12 226 642
Молдова	880 000	1 346 861	3 031 080	2 700 000	2 450 000	4 575 015	14 982 956
Российская Федерация			22 330 950	21 190 052	48 573 673	33 045 529	125 140 204
Таджикистан	620 105	700 000	2 824 705	520 683	4 100 484	2 047 349	10 813 326
Украина	944 451	6 076 645	17 906 632	14 024 888	26 365 201	19 828 810	85 146 627
Узбекистан			1 595 677	1 108 981	5 584 567	2 845 395	11 134 620
Всего	2 444 556	13 833 729	64 533 388	61 515 537	105 447 344	79 641 235	327 415 789

*неполный год

Хотя средства странам б. СССР перечисляет ГФ СТМ, полезно объединить данные о закупках АРВ, которые страны сообщают в ГФ СТМ и в ВОЗ (GPRM). Сводные данные приведены в таблице 4. Пробелы и отклонения в таблице указывают на то, что отчетность предоставляется не полностью или нерегулярно. Например, с июля 2003 г. Кыргызстан получил от ГФ СТМ за пять лет (табл. 3) в целом 12 2 млн. дол., но сообщил лишь об 11 закупках только за один год из пяти лет на общую сумму 79 252 дол. до настоящего момента (табл. 4). Хотя мы не можем даже

примерно оценить, какой процент закупок фактически сообщается в ГФ СТМ или в GPRM ВОЗ, По мнению ВОЗ, база данных GPRM отражает около 50% всех закупок АРВ на средства грантов¹⁴.

Что касается расходов на АРВ, страны б. СССР сообщили о приобретении препаратов на общую сумму 59 69 млн. дол. за шестилетний период. За это время наибольшую часть средств на АРВ (85%) потратили Российская Федерация и Украина.

Таблица 4. Закупки странами АРВ-препаратов (твердые и жидкие формы), о которых было сообщено в ГФ СТМ или в GPRM ВОЗ*

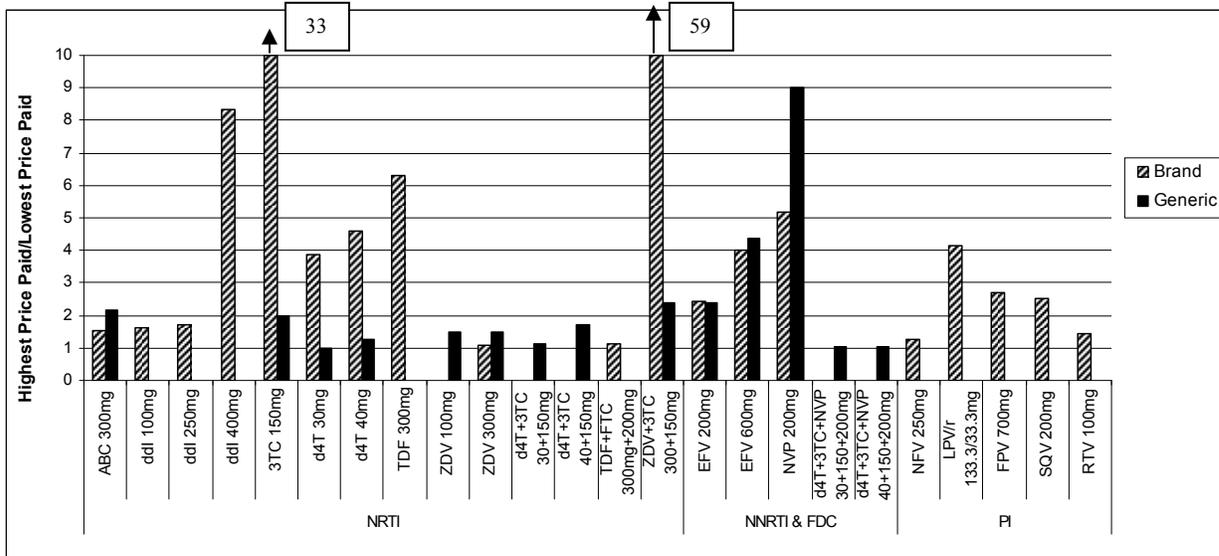
Страна	Общее число закупок АРВ, о которых сообщено в ГФ СТМ или ВОЗ (общая сумма в дол. США)*						
	7/2002- 6/2003	7/2003- 6/2004	7/2004- 6/2005	7/2005- 6/2006	7/2006- 6/2007	7/2007- 3/2008	Итого
Армения			4 (\$10 793)	3 (\$1 618)	34 (\$53 190)	10 (\$28 850)	51 (\$94 451)
Беларусь		2 (\$143 924)	19 (\$760 158)	13 (\$262 898)	20 (\$421 541)	5 (\$81 752)	59 (\$1 670 273)
Эстония			6 (\$248 197)	3 (\$62 443)	12 (\$1 419 630)	3 (\$1 107 086)	24 (\$2 837 356)
Грузия			17 (\$115 842)	10 (\$111 321)	38 (\$676 476)		65 (\$903 639)
Казахстан		14 (\$337 023)	8 (\$188 186)	3 (\$124 642)	7 (\$339 865)	1 (\$324 000)	33 (\$1 313 716)
Кыргызстан			11 (\$79 252)				11 (\$79 252)
Молдова	3 (\$99 502)	17 (\$87 078)	17 (\$110 547)	22 (\$225 843)	12 (\$188 658)	17 (\$328 746)	88 (\$1 040 374)
Российская Федерация				27 (\$4 355 540)	37 (\$18 264 047)	9 (\$3 918 540)	73 (\$26 538 127)
Таджикистан			1 (\$18)	13 (\$42 817)	9 (\$36 885)	4 (\$29 313)	27 (\$109 033)
Украина		36 (\$4 831 295)	45 (\$2 262 172)	40 (\$3 026 352)	68 (\$8 412 585)	36 (\$5 715 457)	225 (\$24 247 861)
Узбекистан			1 (\$104)	16 (\$171 275)	26 (\$517 971)	15 (\$167 570)	58 (\$856 920)
Итого	3 (\$99 502)	69 (\$5 399 320)	129 (\$3 775 269)	150 (\$8 384 749)	263 (\$30 330 848)	100 (\$11 701 314)	714 (\$59 691 002)

Колебания цен на патентованные АРВ и дженерики, приобретенные странами б. СССР, июль 2006-июнь 2007гг.

В течение одного года иногда наблюдаются значительные колебания цен как на дженерики, так и на патентованные лекарственные формы. Диапазон цен на отдельную лекарственную форму АРВ может меняться в 10 раз. Мы выразили степень колебания цен на твердые лекарственные формы АРВ в виде отношения самой высокой цены к самой низкой, по которым их закупают страны б. СССР. Мы представляем эти колебания цен на рис. 1 за период с июля 2006 г. по июнь 2007 г., поскольку именно за этот период имеются наиболее актуальные и полные данные о закупках. Для патентованных лекарственных форм АРВ цены на 4 из 19 препаратов (21%) варьировали более чем в 6 раз. Поразительная разница между самой высокой

и самой низкой ценой – отношение 33 и 59, соответственно, отмечена для патентованного ЗТС (150 мг) и ZDV/ЗТС (300 мг/150 мг). У восьми из 19 патентованных лекарственных форм (42%) цены колебались в 2 – 6 раз, а у остальных семи патентованных форм - менее чем в 2 раза. Для дженериков лишь на 1 из 14 форм (7%) цены колебались в 6 раз и выше. У восьми из 14 дженериков (57%) соотношение высокой и низкой цен составило менее 2.

Рис. 1. Отношение самой высокой к самой низкой цене, которую страны б. СССР платят за патентованные АРВ и дженерики. Июль 2006 - июнь 2007 гг.*



*только твердые лекарственные формы (напр., таблетки и капсулы)

Другой способ сравнения цен на препараты для страны региона б. СССР - сопоставление цены, уплачиваемой каждой из стран б. СССР, с глобальной медианной ценой на идентичный патентованный АРВ или дженерик. Глобальная медианная цена отражает медианную цену по всем странам мира, а европейская медианная цена отражает медианную цену по всем странам европейского региона по классификации ВОЗ. В таб. 5 приводятся данные перекрестного анализа для нескольких АРВ, приобретенных странами б. СССР в июле 2006 – июне 2007 гг., где мы наблюдаем значительные колебания при сравнении цен для отдельных стран б. СССР с глобальными медианными и европейскими медианными ценами на идентичные АРВ. В этом анализе мы делим цену, уплачиваемую страной б. СССР, на глобальную медианную цену и получаем коэффициент глобальной медианной цены (GMPR). Подобно этому, мы подсчитываем коэффициент европейской медианной цены (EMPR) путем деления цены, которую платит страна, на европейскую медианную цену. Полный анализ закупок за год представлен в Приложении 1 (таб. 9 и 10).

Мы отмечаем, что иногда встречаются значительные колебания цены при повторной покупке того же препарата той же страной. Например, в Российской Федерации наблюдаются резкие колебания в цене на патентованный дидианозин (400 мг) - коэффициент глобальной медианной цены варьирует от 4,4 до 14,7.

Внутри стран также встречаются значительные колебания цен на одну и ту же лекарственную форму (таб. 5). Мы отмечаем колебания цены на дженерик эфавиренц (200 мг) – GMPR от 0,95 до 2,95 – и на патентованный дидианозин (400 мг) – GMPR от 0,36 до 14,7. Для некоторых дженериков глобальная медианная цена и европейская медианная цена очень близки, но глобальные медианные и европейские медианные цены на патентованные АРВ резко различаются (таб. 5).

Таблица 5. Отдельные примеры колебаний цен внутри стран и между странами б. СССР, июль 2006- июнь 2007 гг.

	ЦЕНЫ АРВ-ДЖЕНЕРИКОВ		ЦЕНЫ ПАТЕНТОВАННЫХ АРВ					
	эфавиренц 200 мг	эфавиренц 600 мг	дидианозин 400 мг	LPV/RTV 133,3 мг/33,3 мг				
глобальная медианная цена	0,21	0,6	0,79	0,28				
европейская медианная цена	0,21	0,575	3,86	1,12				
<p>Приведенные выше глобальная медианная цена и европейская медианная цена использовались для расчета коэффициентов GMPR и EMPR (ниже), где GMPR = коэффициент глобальной медианной цены = цена для страны/глобальная медианная цена EMPR = коэффициент европейской медианной цены = цена для страны/европейская медианная цена</p>								
	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR
Страна	0,95	0,95						
Армения			0,92-1	0,96-1	3,43	0,7	4,21	1,05
Беларусь			0,9	0,94			1,79	0,45
Эстония					6,62-6,95	1,35-1,42		
Грузия	2,29	2,29						
Казахстан			0,35	0,37			6,96	1,74
Молдова							1,68	0,42
Российская Федерация					4,41-14,66	0,9-3	5,14-6,68	1,29-1,67
Таджикистан			1,13	1,17				
Украина	1	1			1,76	0,36	1,86-4	0,46-1
Узбекистан			1,53	1,6	3,66	0,75		

*GMPR = коэффициент глобальной медианной цены = цена для страны/глобальная медианная цена

**EMPR = коэффициент европейской медианной цены = цена для страны/европейская медианная цена

Сравнительный анализ цен на АРВ в контексте глобального распределения цен

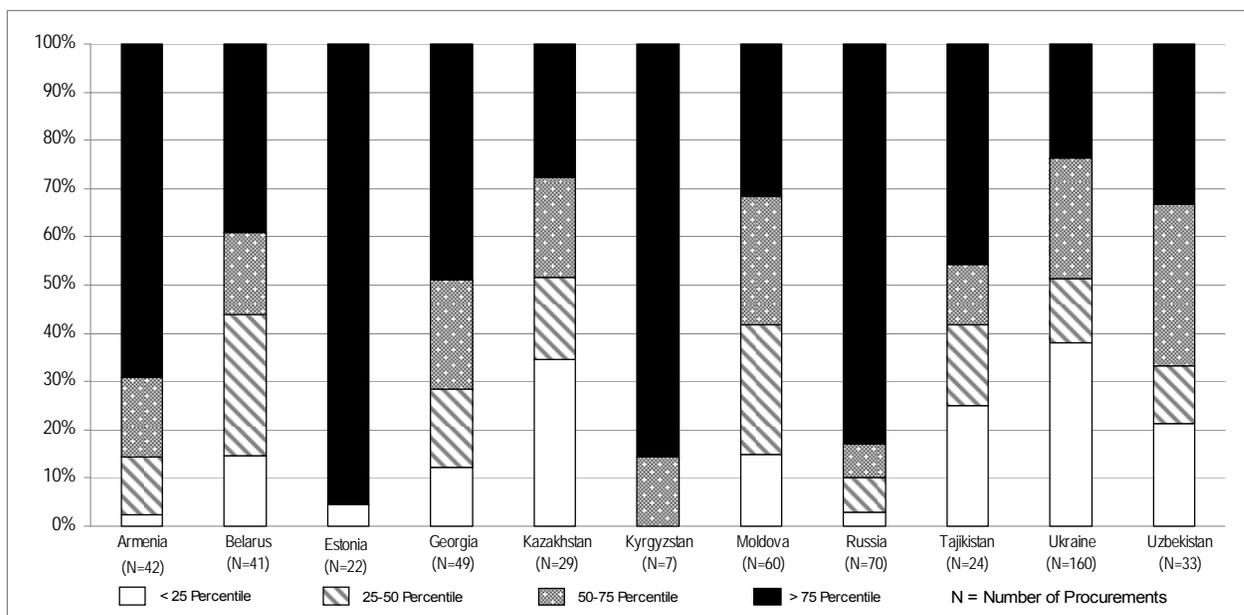
Существует несколько путей использования этих данных для анализа цен на АРВ и сравнения показателей разных стран. На рис. 2 закупки стран сгруппированы по квартилям *глобального* распределения цены на идентичные твердые лекарственные формы АРВ-препаратов. Учитывая долговременную тенденцию цен к снижению, мы провели сравнительный анализ цен на АРВ в пределах каждого года, но просуммировали результаты для всего периода с июля 2002 по март 2008 годов.

Наиболее желательным для страны результатом данного анализа был бы высокий процент закупок препаратов по ценам ниже 50-го перцентиля, поскольку это означало бы, что большинство АРВ было приобретено ими по глобальным медианным ценам или ниже. Еще более желательным для страны было иметь высокий процент закупок в диапазоне цен ниже 25 перцентиля, поскольку это означало бы, что они приобретают препараты по наиболее низким в мире закупочным ценам. Для страны нежелательно иметь высокий процент закупок по ценам выше 75 перцентиля.

За шестилетний период у Казахстана и Украины 34% и 38%, соответственно, всех закупок АРВ находятся в 25 перцентиле всех сообщаемых цен. Нескольким странам удается закупать твердые формы АРВ по ценам ниже глобальных медианных (сумма сегментов столбца <25 и 50 перцентилей на рис. 2); к таким относятся Беларусь (34% всех таких закупок), Казахстан и Украина (по 51%), Молдова и Таджикистан (по 42%), Узбекистан (33%).

Другие страны б. СССР систематически закупают АРВ по ценам выше глобальных медианных. В Российской Федерации и Эстонии 83% и 95%, соответственно, всех закупок твердых АРВ попадают в 75 перцентиль или выше в сравнении с глобальными медианными ценами. К другим странам, для которых характерны подобные показатели, относятся Армения и Кыргызстан - 69% и 86% их закупок, соответственно, находятся в 75-м перцентиле или выше.

Рис. 2. Сравнительный анализ цен, по которым страны закупают АРВ: процент закупок в глобальном межквартильном распределении цен (только твердые лекарственные формы), июль 2002- март 2008



*только твердые лекарственные формы

Расчет потенциальной экономии и дополнительного числа пациентов, которым можно было бы предоставить АРВ, если бы препараты закупались по более низким ценам

Если страна платит за препарат цену выше медианной, хотя могла бы платить меньше, это оборачивается государству упущенной выгодой, т.е. невозможностью направить эти средства на другие цели, в том числе на закупку дополнительного количества АРВ для лечения дополнительного числа пациентов. Как обсуждалось в разделе, посвященном методологии, мы сравнили фактически затраченную сумму с той, которая «была бы затрачена», если бы страна заплатила за препарат глобальную медианную цену. На таб. 6 эти результаты показаны в виде «избыточных» затрат сверх глобальной медианной цены для всех стран б. СССР за весь период с июля 2002 по март 2008 гг. В целом по региону сверх глобальных медианных цен было затрачено 31,9 млн. дол., причем наибольшую часть – 19,9 млн. дол. – затронула Российская Федерация. Мы отмечаем, что хотя Украина затронула «избыточную» сумму 7,9 млн. дол., стране удалось закупить большинство твердых форм АРВ по ценам ниже глобальных медианных (рис. 2). Эстония потратила 2,3 млн. дол. сверх глобальных медианных цен на АРВ.

Чтобы оценить человеческие издержки закупок АРВ по ценам выше глобальных медианных, мы определили количество препаратов, которое можно было бы дополнительно приобрести, и подсчитали дополнительное число людей, которых можно было бы лечить этими препаратами, если бы АРВ закупались по глобальным медианным ценам. В таб. 7 показаны эти результаты для трех схем

АРВ первого ряда: d4t/3TC/NVP, TDF/3TC/EFV и TDF/3TC/NCVP. В целом по региону б. СССР дополнительный объем лекарств, которые можно было бы приобрести, если бы АРВ закупались по глобальным медианным ценам, соответствовал бы лечению 80 984 – 335 872 человек на протяжении года. В Российской Федерации дополнительный объем лекарств, которые можно было бы приобрести, если бы АРВ закупались по глобальным медианным ценам, соответствовал бы лечению 50 400 – 209 000 человек на протяжении года.

Таблица 6. Общая сумма средств, затраченных свыше глобальной медианной цены, в дол. США* (цена за таблетку - глобальная медианная цена за таблетку) x (кол-во закупленных таблеток)

Страна	7/2002-6/2003	7/2003-6/2004	7/2004-6/2005	7/2005-6/2006	7/2006-6/2007	7/2007-3/2008	Итого
Армения			\$6 007	\$524	\$23 880	\$8 273	\$38684
Беларусь		\$48 779	\$211 906	\$42 678	\$143 290		\$446 653
Эстония			\$186 886	\$44 559	\$1 065 397	\$1 047 790	\$2 344 632
Грузия			\$78 951	\$42 719	\$267 625		\$389 295
Казахстан		\$6 003	\$68 972	\$79 265	\$127 998	\$164 375	\$446 613
Кыргызстан			\$38 528				\$38 528
Молдова	\$3 265	\$15 668	\$42 811	\$36 285	\$73 074	\$11 725	\$182 828
Российская Федерация				\$3 014 320	\$13 620 404	\$3 241 038	\$19 875 762
Таджикистан				\$23 385	\$3 912		\$27 297
Украина		\$2 312 888	\$438 161	\$1 227 263	\$3 410 063	\$529 946	\$7 918 321
Узбекистан			\$6	\$6 091	\$112 854	\$80 275	\$199 226
Итого	\$3 265	\$2 383 338	\$1 072 228	\$4 517 089	\$18 848 497	\$5 083 422	\$31 907 839

* С поправкой на инфляцию¹⁵

Таблица 7. Общая сумма затраченных средств свыше глобальной медианной цены (июль 2002 – март 2008 гг.) и дополнительное число людей, которым в случае закупок препаратов по ценам на уровне глобальной медианной можно было бы предоставить АРВ-терапию первого ряда в течение одного года

Страна	Общая затраченная сумма свыше глобальной медианной	Кол-во людей, которые получили бы d4t/3TC/NVP	Кол-во людей, которые получили бы TDF/3TC/EFV	Кол-во людей, которые получили бы TDF/3TC/NVP
Армения	\$38 684	407	98	138
Беларусь	\$446 653	4 702	1 134	1 590
Эстония	\$2 344 632	24 680	5 951	8 344
Грузия	\$389 295	4 098	988	1 385
Казахстан	\$446 613	4 701	1 134	1 589
Кыргызстан	\$38 528	406	98	137
Молдова	\$182 828	1 925	464	651
Российская Федерация	\$19 875 762	209 219	50 446	70 732
Таджикистан	\$27 297	287	69	97
Украина	\$7 918 321	83 351	20 097	28 179
Узбекистан	\$199 226	2 097	506	709
Итого	\$31 907 839	335 873	80 985	113 551

Закупки дженериков

В таб. 8 приведены интересные выводы о различиях между странами в части их готовности сэкономить средства, воспользовавшись наличием на рынке препаратов-дженериков по ценам ниже соответствующих патентованных препаратов. При таких обстоятельствах Российская Федерация и Эстония не покупали дженерики, даже когда таковые имелись на глобальном рынке и были дешевле патентованных аналогов. Армения также продемонстрировала низкий уровень предпочтения дженериков, закупая такие аналоги лишь в 23% случаев. Шесть стран (Беларусь, Грузия, Казахстан, Молдова, Украина, Узбекистан) закупали альтернативные препараты-дженерики более чем в половине (53-73%) случаев. Таджикистан и Кыргызстан продемонстрировали самый высокий уровень готовности приобретать дженерики - 92% и 100%, соответственно, однако от этих стран в целом была получена информация лишь о небольшом объеме закупок.

Таблица 8. Как часто страны закупали АРВ-дженерик (если дженерик имеется на глобальном рынке и его цена ниже, чем у патентованного препарата)

Страна	июль 2002-июнь 2003 n (%)	июль 2003-июнь 2004 n (%)	июль 2004-июнь 2005 n (%)	июль 2005-июнь 2006 n (%)	июль 2006-июнь 2007 n (%)	июль 2007 - март 2008* n (%)	Среднее значение n (%)
Армения			1/3 (33%)	0/1 (0%)	4/20 (20%)	2/6 (33%)	7/30 (23%)
Беларусь		0/1 (0%)	5/9 (56%)	4/7 (57%)	7/12 (58%)	3/3 (100%)	19/32 (59%)
Эстония			0/3 (0%)	0/1 (0%)	0/8 (0%)	0/3 (0%)	0/15 (0%)
Грузия			6/9 (67%)	4/7 (57%)	14/19 (74%)		24/35 (69%)
Казахстан		4/7 (57%)	1/5 (20%)	0/1 (0%)	4/5 (80%)	1/1 (100%)	10/19 (53%)
Кыргызстан			7/7 (100%)				7/7 (100%)
Молдова	0/1 (0%)	6/7 (86%)	7/9 (78%)	10/10 (100%)	1/4 (25%)	0/5(0%)	24/36 (67%)
Российская Федерация				0/18 (0%)	0/28 (0%)	0/8 (0%)	0/54 (0%)
Таджикистан				4/5 (80%)	6/6 (100%)	2/2 (100%)	12/13 (92%)
Украина		4/22 (18%)	18/24 (75%)	22/23 (96%)	25/38 (66%)	9/14 (64%)	78/121 (64%)
Узбекистан			0/1 (0%)	4/6 (67%)	9/10 (90%)	6/9 (67%)	19/26 (73%)

Обсуждение и ограничения

У нас была возможность сравнить цены на АРВ в разных странах б. СССР на основе отчетности о закупках, подаваемой этими странами в ГФ СТМ. При этом, несмотря на требование ко всем основным получателям финансирования ГФ СТМ отчитываться о совершенных сделках по закупке АРВ, создается впечатление, что отчетность не является полной и по нашим оценкам отражает менее 50% всех закупок АРВ. Тем не менее, мы продемонстрировали, что и неполную информацию можно использовать для того, чтобы лучше понять систему закупок АРВ на уровне каждой страны и выявить те аспекты закупок, которые требуют дополнительного изучения.

В настоящей работе мы показываем, что и внутри отдельных стран, и между разными странами б. СССР встречаются резкие колебания цен на идентичные АРВ. Цены на патентованные АРВ варьируют в более широком диапазоне, чем цены на дженерики (рис. 1). При сравнении с глобальными медианными ценами на АРВ видно, что некоторым странам б. СССР с большим успехом удастся приобретать АРВ по самым низким существующим ценам, в то время как другие страны

систематически закупают АРВ по самым высоким в мире ценам, отмеченным среди программ, получающих донорское финансирование (рис. 1, таблицы 9 – 10). Дженерики большинства АРВ дешевле соответствующих патентованных препаратов, тем не менее некоторые страны постоянно покупают более дорогие патентованные АРВ вместо менее дорогих дженериков. По имеющейся информации обо всех представленных здесь странах б. СССР, до 335 000 человек дополнительно могли бы получить лечение АРВ-препаратами первого ряда, если бы страны, закупившие АРВ по ценам выше глобальной медианной, могли бы купить их по глобальным медианным ценам (таб. 7). Это почти в 14 раз больше, чем число пациентов, получавших АРВ в этих странах б. СССР по состоянию на конец 2006 г. (таб. 1). Фактические расходы здравоохранения этих стран на лечение таких дополнительных пациентов были бы намного выше, чем стоимость АРВ-препаратов, приведенная в таб. 6 и 7, поскольку для установления «истинной» стоимости лечения необходимо учесть многие расходы помимо лекарств (например, оплату труда, обучение, оборудование).

В ходе данного сравнительного исследования было установлено, какие страны приобретали АРВ по ценам намного ниже или намного выше глобальных цен. Механизмы снабжения АРВ-препаратами в странах, приобретающих АРВ по низким ценам, достойны более глубокого изучения с целью формирования основ лучшей практики. Наряду с этим важно изучить и сценарии закупок по более высоким ценам, чтобы выяснить их причины. В данном докладе мы не можем с определенностью ответить на вопрос о причинах переплаты и высоких колебаний цен. В целом причинами различий закупочных цен в разных странах могут быть неадекватность административной структуры, системы закупок или механизмов нормативно-правового регулирования в той или иной стране. Наиболее высокие цены могут быть результатом действия многих факторов, в том числе информационной асимметрии, когда ответственным за закупку препаратов для страны неизвестны справедливые рыночные цены на АРВ, а также размера тарифов, выплат посредникам, наличия нормативных и иных правовых барьеров, препятствующих ввозу товаров.

Это сравнительное исследование указывает ряд направлений для более детального исследования, которое позволит изучить лучшую практику или вмешаться с целью снижения завышенных цен, однако при интерпретации результатов следует учесть несколько факторов. Цены, которые использовались при анализе, были получены от ГФ СТМ или GPRM ВОЗ, а в этих источниках содержатся только данные о закупках АРВ для программ, получающих донорское финансирование. Как отмечалось ранее, требование отчетности, по нашим оценкам, соблюдается менее чем на 50%. Кроме того, некоторые страны, например, Азербайджан лишь недавно сообщили ГФ СТМ информацию о ценах по закупкам 2006 года. Данные, использованные для этого анализа, были выгружены из интернета 31 марта 2008 г. На тот момент информация по Азербайджану за 2006 год еще отсутствовала в базах данных ГФ СТМ и GPRM, поэтому Азербайджан не был включен в наш анализ. Возможно, некоторые другие страны б. СССР также с опозданием

предоставили данные о закупках, произведенных несколько лет назад, так что эта информация лишь недавно начала появляться в GPRM.

Невозможно определить, каким образом эти отсутствующие данные повлияли бы на результаты нашего исследования в части колебаний цен или доли дженериков среди закупленных препаратов. Если бы мы могли с уверенностью сказать, что информация о ценах на АРВ является репрезентативной для всего массива данных, в том числе отсутствующих в отчетности, уровень «экономии» можно было бы удвоить, исходя из предполагаемого 50%-ного дефицита отчетности, и еще точнее отразить потенциальный выигрыш от закупок менее дорогостоящих АРВ. Кроме того, отчеты некоторых стран в ГФ СТМ не включены в этот доклад из-за задержки между подачей информации страной и выгрузкой нами данных в соответствии с нашим графиком обновления исследовательской информации. Например, хотя Азербайджан подал в ГФ СТМ 20 отчетов о закупках, они появились уже после нашей последней выгрузки данных, а потому не нашли отражение в этом докладе. Кроме того, базы данных, использованные нами для анализа, не содержали информации о закупках, финансируемых из внутренних средств - налоговых поступлений или страховых премий.

В отношении анализируемых нами данных можно также отметить колебания цены в зависимости от того, какие дополнительные издержки включены в сообщаемую цену. Например, одна страна сообщает цену, в которую входит лишь стоимость самого препарата, а другая – цену, включающую как стоимость препарата, так и расходы на доставку и погрузочно-разгрузочные работы. Однако, как уже упоминалось выше, такие включенные в цену дополнительные издержки, по нашим оценкам, составляют не более 15-20% от цены препарата¹⁶⁻¹⁷. Хотя мы не можем сказать ничего определенного о роли таких дополнительных издержек, ясно, что не они являются определяющим фактором резких колебаний цены на некоторые АРВ (рис. 1).

Мы предполагаем, что некоторые из сообщаемых цен на АРВ ошибочны. Неточность приводимых в отчетах цен, безусловно, влияет на результаты анализа. Например, мы подозреваем, что несколько крайних отклонений цен (например, на ЗТС 150 мг и ZDV/ЗТС 300 мг/150 мг) могут быть результатом ошибок в отчетах государств. На рис. 1 отклонения цен определены путем деления самой высокой уплаченной цены на самую низкую уплаченную цену для каждого АРВ. Если страны сообщали неточные данные о некоторых закупочных ценах, то отклонения цен на рис. 1 отражают скорее ошибки отчетности, нежели фактически уплаченные цены. Поскольку у нас не было возможности проверить исходные данные, мы не пытались исключить из результатов анализа крайние (максимальные и минимальные) величины.

Глобальные медианные цены нередко отражают закупочные цены на препараты-дженерики. Мы использовали глобальные медианные цены для сравнения закупочных цен по всему спектру межквартильного распределения цен, уплаченных за одни и те же АРВ (рис. 2). В странах, где использование препаратов-

дженериков ограничено законодательством об интеллектуальной собственности, у нас не было возможности оценить потенциальную "экономия" в достаточной степени для данного исследования. Точную и достоверную патентную информацию крайне трудно получить где-либо в мире, кроме США, стран Евросоюза, Японии и Австралии. На данный момент нам неизвестно, запатентованы ли в странах б. СССР какие-либо из рассматриваемых в настоящем докладе АРВ и если да, то какие именно. Мы отмечаем, что Евразийская патентная организация выдает патенты в девяти странах (Армения, Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан)¹⁹. Тем не менее, на рис. 1 видно, что среди патентованных АРВ диапазон колебания цен даже выше, чем среди дженериков. Наличие широкого спектра цен на патентованные АРВ указывает на то, что некоторые страны, вероятно, приобретают патентованные АРВ по более низким ценам даже в случае, когда законодательство об интеллектуальной собственности не позволяет им закупать АРВ-дженерики.

Существует еще ряд факторов, которые, возможно, влияют на цену АРВ в странах б. СССР. Многие производители патентованных АРВ проводят дифференцированную ценовую политику, предлагая некоторым странам свою продукцию по более низким ценам, чем остальным. В рассматриваемых нами странах б. СССР 5 различных фармацевтических компаний предлагают покупателям 7 разных ценовых схем (у некоторых производителей существует по несколько схем). Все рассматриваемые страны имеют право воспользоваться одной или несколькими льготными ценовыми схемами производителей, однако для Эстонии и Российской Федерации вариантов таких ценовых схем меньше, чем для других стран (1 из 7 и 2 из 7, соответственно). Таким образом, дифференцированная ценовая политика применяется в отношении стран б. СССР неодинаково. Более того - в отношении 15 твердых форм АРВ производства Bristol Myers Squibb и шести твердых форм производства GlaxoSmithKline, соответственно, ни одна из стран б. СССР не может воспользоваться дифференцированными ценовыми схемами, хотя у стран из других регионов мира такая возможность имеется. Две страны - Украина и Казахстан - участвуют в Консорциуме Фонда инициатив Клинтона по ВИЧ/СПИДу (СНАИ). Поэтому они могут закупать некоторые АРВ-дженерики по более низким ценам, чем страны, не входящие в Консорциум.

Помимо этого, мы отмечаем, что одна из рассматриваемых стран - Эстония - является членом Европейского Союза. В силу этого Эстония может осуществлять параллельный импорт фармацевтических препаратов вместе с 26 другими государствами-членами ЕС (в том числе со своими соседями - Болгарией, Чешской Республикой, Венгрией, Латвией, Литвой, Польшей, Румынией, Словакией и Словенией), и права патентодержателя при этом считаются исчерпанными. Параллельная торговля, как правило, способствует межстрановым колебаниям цен.

Рекомендации

Изложенные в настоящем докладе результаты анализа указывают на случаи приобретения АРВ по низким и высоким ценам, но мы снова подчеркиваем, что эти результаты не объясняют причин ценовых колебаний. Мы рекомендуем принять следующие меры:

1. Распространить результаты данного доклада среди организаций гражданского общества, таких как Международная коалиция по готовности к лечению (ИГРС) ²¹, которые смогут повлиять на то, чтобы данные о закупках АРВ доводились до сведения ГФ СТМ, помочь исследователям глубже понять причины высоких цен на АРВ и предложить варианты закупок АРВ по более низким ценам.
2. Включить в принятую ГФ СТМ систему мониторинга и оценки критерии, связанные с закупками препаратов. Для формирования консенсуса относительно стандартного набора таких показателей следует организовать международную встречу заинтересованных сторон.
3. Следует на регулярной основе проводить сравнительный анализ, подобный данному исследованию. Его результаты следует распространять и публиковать в соответствии с прозрачной политикой и практикой ГФ СТМ.
4. Сделать данные маркетинговых исследований о самых низких рыночных ценах на АРВ доступными для лиц, отвечающих за закупки в каждой стране. Существующие системы закупок следует изменить так, чтобы использование маркетинговых данных о низких ценах стало частью стандартной процедуры закупок, причем такое требование должно выдвигаться донорами как условие предоставления средств. Данные, которые использовались для настоящего анализа, доступны всем агентам по государственным закупкам, но многие из них не осведомлены о существовании таких данных либо не знают, как получить доступ к таким данным и как их использовать. Обладая маркетинговой информацией такого рода, ответственные за закупки препаратов смогут отказаться платить неразумно высокую цену, поскольку исчезнет информационная асимметрия - ситуация, в которой продавец знает о рыночных ценах больше, чем покупатель. Зная, что покупатели обладают такими данными и сравнивают с ними предложенную цену, продавцы будут вынуждены эту цену снижать.
5. Осуществлять контроль качества сведений, которые предоставляются для публикуемых баз данных. Это обеспечит достоверность информации о ценах на АРВ и доверие к результатам анализа такой информации.
6. Изучить причины недостаточного использования более дешевых АРВ-дженериков и создать стимулы для активного применения дженериков.
7. Перейти от сравнительного анализа количественных показателей (такого, какой приведен в настоящем исследовании) к сравнительному анализу процессов. Систему закупок можно усовершенствовать путем составления схем процесса организации закупок АРВ в разных странах и сравнения этих схем для выявления

лучшей практики. Агентства по закупкам могут внедрить у себя наиболее эффективные механизмы, а затем постоянно их совершенствовать, сравнивая свои результаты с деятельностью своих коллег в других странах.

8. Провести исследования конкретных примеров в странах, которые регулярно платят низкую цену за АРВ и закупают недорогие дженерики. Эти примеры целесообразно использовать как основу для формирования лучшей практики закупок.

9. Изучить сценарии закупок АРВ по высоким ценам, чтобы лучше понять их причины. Отдельные факторы, которые могут влиять на повышение цен и требуют дальнейшего изучения, приведены выше в этом докладе, но их перечень не является исчерпывающим.

10. Осуществлять политику и программы для решения проблемы высоких цен. Следует проводить мониторинг и оценку такой деятельности, чтобы выяснить, какие мероприятия наиболее успешны, поддаются тиражированию и распространению в широких масштабах.

ССЫЛКИ

1. UNAIDS. Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support. 2007. Available from URL: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf (accessed April 15, 2008).
2. WHO. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach. 2006. Available from URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO%20Adult%20ART%20Guidelines.pdf> (accessed April 15, 2008).
3. WHO. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach. 2004. (2003 revision) Available from URL: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf (accessed April 15, 2008).
4. Waning B, Kaplan W. Utilizing Electronic Data to Monitor & Improve ARV Medicine Prices: A Case for Picking the Low Hanging Fruit. First Stakeholder Meeting, Medicine Transparency Alliance (MeTA). London. April 18, 2007.
5. Source: UNAIDS. 2006 Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS, 2006. Available at URL: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/Default.asp> (accessed April 20, 2008)
6. International Treatment Preparedness Coalition. Missing the Target #5: Improving AIDS Drug Access and Advancing Health for All. December 2007. <http://www.aidstreatmentaccess.org/> (accessed Apr 18, 2008).
7. Schiavo-Campo S, Tommasi D. Managing Public Expenditure. 1999. Manila: Asian Development Bank.
8. Yasin MM, Dorsch JJ. A framework for benchmarking in the public sector: literature review and directions for future research. International Journal of Public Sector Management. 1998;11(2/3):91-115.
9. Yasin MM. The theory and practice of benchmarking: then and now. Benchmarking: An International Journal. 2002;9(3): 217-243.
10. Wait S, Nolte E. Benchmarking health systems: trends, conceptual issues and future prospective. Benchmarking: An International Journal. 2005;12(5): 436-448.
11. The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Available at: <http://theglobalfund.org/> (accessed Apr 15, 2008).

12. The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. The Price Reporting Mechanism. Available at: <http://theglobalfund.org/prm/index/jsp> (accessed April 15, 2008).
13. World Health Organization Global Price Reporting Mechanism. Available at: <http://www.who.int/hiv/amds/gprm/en/index.html> (accessed April 15, 2008).
14. World Health Organization. A Summary Report from the Global Price Reporting Mechanism on Antiretroviral Drugs. Geneva, Switzerland. World Health Organization, October, 2007. Available at: <http://www.who.int/hiv/amds/GPRMsummaryReportOct07.pdf> (accessed April 15, 2008).
15. International Monetary Fund. World Economic Outlook Database. Washington D.C., United States of America: International Monetary Fund, 2007. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2007/01/data/index.aspx> (accessed Nov 30, 2007).
16. Management Sciences for Health. International drug price indicator guide. Cambridge, Massachusetts, United States of America: Management Sciences for Health, 2006. <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=Dmp&language=English> (accessed Jan 17, 2008).
17. United States Government Accountability Office. Global HIV/AIDS epidemic: Selection of antiretroviral medications provided under US emergency plan is limited. Washington D.C., United States of America: United States Government Accountability Office, 2005. <http://www.gao.gov/new.items/d05133.pdf> (accessed Jan 17, 2008).
18. World Bank. World Development Indicators 2007. Washington DC: World Bank, 2007. Available at URL: <http://web.worldbank.org/> (accessed April 15, 2008)
19. The Eurasian Patent Organization, at http://www.eapo.org/index_eng.html (accessed April 21, 2008).
20. Clinton HIV/AIDS Access Initiative, New York, NY, United States of America. <http://www.clintonfoundation.org/> (accessed April 22, 2008)
21. HIV Collaborative Fund. International Treatment Preparedness Coalition. <http://www.hivcollaborativefund.org/> (accessed Apr 18, 2008).

Приложение

Таблица 9. Сравнение цен на АРВ-дженерики в разных странах, июль 2006 г. – июнь 2007 г.

Препарат	Глобальная медиа- ная цена джене- рика (1 табл.)	Европей- ская медиа- ная цена джене- рика (1 табл.)	Армения		Беларусь		Грузия		Казахстан		Молдова		Таджикистан		Украина		Узбекистан	
			GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR
abacavir 300mg	0,605	0,76					0,93-1,98	0,74-1,58									1,26	1
efavirenz 200mg	0,21	0,21	0,95	0,95			2,29	2,29							1	1		
efavirenz 600mg	0,6	0,575	0,92-1	0,96-1,04	0,9	0,94			0,35	0,37			1,12	1,17			1,53	1,6
lamivudine 150mg	0,07	0,06			0,86	1	0,71-1,43	0,83-1,67					0,71	0,83	0,86-1	1-1,17		
nelfinavir 250mg	0,26	0,24							0,92	1								
nevirapine 200mg	0,08	0,07	1	1,14	0,88	1	0,75-1,13	0,86-1,29	0,88	1			0,88	1	0,13- 0,88	0,14-1	1,13	1,29
sta+lam 30mg+150mg	0,1	0,095							0,9	0,95			1	1,05				
sta+lam 40mg+150mg	0,1	0,15	1,1-1,9	0,73-1,27														
sta+lam+nvp 40mg+150mg+ 200mg	0,14	0,195									1,36	0,97	1,43	1,03				
sta+lam+nvp 30mg+150mg+ 200mg	0,14	0,185									1,29	0,97	1,36	1,03				
stavudine 30mg	0,04	0,04													1	1		
stavudine 40mg	0,05	0,04			0,8	1									0,8-1	1-1,25		
zid+lam 300mg+150mg	0,19	0,21			0,95	0,86			2	1,81			1,11	1	0,84- 1,11	0,76-1	1,21	1,1
zidovudine 100mg	0,07	0,07									1	1	1,29	1,29	0,86- 1,29	0,86- 1,29		
zidovudine 300mg	0,17	0,185					0,88-1,29	0,81-1,19										

GMPR = коэффициент глобальной медианной цены = цена для страны/глобальная медианная цена
EMPR = коэффициент европейской медианной цены = цена для страны/европейская медианная цена

Таблица 10. Сравнение цен на патентованные АРВ в разных странах, июль 2006 г. – июнь 2007 г.

Препарат	Глобальная медианная цена (1 табл.)	Европейская медианная цена (1 табл.)	Армения		Беларусь		Эстония		Грузия		Казахстан		Молдова		Россия		Украина		Узбекистан		
			GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	GMPR	EMPR	
abacavir 300mg	0,87	0,93	1	0,94	1,07	1			1,52	1,42											
didanosine 100mg	0,21	0,39			2,95	1,59											1,81-1,86	0,97-1			
didanosine 250mg	0,64	1,68	2,63	1									2,63	1			1,52-2,17	0,58-0,83			
didanosine 400mg	0,79	3,86	3,43	0,7			6,62-6,95	1,35-1,42							4,41-14,66	0,9-3	1,76-1,76	0,36-0,36	3,66	0,75	
efavirenz 200mg	0,36	0,8	3,08	1,39	2,22	1			2,78	1,25					1,28	0,58					
efavirenz 600mg	0,79	0,98	3,29	2,65			2,62	2,11							0,82-1,24	0,66-1					
fosamprenavir 700mg	2,23	4,49							1,09-2,94	0,54-1,46											
lamivudine 150mg	0,1	0,86	0,9	0,1			30,1	3,5							6,7-8,6	0,78-1					
lop+rit 133,3+33,3mg	0,28	1,12	4,21	1,05	1,79	0,45						6,96	1,74	1,68	0,42	5,14-6,68	1,29-1,67	1,86-4	0,46-1		
nelfinavir 250mg	0,3	0,63	1,97	0,94								2,5	1,19	2	0,95			2,1	1		
nevirapine 200mg	0,6	7,79													4,7-24,42	0,36-1,88					
ritonavir 100mg	0,13	2,17	16,69	1			11,54	0,69	16,77	1										13,77	0,82
saquinavir 200mg	0,31	0,67	1,9-2,03	0,88-0,94					2,16-4,84	1-2,24											
stavudine 30mg	0,1	1,155	14,3-26,7	1,24-2,31											6,9-8,8	0,6-0,76					
stavudine 40mg	0,1	0,88					30,3-31,7	3,44-3,6							6,9-8,8	0,78-1					
ten+emtri 300+200mg	0,89	1,64	1,73	0,94					1,96	1,06											
tenofovir 300mg	0,57	1,01	1,75-1,79	0,99-1,01					6,3	3,55			1	0,56							
zid+lam 300+150mg	0,35	1,33	0,94	0,25			0,2-11,89	0,05-3,13							3,8-4,89	1-1,29					
zidovudine 300mg	0,29	0,3	1	0,97	1,07	1,03															

GMPR = коэффициент глобальной медианной цены = цена для страны/глобальная медианная цена

EMPR= коэффициент европейской медианной цены = цена для страны/европейская медианная цена

