

СТРАТЕГИЯ, КОТОРАЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫГОДНА ВСЕМ

Реальные и потенциальные проблемы импортозамещения сахароснижающих лекарств

В настоящее время многие зарубежные фирмы занимают на российском рынке сахароснижающих («противодиабетических») препаратов нишу, по праву принадлежащую отечественному производителю, предлагая больным диабетом лекарства, выпуск которых в последние годы освоен в России. К ним относятся большинство популярных таблетированных сахароснижающих препаратов (глибенкламид, гликлазид, метформин), а также человеческий инсулин. К чему это ведет? Во-первых, аналогичные российским зарубежные препараты существенно выше по цене, что наносит экономический ущерб службе здравоохранения, если в качестве льготных препаратов приобретаются не отечественные, а идентичные по составу зарубежные препараты. Экономически невыгодно лечение зарубежными препаратами и больному, когда он приобретает аналогичный российскому, но дорогой зарубежный препарат за свой счет. Во-вторых, даже если зарубежный препарат стоит не дороже отечественного, то и в этом случае предпочтение населением или государством зарубежного препарата лишает отечественного производителя законных средств на развитие и поддержание фармпроизводства, не говоря уже о потерянных рабочих местах.

С учетом вышесказанного, российский производитель, вероятно, надеется, а зарубежный опасается, что правительство России наконец примет решение о быстрой и полной замене на фармрынке зарубежных препаратов на идентичные отечественные (импортозамещение). Тем более, что совсем недавно по этой проблеме достаточно остро высказался президент РФ В. Путин «... список льготных р

Однако упрощенный взгляд на проблему импортозамещения лекарств может привести к целому ряду неблагоприятных последствий не только для системы здравоохранения России, но и для больного.

«Нет пророка в своем отечестве!»

Казалось бы, очевидное решение – дать предпочтение отечественным лекарственным препаратам, в случае если они не отличаются по составу от зарубежных, наталкивается на

очень существенное и, к сожалению, практически не обсуждаемое препятствие: недоверие не только больных, но и врачей к качеству отечественных лекарственных препаратов! Причем, следует заметить, что это не исключительно российский, а типичный для любой страны социально-психологический феномен, известный с древних времен: «Нет пророка в своем отечестве!». Не следует полагать, что это отношение к препаратам отечественного производства изменится само собой. Для улучшения «имиджа» российских лекарств необходимы специальные усилия, как со стороны производителя, так и государственных структур, направленные, *с одной стороны*, на полномасштабное информационное сопровождение (включая и рекламную кампанию) нового отечественного лекарственного препарата и, *с другой*, должен проводиться текущий независимый от производителя контроль эффективности лечения в широкой клинической практике. Рассмотрим, на примере сахароснижающих лекарственных препаратов, практику импортозамещения.

Технология сопровождения («раскрутки») нового лекарственного препарата хорошо известна и широко используется зарубежными фармфирмами, но, к сожалению, не всегда внедряется российскими производителями, так как требует дополнительных и весьма существенных финансовых затрат. Такого рода неоправданную экономию можно рассматривать как «болезнь роста» частного российского фармпроизводителя, истоки которой кроются в предшествующей, социалистической системе, когда лекарственные препараты внедрялись планомерно и без какого-либо обсуждения в средствах массовой информации или с общественными организациями больных.

Однако работа отечественных частных фармфирм в «социалистическом» стиле наносит существенный экономический ущерб самой фирме и, более того, неблагоприятно сказывается также и на больных, в чем можно убедиться на примере «массовой инсулинофобии», которая ранее освещалась в МГ (30.01.2004, № 7 (6436), стр. 10) и подробно мной проанализирована в одноименной книге («Массовая инсулинофобия», 2003, Древаль А.В.).

Информационная поддержка новых российских лекарств

Итак, эффективность импортозамещения лекарств существенно зависит от того, какую информационную поддержку своему новому препарату, заменяющему зарубежный, обеспечивает отечественный производитель. При этом рекламная активность производителя напрямую связана с доступностью препарата, которую можно разделить на три уровня: а) лекарства, приобретаемые больным в свободной продаже, без рецепта врача; б) лекарства, приобретаемые больным в аптеке за свой счет, но исключительно по рецепту

врача; в) льготные лекарства – получаемые больным бесплатно и тоже исключительно по рецепту врача.

Обычно наибольшей информационной поддержкой со стороны производителя пользуются безрецептурные препараты, так как в этом случае прямым потребителем продукции является больной. Если больного не информировать в достаточной степени о новом препарате, тогда он не будет пользоваться спросом и производитель потерпит убытки. В этом отношении показателен в эндокринологии пример с йодсодержащей пищевой добавкой российского производства *йодактив*. Благодаря очень активной рекламной кампании, развернутой в средствах массовой информации, он приобрел необыкновенно высокую популярность среди населения России. При этом на его высоком спросе не сказалось даже отрицательное мнение сотрудников Эндокринологического Научного Центра РАМН, которые были обеспокоены тем, что эта пищевая добавка может вытеснить внедряемые ими и более целесообразные, с их точки зрения, средства массовой профилактики йод-дефицита в России.

Описанная ситуация типична для всех пищевых добавок и не только в России – их широкое потребление практически не может эффективно контролироваться государственными органами здравоохранения, когда фирмой-производителем развернута эффективная реклама препарата. Вместе с тем, в случае высокой популярности массово потребляемого, дорогого и бесполезного для здоровья человека безрецептурного препарата, целесообразно службе здравоохранения предпринимать жесткие меры вывода таких препаратов с рынка лекарственных средств. Как попыталась недавно это сделать британская служба здравоохранения, проведя специальные исследования одной очень популярной растительной пищевой добавки, используемой в лечении гиперлипидемии. Было доказано независимыми от фирмы-производителя экспертами, что она не только не снижает, а даже несколько повышает уровень липидов крови.

Таким образом, что касается безрецептурных новых лекарственных препаратов, то службе здравоохранения не нужно проявлять особого беспокойства об их продвижении, если они не наносят какого-либо урона больному или здравоохранению. Производители сами кровно заинтересованы в информационной поддержке этих препаратов и поэтому они не останутся без информационного сопровождения. Вместе с тем, у государства есть возможность даже в этом случае способствовать развитию отечественного производства. Для этого можно воспользоваться опытом США, где вводится высокий налог на аналогичный местному зарубежный товар, что затрудняет реализацию последнего.

Следует заметить, что по последним опросам населения России, 44% больных предпочитают зарубежным отечественные лекарственные препараты, 43% - зарубежные ле-

карства и 13% больных все равно, кто является производителем препарата. Таким образом, на сегодня, лекарственный рынок безрецептурных лекарственных препаратов выглядит достаточно привлекательно для отечественного производителя, но при этом есть и существенный потенциал его расширения, как минимум, в два раза, если, с одной стороны, для этого будут созданы государством благоприятные условия и, с другой стороны, сам российский производитель больше внимания будет уделять продвижению своей новой продукции, конкурирующей с зарубежной.

Несколько в более сложной ситуации, по отношению к продвижению на рынке, оказываются новые отечественные препараты второй группы – отпускаемые только по рецепту врача, но приобретаемые за счет больного. В этом случае, хотя фактическим потребителем препарата остается больной, но спрос на новое лекарство определяется исключительно врачом – если он не назначит больному новый препарат, то он и не будет продан. Следовательно, для производителя ключевой фигурой в продвижении нового лекарства здесь выступает уже не больной, а врач. Отсюда основная работа производителя по продвижению препарата нацелена не столько на больного, а на врача.

Таким образом, относительно новых препаратов второй группы, службе здравоохранения также не нужно беспокоиться об их эффективном продвижении, так как этим вынужден заниматься сам производитель. Но в этом случае у службы здравоохранения появляется возможность оптимизировать развитие лекарственного обеспечения, выбирая среди предлагаемых на рынке фармпрепаратов наиболее приемлемые для больного, как с медицинской, так и экономической точки зрения. В отличие от безрецептурных препаратов, здесь врач или местная служба здравоохранения в состоянии регулировать лекарственное обеспечение больных, руководствуясь, в первую очередь, интересами больного. Из перечня препаратов, предлагаемых фирмами-производителями, врач может выбрать тот из них, который в наибольшей степени подходит данному больному. А полученное врачом профессиональное образование позволяет ему сделать выбор не на основе нередко необъективной рекламы, в которой возможности нового препарата могут быть беспредельно завышены, а реальных его свойств, описанных в специальной литературе.

Фирмы, которые понимают особенности продвижения этой группы препаратов, затрачивают обычно достаточно много средств на снабжение врачей новой научной литературой по препарату, повышению их квалификации (организуя, например, обучение врача, проведение семинаров по препарату и т.п.). И если врач не поддается соблазну продвигать препарат за дополнительную и обычно небольшую плату от фирмы, превращаясь во внештатного сотрудника такой фирмы, то лично врач и служба здравоохранения могут полу-

чить существенные дополнительные ресурсы, развивающие местную медицинскую службу.

Лекарства, льготные не только для больного, но и производителя

В наихудшем положении, относительно информационного сопровождения, оказываются льготные для больного новые лекарственные препараты, которые закупаются службой здравоохранения за счет бюджетных средств. После того как производителю удалось оптом продать государству льготный новый лекарственный препарат, у него тут же пропадает интерес к его дальнейшей, как минимум информационной поддержке, особенно, если этот удачливый производитель недалновиден. И действительно, зачем нужны производителю дополнительные траты, если новый лекарственный препарат закуплен без каких-либо сопутствующих закупке условий? В результате такой оптовой закупки нового препарата, вся тяжесть его продвижения ложится на плечи службы здравоохранения, причем в качестве дополнительной и неоплачиваемой никем работы для государственных служащих. В итоге, прибыль производителя составляет разница между себестоимостью производства нового препарата и ценой препарата на фармрынке и при этом он экономит огромные деньги на продвижении нового препарата, в частности, не обеспечивая его информационную поддержку. Причем инициатива по изменению сложившейся практики государственной закупки льготных новых препаратов может исходить только от государства, так как получаемая на сегодня фармпроизводителем сверхприбыль может его только радовать.

Итак, какие требования может предъявить служба здравоохранения российским фармпроизводителям, которые предлагают новый препарат в качестве замены льготного популярного зарубежного препарата? Например, для замены таких чрезвычайно распространенных в диабетологической практике препаратов как *Манинил* (на отечественный *Глибенкламид*) или *Диабетон* (на *Глидиаб*) или *Сиофор* (на *Глиформин*) или же инсулины фирм «Ново Нордиск», «Эли Лилли» и «Авентис» на российские инсулины. Очевидно, что российский производитель должен, прежде всего, обеспечить полноценное информационное сопровождение нового препарата, которое позволило бы как врачам, так и больным без каких-либо проблем произвести замену зарубежного препарата на аналогичный отечественный. Кроме того, российский производитель должен тщательно контролировать как качество препарата, так и результаты лечения им не только на стадии, так называемых предрегистрационных испытаний (что необходимо для получения разрешения Фармкомитета на использование нового лекарства в широкой клинической практике), но и маркетинговых, то есть в обычной клинической практике. Соблюдение последнего требо-

вания позволит не только Фармкомитету, но и практическим врачам поддерживать свою уверенность и больных в высоком качестве новых отечественных препаратов, производимых серийно, а не эксклюзивными партиями для проверки Фармкомитетом.

Что касается информационной поддержки своего нового препарата отечественным производителем, то она включает следующие формы работы: а) организация лекций для врачей или больных, в которых отражаются особенности лечения препаратом производителя; б) финансирование изданий методических рекомендаций по применению препарата; в) организация повышения квалификации врачей (тематические лекции, курсы переподготовки); г) организация выступлений в государственных и местных средствах массовой информации (газеты, радио, телевидение), посвященных новому препарату; д) организация конференций на уровне лечебного учреждения, города, района, области, округа, России и/или с международным участием, посвященных новому препарату; е) поддержка публикаций статей в научных журналах по лечению препаратом; ж) снабжение информацией школ больных, например, диабетом, а также общественные организации больных; з) финансирование изданий монографий, сборников работ, руководств и др. печатной продукции, где отражена информация о новом препарате как для врачей, так и больных; и) поддержка научных докладов на российских и международных симпозиумах, конференциях или съездах, отражающих опыт применения нового препарата; и т.п.

Поскольку все вышеуказанные мероприятия не являются бесплатными, то при оптовой закупке государством нового лекарственного препарата должны быть оговорены и траты производителя на внедрение его препарата в клиническую практику. Выбор поставщика нового отечественного препарата, должен основываться не только на предлагаемой им оптовой цене, как это делается до сих пор. Нужно просить фармфирму предоставить к конкурсной комиссии по закупке, программу информационного сопровождения нового препарата с гарантированными тратами и отдавать предпочтение не той из них, у которой только цена препарата наименьшая, но у которой, при сопоставимой цене, более масштабное (затратное) сопровождение препарата в широкой клинической практике. Если производитель не в состоянии гарантировать сопровождение закупленного государством препарата или он не соблюдает своих обязательств, то к нему система здравоохранения может и должна принять меры, стимулирующие подобную деятельность.

Массовая фобия новых отечественных льготных лекарств

Если льготный новый лекарственный препарат не вызывает у больных или у практикующих врачей каких-либо опасений, то служба здравоохранения обычно справляется с

задачей его успешного продвижения, даже если оно никак дополнительно не поддерживается производителем. Но как только развивается негативное отношение к препарату и против его использования выступают не только средства массовой информации, но и общества больных и практические врачи, ситуация легко выходит из-под контроля системы здравоохранения, так как у госслужбы нет необходимых ресурсов противостоять массовой фобии лекарственного препарата, каким бы замечательным этот препарат на самом деле не являлся. Без привлечения довольно существенных ресурсов производителя препарата, массовую фобию к его новой продукции, как, например, показывает опыт борьбы с массовой инсулинофобией в Украине, устранить практически невозможно!

Кроме вышеуказанных мер информационного сопровождения нового льготного отечественного препарата, которые могут служить определенной гарантией против развития массовой фобии на лекарство, рассмотрим здесь и другие, специфические способы ее профилактики и устранения.

С учетом полученных данных о предпочтении больными зарубежных препаратов (43%) можно ожидать, что чуть меньше половины больных, получавших ранее зарубежный льготный лекарственный препарат, негативно отнесутся к его замене на аналогичный отечественный. В связи с этим, при первой государственной закупке, не более 50% льготных зарубежных препаратов следует заменять на аналогичные отечественные. Иначе можно вызвать массовую фобию препарата вследствие потенциально возможного сопротивления такой замене 43% больных, сторонников зарубежных лекарств. Особенно важно придерживаться этой квоты, когда аналогичный отечественному льготный зарубежный препарат: а) давно получает большое число больных, то есть относится к категории массовых; б) он является жизненно необходимым; в) больные организованы в общественные организации. Такое сочетание предрасполагает к развитию массовой фобии отечественного препарата (см. мою книгу «Массовая инсулинофобия») при неразумной политике импортозамещения.

Должны быть выработаны особые требования к условиям оптовой закупки нового отечественного препарата, к которому развилась массовая фобия. Как показывает опыт массовой инсулинофобии, фобия к препарату обычно связана с недоверием к следующим его характеристикам: (а) качеству поставляемого сырья; (б) технологии изготовления лекарства; (в) клинической эффективности.

Следовательно, производитель такого препарата должен, во-первых, предоставить комиссии по закупке документы, снимающие все высказанные подозрения. Например, если возникло подозрение о контрабанде сырья, то производитель должен предоставить документы, подтверждающие получение сырья от официального поставщика и, кроме того,

информацию о количестве произведенного препарата между поставками, чтобы можно было сравнить комиссии соответствие объема поставки сырья и производства из него лекарства, по крайней мере, по документам. В случае недоверия к качеству препарата, производитель должен предоставить возможность независимой от него лаборатории произвести химический анализ сырья и готового лекарства из произвольно выбранной серии препарата. Результаты этой проверки также должны быть предоставлены комиссии по государственной закупке препарата.

Производитель должен заручиться поддержкой своего нового препарата независимыми авторитетными клиническими центрами, особенно, если именно они выражали негативное отношение к препарату и, тем более, если это спровоцировало и поддерживает фобию. Для исключения необоснованных обвинений в низкой эффективности препарата, необходимо в приказном порядке обязать ведущую медицинскую организацию и несколько авторитетных клиник, имеющих опыт проведения клинических испытаний, срочно организовать на их базах текущую проверку эффективности лечения препаратом из случайно выбранной серии, причем по тем же критериям, по которым проводились предрегистрационные испытания нового препарата. Если недоверие к препарату выражала и общественная организация больных, тогда и ее представители должны быть привлечены к этому контрольному клиническому исследованию в качестве наблюдателей. Результаты этих клинических исследований также должна затребовать комиссия по оптовой закупке препарата.

Результаты контрольных пострегистрационных испытаний должны быть предоставлены производителю, чтобы, в случае положительных результатов проверки, он мог ими воспользоваться для защиты от клеветы. Более того, если критические замечания противников препарата оказались ложными и они выражали свое мнение от лица государственной или общественной организации, то предвзятое их мнение должно быть и официально опровергнуто. Случай обнаружения нарушений правил производства препарата, полагаю, бессмысленно обсуждать на страницах МГ, так как это уголовное дело, которое должны рассматривать соответствующие инстанции.

Все затраты на проведение пострегистрационных клинических и фармакологических исследований должен покрыть производитель, так как в конечном счете, массовая фобия на препарат возникает в результате серии ошибок производителя в процессе клинического внедрения нового лекарственного препарата, за что он и должен расплатиться.

Предложение, поступившее от врачей и больных в процессе обсуждения проблемы массовой инсулинофобии (см. Форум на Сайт www.diabet.ru), организовывать проверку качества российских препаратов зарубежными экспертами, вряд ли приемлемо. Прежде

всего потому, что с этой простой задачей вполне можно справиться и без посторонней помощи - для этого в России имеется достаточный интеллектуальный и технический потенциал. Не говоря уже о том, что привлечение зарубежных специалистов приведет к искусственному удорожанию контроля, что может служить еще одним препятствием к его проведению. В США, например, когда стала развиваться фобия к генно-инженерным препаратам инсулина, ее массовое проявление было успешно заблокировано только за счет внутренних резервов (работа с обществом больных диабетом, федеральной службой качества лекарств и пищевых продуктов и т.п. Подробности в книге «Массовая инсулинофобия»).

Во избежание рецидива массовой фобии, производитель должен запланировать систематическую последующую проверку эффективности своего препарата в широкой клинической практике и посерийный контроль его химсостава в независимой от производителя лаборатории. Из вышеизложенного также очевидно, что препарат, к которому развилась массовая фобия, не может оптово закупаться государством до тех пор, пока производитель не устранил все проблемы, вызвавшие массовое негативное отношение к своему препарату у врачей и больных.

Оптимизация импортозамещения лекарств

Во многих развитых зарубежных странах большой популярностью у местного производителя лекарств пользуются исследования по сравнительной эффективности производимых ими дженериков, то есть «копий» оригинальных препаратов, и оригинальных лекарств. Такие научные исследования охотно финансируются местным производителем, поскольку позволяют доказать, что местные препараты хотя и дешевле, но не уступают по качеству завозимым из-за границы. К сожалению, в России публикуются только единичные работы такого плана, несмотря на то, что, например, все современные сахароснижающие лекарства, в том числе и инсулин, производятся из зарубежного сырья, то есть являются по определению дженериками. Можно указать, по крайней мере, несколько очевидных причины этого.

Не исключено, что при отсутствии жесткой государственной поддержки отечественного фармпроизводства, наш, не очень богатый фармпроизводитель, опасается вступать в открытую борьбу с зарубежными «монстрами» фармибизнеса, даже на своей территории. Проведение сравнительных клинических исследований отечественных и зарубежных препаратов и есть первый очень важный шаг в этой борьбе.

Наш опыт взаимодействия с отечественными фармпроизводителями сахароснижающих препаратов показывает, что в большинстве случаев ими недооценивается необходимость активного информационного и научного сопровождения новых сахароснижающих лекарств, которые относятся, как известно, к категории льготных. Например, наши предложения по реализации таких проектов приходилось достаточно долго и обстоятельно обосновывать производителю, так как они не были ему очевидны. Хотя в дальнейшем, высокий интерес практических врачей и организаторов здравоохранения к полученным результатам окончательно убеждали отечественного производителя в абсолютной необходимости таких исследований. Тем не менее, особого энтузиазма в систематическом развитии такого рода проектов никто из отечественных производителей сахароснижающих препаратов все равно не проявляет. Возможно, по экономическим соображениям.

Отечественный фармпроизводитель, имея существенно меньший экономический потенциал, чем зарубежный, не в состоянии оказывать равноценную зарубежным фирмам поддержку разного рода научных и образовательных (для врачей и больных) проектов. В результате, не только наш фармпроизводитель, но и научные группы могут не проявлять особого интереса к сравнительным исследованиям, опасаясь потерять финансовую поддержку проектов, которые спонсируются зарубежными фармфирмами в рамках продвижения в России своих оригинальных лекарственных препаратов.

Сбалансировать затраты зарубежного и отечественного фармпроизводителей на вышеуказанные проекты могло бы правительство, если бы позволило отечественному фармпроизводителю финансировать эти проекты за счет снижения налогов. То есть сумму налога на прибыль уменьшить на величину финансирования фармисследований и информационного поддержки, по крайней мере, новых льготных фармпрепаратов, то есть закупаемых государством за счет бюджета.

Следует заметить, что стратегически, быстрое вытеснение зарубежных фирм с фармрынка традиционных сахароснижающих препаратов, выгодно не только отечественному, но и зарубежному производителю. Рассмотрим это утверждение на примере сахароснижающих препаратов известных иностранных фармфирм, которые активно продвигают свои уникальные сахароснижающие препараты, не производимые в России: микронизированный манинил («Берлин Хеми»), диабетон МВ («Сервье»), аналоги человеческого инсулина («Эли Лилли», «Ново Нордиск», «Авентис»). Но кроме этих новейших препаратов, они продолжают успешно поставлять в Россию, в качестве льготных (!), традиционные сахароснижающие препараты – манинил и сиофор («Берлин Хеми»), диабетон («Сервье») и человеческий инсулин («Эли Лилли», «Ново Нордиск», «Авентис»). Копии (дженерики) этих препаратов производятся отечественными фармфирмами и имеют, соответственно,

названия: глибенкламид, глиформин, глидиаб и человеческие инсулины (под разными фирменными наименованиями трех (!), на сегодня, российских производителей).

Какие неблагоприятные экономические последствия для зарубежных фирм вытекают из проводимой ими политики двойной поддержки: традиционных и новых лекарственных препаратов? При наличии, все-таки существенной, конкуренции со стороны российских фармпроизводителей, зарубежные фирмы вынуждены продолжать тратить достаточно большие средства на неперспективном, в конечном счете, для них рынке традиционных сахароснижающих препаратов. Международный опыт показывает, что пусть не так быстро, как хотелось бы, но российский производитель вытеснит зарубежного.

Отказавшись от финансовой поддержки традиционных препаратов, они могли бы сэкономленные ресурсы тратить на продвижение новых эксклюзивных препаратов, которые бы быстрее распространялись на фармрынке, без искусственно ими же созданного препятствия в виде поддержки своих традиционных лекарств. И к моменту полного вытеснения с рынка зарубежных традиционных препаратов, иностранная фирма получала бы хорошую прибыль от реализации новых лекарств, сохраняя в России, также как и в других странах, законное и почетное место лидера фармбизнеса.

Вместе с тем, быстрый переход больных на препараты нового класса, заставляло бы отечественного производителя оперативно модернизировать свое производство. Тем самым больные в России быстрее обеспечивались бы новейшими лекарственными препаратами. Активная рекламная и другая информационная поддержка новейшего лекарственного препарата, ранее проведенная зарубежной фирмой, избавила бы отечественного производителя от чрезмерных трат на продвижение копии зарубежного препарата. Кстати, с указанной точки зрения, сложившаяся ситуация с импортозамещением, может, в определенной степени, устраивать и отечественного производителя, так как позволяет оттягивать дорогостоящую модернизацию производства.

Таким образом, оптимальная стратегия импортозамещения зарубежных лекарственных препаратов заключается в следующем:

- перевод максимального числа больных на препараты-копии (дженерики) отечественного производства;
- на сэкономленные в результате такого перевода средства, закупать за рубежом только препараты нового поколения, не производимые в России;
- следование первым двум пунктам, даст следующие преимущества для российской медицины и, соответственно, больным:

- зарубежные представительства фирм производителей препаратов сосредоточатся на продвижение в России только абсолютно новых лекарственных средств;
- отечественные производители быстро получают финансовые ресурсы для развития производства;
- отечественный производитель будет заинтересован в быстрой замене устаревших препаратов на более современные;
- отечественная медицина будет обладать самыми последними достижениями фарминдустрии.

Итак, повышение динамичности импортозамещения лекарств, в принципе, выгодно всем: больному, службе здравоохранения, отечественному производителю и, даже, зарубежным фармфирмам, работающим на российском рынке.

Руководитель отделения терапевтической эндокринологии МОНИКИ,
Главный эндокринолог Московской области
проф. Древаль А.В.