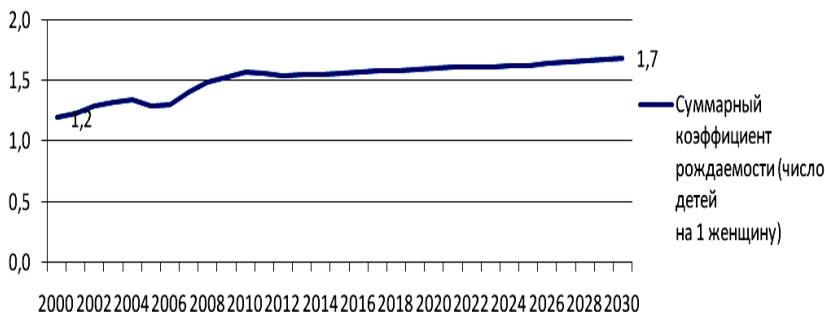


*Н.А. Краснянская\**

## ОПТИМИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ КВОТ В РОССИИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

По данным Росстата население России имеет тенденцию к сокращению. Проанализировав численность населения в период с 2000 г. по 2030 г., становится видно, что CAGR<sup>1</sup> населения составляет 0,2%: в 2000 г. население составляло 146,9 млн. человек, а уже к 2030 г. оно упадет до 139,4 млн. По этим же данным видно, что с начала тысячелетия до 2010 г. темп роста был на уровне 0,3%, в то время как прогнозируемый темп роста с 2010 по 2030 гг. равен 0,1%. Из этого можно сделать вывод, что Российское правительство планирует прикладывать различные усилия к тому, чтобы увеличить численность страны.

Рассматривая рождаемость в России, Росстат приводит следующие числа по суммарному коэффициенту рождаемости<sup>2</sup>: если в 2000 г. он равнялся 1,2, то к 2030 г. этот показатель должен достичь 1,7 с CAGR в 1,2% (рис. 1).



**Рис. 1. Суммарный коэффициент рождаемости**

\* Работа выполнена под руководством канд. экон. наук Э.Г. Мартиросяна, Институт бизнеса и делового администрирования Российской Академии Народного хозяйства и Государственной службы при Президенте РФ.

<sup>1</sup> CAGR – среднегодовой темп роста.

<sup>2</sup> Число детей в расчете на одну женщину.

За последние годы Российское правительство неоднократно инициировало различные социальные программы, нацеленные на повышение рождаемости и увеличение количества семей в стране – к примеру, программа «Молодая семья». Но, к сожалению, далеко не всегда, когда семья хочет иметь детей, ей удается этого достичь. По различным оценкам, в России на 2012 г. 10...20% населения репродуктивного возраста были бесплодны. Данная цифра примерно эквивалентна 5 млн. пар. Причины данной проблемы различны: как нарушения женской репродуктивной функции (до 80% пар), так и нарушения мужской функции (до 45%), а также примерно у 30% пар бесплодие вызвано одновременно и мужским, и женским факторами. В таких ситуациях простое финансирование из бюджета страны не помогает. Медицинские услуги в области вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) помогают семьям, попавшим в такого рода ситуации.

Необходимость использования услуг ВРТ в наше время в России становится очевидной, если посмотреть на возраст рожаящих женщин. С конца 1990-х гг. в России начался стремительный рост числа женщин, рожаящих в возрасте под сорок и старше. Примерно за последние 20 лет количество таких женщин увеличилось примерно в 1,3 раза с самым большим CAGR 1990/2009, равняющимся 1,2% (рис. 2).

Также на рис. 2 видно, что количество детей, которые рождаются молодыми мамами, неуклонно падает. Менее 20-ти лет назад понятие «старородящая мать» использовалось при обращении к девушкам в возрасте 25-ти лет, однако в данный момент этот термин используется для рожениц старше 35-ти лет, и то довольно редко. При всем этом научно доказано, что в связи с особенностями женского здоровья, возможность забеременеть с возрастом падает.

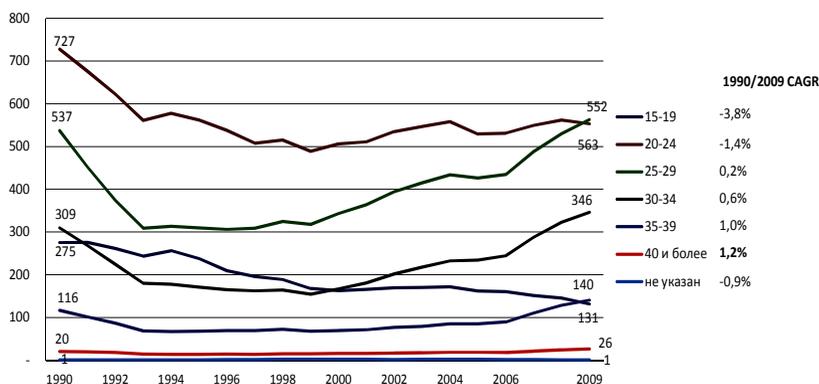


Рис. 2. Родившиеся живыми по возрасту матери, тыс.

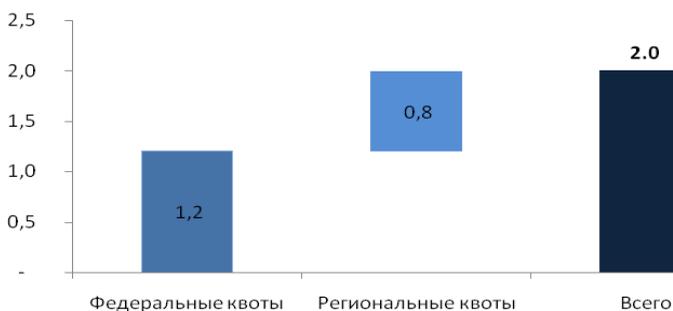
В России применение вспомогательных репродуктивных технологий регламентируется двумя законодательными документами:

1. Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (глава 6, ст. 55), который вступил в силу 1 января 2012 г.

2. Приказом № 67 Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г.

ВРТ возможно провести за собственные средства, а также можно воспользоваться системой государственного квотирования, поскольку цена одного цикла ориентировочно составляет 130 тыс. р. Принимая во внимание, что вероятность забеременеть после одного цикла равна 30%, то эта сумма может возрасти примерно до 400 тыс. р.

На данном этапе существует два вида квот: федеральные и региональные, которые доступны лишь в 14 регионах России. В 2011 г. долевое соотношение в денежном выражении между федеральными и региональными квотами, по словам экспертов, составляло 60 и 40% соответственно. На рисунке 3 показан объем рынка государственных квот за 2011 г.



**Рис. 3. Квоты на ВРТ в России, 2011 г., млрд. р.**

Число федеральных квот в 2011 г. возросло примерно в 2,5 раза по сравнению с 2009 г. и составило 9630, в 2012 г. данный показатель достиг 10 000. И хотя по российскому законодательству существует большой перечень преград перед парами, которые хотят воспользоваться квотированием (диагноз, возраст, пол, наличие брака), эксперты говорят о стабильном росте данного рынка, как со стороны коммерческих циклов, так и со стороны государственных квот.

Поскольку затраты государства на ВРТ лимитированы данными квотами, то необходимо разработать варианты их оптимизации по двум главным причинам:

1. Более низкая цена одного цикла позволит провести большее количество циклов, при сохранении того же количества квот, которые автоматически способствуют росту численности населения страны.

2. Более низкая цена одного цикла может позволить провести определенные дорогостоящие анализы в дополнение к проведению самого цикла.

Оптимизация системы квотирования возможна при создании модели данного рынка, которая рассматривала бы стоимость одного цикла ВРТ по статьям расходов. Статьи расходов возможно поделить на две группы: расходные материалы и медикаменты. Под медикаментами понимается группа лекарственных препаратов, используемых во время проведения ВРТ. Расходные материалы – это одноразовые инструменты (чашки Петри, шприцы, пробирки и т.п.). В модели стоит рассматривать исключительно часть «лекарственных средств», оставляя константой статью «расходные материалы». Причина изменений именно данной группы в том, что на сегодня все лекарственные средства, используемые в ВРТ являются импортными препаратами, стоящими большую сумму денег.

Все лекарственные препараты можно поделить на несколько групп: оригинальные (препараты, которые созданы компанией-производителем впервые на рынке), дженерики (непатентованные лекарственные препараты, являющиеся воспроизведением оригинального препарата, на действующее вещество которого истек срок патентной защиты), препараты локального производства. Оригинальные препараты стоят дорого, так как они являются монополистами в своем сегменте, а значит, производитель может запросить любую рационально подкрепленную цену. Дженерики стоят на порядок дешевле, чем оригинальные препараты. Они также сбивают цену первых вниз, как только выходят на рынок. Что касается локальных препаратов, то их цена также зачастую ниже оригинальных препаратов, что, безусловно, позитивно сказывается на себестоимости препарата, а также одновременно с этим, локальные препараты развивают российское фармацевтическое производство. Поэтому предлагаемая модель рассматривает три сценария:

- 1) с уже существующими лекарственными средствами;
- 2) с использованием дженериков вместо оригинальных препаратов;
- 3) с использованием локально произведенных лекарственных средств.

Исходом данной модели является сокращение стоимости цикла с 130 тыс. р. до 120 тыс. р. и 102 тыс. р. при втором и третьем сценарии соответственно. Таким образом, количество детей, которые могут появиться на свет при втором сценарии, возрастет на 10% и на 30% при третьем сценарии.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Росстат. Демографический ежегодник России. Здоровоохранение в России.
2. Информагенство «Хакассия». Приложение 2 <http://www.probirka.org/surrogatnieprogrammy/3420-otnoshenie-rossiyan-k-surmaterinstvu-i-vrt.html>.
3. <http://www.aisty.narod.ru/regionkvotaf2kvot.html>.
4. Экспертные интервью.

*Институт бизнеса и делового администрирования Российской Академии Народного хозяйства и Государственной службы при Президенте РФ (ИБДА РАНХиГС при Президенте РФ)*