

Тематическое приложение к газете Коммерсантъ		
Здравоохранение		
Четверг 27 апреля 2017 №74 (6068 с момента возобновления издания)		
kommersant.ru		
19	Неужели удастся закрыть нужды страны отечественными стентами и катетерами? Запуск нового производства в России	22
		Каков смысл реформы психиатрической службы Москвы: укрепление системы помощи или оптимизация бюджета
		22
		Третий ежегодный рейтинг детских частных стоматологических клиник России



В феврале текущего года в России начался эксперимент по добровольной маркировке лекарств двухмерным кодом. Если в конце года эксперимент будет признан успешным, то с 2018-го все производители лекарств обязаны будут маркировать продукцию, а аптеки — обзавестись сканерами для считывания кода на упаковке. Маркировка вводится для того, чтобы снизить оборот контрафактных и фальшивых лекарств. Однако из-за дополнительных вложений лекарства могут подорожать.

Код доступа

— инструменты —

● Двухмерный код, наносимый на упаковку препаратов (DataMatrix), разработан международной некоммерческой ассоциацией по системам учета товаров. Он представляет собой небольшой черно-белый квадрат со сложным узором. Код может считываться кроме прочего оборудования камерами сотовых телефонов. Он содержит информацию о глобальном идентификационном номере (GTIN), серийном номере (уникальный индивидуальный номер каждой упаковки), сроке годности, серии лекарственного препарата, коде ТНВЭД для классификации типа продукта (первые четыре цифры). Введение кодировки позволит обеспечить эффективную систему мониторинга и контроля движения лекарственных препаратов. Система маркировки лекарственных средств действует во многих странах. Например, в США — с 2015 года, во Франции — с 2011 года.

Пилотный год

Продавец одной подмосковной аптеки, выслушав вопрос, где можно считать код на упаковке, чтобы в этом убедиться, после долгой паузы ответила, что поддельных лекарств у них не бывает, а о коде и том, что его можно проверить, ничего не слышала.

Эксперимент по маркировке лекарственных средств начался в России 1 февраля 2017 года. Поручение разработать и внедрить систему мониторинга лекарств с использованием маркировки президент России Владимир Путин дал Минздраву еще в феврале 2015 года. Минздрав подготовил проект поправок к закону «Об обращении лекарственных средств», который предполагал наносить на упаковки лекарственных средств код. Благодаря этому объем контрафактных лекарств на российский рынок должен сократиться. В конце декабря прошлого года премьер-министр РФ Дмитрий Медведев подписал документ, запускающий пилотный проект по организации маркировки лекарственных препаратов для борьбы с подделками.

Как пояснили в Росздравнадзоре, маркировка лекарств двумерным штриховым кодом должна предоставить покупателю возможность проверить легальность препарата с помощью смартфона или сканера, который, как предполагается, будет доступен покупателю в любой аптеке. Нововведение должно также обеспечить в автоматизированном режиме защиту легального оборота от недоброкачественных и контрафактных препаратов. Предполагается, что на первом этапе маркировке подлежат свыше 60 наименований лекарственных препаратов, в том числе 10 торговых наименований, предназначенных для лечения высокотратных нозологий, и больше 30 торговых наименований лекарственных средств из перечня жизненно необходимых и важнейших препаратов. Заявлено, что в пилотном проекте готовы участвовать 23 производителя, 4 крупнейших фармацевтических дистрибьютора, более 30 медицинских организаций и свыше 250 организаций розничной торговли, в том числе аптечные сети федерального и регионального масштаба.

Эксперимент проводится в шести регионах — Москве, Санкт-Петербурге, Московской, Нижегородской, Новгородской и Белгородской областях — и продлится до 31 декабря. В начале следующего года профильные ведомства, в числе которых Минздрав, Минфин, ФНС, изучат его результаты, и, если эксперимент признают успешным, производители и импортеры обяжут маркировать продукцию, а аптекам и другим местам торгов-



Большинство мировых производителей лекарств, работающих на российском рынке, готовы к внедрению системы маркировки у себя на производстве

ли лекарственными препаратами придется приобрести считывающие код сканеры.

Вклад в будущее

Участников фармацевтического рынка беспокоит необходимость трат на оборудование для системы кодирования. Это касается не только производителя лекарств, но и сбытовой сети. В результате отпускная цена лекарств в аптеке может вырасти. Однако в правительстве подсчитали, что если маркировка и повысит розничную цену лекарств, то неамного. На российский фармрынке работает сегодня около 350 тыс. организаций. Из них около 1 тыс. — производители лекарств, примерно 100 тыс. — посредники, почти 250 тыс. — аптеки. Стоимость оборудования, интегрируемого в упаковочную линию, оценивается на рынке примерно в €300 тыс. Затраты аптек на закупку считывающих устройств обойдутся примерно в 5 млрд руб. С учетом всех этих затрат лекарство может подорожать всего на 1–2 руб. за упаковку.

По мнению Дмитрия Баглея, бизнес-аналитика управления федеральных проектов АО «Центринформ», международный опыт, а также пример меховой и алкогольной промышленности в России свидетельствуют о том, что внедрение маркировки продукции позволяет сделать рынок более прозрачным. Оценил он и затраты на оборудование. «Инвестиции в оборудование для каждой производственной линии могут составить от €30 тыс. до €150 тыс. и выше в зависимости от класса машин, которые выберут производители, — говорит Дмитрий Баглей. — Что касается возможного роста цен на конечную продукцию фармацевтических производителей, то наша экспертная оценка совпадает с объявленной Министерством здравоохранения РФ — речь идет об удорожании в рамках 1%».

Большинство крупнейших производителей лекарств, работающих на российском рынке, готовы к внедрению системы маркировки у себя на производстве.

Директор по производству компании «Астра-Зенекa Россия» Геннадий Пяцкий заявил, что компания полностью поддерживает инициати-

ву правительства, поскольку по коду каждый пациент сможет проверить происхождение приобретаемой продукции и убедиться в ее качестве: «Если при обязательной маркировке требования к ее нанесению будут гармонизированы с европейскими, то на себестоимости продукции нашей компании это практически не отразится и запуск маркировки будет осуществлен в кратчайшие сроки с использованием стандартных апробированных решений».

Активный участник пилотного проекта компании Pfizer также выступает за введение системы маркировки: руководство компании считает, что эта инициатива направлена на минимизацию контрафактной продукции на рынке, отслеживание перемещения товара, а также на защиту от вторичного оборота. Однако в компании Pfizer не исключают того, что при реализации проекта могут возникнуть сложности, связанные, в частности, с отсутствием понимания четких требований и очень сжатыми сроками внедрения. «Большая часть препаратов зарубежных компаний поставляется с европейских производственных площадок, которые уже подготовлены к сериализации на территории ЕС. Российские требования пока не полностью гармонизированы с требованиями ЕС, поэтому международным производителям потребуется время на адаптацию, — поясняет руководитель направления производственного планирования и логистики компании Pfizer в России Александр Казулин. — Сроки переоснащения производства, по нашим оценкам, составят около шести месяцев, ориентировочная стоимость может достигать \$1 млн для одной производственной линии. Однако если в рамках проекта будут использованы технологии сериализации, принятые в ЕС, рост стоимости продукции на текущий момент не ожидается».

В компании «Санофи», которая не участвует в пилотном проекте, некоторые производимые ею препараты, в частности инсулины, уже снабжены DataMatrix. «Это позволяет нам обезопасить пациентов от контрафакта и подделок. — Замечает директор по корпоративным связям «Санофи» Юрий Мочалин. — Для компании это, безусловно, снижение репутационных рисков, связанных с качеством продукции».

Константин Анохин

Рыбный продукт

— эпидемия —

Для России тема снижения уровня заражения гельминтами (паразитами) сегодня чрезвычайно актуальна: по количеству больных, страдающих от описторхоза, Западно-Сибирский регион можно отнести к крупнейшим очагам этого заболевания в мире. Заражение описторхозом коренного населения в этом регионе носит уже эпидемиологический характер, а происходит оно при употреблении сырой или недостаточно обработанной зараженной речной рыбы семейства карповых. Более того, число заражений описторхозом, обнаруженным в России еще в XIX веке, продолжает расти.

● В мире гельминтозами болеют более 1 млрд человек. Среди гельминтов (паразитов), поражающих органы пищеварения, особую, весьма опасную группу составляют описторхиды, попадающие из речной рыбы и паразитирующие преимущественно в печени. От заболеваний, вызванных этими возбудителями, в Европе и Азии страдают более 40 млн человек, а проживают в эндемичных регионах и постоянно подвергаются риску заражения до 600–750 млн человек. Описторхоз снижает качество жизни и может привести к раку.

Латентная форма

Вызывающий описторхоз гельминт *Opisthorchis Felineus* (кошачья двуустка) в России впервые был обнаружен профессором Томского университета Константином Виноградовым в печени человека в 1891 году при проведении патологоанатомического вскрытия.

По данным доктора медицинских наук, профессора Сибирского государственного медицинского университета (СибМГУ) Ольги Федоровой, ежегодно в России регистрируется до 20 тыс. новых заболеваний описторхозом. А в среднем в России заболеваемость составляет 24,7 случая на 100 тыс. населения. В эндемичных регионах она на порядок выше: в Ханты-Мансийском автономном округе за период с 2011 по 2013 год заболеваемость составила 599,7 случая на 100 тыс. населения, в Ямало-Ненецком — 261,9 случая, в Тюменской области — 188,8 случая.

Описторхоз в эндемичных регионах часто встречается в латентной (бессимптомной) форме, особенно среди коренного населения (ханты, манси), и иногда пациент может обратиться в лечебное учреждение за помощью и пройти диагностику только тогда, когда изменения в желчевыводящей системе и печени необратимы.

При этом сибирские ученые утверждают, что официальная медицинская статистика не показывает масштаба проблемы, поскольку ее данные основаны в основном на обращении пациентов в лечебные учреждения. Реальный уровень распространенности заболевания гораздо выше.

Вызывает озабоченность и тот факт, что растет зараженность не только взрослых, но и детей. По данным разных исследований, в Томской области показатели распространенно-

сти описторхоза варьируются от 15% до 80%. В одном из недавних исследований, говорится, что при обследовании 896 детей в возрасте от 7 до 15 лет, проживающих в разных районах области, у 27,7% был обнаружен описторхоз. При этом распространенность заболевания в северных и северо-восточных районах региона 35,1%, тогда как в южных — 20,4%. По статистическим данным, через год после приезда из эндемичных районов в район с очагом описторхоза заражаются 11,5–17,9%, через полтора года — 42%, через пять лет — 46%, и далее частота инвазии возрастает до 73,7%.

При этом описторхоз значительно снижает качество жизни современного человека: результаты мировых исследований свидетельствуют о взаимосвязи между описторхозом и развитием холангиоцеллюлярного рака — злокачественной опухоли печеночных желчных протоков, на долю которой приходится от 10% до 20% всех случаев рака печени. Эффективного лечения пациентов с холангиокарциномой пока не существует, одноклеточная летальность приближается к 100%.

Право на экспертизу

Томские ученые уверены, что начать контролировать ситуацию с распространением описторхоза в России можно, лишь объединив усилия не только российских исследователей, но и наладив постоянное сотрудничество с мировым сообществом. Такую работу ученые Томска начали несколько лет назад. В 2014 году по инициативе исследовательского коллектива Сибирского государственного медицинского университета, который возглавляет доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН Людмила Огородова, был создан международный консорциум по описторхозу *Tomsk Opisthorchiasis Consortium* (TOPIC). В состав консорциума вошли ключевые специалисты в области эпидемиологии, иммунопатологии, терапии трематодозов и связанных с ними онкологических заболеваний человека ведущих исследовательских организаций России, Нидерландов, США, Германии, Таиланда, Швейцарии, Великобритании. Основная цель консорциума заключается в объединении усилий врачей и ученых для более глубокого изучения эпидемиологии, патогенеза и отдаленных последствий описторхозного заражения, а также в разработке новых средств диагностики, лечения и профилактики описторхозидозов и ассоциированных с ними заболеваний.

Финансирование TOPIC получает из нескольких источников. Часть научных исследований финансирует российские научными фондами. Создание консорциума было в значительной мере поддержано фармацевтической компанией Pfizer в рамках реализуемой в России инвестиционной стратегии «Большее чем», целями которой являются развитие российских инноваций в области медицины, модернизация фарминдустрии, повышение качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни и улучшение здоровья и самочувствия россиян.

c20

Жертва аборта

— проект —

На дворе XXI век, но и в век совершенной контрацепции для регулирования численности семьи очень часто прибегают к аборту. По разным оценкам, в России ежегодно производится от 850 тыс. до 4 млн абортов, на которые государство выделяет не менее 20 млрд руб. Десятилетия Россия удерживает лидерство в мире по отношению к числу абортов (количество абортов на число рожденных детей). Но если власти заинтересованы в улучшении демографической ситуации в стране, необходимо вкладывать средства в воспроизводство населения. Противники абортов ничего не могут противопоставить желанию женщины убить зачатого ребенка, кроме одного: но только не за счет государства, то есть не за счет ОМС и моих налогов.

Дни тишины

На протяжении последних лет противники абортов предпринимают попытки снизить их число в России, к примеру вывести финансирование абортов из системы ОМС или запретить их вообще. И кое-чего они добились. В 2003 году перечень социальных показаний для аборта на поздних сроках беременности был урезан с 14 до одного (изнасилование). Четыре года спустя был сокращен список медицинских показаний для аборта. В 2009-м вышел

запрет на рекламу абортов, а с 2012-го запрещены аборты в день обращения. Женщине, решившей прервать беременность, предоставляются «дни тишины» — от 48 часов до 7 суток — на то, чтобы еще раз взвесить все за и против и принять окончательное решение. За несоблюдение «дней тишины» для медучреждений предусмотрены штрафы. Кроме того, закон разрешает врачу отказываться выполнять аборт. По данным Минздрава, уже несколько государственных клиник воспользовались этим правом. По экспертным оценкам, это дало сокращение абортов на 8%, притом что не все эти меры эффективны. К примеру, запрет рекламы абортов не работает. Аборты в день обращения сейчас рекламирует и практикует целый ряд частных клиник. Никаких проверок на сей счет нет, а чтобы их стали проводить, нужно существенно увеличить штрафы за нарушения, считают противники абортов.

Вопрос о законодательном регулировании финансирования абортов в России самарсается уже не первый год. Еще в 2013 году группа депутатов вышла с предложением исключить аборты не по медицинским показаниям из списка бесплатных медуслуг. Однако законопроект не прошел парламент: больше половины депутатов высказались против. В январе 2015 года патриарх Кирилл предложил Госдуме исключить аборты из системы ОМС, поскольку она финансируется из средств налогоплательщиков, многие из которых не приемлют аборты.

c21

Первый среди равных

— диагноз —

Число онкобольных в мире увеличивается с каждым годом. По данным ВОЗ, за последние 15 лет заболеваемость раком в мире выросла на 15%. Исследования Международного агентства по изучению рака показали, что заболеваемость раком за это время возросла с 10 млн до 20 млн человек в год, а смертность — с 8 млн до 13 млн. В настоящее время в России насчитывается более 3,4 млн онкобольных. В РФ смертность от рака составляет 200 случаев на 100 тыс. населения, в 2015 году от рака умерли 286,9 тыс. человек. По прогнозам ВОЗ, в ближайшие пять-семь лет онкологические заболевания станут основной причиной смерти в мире.

Возраст не помеха

Онкологические заболевания удерживают второе место в структуре смертности после сердечно-сосудистых. В странах, которые решили проблему сердечно-сосудистых заболеваний, — Японии и ряде скандинавских стран — онкология вышла на первое место. По оценкам экспертов, уже к 2020 году рак будет лидировать и в структуре смертности России. Уже сегодня он является главной причиной смертности в Москве, Санкт-Петербурге, Красноярском крае, Томской области и Республике Адыгея.

Чем старше человек, тем выше риск заболеть раком. Если до 60 лет риск составляет около 9%, то в 60–70 лет — уже 19%. При этом рак молодеет. Все больше людей репродуктивного, работоспособного возраста — 30 лет и старше — сталкиваются с онкологическими заболеваниями.

По прогнозам ВОЗ, в ближайшие пять-семь лет рак станет основной причиной смерти в мире. В настоящее время в России насчитывается более 3,4 млн онкобольных. По данным Росстата, в 2015 году в России умерли более 2 132 050 человек, из них 286 900 — от рака.

По официальным данным, последние десять лет смертность от онкологических заболеваний в стране остается на одном уровне, при этом растет летальность от рака среди людей младше 50 лет. Заметно выросла заболеваемость детей. Ежегодно в России выявляется 5 тыс. новых случаев рака у детей, как правило, на последних стадиях. В 2015 году в стране насчитывалось 20 тыс. онкобольных детей, около 1 тыс. из них умерли в течение года.

В целом по стране смертность от рака составляет 200 случаев на 100 тыс. населения. Самые неблагоприятные регионы — Владимирская область (265,5 случая на 100 тыс. населения, Тульская область (262,5 на 100 тыс.), Орловская область (256,1 на 100 тыс.), Санкт-Петербург (248,9 на 100 тыс.), Тверская область (247,9 на 100 тыс.).

c18

здравоохранение практика

Надежда умирает последней

По мнению **Дмитрия Борисова**, руководителя отдела перспективного развития и международных научных связей ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ, заместителя председателя президиума Ассоциации онкологов России, основная проблема российской онкологии в том, что рост выявляемости онкологических больных не сопровождается ростом финансирования.

— мнение —

— Как вы оцениваете уровень финансирования онкологической помощи в России?

— За последние десять лет объем финансирования онкологической помощи возрос более чем в 13 раз. Значительное усиление финансирования онкологической службы происходило в рамках программы модернизации онкологической службы, которая закончилась в 2014 году. Если в 2004–2005 годах мы не могли даже мечтать о передовых технологиях, то сейчас они реально доступны для пациентов, причем доступны бесплатно, хотя далеко не для всех. Однако в последние годы объем финансирования онкологической службы stagnировал на уровне примерно 230 млрд руб. в год. Цифры вроде бы внушительные, но в реальности этих средств недостаточно. Важнейший показатель уровня финансирования — пересчет на душу населения (а не на одного онкобольного или на один рецепт, как зачастую считают наши чиновники), который позволяет сравнивать уровень финансирования онкологической службы в разных популяциях, странах, регионах. Исходя из этого показателя, уровень финансирования лекарственного обеспечения в России в десять раз ниже, чем в Европе. Понятно, что при таком ограниченном финансировании мы не можем в полном объеме обеспечить лечение пациентов современными методами, которые зарегистрированы в нашей стране и входят в действующую программу государственных гарантий.

На лекарственное обеспечение онкологической помощи в настоящее время выделяется около 65 млрд руб. в год, из которых 35–40% поступает из фонда программы «Семь нозологий» и расходуется только на одну нозологию — лимфопролиферативные заболевания, которые составляют только 5% от всех онкологических патологий. Оставшиеся 60–65% денежных средств идут на лекарственное обеспечение всех остальных онкобольных — с раком легких, простаты, молочной железы, толстого кишечника и т. д. Естественно, этих средств не хватает, чтобы обеспечить эффективными лекарствами всех нуждающихся.

Если говорить о доступности методов нелекарственного лечения для россиян — той же лучевой терапии, то сегодня есть территории, в которых проведена мощная модернизация, и там нет проблем с получением радиотерапии именно в рамках бюджета. Примером тому — некоторые регионы Центрального федерального округа, Татарстан, Ростов-на-Дону, Красноярск, Иркутск и ряд других территорий. И хотя они далеки от федерального центра, но там есть мощные клинические центры, способные конкурировать с европейскими клиниками. Однако в целом по стране проблема остается острой. По количеству линейных ускорителей и другого оборудования, которое используется для радиотерапии, в пересчете на душу населения показатели у нас в разы ниже, чем европейские. То есть уровень доступно-



Дмитрий Борисов очень надеется на запуск Национальной онкологической программы, которая обеспечит комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации онкологических пациентов

сти онкологической помощи у нас гораздо ниже мировых стандартов. — Какой процент онкобольных получает у нас полноценную медицинскую помощь?

— Наши ведущие специалисты и главный онколог академик Михаил Давыдов неоднократно отмечали, что уровень доступности современных технологий — таргетных лекарственных препаратов, лучевой терапии, персонализированной медицины — в нашей стране составляет не более 18%. К примеру, сегодня в мире для лечения рака молочной железы используют несколько разных методов в зависимости от молекулярно-биологического строения опухоли. Современные технологии позволяют перевести в хронические заболевания даже самые агрессивные формы рака молочной железы, а зачастую — полностью излечить даже запущенные метастатические формы. Но, к сожалению, у нас эти технологии недоступны для 80% больных. Лишь 18% пациентов могут получить необходимую медицинскую помощь в полном объеме.

— А что делать остальным?

— Конечно, мы не можем совсем не лечить пациентов, поэтому используем более дешевые устаревшие схемы, которые входили в стандарты лечения лет 15–20 назад. Понятно, что в этих схемах не предусмотрены инновационные препараты. Зачастую такая химиотерапия недостаточна. Более того, многим регионам не по карману обеспечить даже базовый уровень лечения, не говоря уже о самых передовых технологиях.

— Как дефицит финансирования онкологической помощи влияет на показатели смертности в неблагоприятных регионах?

— Вопрос аналитики этих данных стоит очень остро, поскольку статистика у нас серьезно хромает. В конце прошлого года был издан приказ Минздрава России №868, делегирующий функции головного учреждения Российскому онкологическому научному центру им. Н. Н. Блохина. У нас сформирована специальная группа, которая занимается организационно-методической частью этой работы и анализом того, что происходит. Сейчас мы собираем и обрабаты-

ваем эти данные. Ближе к июню эта статистика будет опубликована.

— По данным ВОЗ, в России излечиваются только 40% онкобольных, тогда как в странах Европы и США — 70%. Связано ли это с дефицитом финансирования и, как следствие, с недоступностью эффективного лечения?

— Однозначно. Сегодня налицо некий перекося. Мы ратуем за профилактику и раннюю диагностику рака. При этом у нас действительно растет выявляемость онкологических пациентов. И тому есть несколько причин. Во-первых, немало денег вложено в борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и это дало результаты: продолжительность жизни растет, то есть популяция стареет. В старших возрастных группах накапливается значительный контингент больных, которые доживают до своего рака. Кроме того, проводится программа диспансеризации. И хотя к ней очень много вопросов, тем не менее она повышает выявляемость онкологических заболеваний, пусть и не на самых ранних стадиях. Но только диагностика не решает проблему. Рентгеновским аппаратом вылечить невозможно — это лишь один из этапов диагностики.

При выявлении онкозаболевания пациент должен быть обеспечен надлежащим лечением, но зачастую этого не происходит. Поток пациентов увеличивается, а финансирование — нет. Но что делать сотням тысяч больных, которым поставлен диагноз, но не обеспечено лечение? Они сидят в очереди, ждут каких-то вмешательств, медицинских процедур и не всегда дожидаются... Эту проблему решать очень сложно, поскольку она требует значительных материальных вложений. При этом страдают онкобольные, а крайним оказывается врач, который остается один на один с пациентом, и даже зная, как ему помочь, не может это сделать, потому что у него нет инфраструктуры медицинской помощи, которую обязано организовать чиновник. В конечном итоге встает вопрос об оправданности расходов на раннюю диагностику, если за ней не поспевает инфраструктура, которая должна этого больного лечить.

— Кто отвечает за развитие лечебной инфраструктуры?

— Парадокс в том, что сегодня за здоровье населения отвечает территория — губернатор и региональные исполнительные власти. А федеральный Минздрав может только что-то рекомендовать. Как в такой ситуации можно что-то развивать?

Безусловно, есть территории с высоким приоритетом для онкологической службы, которые инвестируют в эту сферу, и ситуация там улучшается год от года. Но так обстоят дела далеко не везде. Онкология на сегодняшний день самая дорогостоящая область медицины. Многим регионам не по карману лечить своих онкобольных. Причем речь идет не о самых последних технологиях, а об обеспечении базового уровня.

— Лечение онкологических заболеваний финансируется из Фонда обязательного медицинского стра-

хования. Выходит, система ОМС не справляется с этой задачей?

— Система ОМС очень несовершенна. Наше обязательное медицинское страхование, по сути, страхованием не является. Там нет рисковости составляющей и оценки стоимости риска. Тарифы ОМС не покрывают всех расходов на лечение онкозаболеваний и зачастую имеют очень ограничительный характер, в результате чего в рамках существующего финансирования оказывается помощь лимитированному количеству больных. Несмотря на декларацию организаторов здравоохранения о единых тарифах ОМС, у нас сложилась совершенно порочная система разных тарифов в разных регионах страны. К тому же тарифы ОМС достаточно ущербны, поскольку ориентированы не на пациента, а на такую систему работы с больным, при которой клиника получает финансирование при выполнении административных нормативов — результат и качество лечения, по сути, в расчет не принимаются. С другой стороны, за малейшие неточности, причем не в медицинской тактике ведения больного, а в оформлении документации, клиники подвергаются штрафным санкциям от страховых компаний и, соответственно, недополучают финансирование. Расход на онкологическую помощь надо увеличивать в пять-шесть раз. Естественно, госбюджет к этому не готов.

— Есть ли выход из сложившейся ситуации?

— На мой взгляд, единственный выход — очень четко зафиксировать обязательство государства. Сейчас они звучат как «мы платим за все»: у нас все бесплатно для населения, что является определенного рода лукавством, потому что население все равно платит за себя. Не лучше ли четко сказать, что лечение стоит, скажем, 200 руб., 150 руб. из которых платит государство, а 50 руб. — пациенту из своего кармана. Это система софинансирования, которая работает во всем мире. Вклад пациента может поступать от страховых компаний, которые работают по реальным программам добровольного страхования, в рамках которых человек за 100 руб. получает страховую защиту на 100 тыс. руб. Сейчас все уже понимают, почему нужно оплачивать ОСАГО, каско и т. д. Но в нашем здравоохранении такого каско не существует, а это неправильно.

В настоящее время онкологическое сообщество готовит проект Национальной онкологической программы, в которой будет заложен ряд мероприятий, ориентированных на ресурсное обеспечение комплексного подхода в лечении онкологических заболеваний. В июне проект будет представлен на Съезде онкологов в Уфе, после чего мы планируем представить его в Минздраве и правительстве РФ для утверждения и согласования с целью выделения дополнительных средств, которые пойдут на закупку оборудования, а на ряд мероприятий, обеспечивающих комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации онкологических пациентов.

Светлана Белостоцкая

Больница на колесах

— конкуренция —

Частная скорая помощь стала уже обычным явлением. Стоимость вызова коммерческой бригады врачей — от 3 тыс. руб. Государственная скорая помощь не может соперничать с частной в наборе услуг и уровне сервиса. Коммерческая скорая приезжает на любые вызовы в труднодоступные места и госпитализирует пациента, учитывая его мнение, а также делает на дому ЭКГ, рентген, УЗИ. Эксперты отмечают, что частная скорая помощь в большей мере стала больницей на колесах, нежели классической неотложкой.

Частные скорые действительно хорошо представлены в крупных городах: в Москве их больше десятка. Услуги скорой оказывает большинство крупных частных медицинских центров: «Медси», «Он Клиник», «Будь здоров!», «Семейный доктор», «СМ-Клиника», ЕМС, ОАО «Медицина». Частные клиники в стремлении расширить спектр обслуживания пациентов ввели услуги скорой много лет назад и считают ее для себя стратегически важной, ведь пациент при госпитализации попадает к ним на лечение.

Услуги скорой предоставляют и независимые медицинские компании, которые оказывают содействие в госпитализации в ведущие и известные лечебные учреждения. Например, государственная скорая везет в стационар не по желанию и выбору больного, а туда, куда направляет отдел госпитализации. Частная же скорая отвезет пациента с полисом добровольного медицинского страхования (ДМС) в стационар по ДМС. Если полиса нет, то диспетчеры медцентра направят карету скорой помощи в свою клинику или ту, с которой сотрудничают, или в то медучреждение, куда хочет попасть пациент (к примеру, в случае с беременной женщиной — туда, где есть договоренность о ее госпитализации). Клиника может по желанию пациента вывезти его на лечение за рубеж, оформив все необходимые документы. «Одним из главных преимуществ собственной службы скорой помощи является медицинская преемственность между подразделениями, которые участвуют в оказании помощи», — говорит и. о. директора департамента семейной медицины группы компаний «Медси» Игорь Свиныхов.

Услуги коммерческой скорой в столице не дешевы. Вызов врача в пределах МКАД составляет от 3 тыс. руб. Стоимость услуги скорой с госпитализацией и в случае нахождения больного далеко за МКАД (например, до 50 км) достигает 10,5 тыс. руб., а в отдельных случаях превышает минимальную москвовскую зарплату.

Частную скорую могут вызвать пациенты, имеющие полис ДМС (в 87% это корпоративный сегмент страхования): по данным страховщиков, примерно 75% программ ДМС включают услуги скорой. В страховых компаниях указываю, что число клиентов, которые вызвали скорую по ОЗ, а не через пул страхово-вой компании, оценить сложно, ведь не все имеющие полис ДМС помнят, что услуга скорой входит в него. Либо скорая помощь может быть вызвана родственниками, не знающими о ДМС. «Но их доля невелика: большинство предпочитает — корпоративных клиентов детально информируют своих сотрудников о возможностях ДМС, в том числе и о скорой помощи», — говорит управляющий директор по ДМС группы «Ренессанс страхование» Наталья Харина.

Частная скорая востребована населением не только потому, что ее сотрудники надевают бахилы и вежливы с пациентом, но и потому, что территория выезда бригады платной скорой помощи не ограничена вплоть до выезда по координатам GPS, если с человеком что-то случилось вне населенного пункта. С июля 2016 года скорая, согласно нормативу, должна приезжать в экстренных случаях в течение 20 минут. Председатель Ассоциации руководителей скорой медицинской помощи Алексей Бойков говорит, что в регионах, где отсутствуют автодороги, эти нормативы выдержать нереально, а в крупных городах есть другая проблема: затруднен проезд по загруженным дорогам.

«Если, например, нам позвонит пациент, оказавшийся на даче, с жалобами на кашель, температуру, то мы обязательно приедем: вдруг это признаки пневмонии? На такой вызов вряд ли сможет выехать государственная скорая помощь, поскольку там есть серьезные ограничения, какие случаи рассматривать как повод для выезда, а какие — нет. У нас же эти ограничения минимизированы», — рассказывает главный врач отделения скорой медицинской помощи сети клиник «Будь здоров» Константин Лашков. По его словам, при необходимости скорая помощь может выехать далеко за пределы Московской области — даже на расстояние 1 тыс. км от столицы, если это необходимо пациенту. Кроме того, врачи частных скорых стараются минимизировать риски, поддерживая связь с пострадавшим или его представителем, пока находится в пути. «Ведь только так можно проследить за изменением состояния пациента, посоветовать, что можно предпринять для облегчения его состояния до приезда бригады», — говорит Игорь Свиныхов.

Дарья Николаева

НЕ ВЫХОДЯ ИЗ ДОМА

Частная скорая оказывает много услуг вне пакета обязательного медицинского страхования (ОМС). По ОМС, к примеру, работа медиков не оплачивается при оказании помощи человеку, не зарегистрированному в ОМС, или использовании скорой в качестве транспорта по доставке пациентов в ближайшее медучреждение.

Частная скорая может оказывать психиатрическую, наркологическую помощь, перевезти больного, обслуживать педиатрические вызовы. Врачи, которые приезжают на частной скорой, могут ставить капельницы, обрабатывать раны, делать плевральную пункцию и другие процедуры на дому. Коммерческие скорые смогут провести кардиологические обследования — снять ЭКГ, сделать рентген, УЗИ. Все эти услуги востребованы теми пациентами, которые не могут выйти из дома, или теми, кто хочет сэкономить свое время. Минимальные расценки по Москве: выезд медсестры или фельдшера и снятие ЭКГ с расшифровкой стоит от 2 тыс. руб., выезд врача-кардиолога с последующей консультацией — уже от 4 тыс. руб., услуга УЗИ — от 3 тыс. руб., рентген — от 5 тыс. руб. Председатель независимого профсоюза «Фельдшер.ру» Дмитрий Беляков называет коммерческую скорую обычной неотложкой помощью. «Она не выезжает на аварии и происшествия, она работает по другим принципам: занимается обслуживанием, а не спасением», — отмечает он.

Дарья Николаева

Первый среди равных

— диагноз —

Высока смертность от рака на Южном Урале, севере европейской части, в центральной Сибири, на Дальнем Востоке. Рекорды смертности от рака у женщин бьют Московская и Ленинградская области. По данным Минздрава, ежегодный рост заболеваемости раком в России составляет 1,5% в среднем по стране. Однако цифры Минздрава не совпадают с данными профильных институтов. Исследования Московского НИИ им. П. А. Герцена показали, что в 2015 году число впервые выявленных случаев злокачественных образований в стране составило 589 341, что на 4% больше, чем в 2014 году, и на 22,1% выше, чем в 2005-м. По данным московских онкодиспансеров, число вновь выявленных случаев рака в столице увеличивается на 10% в год.

В 2015 году заболеваемость раком составила 403,4 случая на 100 тыс. населения. На учете в онкологических учреждениях России состояли 3 404 237 (в 2014 году — 3 291 035), то есть 2,32% населения, из них 1 801 542 пациента (52,9%) — более пяти лет.

В 2015 году показатель распространенности злокачественных новообразований в массиве населения составил 2329,8 случая на 100 тыс. населения, что на 39,8% выше уровня 2005 года (1681,3). По мнению экспертов,

это связано с ростом заболеваемости, выявляемости заболеваний и выживаемости онкобольных.

В 2015 году на первой стадии заболевания было диагностировано 27,5% злокачественных новообразований, на второй стадии — 26,2%, на третьей — 20,1%, на четвертой — 26,2%. Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, составила 23,6%, тогда как в 2014 году — 24,8%, а в 2005-м — 31,6%.

По официальным данным, впервые за последние десять лет наметилась тенденция к снижению однодневной летальности от рака. Однако в 17 регионах показатель годичной летальности в 2015 году превалил уровень 2014-го. На Чукотке он вырос с 24,3% до 35,5%, в Орловской области — с 31,1% до 32,1%, в Челябинской области — с 26,2% до 28,0%, в Адыгее — с 22,7% до 26,2%, в Дагестане — с 23,3% до 25,3%. В 2015 году от рака умерли 26 048 больных, не состоявших на учете в онкологических учреждениях.

В настоящее время в России отмечаются более высокие показатели смертности при более низких показателях заболеваемости, чем в развитых странах. По версии Минздрава РФ, рост смертности от рака связан с увеличением продолжительности жизни, по мнению врачей — со снижением доступности медицинской помощи. По данным ВОЗ, основной

причиной высокой смертности от рака в России является поздняя диагностика. Злокачественные новообразования в стране, как правило, выявляются на третьей и четвертой стадиях заболевания. Главным показателем эффективности работы онкологической службы — это уровень смертности онкобольных в течение первого года после выявления рака. Из-за поздней диагностики рака в России треть пациентов не проживают и года после постановки диагноза. В США более 80% больных преодолевают пятилетний рубеж, что свидетельствует о выявлении у них опухоли на первой или второй стадиях заболевания.

Инфляция смерти

По мнению врачей, своевременно выявлять рак мешает отсутствие инфраструктуры для диагностики и эффективного лечения онкобольных, которую должны организовать чиновники. Последние пять лет на фоне прогрессивного роста заболеваемости злокачественными новообразованиями в России идет сокращение объема гарантированной государством бесплатной онкологической помощи.

По данным Московского НИИ им. П. А. Герцена, с 2012 по 2015 год сеть онкологических лечебных учреждений в России сократилась на 20% — со 125 до 101. И хотя число врачей несколько увеличилось — с 8285 до

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КОНТРАКТ

ЙОХАННЕС ДРАХ, врач-онколог, профессор, медицинский директор австрийской частной клиники «Конфратернитет» (клиника входит в группу компаний PremiQaMed, Австрия), отмечает, что при обязательном покрытии лечения онкологических больных из средств государственной социальной страховки возможно и софинансирование при лечении в частных клиниках.

В Австрии существует примерно 20 онкоцентров при общественных больницах (в университетских клиниках, региональных больницах, клиниках христианских орденов).

Социальное страхование покрывает лечение онкологических заболеваний в общественных больницах. В частных клиниках часть стоимости лечения всех заболеваний покрывается (по принципу софинансирования. — «Б») за счет средств социального фонда, а большая часть — из средств частной страховки.

При этом для тех, у кого нет страхования в Австрии, лечение онкологических заболеваний в общественных больницах во многих случаях дороже, так как дневная ставка в этих клиниках выше, чем в частных клиниках (особенно в университетских клиниках). Это связано с большими расходами на образование и исследования. Кроме того, общественные клиники несут большие затраты на поддержание ресурсов для внештатной ситуации (включая резервное количество

8591, нагрузка на одного врача возросла с 458,1 до 485,1 больного).

Онкологическая служба в большинстве регионов страны хронически недофинансируется. Число пациентов растет, а финансирование остается прежним, что заставляет врачей залезать в долги или вообще не оказывать больным медицинскую помощь. В Минздраве России и Федеральном фонде ОМС признают: попытки сэкономить на больных — обычное явление в регионах. Объем закупок лекарственных препаратов зави-

во койко-мест для пациентов). Большинство австрийских частных клиник работают с врачами по контракту, то есть их врачи — это чаще всего университетские профессора или главврачи университетских клиник, которые лечат частных пациентов в частных клиниках по совместительству.

Преимущество лечения в частной клинике для пациента в том, что он может выбрать лечащего врача и этот врач ведет пациента лично во время всего лечебного процесса. Кроме того, в частных клиниках фактически нет очередей. Иногда клиентам немаловажно, что частные клиники предлагают больше комфорта и благодаря гибкой организации среднее время пребывания в частной клинике существенно короче, чем в общественных больницах.

В Австрии для общественных больниц и университетских клиник лекарства закупаются централизованно соответствующей общественно-правовой корпорацией. Причем в каждой федеральной провинции страны она своя.

Но и частные клиники имеют право самостоятельно закупать лекарства. И к ним применяются такие же правила, как к общественным больницам. Государство при этом не регулирует закупочную цену для частных клиник, но оно регулирует цену, по которой пациент покупает лекарства. Эта практика применяется во всех наших клиниках.

Записал Константин Анохин

сит от наполняемости территориального фонда ОМС и субсидий из бюджета региона, которые в большинстве случаев дефицитны. В 2015 году средств на лекарственное обеспечение онкобольных в России было выделено на 25% меньше, чем в Польше, и в семь раз меньше, чем в Германии. Чтобы обеспечить всех онкопациентов в России необходимыми лекарствами, требуется 435 млрд руб. Это в десять раз больше, чем выделяется в настоящее время. Не лучше обстоят дела с доступностью радиотерапии. Если

в США один современный лучевой ускоритель приходится на 70 тыс. населения, то у нас — почти на 1,5 млн.

Одной из проблем является нехватка специалистов. По нормативам ВОЗ, на каждые 100 тыс. человек должно приходиться 2–3 онколога. В России этот показатель составляет 0,2. Катастрофически не хватает радиологов и физиков. В настоящее время в стране работают 25 медицинских физиков, что в 10 раз меньше, чем в Европе, и в 28 раз меньше, чем в США. Светлана Белостоцкая

Review

Медицинские изделия

«Это полноценное российское производство продукции мирового уровня»

Одними из наиболее эффективных методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС) считается коронарная ангиопластика со стентированием. Россия по количеству таких высокотехнологичных малоинвазивных операций пока уступает показателям развитых стран. **Егор Лукьянов**, генеральный директор «Стентекс», уверен, что увеличить число таких оперативных вмешательств и повысить качество результатов операций, а следовательно, сохранить больше жизней пациентов возможно за счет трансфера в Россию современных технологий по производству стентов и катетеров.

— инвестиции —

● Компания «Стентекс» — совместное предприятие ГК «Ренова» и одного из мировых лидеров в области медицинских технологий, компании Medtronic. Совместное предприятие является крупнейшим в России научно-производственным комплексом по выпуску коронарных стентов и катетеров, которые признаны в мире одними из самых эффективных при лечении острого коронарного синдрома. При выходе на проектную мощность на предприятии будет создано около 700 квалифицированных рабочих мест в высокотехнологичном секторе медицинской промышленности. На пике мощности в 2022 году планируется производить порядка 250 тыс. стентов и катетеров в год, что на порядок выше производимого сейчас количества. На сегодняшний день в создание производственного комплекса уже инвестировано порядка 4 млрд руб., а общая сумма инвестиций в проект оценивается примерно в 9 млрд руб. Локализация производства предусматривает поэтапный трансфер в Россию всех ключевых технологий производства стентов и баллонных катетеров, включая стенты с лекарственным покрытием, а также полное внедрение системы контроля качества продукции.

— Как возникла идея создания компании «Стентекс», по какому принципу российская компания подбирала партнера для совместной деятельности?

— В России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет более 50% — самый большой показатель в общей структуре смертности. Эта проблема находится под пристальным вниманием руководства страны: 2015 год был даже объявлен в России годом борьбы с такими заболеваниями.

Поэтому особое внимание в России уделяется развитию и повышению доступности современных видов высокотехнологичной медицинской помощи. К ним относятся малоинвазивные хирургические вмешательства — ангиопластика и стентирование коронарных артерий. В настоящее время это признанный в мире «золотой стандарт» лечения ряда патологий, включая инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию. И благодаря усилению органов управления здравоохранением, федеральных и региональных учреждений объем применения этого высокоэффективного способа лечения ежегодно растет.

Кстати, в одном из своих недавних выступлений на коллегии Минздрава министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отмечала, что частота применения ангиопластики коронарных артерий при остром коронарном синдроме только за 2016 год выросла на 11%.

Вместе с тем для этого малоинвазивного способа лечения помимо специального оборудования необходим набор высокотехнологичных медицинских изделий (в том числе имплантируемых): коронарных стентов и катетеров. Еще два-три года назад в закупках этих изделий в России доля импорта составляла более 95%, что в общем-то понятно. Производство и создание таких высокотехнологичных медицинских изделий, как стенты и катетеры, — это технически сложный, длительный и дорогостоящий процесс. Это и значительные финансовые инвестиции в R&D, многолетние клинические исследования, тщательный контроль технологических и производственных процессов и качества продукции, и мониторинг эффективности в условиях клинического применения.

Поэтому создание «Стентекс» — совместного предприятия группы компаний «Ренова» и компании Medtronic — имеет ключевую цель: через импортозамещение и локализацию производства современных коронарных стентов и катетеров, доказавших свою эффективность и безопасность во всем мире, сделать их доступными для всех пациентов с инфарктом и нестабильной стенокардией в России. Все это в конечном итоге будет способствовать снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и улучшению качества жизни пациентов после малоинвазивных хирургических вмешательств.

— На какой стадии сегодня находится оснащение российского производства «Стентекс»? Насколько своевременным вы оцениваете строительство завода в Сколково?

— Здесь уместно начать с того, что «Стентекс» — это не только производство стен-

тов. В рамках проекта мы локализуем производство не одного, а пяти медицинских изделий Medtronic, используемых для оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом. Конечно, в первую очередь это стенты и катетеры. Также локализуется производство компонентов, например систем доставки стентов. Это полноценное российское производство продукции мирового уровня.

Создание и оснащение нового производственного комплекса началось в 2015 году, и на сегодняшний день уже валидированы (то есть прошли необходимые квалификационные процедуры) чистые цеха общей площадью около 2 тыс. кв. м, где установлены производственные линии, оснащены уникальным оборудованием лаборатории, необходимые для обеспечения производства и контроля качества.

Ну и самое важное: российская команда инженеров, операторов и специалистов по качеству «Стентекс» прошла обучение на производственных площадках Medtronic. Могу уверенно сказать, что «Стентекс» — это действительно первый и единственный в России крупномасштабный проект по производству высокотехнологичных медицинских изделий мирового класса с эффективностью и безопасностью, которые доказаны многолетними клиническими исследованиями и опытом применения у более чем 5 млн пациентов во всем мире.

По поводу своевременности могу сказать, что мы только что коснулись вопроса значимости борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России, важности обеспечения доступности качественных медицинских изделий мирового уровня для всех российских пациентов с острым коронарным синдромом. Думаю, что ответ о своевременности реализации нашего проекта очевиден.

— Каковы первоначальные инвестиции в проект и какой суммарный объем запланированных инвестиций?

— На сегодняшний день ГК «Ренова» и компания Medtronic уже инвестировано более 4 млрд руб., которые пошли на проектирование и создание российского производственного комплекса, на закупку высокотехнологичного производственного и лабораторного оборудования, валидацию производственных линий, обучение персонала, создание единой IT-системы управления предприятием и так далее. Общий объем инвестиций — это порядка 9 млрд руб., необходимых для обеспечения выполнения всех этапов графика локализации.

— Какая степень локализации сегодня и какой степени планируется достигнуть на время выхода завода на проектную мощность?

— Ключевой момент состоит в том, что ведомствами в упомянутом уже графике локализации заложен более жесткий подход к локализации нашего производства — подтверждение фактического переноса и внедрения конкретной производственной технологии, конкретной процедуры контроля качества. Каждый этап осуществляемой сейчас локализации предполагает отчетность по ряду таких позиций. В частности, по вводу в эксплуатацию определенного производственного и лабораторного оборудования, валидации конкретных технологических процессов, обучению соответствующего персонала. Полное выполнение утвержденного графика локализации предполагает перенос всех указан-



ных технологий по всей линейке локализуемой продукции. И этот подход действительно гарантирует локализацию, нежели процентный уровень импортных комплектующих или чего-то еще.

— Когда завод планирует выйти на максимальный объем производства продукции? Какими расчетами руководствовались при планировании таких объемов?

— Уже сейчас предприятие способно полностью удовлетворить имеющиеся потребности системы здравоохранения России для оказания помощи всем больным с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. Мощности научно-производственного комплекса «Стентекс» спроектированы исходя из целевых объемов, указанных в утвержденном Минпромторгом России и Минздравом России графике локализации. В соответствии с данным графиком при выходе на проектную мощность мы обеспечим поставку порядка 250 тыс. стентов и 295 тыс. катетеров в год. Этого достаточно для полного обеспечения государственных учреждений здравоохранения данными медицинскими изделиями при оказании помощи больным с острым коронарным синдромом. Естественно, производственная программа учитывает фактические планы, определенные органами управления здравоохранением, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования на соответствующий бюджетный год и плановый период.

— В чем заключается трансфер технологий? На вашем примере?

— У предприятия, безусловно, есть своя, перспективная, на наш взгляд, составляющая R&D: не один год ведется работа в этом направлении. Но основной задачей при локализации я считаю безусловное внедрение тех же технологий и таких же стандартов контроля качества, которые применяются на предприятии—доноре технологий. Без малейших отклонений — это ключевой момент. Именно такой подход и гарантирует неизменно высокое качество локализованной продукции. Наиболее сложной частью трансфера технологий я бы назвал передачу всего объема знаний, наработанного годами опыта и непосредственное внедрение технических процессов и стандартов, которые требуются для производства продукции неизменно высокого качества.

Но наши инженеры и специалисты службы качества, прошедшие обучение на производственных площадках Medtronic, совместно с работающими в «Стентекс» сотрудниками Medtronic успешно справляются с поставленными задачами.

Кто-то наверняка думает, что достаточно купить и подключить оборудование, договориться с поставщиками компонентов, чтобы начать производить эффективные и безопасные коронарные стенты. Но в нашей от-

раге Лукьянов убежден в том, что его предприятие по силам закрыть все потребности страны в качественных стентах и катетерах для оказания помощи больным с острым коронарным синдромом

сли, в производстве имплантируемых медицинских изделий, это далеко не так.

Думаю, не секрет, что создание, производство, доклинические и клинические испытания высокотехнологичных медицинских изделий, особенно имплантируемых, — технически сложный, длительный и дорогостоящий процесс. Если начинать процесс с этапа разработки (R&D), то реализация проекта по одному продукту займет до десяти лет.

Если говорить о трансфере существующих технологий производства и систем контроля качества лидирующих производителей медицинских изделий — это примерно два года на продукт от момента создания предприятия до появления первой партии локальной продукции на рынке.

— Наверняка кадровый вопрос — один из основных при организации передачи подобных высоких технологий. Как вы его решаете?

— Трудно переоценить роль кадровой составляющей в современной медицинской промышленности. В «Стентекс» уже создана российская команда инженеров, операторов и специалистов по качеству, которые прошли обучение на производственных площадках Medtronic. Это высококвалифицированный персонал, все специалисты имеют соответствующее профильное высшее образование, в том числе медицинское, химико-технологическое, биологическое и техническое. При выходе нашего предприятия на полную мощность число высококвалифицированных специалистов достигнет 700 человек. Непосредственно организацией трансфера технологий производства и системы качества, а также самим процессом производства руководят профессионалы, пришедшие в «Стентекс» из производственного блока Medtronic, и на их счету запуск не одного высокотехнологичного медицинского предприятия в мире.

● Medtronic plc (www.medtronic.com) — одна из крупнейших мировых компаний, занимающихся разработкой и предоставлением медицинских технологий, услуг и решений для облегчения боли, восстановления здоровья и продления жизни миллионов людей по всему миру. Штаб-квартира Medtronic находится в Дублине (Ирландия). Общая численность сотрудников компании, работающих в различных регионах мира, превышает 85 тыс. человек. Medtronic оказывает услуги врачам, медицинским учреждениям и пациентам более чем в 160 странах. Деятельность компании нацелена на сотрудничество с заинтересованными лицами и организациями из любой

страны мира, чтобы совместными усилиями способствовать дальнейшему развитию системы здравоохранения.

— Как на российском предприятии будет обеспечиваться качество производимой продукции и как строится система контроля?

— Система обеспечения качества в «Стентекс» полностью соответствует российским и международным отраслевым требованиям и при этом идентична той, которая существует на соответствующих предприятиях Medtronic в других странах.

Процедуры тестирования продукции предполагают многочисленные испытания стентов, катетеров, их компонентов на различных производственных этапах. Обнаружение системами контроля качества малейших изменений по сравнению с технологией означает остановку производства продукта до их полного устранения. Никаких отклонений система не пропустит.

Но это только часть нашего комплекса мер обеспечения качества. Команда российских специалистов под управлением директора по качеству «Стентекс» Тома Харрингтона (пришедшего из Medtronic и обладающего более чем 30-летним опытом работы по разработке, производству и обеспечению качества медицинских изделий) контролирует практически все операционные процессы предприятия. Это крайне важно, поскольку от работы коллектива в конечном итоге зависит эффективность лечения конкретного пациента. И никаких компромиссов здесь быть не может.

— Как вы оцениваете конкурентоспособность вашей продукции на российском рынке?

— Особенность локализуемой «Стентекс» продукции в том, что это медицинские изделия, эффективность, безопасность и практическая универсальность которых уже доказаны многолетними клиническими исследованиями и опытом применения у миллионов пациентов по всему миру.

Например, один из флагманов локализуемой продуктовой линейки — стент с лекарственным покрытием Resolute Integrity — был первым коронарным стентом, рекомендованным FDA для пациентов с сахарным диабетом. Клиническая эффективность этого стента подтверждена целым рядом международных исследований продолжительностью до пяти лет с участием более 16 тыс. пациентов различных групп по всему миру. По отзывам ведущих специалистов и из многолетней клинической практики мы знаем, что наши стенты с успехом используются для проведения операций в самых сложных случаях ишемической болезни сердца. Это по-настоящему универсальные и высокоэффективные продукты, в результативности которых можно быть уверенным и в момент имплантации, и в долгосрочной перспективе, спустя годы.

— Насколько, по-вашему, необходима вашему предприятию государственная поддержка? В чем она может выражаться?

— Давайте шире посмотрим на этот вопрос. В одном из своих интервью глава Минпромта России Денис Мантуров говорил о том, что «лучшее всего поддерживать не отрасли, а продукты и характеристики создаваемых производств». Как мы можем убедиться, государство заинтересовано в качественном импортозамещении, в том, чтобы в России локализовались производства современной высокотехнологичной продукции мирового уровня.

Для практической реализации этого подхода необходима специфичная модель государственной поддержки подобных нашему, вновь создаваемых производств, предусматривающих трансфер ведущих мировых технологий. В ситуации, когда продукция вновь создаваемого производства может быть реализована только в рамках государственного заказа, самый прозрачный и эффективный механизм поддержки — это гарантии закупки продукции на период локализации производства и окупаемости инвестиций. И очень важно, что правовые инструменты для реализации такой формы поддержки уже имеются в рамках действующего законодательства.

Записал Константин Николаев

ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ

Заболевания сердца возглавляют список болезней, которые уносят больше всего человеческих жизней на планете.

● По данным центров, контролирующих заболеваемость и их профилактику (Centers for Disease Control and Prevention), если бы сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) не были столь распространены, средняя продолжительность жизни была бы на десять лет больше. Ежегодно в мире от ССЗ умирают около 17,5 млн человек, большинство из них — от осложнений ишемической болезни сердца. По уровню смертности от ишемической болезни сердца Россия занимает одно из лидирующих мест.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — это группа заболеваний, характеризующихся дисбалансом между потребностью миокарда (сердечной мышцы) в кислороде и его реальной доставкой. Причиной ИБС обычно является атеросклероз коронарных артерий, приводящий к сужению просвета сосуда. Одним из наиболее эффективных способов лечения ИБС является коронарная ангиопластика со стентированием: через артерию на бедре или на руке под местной анестезией к месту сужения просвета коронарной артерии доставляют металлическую сетчатую трубочку — стент, который расправляет с помощью баллонного катетера. Баллон удаляют, а стент остается в сосуде и поддерживает его стенки. Просвет сосуда открывается, и кровоток к сердечной мышце восстанавливается. В последние годы «золотым стандартом»

лечения гемодинамически значимого коронарного атеросклероза признано стентирование на фоне медикаментозной терапии.

Количество проведенных операций стентирования сосудов сердца, как и потребность в таких операциях, постоянно растут. По данным ИССХ им. А. Н. Бакулева, за 2015 год в России при заболеваниях сердца было выполнено более 160 тыс. рентгенэндоваскулярных вмешательств. И сегодня эндоваскулярная диагностика и лечение ишемической болезни сердца занимают первое место в структуре всех диагностических и лечебных вмешательств. В 2010 году было проведено 51,7 тыс. таких операций, а в 2015 году — уже 154 тыс., только по сравнению с 2014 годом рост составил 22,1% (27,9 тыс. процедур).

Но несмотря на явный прогресс в лечении с применением стентов, Россия пока все же отстает по этому показателю от европейских стран как минимум в 1,7 раза. Поскольку инструменты и расходные материалы для интервенционной кардиологии (стенты, катетеры) являются высокотехнологичной продукцией, импортные медицинские изделия занимают около 90% российского рынка. Однако объявленная несколько лет назад российским правительством кампания по замещению импорта на внутреннем рынке не могла не коснуться рынка медицинских изделий, в частности производства стентов. Это уже принесло результаты: в период с 2014 по 2016 год доля стентов отечественного производства увеличилась с 3% до 14% благодаря поддержке российских предприятий, преду-

мотренной государственной программой «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013–2020 годы. Планировалось, что российские производители и дальше будут расширять присутствие на рынке коронарных стентов и катетеров. Однако по мнению главных специалистов, пока не имеется достаточной опубликованной доказательной базы эффективности и безопасности использования отечественных коронарных стентов, как у стентов иностранных производителей — для того чтобы собрать ее, необходимы многолетние клинические исследования. Опубликованные к настоящему времени данные наблюдений за малым количеством пациентов не позволяют судить о безопасности применения и долгосрочной клинической эффективности отечественных стентов. Поэтому вопрос о локализации производства медизделий мирового уровня стоял достаточно остро. Одним из признаков того, что ситуация с производством в России высококачественных стентов стала развиваться более динамично, можно назвать набирающий сегодня опыт трансфера технологий — когда западная компания, которая занимает лидирующие позиции на мировом рынке, передает свои технологии производства, а также необходимые лицензии совместному предприятию и оно начинает выпускать определенную линейку продукции в России. Такая схема отвечает требованиям к локализации производства, которые предъявляет правительство РФ производителям медоборудования.

Константин Николаев

Review

Фармацевтика



РЕКЛАМА

«В России можно расти быстрее рынка»

В 2016 году боснийская фармкомпания Bosnalijek провела масштабную перегруппировку своих региональных подразделений. Помимо дивизиона, отвечающего за развитие производителя в Боснии и Герцеговине, было создано еще два — «Адриатика» (рынки балканских стран) и «Евразия», который теперь управляет бизнесом Bosnalijek в России, странах СНГ и Балтии, на Украине и в Грузии. С открытием новых страновых рынков появились резервы для дальнейшего роста продаж. Впрочем, отмечает ВАЛЕНТИНА БУЧНЕВА, руководитель дивизиона «Евразия», и на традиционных рынках компании — в Боснии и России — потенциал Bosnalijek далеко не исчерпан.

— экспертиза —

● Валентина Бучнева родилась в Казани. В 1994 году окончила географический факультет Казанского государственного университета. В 1996 году получила образование по программе MBA в Management School (University of Lancaster, Великобритания). Специализировалась в области маркетинга. В фармацевтической отрасли работает с 1998 года. Лауреат отраслевой премии «Платиновая уния» по результатам работы в 2011 году (номинация «Менеджер года», подноминация «Функциональный менеджер»). С 2016 года руководит евразийским подразделением компании «Босналек» (Bosnalijek).

— Bosnalijek — компания с большой историей, не один десяток лет представлена на европейском и российском рынках. Что нового должна дать ее реструктуризация?

— Bosnalijek действительно давно работает на европейских рынках. Но основной акцент исторически делался на развитии в двух странах — Боснии, для которой Bosnalijek одно из бюджетообразующих предприятий, и России, куда исторически был направлен основной поток экспортных поставок компании. Впрочем, и для многих других рынков — тех же Грузии, Казахстана и Украины — мы не один год поставляли нашу продукцию. Принципиальная разница заключается в том, что теперь эта работа ведется еще более системно, контролируется и корректируется из единого центра. В случае с Россией, странами СНГ, прибалтийскими республиками, Грузией и Украиной этим центром стал московский офис Bosnalijek.

— От рынков каких из перечисленных стран вы ждете большего прорыва в плане выручки?

— Абсолютно от всех. Практика показывает, что огромные скрытые резервы есть даже у самых скромных, по расчетам отраслевых аналитиков, региональных рынков. Нужно просто научиться маневрировать, учитывая экономическую конъюнктуру, ментальные различия, стараясь избегать шаблонных решений и подходов. Кажется, что я сейчас о



РЕКЛАМНОЕ ФОТО BOSNALIJEK

простых вещах говорю, но это знание в отрасли дается далеко не всем.

Впрочем, этапы развития, через которые проходят разные страновые рынки, всегда одни и те же. Возьмем, например, рынок Казахстана. Его фармацевтическая отрасль сегодня по своей модели и содержанию напоминает российскую семи-десятилетней давности. Памятуя о пережитом опыте, мы уже сейчас можем предугадывать, как будут дальше развиваться наши казахские партнеры-дистрибуторы, и видим, на кого из них стоит делать ставку. Разумеется, разрабатывать стратегию и тактику продвижения на этих рынках эффективнее из Москвы, нежели из штаб-квартиры в Сараево.

— Россия останется главным рынком для экспорта вашей компании?

— Конечно. Российский рынок для нас приоритет номер один. Он дает Bosnalijek 50% всего оборота. И это неудивительно, ведь в последние два десятилетия Россия остается самым быстрорастущим фармацевтическим рынком в Европе. Сравните, где больше перспектив — в Германии, где обские объемы продаж фармкомпаний растут в пределах 1% в год, или в России, где

Штаб-квартира «Босналек» в Сараево

даже в разгар кризиса темпы прироста ежегодно составляют около 10%. Причем опыт Bosnalijek говорит о том, что в России, если хорошо постараться, можно расти заметно быстрее рынка.

Если говорить о результатах работы компании Bosnalijek в России, то сегодня в наш портфель здесь входят пять безрецептурных препаратов, в том числе бренды-флаги — лизобакт и энтерофурил (входят в топ-5 в своих категориях). Все они хорошо известны и участникам рынка, и потребителям, представлены в российских аптечных сетях уже много лет. Но возможность для прорыва есть. В 2016 году, по данным IMS Health, весь рынок безрецептурных препаратов вырос на 3,7% в упаковках, а у нас продажи поднялись почти на 24%. И это несмотря на то, что в терапевтических нишах, где работает Bosnalijek, весьма высокая конкуренция.

Наш препарат лизобакт, к примеру, вошел в шорт-лист престижного отраслевого конкурса «Платиновая уния», и я считаю, что это уже победа, так как наш продукт в списке

топ-5 безрецептурных препаратов. Вся команда сплоченно работала на этот результат. — Вы думали о том, чтобы локализовать производство в России?

— Логика развития предписывает нам сначала сосредоточиться на расширении и развитии ассортиментного портфеля. Плюс пока мы работаем только на коммерческом рынке и наш боснийский завод в состоянии обеспечить даже возрастающий потребительский спрос. Вопрос о заводе в России может стать актуальным. Во всяком случае, о возможностях интеграции мы никогда не забываем и очень плотно сотрудничаем с российскими регуляторами.

— Российская GMP-инспекция уже побывала на вашем заводе в Сараево?

— Да. У нас современный завод, накоплен огромный опыт подобных инспекций. И, кстати, мы не заметили никакой разницы в работе европейской и российских аудиторов. Все было очень профессионально организовано.

Инспекторы, на мой взгляд, делают огромное дело. Я почти 20 лет работаю на фармацевтическом рынке и могу сравнить: буквально за год-другой благодаря внедрению технологии GMP и созданию инспекции у отечественных и иностранных компаний изменилось отношение к себе, к своей работе и к конкурентам. Хотя темпы роста рынка и замедлились по сравнению с началом 2010-х, никто из иностранцев уже не кидается фразами, не уверяет, будто российский рынок им стал безынтересен. Получается, чем больше порядка на рынке, чем понятнее его регулирование, тем он привлекательнее для инвестора.

— Какие у компании ожидания от 2017 года?

— В прогнозах мы стараемся быть осторожными. Даже предварительные итоги первого квартала подводить пока преждевременно. Могу лишь сказать, что все идет в рамках плана, мы делаем то, что должны. Полный многоканальный маркетинг, понятный потребителю язык коммуникации, продвижение корпоративного бренда Bosnalijek, а также тесное взаимодействие с розничным сегментом — все это привело нас к тем позитивным результатам, ко-

торые мы имеем. Рецепт, в общем, несложный, но, как показывает опыт, если следовать показаниям к применению, дает хороший эффект.

● Фармацевтическая компания Bosnalijek («Босналек») была основана в 1951 году в городе Сараево и является сегодня крупнейшим промышленным производителем лекарственных средств в Боснии и Герцеговине. В глобальном портфеле компании насчитывается более 150 оригинальных и дженериковых лекарственных средств, предназначенных для лечения неврологических, сердечно-сосудистых, гастроэнтерологических заболеваний, а также воздействующих на респираторную систему, опорно-двигательный аппарат и применяющихся при системных или паразитарных инфекциях. Помимо лекарственных средств в портфеле Bosnalijek представлены нутрицевтики, антисептические средства и медицинские изделия. Производственные мощности Bosnalijek расположены в Боснии и Герцеговине в городе Сараево и включают в себя: исследовательский центр, лаборатории, производственные корпуса твердых, полутвердых и жидких форм и автоматизированный склад на базе IT-системы управления хранением SAP. Непрерывно инвестируя в свое развитие, компания постоянно модернизирует собственное производство и обучает сотрудников. Сейчас компания ведет операционную деятельность в 14 странах Центральной и Юго-Восточной Европы, СНГ (включая Россию) и Юго-Западной Азии. Занимая большую долю в структуре продаж компании в регионе, Российская Федерация является центром единого бизнес-юнита «Евразия», включающего также страны СНГ, Грузию и Украину. Компания Bosnalijek одной из первых среди международных фармацевтических компаний прошла российскую GMP-инспекцию производства и получила соответствующий сертификат, подтверждающий соответствие требованиям к качеству производства. Производство Bosnalijek оборудовано единой системой контроля качества и соответствует международным стандартам ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, а также GMP и GLP.

Записал Алексей Кузьмин

здоровоохранение тенденции

Рыбный продукт

— эпидемия —

с17 Елена Мухачева, руководитель направления корпоративных программ компании Pfiizer в России, отмечает, что компания не осуществляет непосредственное финансирование научных исследований в рамках TOPIC, однако участвует в поддержке коммуникации российских ученых с научным сообществом на международных площадках.

«Создание консорциума — это первая российская инициатива такого широкого масштаба, — говорит Ольга Федорова. — В приоритете — выполнение эпидемиологических исследовательских проектов, поскольку полной картины распространения описторхозной инвазии в Западной Сибири на сегодня пока нет. ... Хотя начатое нами в конце прошлого года исследование еще не закончено, мы уже можем сказать, что уровень распространения описторхоза оказался значительно выше того, что фигурирует в официальной статистике».

САЛАТ ИЗ ПАРАЗИТОВ

Ежегодная конференция Asian Neglected Tropical Diseases, которая прошла в первой декаде марта в городе Кхонкэне (Таиланд), собрала около 200 участников из более чем 25 стран мира. Ключевой темой конференции были проблемы диагностики и лечения паразитарных заболеваний, чему в последние годы на мировом уровне уделяется все больше внимания.

Название конференции — Asian Neglected Tropical Diseases (NTDASIA) — можно перевести как «оставшиеся без внимания тропические заболевания». К ним относятся в основном паразитарные заболевания, очень распространенные в тропических странах. Несмотря на то что эти заболевания не считаются первопричиной смерти инфицированного человека, интерес к ним со стороны мирового медицинского сообщества растет по нескольким причинам. Во-первых, многие паразитарные заболевания, которые исторически считались тропическими, сегодня выявляются на территориях, расположенных далеко от тропиков. Во-вторых, количество людей в мире, инфицированных паразитами, продолжает увеличиваться. В-третьих, выяснилось, что эти заболевания гораздо серьезнее, чем считалось ранее. В частности, по результатам некоторых исследований было выявлено, что некоторые паразитарные заболевания провоцируют возникновение злокачественных опухолей.

Конференция NTDASIA традиционно проводится в Кхонкэне — третьем по величине городе Таиланда. Местом проведения конференции он выбран не только потому, что северо-восточная провинция Таиланда — место с самым высоким в мире уровнем заболевания описторхозом, но и благодаря успехам, которых местные ученые достигли в плане контроля над распространением этого заболевания.

По статистике тайских ученых, в некоторых провинциях Таиланда число людей, инфицированных описторхозом, приближается к 80%. Причиной такого высокого уровня заражения стали кулинарные обычаи

Собрать все необходимые данные по описторхозу и провести самое полное исследование с момента обнаружения этого заболевания в России участники консорциума планируют к 2019 году. По словам сотрудников СибМГУ, все данные, полученные в ходе исследований, а также результаты работы с зарубежными коллегами лягут в основу программы контроля за распространением этого заболевания в России. Особое внимание в рамках консорциума уделяется диагностике описторхоза. Как утверждает доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии СибМГУ Юлия Ковширина, существующие сегодня методы обнаружения печеночного паразита в недалеком будущем могут быть значительно усовершенствованы. Над диагностикой описторхоза сегодня работают некоторые серьезные европейские исследователи. В частности, ученые из Нидерландов ведут разработку скрининговых систем, обнаружения маркеров — по сути, речь идет о медицине будущего.

Константин Анохин

потребления речной рыбы карповых пород, которая является промежуточным носителем печеночной двуустки (описторха). Например, на северо-востоке Таиланда среди местного населения очень популярен салат из сырой рыбы с пряностями. Рецепт его приготовления прост: мелко нарезанную рыбу смешивают с местными травами, поливают соком лайма, заправляют живыми красными муравьями.

По словам доктора наук, профессора, научного руководителя исследовательской лаборатории тропических болезней Университета Кхонкэна Банчопа Срипа, сегодня в странах бассейна реки Меконг проживают более 15 млн инфицированных. По словам ученого, инфекция может быть причиной развития не только холангита, холецистита, образования желчных камней, но и гораздо более серьезного заболевания — холангиокарциномы (рака печени). Профессор Банчоп Срипа считает, что печеночная двуустка может вырабатывать химическое вещество, воздействующее на иммунную систему организма хозяина, вызывая воспалительный процесс, который может перейти в хроническую форму и затем в онкологическое заболевание.

В последние десятилетия в Таиланде были проведены обширные исследования описторхоза и связанных с ним заболеваний. Под руководством профессора Банчопа Срипа в районе озера Лава (недалеко от города Кхонкэна), где расположен десяток деревень, был начат эксперимент, цель которого снизить уровень заражения описторхозом населения. За семь лет ученые выработали подходы к диагностике и лечению болезни с помощью химиотерапии, а также разработали методику санитарного просвещения в общинах, школах. В результате они добились сокращения числа инвазий (заражений) в этом районе с более чем 80% примерно до 10%. А программа контроля уровня заболеваемости, получившая название «Модель Лава», была признана на национальном и международном уровнях и стала применяться в других частях Таиланда и соседних странах в бассейне реки Меконг.

Константин Анохин

Деньги на голос

— услуга —

Институт страховых поверенных, запущенный Минздравом и ФОМС в 2016 году, уже показал первые результаты своей работы. Страховые компании считают новую структуру востребованной у россиян: растет число обращений и конфликтов, урегулированных до суда. Впрочем, в условиях сокращения госрасходов на здравоохранение средства на финансирование системы потребуются перераспределять из расходов на медпомощь.

Уже больше полугода в системе ОМС действуют страховые поверенные. Их задача — информировать пациентов об их правах, помогать урегулировать конфликты с врачами и снижать число случаев навязывания платных услуг в государственном здравоохранении.

Система страховых поверенных (или страховых представителей) действует с 1 июля 2016 года. Инициатором проекта выступила глава Минздрава Вероника Скворцова. По мнению министра, система ОМС нуждалась в специально обученных специалистах, которые бы «защищали права каждого гражданина на получение качественной медпомощи», для чего было предложено создать в стране сеть информцентров на базе основных страховых компаний в системе ОМС и прикрепить к ним граждан. Институт страховых представителей должен состоять из консультантов нескольких уровней и начнет действовать в полном объеме с 1 января 2018 года.

Сотрудники первого уровня информцентра страховщика должны быть готовы ответить на типовые вопросы граждан — например, как прикрепить к медучреждению и где получить полис. Кроме того, в их задачи входит информирование застрахованных о возможности и порядке проведения профилактических мероприятий. Если же пациент задает более сложные вопросы, его переключают на специалистов второго и третьего уровней. Они смогут проинформировать о порядке получения медпомощи, организации госпитализации, оценить адекватность рекомендаций по получению медицинских услуг, качество оказания медицинской помощи. Поскольку такие консультации требуют определенного уровня профессиональной подготовки, в поверенные второго уровня будут набирать людей с медицинским образованием.

До сих пор страховые медицинские организации имели право вмешиваться во взаимоотношения пациента и врача и давать им профессиональную оценку, только когда права человека уже были нарушены — в случае негативных последствий лечения или летального исхода. Страховые поверенные должны дать страховым компаниям возможность предотвратить нарушение на более ранней стадии. При этом, по словам главы Межрегионального союза медицинских страховщиков (МСМС)

Дмитрия Кузнецова, у страховых представителей нет задачи подменить собой организацию здравоохранения.

Как сообщила глава ФОМС Наталья Стадченко, в 2016 году было подготовлено около 3,5 тыс. страховых поверенных первого уровня, а к началу 2017 года обучение прошли 2,5 тыс. поверенных второго уровня. «Первый этап обучения начинался на базе Первого меда, с 1 сентября подключились и другие вузы. На одного страхового поверенного в итоге будет приходиться примерно 20 тыс. застрахованных граждан», — отметила она. Для организации работы страховых представителей первого уровня территориальные органы ФОМС открыли 120 контакт-центров по всей стране.

В результате, по данным МСМС, во втором полугодии 2016 года число обращений застрахованных выросло на 40%. Если в предыдущие годы преобладали обращения по вопросам обеспечения полисами ОМС, то теперь наиболее часты вопросы об организации работы медучреждений (на 18,3%) и о правилах предоставления медпомощи (на 36%). На 30,9% выросло число обращений по поводу качества оказания лечения, на 40,4% — вопросов, касающихся взимания денежных средств за лечение по программе ОМС. По данным РОСНО-МС, работа страховых поверенных второго уровня позволила увеличить долю досудебных урегулирований спорных случаев в общем числе обоснованных жалоб до 98,4% (в 2015 году — 86,3%). «В 2,4 раза увеличилась сумма возмещения застрахованным лицам со стороны медицинских организаций в рамках мероприятий по досудебной защите прав. В 1,6 раза — до 9,3 млн руб. — выросла сумма возмещений по удовлетворенным искам к медорганизациям», — сообщили в пресс-службе компании. «Мы считаем, что этот проект уже позволил повысить доверие граждан к страховым компаниям как к организациям, стоящим на защите их интересов, способным дать квалифицированную консультацию, в том числе по медицинским и правовым вопросам», — заявил господин Кузнецов.

Впрочем, создание новой структуры имеет не только позитивную, но и негативную сторону. Поскольку Минздрав не выделял на нее дополнительное финансирование, средства пришлось перераспределять внутри бюджета системы здравоохранения на 2016–2018 годы. При этом стоимость территориальных программ ОМС в 2016 году была лишь на 3,9% выше, чем в 2015-м, а в бюджете 2017–2019 годов они сократятся на 4% в номинальном выражении. С учетом более высокого уровня инфляции в медицинской отрасли, чем в экономике в целом (около 5% против 4%), и растущего спроса населения на медпомощь вряд ли ФОМС может в ближайшие годы рассчитывать на экономию в рамках бюджета. Насколько рациональным шагом в таких условиях был рост расходов на страховых представителей, покажет время.

Анастасия Мануйлова

«Сделать безопасные и качественные лекарства доступными по цене»

Израильская компания Teva, будучи лидером мирового рынка генериковых препаратов, ставит теперь своей новой амбициозной задачей воспроизвести от 80% до 85% оригинальных брендов, на которые через пять лет закончится патент. **Дипанкар Баттачарджи**, президент и главный исполнительный директор Global Generic Medicines компании Teva, отмечает, что компания вкладывает значительные средства в совершенствование генериковых препаратов, а именно в разработку новых форм доставки.

— инновации —

● В декабре 2016 года Дипанкар Баттачарджи стал президентом и главным исполнительным директором глобального подразделения генериковых препаратов фармацевтической компании Teva — Global Generic Medicines (GGM). Сегодня это подразделение, появившееся в 2014 году в результате изменения организационной структуры Teva, отвечает за весь генериковый бизнес компании (составляющий около 60% всего бизнеса компании), в том числе за деятельность совместного предприятия с Procter & Gamble. В России израильская компания Teva работает более 20 лет.

— Какова доля и значимость подразделения GGM для бизнеса компании Teva в целом?

— Зона ответственности глобального подразделения генериковых препаратов Teva по всему миру — это коммерциализация, то есть маркетинг и продвижение на рынок воспроизведенных брендируемых и небрендируемых средств, как рецептурных так и безрецептурных. Оборот GGM Teva составляет около 60% всего бизнеса компании. Деятельность подразделения ежедневно затрагивает миллионы жизней людей в мире, мы стремимся обеспечить пациентов необходимыми препаратами. Наш главный приоритет — сделать высококачественные лекарства доступными по цене для максимального количества потребителей.

— Насколько важен российский рынок для GGM Teva?

— Компания присутствует в России более 20 лет, и для нас это стратегически важный рынок с серьезными перспективами роста. Следует отметить, что большая часть российского бизнеса компании как раз входит в зону ответственности нашего подразделения. Сегодня в России представлено свыше 300 различных препаратов, и в наших планах предложить пациентам еще больше лекарственных средств, чтобы удовлетворить все существующие потребности.

— Что представляет стратегия генерикового бизнеса Teva? Какие у GGM долгосрочные планы в России и мире?

— Если говорить в цифрах, то в наших глобальных планах воспроизвести от 80% до 85% оригинальных брендов, на которые через пять лет закончится патент. Мы уже делаем необходимые инвестиции в научно-исследовательские разработки, чтобы быть готовыми к выпуску этих препаратов, которые, по нашим оценкам, представляют практически все терапевтические области.

Кроме того, мы вкладываем значительные средства в совершенствование генериковых препаратов, а именно в разработку новых форм доставки. Речь идет, например, о продуктах для лечения заболеваний дыхательных путей с помощью ингаляторов — это намного сложнее, чем выпуск таблетированных форм.

Безусловно, мы понимаем, что компания, которая уже является лидером в производстве генериковых препаратов, не может сосредотачиваться только на этом направлении в бизнесе. Поэтому мы ведем исследования и разработки во всех областях, в том числе создаем оригинальные препараты, что дает нам уникальное конкурентное преимущество. В плане создания новых молекул компания сфокусирована на конкретных областях — рассеянный склероз, заболевания центральной нервной системы. Значительные средства мы вкладываем в такие проекты, как лечение мигрени и двигательных расстройств, например болезни Хантингтона.

В России мы в основном работаем в розничном секторе. Что касается рецептурных препаратов, то основные терапевтические области, на которые мы нацелены, — это сердечно-сосудистые заболевания, болезни центральной нервной системы, расстройства обмена веществ, мужское и женское здоровье. Также в России мы делаем упор на продвижение небрендируемых генериковых препаратов.

— Для российского фармрынка выпуск небрендируемых генериковых препаратов — относительно новый тренд. Вы запустили проект МНН-Тева более года назад. Как вы оцениваете его эффективность?



Дипанкар Баттачарджи ставит своей новой амбициозной задачей воспроизвести в компании Teva от 80% до 85% оригинальных мировых брендов, на которые через пять лет закончится патент

— Генериковые препараты, брендированные именем компании, — это одно из наших ключевых направлений работы. В нем мы делаем ставку не только на рецептурные, но и на безрецептурные лекарственные средства.

Наш проект МНН-Тева базируется на трех основных столпах: доступная цена, высокое качество и широкая линейка предлагаемых препаратов. Эффективность этого проекта основана на том, что существуют узнаваемость корпоративного бренда и доверие к нему по всем трем перечисленным параметрам, поэтому нет необходимости продвижения каждого отдельного продукта.

С момента запуска проекта прошло 18 месяцев, и узнаваемость бренда компании среди профессионального сообщества — я имею в виду врачей и фармацевтов — возросла с 3% до 40%. За столь короткое время это стало возможным благодаря тому, что в последние полтора года мы провели целенаправленную кампанию в СМИ. Мы сформировали и смогли очень четко донести ключевое сообщение: Teva предлагает широкий ассортимент препаратов высокого качества по доступной цене. Кроме того, у нас разработана и успешно реализуется довольно эффективная стратегия коммуникации с фармацевтами и потребителями в местах розничной продажи — аптеках.

— Какие новые препараты вы планируете выпустить на российский рынок в рамках этого проекта?

— Мы продолжаем работать над расширением портфолио в области как рецептурных, так и безрецептурных препаратов в ходе реализации этого проекта. Сейчас МНН-Тева в России — это 29 рецептурных и 15 безрецептурных наиболее востребованных лекарственных средств в основных терапевтических группах. В ближайшее время появятся новые препараты, например Диклофенак-Тева 100 мг, Индапамид/Периндоприл-Тева и другие.

— Есть ли какие-то различия между продвижением МНН-Тева в России и мире?

— Да, различия есть. Вообще, проект МНН-Тева стартовал в России, но у нас достаточно сильно присутствие воспроизведенных лекарственных средств, брендированных именем компании, и в других странах. Так, наши продукты под маркой Ratiopharm хорошо известны в Германии, кроме того, мы вводим генериковые препараты под брендом Teva в Польше и ряде стран Южной Америки.

Основное отличие в продвижении МНН-Тева в России касается специфики местного рынка и потребительского поведения. В стране распространена практика самостоятельного приобретения лекарств пациентами без консультации со специалистом. Кроме того, многие покупатели оплачивают препараты из собственного кармана, в то время как в странах Европы лекарственные средства финансируются страховой компанией и государственными органами здравоохранения. Поэтому еще одна характерная особенность: в России, в отличие от других стран, пациенты хотят обладать более полной информацией о препарате, его действии, побочных эффектах — они ищут эти данные, прежде чем принять решение о покупке.

— Значит ли это, что фармацевтические компании в России больше тратят на маркетинг и рекламу?

— Я думаю, что вопрос не столько в суммах затрат, сколько в другом распределении средств между разными

каналами продвижения. В России больший упор делается на информирование фармацевтов в аптеках и через них — на донесение информации до покупателя.

— Как изменились позиции компании на мировом фармацевтическом рынке в связи с приобретением подразделения Allergan по производству генериковых препаратов — Actavis Generics?

— Это стратегическое приобретение объединило два ведущих фармацевтических бизнеса со своими сильными сторонами, достижениями, брендами и культурами, в итоге предоставив пациентам уникальный доступ к качественным и недорогим лекарствам. Оно изменило компанию и всю мировую фармацевтическую индустрию в целом. В частности, на рынке воспроизведенных препаратов в результате слияния мы стали компанией номер один в США и Канаде. В Европе мы являемся безусловным лидером по продажам на 17 странах и занимаем второе место на 10 рынках. Эта сделка также изменила наше положение в России. Покупка Actavis Gx пополнила наш портфель очень сильными брендами безрецептурных препаратов, предоставила серьезные возможности в плане исследования и разработок, расширила линейку перспективных продуктов. Таким образом, для достижения наших глобальных целей сейчас у нас есть все необходимые активы. И теперь мы будем делать упор на органический рост, то есть расти вместе с рынком.

— Под какой торговой маркой будут выпускать препараты, ранее принадлежавшие Actavis Gx?

— Согласно нашей глобальной стратегии, постепенно произойдет миграция всех препаратов, то есть все продукты в конечном итоге будут выпускаться под единым брендом Teva.

— Изменится ли позиция Teva на российском рынке после объединения с Actavis Gx?

— В российском регионе у нас были сильные позиции и до покупки Actavis Gx, но теперь они еще более усилились, особенно в сегменте безрецептурных препаратов, например за счет таких продуктов, как Троксевазин для лечения венозной недостаточности, Седалгин плюс, Спазмалгон для лечения головной боли, Альмагель от изжоги и боли в желудке и других.

— Какую роль играет совместный проект с Procter & Gamble в деятельности компании. Каковы его результаты?

— Совместное предприятие Teva и Procter & Gamble было создано примерно пять лет назад с целью объединить и усилить те преимущества, которыми обладает каждая из двух компаний. Как вы знаете, Procter & Gamble — глобальный лидер в создании брендов и маркетинге, а Teva обладает уникальными компетенциями в вопросах взаимодействия с регуляторными инстанциями, организации производства и работе с аптечными сетями.

Основной целью совместного предприятия была экспансия на рынок безрецептурных препаратов за пределы США и Канады. В его портфолио есть два типа продуктов. Во-первых, это все безрецептурные препараты Teva — как МНН-Тева, так и брендированные, причем некоторые из них мы оставили под уже известными в России названиями. И вторая группа — препараты Procter & Gamble. Это очень сильные бренды, например, в области лечения простудных заболеваний — известная марка «Викс».

На протяжении всего времени работы результаты нашего совместного бизнеса превосходили средние показатели по рынку — темпы роста были заметно выше рыночных в некоторые периоды в два с половиной раза. Так что деятельностью этого совместного предприятия мы полностью удовлетворены.

— Планируются ли аналогичные проекты с другими компаниями?

— Должен сказать, что партнерство с Procter & Gamble не единственное совместное предприятие Teva. В Японии у нас создан и успешно работает общий бизнес с Takeda. В случае с Procter & Gamble была уникальная возможность объединения двух компаний — лидеров в своей области. Думаю, когда нам представится в будущем такой случай, мы его не упустим.

Беседовала Дарья Николаева

Цена ошибки

— R&D —

МИШЕЛЬ ПАРЕ, член совета директоров Boehringer Ingelheim, отвечающий в компании за направление инновационных препаратов, убежден, что, хотя на современном фармрынке даже гению-одиночке ничего сделать нельзя, но все, как всегда, крутится вокруг людей.

● *Немецкая фармкомпания Boehringer Ingelheim («Берингер Ингельхайм») — крупнейшая семейная фармкомпания в мире. Среднее количество сотрудников «Берингер Ингельхайм» в 2016 году составляло 45,7 тыс. человек, которые трудились в 145 представительствах по всему миру. В 2016 году чистый объем продаж компании составил €15,9 млрд, что выше предыдущего года на 7,3% (+7,1% в евро). Операционная прибыль составила примерно €2,9 млрд, доход от чистых продаж достиг 18,1%. В 2016 году завершена сделка по обмену активами с компанией «Санofi». Сделка усилила позиции «Берингер Ингельхайм» среди мировых лидеров рынка ветеринарных препаратов. Основная цель «Берингер Ингельхайм» — развитие направлений рецептурных препаратов, ветеринарных препаратов и контрактного биофармацевтического производства.*

— После продажи в 2016 году своего дженерикового бизнеса компания стала на 100% инновационной. Это навсегда?

— Никогда не говори «никогда». Но в то же время мы работаем над запуском биосимуляторов, которые можно сравнить по идеологии с дженериками.

— На пресс-конференции в Берлине в ноябре 2015 года компания объявила о запуске новой стратегии исследований и разработок (R&D) и пятилетней инвестиционной программе по R&D. Было объявлено об инвестициях в размере €11 млрд в эту программу в течение ближайших пяти лет. На доклинические исследования и разработки предполагалось потратить €5 млрд, из которых €1,5 млрд выделено на сотрудничество с внешними партнерами. В чем все же был потаенный смысл этой программы, точнее, этой громкой заявки? И каковы промежуточные результаты? И в чем они измеряются: в деньгах, в инновационных препаратах?

— Таким публичным способом мы заявили об усилении работ в области инновационных препаратов, об укреплении этого направления. И, естественно, мы хотим, чтобы результатом этого проекта были новые препараты. Вполне осознавая высокий риск провала, который всегда может сопутствовать любым инновациям. И мы будем и впредь обновлять наш портфель препаратов в стадии разработки и до вывода на рынок. Например, только в период с 2014 по 2016 год мы вывели на рынок 13 новых препаратов.

— Зачем нужен был такой высокий уровень публичности? Это же увеличивает риски опять же в случае провала?

— Не думаю. Это наше обязательство — рассказывать людям о том, как их жизнь может измениться. Кроме того, мы хотели показать себя другим фармкомпаниям, которые разрабатывают инновационные препараты. И еще мы это сделали для наших потенциальных партнеров. О нас должны знать, мы должны о себе рассказывать, мы должны стать более при-



BOEHRINGER INGELHEIM

влекательными для наших потенциальных партнеров. И еще есть один важный аспект. Это было важно для наших сотрудников, работающих в «Берингер Ингельхайм», чтобы люди осознавали кто мы, куда идем, каковы наши цели и задачи. Это важно для самооощения, для чувства гордости за свою компанию.

— Есть ли сегодня шанс на успех у гения-одиночки на рынке R&D, на рынке разработки новых препаратов?

— Гению в области фармацевтики, конечно, очень сложно что-то сделать в одиночку, потому что ему всегда нужны сотрудничество, опыт и командная работа с экспертами, с университетами, и работа в команде. Но гении на то и гении, что они редко долго находятся в одиночестве: они притягивают правильных людей, правильных партнеров для осуществления своих задач.

А вообще, конечно, все крутится вокруг людей.

— Какая модель фармкомпаний вам представляется наиболее оптимальной при разработке новых препаратов: с опорой на собственное подразделение R&D или работа по контракту с внешними партнерами?

— Я уверен в том, что должно быть свое собственное подразделение. Работа с партнерами не исключается. Но если при разработке инновационных новых препаратов вы будете работать только с внешними партнерами, у вас не будет собственного опыта, то есть собственной нарабатанной компетенции, без которой невозможно угадать, понять, просчитать, почувствовать направления для новых разработок, вы даже не сможете оценить степень адекватности специалистов, которых вы будете привлекать.

— Какая компания в современных условиях имеет шанс на успех? Небольшая инновационная, сосредоточенная только на разработке новых препаратов? Или универсальная, большая, основанная на выпуске дженериков?

— Каждая модель может работать. Это зависит в первую очередь от создателей компании и от тех, кто ею руководит. В первом случае вы должны как бы полагаться на творческие способности, на умения и навыки небольшой команды, а во втором случае вы должны полагаться на отличный способ исполнения и на хорошую логистику. Мне ближе модель инновационной компании. Но и вторая модель может быть тоже успешной.

— Стоимость вывода новой молекулы на рынок оценивают в €1 млрд, а сейчас уже даже более чем в €2 млрд и в 10–15 лет. Но поскольку до рынка доходит 1–3% молекул из 100% когда-то взятых в разработку и исследования, то получается, что такая высокая цена — это цена ошибки?! А реальная цена разработки и вывод нового препарата на рынок — около €50–100 млн! Где истина?

— Те, кто говорит о меньшей стоимости, пусть докажут на деле, что это возможно! Мы платим за ошибки, но цена ошибки разная. Это зависит от этапа разработки, когда она обнаруживается. Но и награда за препарат, дошедший до рынка и ставший бестселлером продаж, сильно зависит от уровня вложений.

— Спасибо.

— До новых встреч.
Беседовал Владислав Дорофеев

Жертва аборта

— проект —

Кроме того, запрет бесплатных абортс c17 улучшит демографическую ситуацию в стране. В мае того же года председатель комитета Госдумы по вопросам семьи, женщин и детей Елена Мизулина внесла в Госдуму соответствующий законопроект. Неправильно исключать роль отца в зачатии и возлагать всю ответственность за искусственное прерывание беременности только на женщину, полагают депутаты. Необходимо вводить два согласия на аборт — и отца, и матери, а также переложить финансирование абортс с государства на несостоявшегося отца. При этом 20 млрд руб., которые ежегодно расходуются государством на абортс, направить на финансовую поддержку беременных. Но и на этот раз документ не получил одобрения.

Советский декрет

В истории нашей страны уже был печальный опыт борьбы с абортс. Еще не рожденный ребенок не человек, решили участники Пироговского съезда в 1913 году. Чуть позже Россия стала первым в мире государством, узаконившим абортс. А декретом 1920 года было разрешено производить абортс по желанию женщины. Для этого был предусмотрен широкий перечень оснований, включая общественную занятость, разлад в семье, нелюбовь к мужу, страх материнства и т. д. После чего масштаб абортс в стране достиг такого размаха, что уже через четыре года Наркомздрав выпустил циркуляр, ограничивающий доступ к подобным операциям. Теперь для прерывания беременности требовалось спецразрешение, выдававшееся на основании справок о болезни, размере оклада и семейном положении. Но и эти ограничения легко обходились.

Потому с 1936 по 1953 год абортс в СССР были полностью запрещены, кроме прерывания беременности по медицинским показаниям. Однако и эта мера принесла лишь кратковременный эффект. В 1937 году в стране было зафиксировано 568 тыс. абортс, в 1939 году — 723 тыс., в 1940-м — 807 тыс. Более 90% из них были нелегальными и проводились вне медицинских учреждений, в результате резко выросли женская смертность от абортс и число детоубийств. Все это вынудило государство вновь легализовать абортс. Максимальное количество абортс — 5,6 млн в год — было зафиксировано в СССР в середине 1960-х. В 1970–1980-х годах среднее число прерванных беременностей составляло более 4,5 млн в год. И лишь с 1989 году, по официальным данным, начался заметный спад числа абортс, который продолжается по сей день. Если верить Росстату, в 1990 году в нашей стране было зафиксировано 4 103 400 абортс, в 1991-м — 3 608 400, в 2014-м — 930 000, в 2015-м — 848 000, среди которых число добровольных абортс составило 447 000 (52% от общего количества). Однако директор Научного центра здоровья детей, главный педиатр Минздрава РФ Александр Баранов утверждает, что официаль-



Противники абортс ничего не могут противопоставить желанию женщины убить зачатого ребенка. Кроме одного: не только не за счет государства, то есть не за счет ОМС и моих налогов (если, конечно, речь не идет о медицинских факторах или насилии)

но регистрируемое количество абортс сильно уменьшено: «У нас абортс не менее 3–4 млн».

Дорогая контрацепция

Объективные данные говорят о том, что львиная доля абортс в России приходится на замужних женщин, уже имеющих детей, и только 20% — на всех остальных женщин детородного возраста. Почему же российские семьи отказываются иметь много детей? По мнению акушеров-гинекологов, все женщины, решившие искусственно прервать беременность, главная причина рекордного количества абортс в стране — недоступность средств контрацепции, которые просто не по карману подавляющей массе населения. Поэтому большинство россиян использует неэффективные методы контрацепции, а около 15% не предохраняются вообще.

В апреле 2016 года депутат от ЛДПР Александр Шерин внес в Госдуму законопроект, гарантирующий материальное вознаграждение женщине в размере 250 тыс. руб., если она откажется от аборта, родит ребенка и передаст его государству. По подсчетам депутата, каждый год на рождение ребенка на таких условиях будут соглашаться 150–200 тыс. женщин, поэтому бюджетные расходы не превысят 50 млрд руб. в год. Отзыв правительства законопроект пока не получил.

Светлана Белостоцкая

здоровоохранениетенденции

Все лучшее — детям

„Б“ и Startsmile представляют третий ежегодный рейтинг детских частных стоматологических клиник России. Уникальное исследование выявило две особенности рынка стоматологических услуг последнего года: региональные клиники подбираются к московским по всем качественным характеристикам оказания помощи, за год почти в два раза сократилось число открывшихся новых клиник. В исследовании приняли участие более 250 частных детских и семейных клиник со всей страны.



В рейтинге детских частных стоматологических клиник России дополнительные баллы клиникам начислялись за удачное оформление игровой зоны для детей

— рейтинг —

В рейтинге детских частных стоматологических клиник России могли принять участие только лицензированные клиники из любого города России, в штате которых работают сертифицированные специалисты по направлению «детская стоматология» и в которых есть хотя бы один кабинет, оборудованный для приема детей. В нынешнем году в исследовании приняло участие более 250 частных детских и семейных клиник, которые по традиции были разделены на две категории: работающие больше трех лет и меньше трех лет. Обычно каждый год рейтинг пополняется примерно 30 новыми детскими стоматологиями, однако в 2016 году клиник открылось почти в два раза меньше. Конечно, следует учитывать и специфику сегмента: здесь очень высока конкуренция. Но основная причина — экономический кризис, который затрудняет выход на рынок новых игроков. Оценка деятельности каждой клиники производилась по 150 критериям, система начисления баллов

была разработана специалистами Startsmile совместно с экспертами Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ), что позволило сделать рейтинг более детальным и проработанным. Основные баллы начислялись за соответствие ключевым пунктам. Это необходимое количество кабинетов для приема детей и их техническая оснащенность, широкий спектр предоставляемых услуг для детей, а также профессионализм клинического штата. Особенно важным было наличие профильных специалистов: детского анестезиолога, ортодонта и ортопеда, а также психолога, который мог бы прийти на помощь в особых случаях. Дополнительные баллы начислялись за удачное оформление игровой зоны, дизайнерские решения и креативные концепции также были серьезной заявкой на высокое место в итоговой таблице. Более подробно о методологии и нюансах детского рейтинга можно узнать на сайте Startsmile.ru.

Олег Янушевич, ректор МГМСУ, член-корреспондент РАН, главный внештатный специалист-стоматолог Министерства здравоохранения

РФ, профессор, д.м.н.: «За прошедшие 25 лет стоматология в России сделала колоссальный технологический скачок, и сегодня отечественная стоматология полностью соответствует мировому уровню. Отрицательным моментом является то, что коммерциализация, пришедшая в 1990-х годах в отрасль, которая и в советское время не была абсолютно бесплатной, местами вытеснила фундаментальную ценность врача — искреннюю помощь людям. Рейтинг детских стоматологий — это измерительный прибор, с помощью которого можно сформировать представление о качестве оказания детской стоматологической помощи». На следующий год мы готовимся составить еще и рейтинг врачей-стоматологов: нам кажется, что это важно для пациентов, поскольку именно врач играет решающую роль в лечении. Только в Москве работают около 1,2 тыс. детских стоматологов, примерно столько же врачей в регионах, поэтому, чтобы всесторонне оценить их квалификацию, потребуется много времени и кропотливое исследование.

Психология психиатра

— реформа —

Концепция реформирования психиатрической службы в Москве вызвала большой резонанс в кругу специалистов. Реформа предполагает сокращение стационарной психиатрической службы и расширение сети диспансеров. По причине недозагруженности коек в стационарах. Вроде ясно. И все же документ «Концепция развития психиатрической службы Москвы» привел к появлению петиций против закрытия трех психиатрических больниц (№14, №15 и №12 им. Ю. В. Каннабиха), отправленных в адрес президента страны, и проведение протестных митингов против развала службы в целом.

Система помощи

Еще в 1919 году в Москве был организован первый психоневрологический диспансер, что стало началом создания амбулаторной службы, когда страны Европы и Америки об этом еще и не помышляли. Система оказания психиатрической помощи постепенно сложилась в таком виде: существуют психиатрические больницы, где снимают острые состояния, после чего пациент продолжает лечиться амбулаторно в психоневрологическом диспансере. К началу 1990-х таких диспансеров в Москве было 24, сейчас их осталось 21, что недостаточно для мегаполиса. Еще одно важное звено системы — психоневрологические интернаты (ПНИ). Туда попадают люди, которые после лечения в больнице не могут вернуться к нормальной жизни (чаще всего им и идти-то некуда). Там медицинская составляющая гораздо менее важна: такими пациентами преимущественно занимаются психологи и социальные работники, которые, например, в Москве, подчиняются другому городскому ведомству — департаменту труда и социальной защиты населения. Кроме того, есть психиатры в городских поликлиниках и психосоматические койки в больницах, однако и врачей остро не хватает, и потребность в койках обеспечена всего наполовину. Хотя, по словам директора Санкт-Петербургского научно-исследова-



тельской психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, председателя правления Российского общества психиатров, доктора медицинских наук, профессора Николая Незнанова, во многих странах психосоматические отделения существуют в структуре многопрофильных стационаров. Такая практика помогает в борьбе со стигматизацией психиатрических пациентов и дает возможность использовать диагностический и терапевтический потенциал этих учреждений.

Расчет на койко-дни

Реформированием, или модернизацией — как предпочитает это называть один из инициаторов процесса, профессор Георгий Костюк, главный внештатный специалист-психиатр департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н. А. Алексеева департамента здравоохранения города Москвы», предусмотрено сокращение стационарной службы и расширение сети диспансеров.

Причина для такой рокировки, по словам профессора Костюка, заключается в том, что содержание больниц и характер их работы

Перепрофилирование психиатрической клинической больницы №15 в психоневрологический интернат стало одной из причин протеста ряда специалистов против реформы психиатрической службы Москвы

в его нынешнем виде себя не оправдывают. Примерно 1 тыс. коек из более чем 9,1 тыс. недозагружены, часть из них используется не по назначению.

Директор ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента департамента здравоохранения города Москвы» Давид Мелик-Иусейнов отмечает: анализ профиля пациентов показал, что в большинстве своем в стационарах находятся алкоголики и наркоманы, а также люди, у которых острое состояние купировано и теперь они просто нуждаются в уходе. Все они занимают койки, на которые можно было бы положить «острого» больного.

«Находиться в психбольнице пациент должен ровно столько, сколько этого требует его состояние,— объясняет господин Костюк.— Да, психиатрическая помощь непрерывна, но это не значит, что она должна осуществляться только в психиатрической

больнице. Здесь человек очень быстро привыкает к тому, что не нужно ничего делать, вставать, следить за собой — все за него решается. Так люди превращаются из пациентов больницы в клиентов психоневрологического диспансера. Поэтому мы пришли к выводу, что необходимо в Москве удвоить число диспансеров: до 2020 года у нас появится 20 новых диспансеров, которые заполнят существующие пустоты — места, где ранее такая услуга была недоступна».

Кроме того, сокращению стационаров способствует и прогресс лекарственной терапии. В частности, появление новой генерации психотропных препаратов, которые во многом облегчили возможность ведения больных в нестационарных условиях. По утверждению господина Незнанова, это препараты узконаправленного действия, которые действуют на определенные рецепторы и не угнетают поведение человека, позволяя ему сохранять и физическую, и интеллектуальную работоспособность. При этом они еще и более безопасны, чем препараты предыдущего поколения.

Прорывом стал и выход на фармрынок препаратов, которые нужно принимать однократно — они действуют две-четыре недели (сейчас уже речь идет о трех месяцах) и равномерно в течение всего этого периода поступают в кровь и поддерживают пациента в стабильном состоянии.

Такое лечение может проводиться амбулаторно. Поэтому предполагается, что к 2020 году средний срок пребывания в психиатрической больнице Москвы не будет превышать 30 суток, после чего пациенты смогут долечиваться в дневных стационарах еще примерно до 45 суток. «Создание единой цепочки стационаров-диспансеров позволит осуществлять преемственность подобранной терапии и значительно снизить количество повторных госпитализаций»,— считает руководитель направления по продвижению препаратов во врачебном сегменте компании Pfizer Артем Ковтун.

При этом необходимо третьей значимой составляющей оказания психиатрической помощи, а именно ПНИ, также очевидна.

Острое состояние

Так что же в такой, казалось бы, логичной системе не устраивает психиатров? Отчего они называют это развалом службы, считая, что пациентом будет нанесен непоправимый вред?

Техническим поводом для волнения ряда специалистов и многих пациентов стало решение в соответствии с новой концепцией о перепрофилировании психиатрической клинической больницы №15 в ПНИ. Мол, больница была базой психиатрических центров по подростковой терапии и лечения болезни Альцгеймера (единственные в стране). Господин Костюк убежден в необходимости такого решения: «15-я больница, по сути, уходит в интернат, профиль не меняется,— говорит он.— Там остаются психиатрические койки города Москвы. А в интернаты у нас постоянно существует очередь из тех пациентов, которых мы не можем выписать из больницы: у них нет дома, нет близких, но и в стационаре они уже не могут находиться, так как в их отношении лечебные мероприятия уже неэффективны в плане восстановления и возврата в общество».

Больница №12, специализировавшаяся на лечении пограничных расстройств, присоединяется к Научно-практическому центру им. З. П. Соловьева. А ПКБ 14, похоже, перепрофилируют в больницу для больных с хроническими психическими заболеваниями.

Алена Жукова

по этапу
В Москве не хватает более 300 врачей-психиатров. Стационары в Москве получают 85% затрат на оказание психиатрической помощи, амбулаторная сеть — 14,6%. (рекомендуемые российские значения — 45% на 55% в пользу амбулаторного лечения; европейские — 30% на 70%) В России госпитализируются 85% тех, кто состоит на учете у врача-психиатра (в Европе — 45%). Около 40% пациентов психиатрических стационаров планируется перевести на амбулаторное лечение. При этом число круглосуточных коек решено сократить, а ряд больниц преобразовать в психоневрологические интернаты. На данном этапе реформы, в частности, должны быть реорганизованы три медучреждения: ПКБ №12 имени Каннабиха, ПКБ №14 и ПКБ №15.
Алена Жукова