

здравоохранение практика

Умирать по-русски

Основным критерием эффективности деятельности здравоохранения является ожидаемая продолжительность жизни населения. По этому показателю Россия на 6,2 года отстает от «новых» стран Евросоюза, имеющих сопоставимый с нами уровень экономического развития.

— стандарты —

Приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006–2010 годы) и программы модернизации здравоохранения (2011–2012 годы), реализованные в России по инициативе первых лиц государства, позволили с 2005 по 2013 год добиться существенного улучшения показателей здоровья населения. С 2005 по 2013 год смертность населения в РФ постоянно снижалась — всего на 19% (с 16,1 случая до 13,0 случаев на 1 тыс. населения в год). Это привело к росту ожидаемой продолжительности жизни на 5,4 года — с 65,4 до 70,8 года.

19 сентября текущего года на заседании правительства РФ министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила о снижении смертности во всех возрастных группах населения. В реальности же коэффициент смертности последние три года стагнирует на уровне 13,1–13,0 случаев на 1 тыс. населения (в 2013 году — 13,0, в 2014-м — 13,1, в 2015-м — 13,0). За десять месяцев 2016 года этот показатель, по предварительным данным, составил 12,8 случая. Это означает, что целевое снижение смертности в 2016 году, обозначенное в госпрограмме «Развитие здравоохранения», — до 12,5 случаев — не будет достигнуто. Достигнутое за последние три года снижение младенческой смертности на 26%, безусловно, важное достижение, но существенного влияния на общие показатели смертности в стране не оказывает. Это связано с очень низкой долей смертей в младенческом возрасте — 0,5% от 1,9 млн всех умерших в стране за 2015 год.

Первая главная проблема российского здравоохранения, на которой должны быть сконцентрированы максимальные усилия, — это сверхсмертность мужчин, особенно в трудоспособном возрасте. В 2015 году их умерло 365 тыс. человек, или 80% от всех умерших в трудоспособном возрасте. В результате ожидаемая продолжительность жизни российских мужчин почти на восемь лет меньше, чем мужчин в «новых» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития (соответственно 65,9 и 73,7 года).

Вторая проблема — это здоровье детей и подростков. Так, вероятность смерти детей в возрасте до 5 лет в России хоть и снижается, но в 1,6 раза выше, чем в «новых» странах Евросоюза. С 1980 по 2015 год в РФ доля детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, выросла в 4,2 раза. За последние десять лет первичная заболеваемость детей (0–14 лет) от разных причин выросла в 1,5–2 раза, а подростков — в 2–3 раза.

Замедление улучшения показателей здоровья населения в РФ, которое наблюдается с 2013 года, во многом связано со снижением доступности бесплатной медицинской помощи. С 2013 по 2015 год число посещений поликлиник в связи с заболеваниями снизилось на 25%, количество госпитализаций пациентов в стационары — на 12%, число вызовов скорой медицинской помощи — на 12%. При этом количество больных в стране не уменьшилось. Значит, кому-то бесплатной помощи не достало. Государственное финансирование хоть и растет в текущих ценах, однако с учетом инфляции, то есть



Главная проблема российского здравоохранения — сверхсмертность мужчин. В 2015 г. в России умерло 365 тыс. трудоспособных мужчин или 80% от всех умерших в трудоспособном возрасте

в реальных (сопоставимых) ценах в 2016 году по сравнению с 2013 годом сократилось на 9%. За этот же период число врачей, работающих в государственных медицинских организациях, сократилось на 7,5% (с 587,5 тыс. до 543,6 тыс.). При этом большинство из них работают с максимально допустимым коэффициентом совместительства — 1,5. То есть их дальнейшее сокращение приведет к дальнейшему снижению возможности обслуживать потоки пациентов.

Но как обеспечить доступность бесплатной медицинской помощи в условиях ограниченных ресурсов? Я не снимаю вопрос о необходимости увеличения государственного финансирования российского здравоохранения. Это важнейшее условие для достижения цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни российских граждан до 74 лет. Однако основные характеристики бюджета на ближайшие годы уже известны, и он не растет. Но это не повод опускать руки. Чтобы не допустить дальнейшего ухудшения показателей здоровья населения, а также создать предпосылки для существенного улучшения этих показателей в дальнейшем, необходимо вплотную заняться повышением эффективности отрасли. Это означает правильно расставить приоритеты и снизить непроизводительные потери. При этом приоритетное внимание нужно оказывать охране здоровья российских мужчин и детей.

Для обеспечения доступности первичного звена главное — должны прийти новые и квалифицированные кадры. Дальше надо искать и внедрять механизмы, которые сделают первичное звено привлекательным для врачей. И необходимо ускорить работу по развитию непрерывного медицинского образования.

Для сокращения смертности мужчин в трудоспособном возрасте необходимо совместно с работодателями организовать оказание первичной медико-санитарной помощи мужчинам непосредственно на производстве. А для детей потребуется восстановление школьной медицины. Эти программы должны быть срочно разработаны совместно с Министерством образования. Кроме того, необходимо расширить категории населения, которым государство компенсирует расходы на лекарственные средства в амбулаторных условиях. Пока доступ к бесплатным лекарст-

вам в нашей стране имеют только граждане с инвалидностью или получающие специальные льготы, это не более 20 млн человек. С 2017 года желательнее охватить этой программой граждан трудоспособного возраста, страдающих болезнями системы кровообращения, с 2018 года — детей и подростков от 0 до 18 лет, с 2020 года — другие категории пациентов.

Для этого прежде всего необходимо повысить качество и безопасность медицинской помощи. По этим показателям РФ отстает от развитых стран в два-три раза. Например, показатель внутрибольничной летальности пациентов от инфаркта миокарда в нашей стране в два раза выше, чем в европейских странах (соответственно 18% и 8,4%). Для этого нужна комплексная программа повышения качества и безопасности медицинской помощи, включая инфекционную безопасность пациентов в стационарных условиях. Однако существующая сегодня в РФ система управления качеством медицинской помощи преимущественно сконцентрирована на контроле, а не на его обеспечении. Сам контроль не соответствует передовым зарубежным стандартам, избыточны, различные проверки не согласованы между собой. Например, сегодня существует более 14 видов не согласованных между собой нормативных актов по контролю качества медицинской помощи. А последний июльский приказ Минздрава №520-н о критериях качества медицинской помощи содержит около 500 показателей. Естественно, собрать и измерить такое число данных будет практически невозможно. Еще одна насущная задача — обучить организаторов здравоохранения эффективному расходованию средств медицинских организаций, в том числе управлению потоками пациентов, рациональному использованию времени персонала, дорогостоящего диагностического оборудования, операционных и других площадей.

При этом нельзя забывать и о первичной профилактике. Для этого необходимо разработать и реализовать на федеральном и региональных уровнях комплексные программы по снижению потребления алкоголя и табака, улучшению питания детей и подростков в учебных заведениях. И это уже межведомственная задача, а не только отрасли здравоохранения.

Гузель Улумбекова,
д.м.н., руководитель
Высшей школы
организации и управления
здравоохранением

«И в этом прорыв российской фармы»

— позиция —

— И когда завершить поставку?

— Полностью всю поставку завершили, согласно срокам договора, к концу октября. Мы поставили во все российские регионы около 9 млн доз — это невозможно!

— Разумеется. Так вот, чтобы это осуществить, мы еще до подписания контракта начали производство вакцин.

— На свой страх и риск? Без каких либо гостарантий?

— Абсолютно.

— В кредит?

— Да.

— Какой кредит вам пришлось взять?

— Около 1 млрд руб.

— Тяжело было принять самой это решение о кредите в 1 млрд руб. или это было совместное решение с акционерами?

— Однозначно вместе с акционерами.

— Завершился первый год работы с единым заказчиком. Какие выводы вы для себя делаете?

— Все переговоры с единым поставщиком на следующий год нужно провести до конца текущего года. Контракты должны быть заключены до конца первого квартала года поставки. Для этого, собственно, и выстраивалась новая схема. Именно для того, чтобы централизовать и в плановом порядке осуществлять выполнение поставок иммунобиологических препаратов.

— Как сейчас складывается ситуация, удаётся ли что-нибудь подписать до конца года?

— Пока предложений подписывать что-либо с нами на будущий год не поступало.

— А вы предлагали?

— Мы предлагали еще в августе. Когда мы подписывали контракт на текущий, 2016 год, я уже тогда была готова подписать объемы следующего, 2017 года. Производство вакцин занимает длительный период, все планируется заблаговременно. По пневмококковой вакцине ПКВ 13 уже сейчас, а на конец года, у нас произведено около 1,5 млн доз, из 4 млн, которые мы планируем поставить в 2017 году, во втором и третьем кварталах.

— Сколько времени уходит на выпуск вакцин?

— Только производство гриппола плюс занимает около шести месяцев, весь цикл по ПКВ 13 — девять месяцев.

— Поэтому для того, чтобы осуществить поставку пневмококковой вакцины во втором квартале следующего года, нужно начать в начале четвертого квартала года текущего?

— Совершенно верно.

— И опять же на свой страх и риск?

— Получается, что так. Не имея подтвержденного контракта. Именно поэтому мы неоднократно выходили с инициативой, и не только мы, но и другие производители вакцин, отечественные и иностранные, о заключении долгосрочных контрактов. Это вопрос и ценовых параметров, и наличия товарных запасов препарата по обеспечению Национального календаря профилактических прививок и длительных сроков производства. У сезонных вакцин своя особенность. Например, противогриппозная вакцина выпускается только под сезон, каждый год с новым штаммовым составом, согласно рекомендации ВОЗ. И вы не можете сделать произведенную в этом году вакцину на следующий год. Вы ее просто уничтожаете, если вакцина не востребована. Пока у нас на следующий год нет ни графика, ни количества доз, ни распределения между производителями по гриппозным вакцинам.

— Это нервно.

— Это более чем нервно.

Глаза в глаза

— Кто ваши конкуренты сейчас?

— По вакцинам это ФГУП НПО «Микроген» и ООО «Форт», обе компа-

нии входят в холдинг «Нацмидбио».

До 2015 года мы были 101-ми среди всех фармкомпаний, представленных на российском рынке, включая иностранные. По результатам девяти месяцев 2016 года мы 65-е по обороту. Наша доля на рынке за тот же период выросла с 0,1% до 0,3%.

При этом входим в топ-5 иммунобиологических компаний и 20 крупнейших отечественных производителей.

Наша цель — войти в топ-50 всех фармкомпаний и в топ-10 среди отечественных производителей.

— Со 101-го места на 65-е — это рынок. Но можно ли сегодня говорить о рывке русской фармы?

— Я бы даже назвала это не рынком, а прорывом, потому что в настоящее время русская фарма есть, наличествует, в отличие от того, что было 15 лет назад. На нее равняются. Очень ярким показателем является то, что западные компании среди своих конкурентов на российском рынке видят отечественные предприятия. И работа в российских фармацевтических компаниях становится более привлекательной.

Когда я в 2003 году принимала решение уйти из крупнейшей американской фармкомпании, я понимала, что можно было оставаться там еще многие годы.

— До пенсии.

— Легко. И по всему миру ездить. Но я там просто начала задыхаться. В то время работа в западных компаниях строилась по принципу представительств, поэтому за тебя все время кто-то думал. Для представительств разработали стратегию, перевели, адаптировали под локальные требования! Если вы решили что-то изменить, это обязательно надо со штаб-квартирой согласовать.

В это же время собиралась команда «Фармстандарта», и мне было безумно интересно посмотреть, сможем ли мы российский менеджмент с западным опытом что-то сделать. Когда уже состоялся IPO и «Фармстандарт» стал публичной компанией, акции которой котируются в Лондоне и Москве, тогда стало понятно, что, да, это работает.

Сейчас, когда я приглашаю сотрудников западных компаний на работу в НПО «Петровакс Фарм», я смотрю им глаза и говорю: вы хотите в жизни сделать что-то иное, нежели просто гарантированно доработать до пенсии? Если у вас есть это желание, то вы можете нам подойти. Если же человек мне задает вопросы, все ли здесь прописано по процедурам, нет ли изменения бизнес-планов. Есть!

И в этом прорыве российской фармы, которая изменила вообще все подходы в работе фармрынка.

Еще несколько лет назад невозможно было себе представить диалог отечественных и западных фармкомпаний. Сейчас мы совместно обсуждаем ценообразование по вакцинам, улучшение системы по обеспечению лекарственных средствами. Появился диалог. А двусторонний разговор возникает только тогда, когда ты становишься заметен. Иностранные компании признают, что наш профессионализм на высоком уровне.

— А когда начался этот рывок?

— Мне кажется, в 2008–2009 годах. Это были первые стартовые фармпроекты — получается, последние семь лет. Сейчас русская фарма на слуху. То есть помимо газа, нефти, леса и прочих сырьевых областей есть и отечественная фарма. И я перестала слышать от западных фармкомпаний, что Россия для них не стратегический рынок. Когда меня спрашивают внешние эксперты: как вы думаете, сейчас кризис и компании начнут уходить? Думаю, нет. Потому что завоевать рынок, войти — это очень дорогого стоит. Уйти можно быстро, а вход сложный — те, кто когда-то это сделал в 1998 году, тяжело возвращались. Люди есть всегда: мы болеем, мы стареем — нам нужны лекарства. Поэтому фармрынок всегда привлекательный.

— Хорошо, прорвались, рынок сделали — дальше что?

— А дальше должно быть динамичное развитие. Важно, чтобы правительство и Минпромторг влияли на развитие фармпромышленности. Я не говорю про маркетинговые стратегии, я имею в виду технологическую базу, новые разработки, современное производство и систему менеджмента качества. Этим важно управлять. Вводя определенные стандарты и правила, но при этом четко понимая, какая доля отечественных производителей должна быть в поставках лекарственных средств. А какие препараты нецелесообразно у нас производить, потому что это будет дорого, экономически не выгодно, а главное, приведет к потере качества и может обернуться против пациента. Вот этого нельзя допустить.

Наша повестка дня

— Русская фарма началась в недрах западной фармы, это очевидный факт, вы как раз и многие ваши коллеги тому пример.

— Да. Я ее продукт. И я весьма признательна западной фарме.

— Можно ли сейчас сказать, что западные фармкомпании перестали диктовать свою повестку дня рынку, обществу? В том числе информационную повестку. Как на ваш взгляд?

— Западная фарма перестает превалировать сегодня. Но, безусловно, с точки зрения технологий, информационных технологий, в том числе систем автоматизации, они, конечно, лидеры. Мы перенимаем их опыт, смотрим уже на их ошибки, совершенные когда-то. Мы во многом последователи.

— В каком направлении может пойти русская фарма? Мне кажется, что перспективу будут иметь небольшие, но весьма продвинутые компании, выпускающие инновационные препараты.

— Согласна. Именно очень специфические препараты, например от желтой лихорадки или вакцина для лечения лихорадки Эбола и т. п.

И важно с самого начала завоевать себе имидж, положительный. Потому что, как говорила Кокко Шанель, нельзя составить первое впечатление дважды. То есть правильный ход должен быть сразу.

Например, то, что мы сделали в Белоруссии, я считаю, было стратегически абсолютно правильно. Мы предложили свой препарат, провели массовое клиническое исследование на 11 тыс. пациентов, из них 6 тыс. дети. Исторически это было самое массовое эпидемиологическое исследование вакцин в СНГ. И получили доказательство, что в случае вакцинации в 4,5 раза снижается заболеваемость гриппом и в 2,4 раза — ОРВИ.

— А в Иране вы тоже по белорусскому сценарию пойдете?

— Да. Мы также реализуем проект по локализации вакцины гриппол плюс.

— Какие следующие страны? Или это все довольно случайно? Или есть какой-то план?

— Случайности мы стараемся исключить. План есть. У нас разработана стратегия на пять лет вперед. И прежде всего это страны, в которых уровень вакцинации ниже, чем в России.

— То есть Латинская Америка, Азия?

— Да.

— Как вы себе представляете пациента компании?

— Каждый человек независимо от дохода и социального статуса. Наш пациент по всему миру. Потому что наши препараты мирового уровня.

— Сколько сейчас стран, где продаются ваши препараты?

— 11 стран, где мы зарегистрированы.

— Поздравляю с 20-летием. Успехов.

— Спасибо.

Беседовал Владислав Дорофеев

Коммерсантъ

ЧТО ТАКОЕ
ТЕСТОВАЯ
ПОДПИСКА?

Возможность оформления подписки на газету «Коммерсантъ» в вашем регионе уточняйте по телефону 8 800 200 2556 (бесплатно по РФ). Доставка изданий осуществляется силами ФГУП «Почта России». В Москве и Санкт-Петербурге возможна курьерская доставка



Подробнее по QR-коду или телефону 8 800 200 2556 (бесплатно по РФ)

ЭТО: Власть, бизнес, общество, культура. Актуальные события. Качественная информация. Объективный анализ.

С доставкой на дом или в офис!

Получайте в течение месяца газету «Коммерсантъ» всего за **99 рублей** или любой из журналов — «Коммерсантъ Власть», «Коммерсантъ Деньги», «Огонёк» — за **49 рублей** Предложение действительно только для новых редакционных подписчиков