



Утерянное звено

кадры

На сегодняшний день в стране не хватает около 1 млн медработников — врачей и среднего медицинского персонала.

По словам, пожалуй, самого известного врача России главы Национальной медицинской палаты Леонида Рошаля, «у нас катастрофа с кадрами», и с ним согласны все медики. Точкой невозврата назвал зампред формулярного комитета РАМН Павел Воробьев обнаруженные перед уходом с поста министра здравоохранения и социального развития Татьяной Голиковой кадровые цифры о дефиците врачей. Многим участникам системы здравоохранения они показались отчасти фантастическими, другим — вполне реальными, например острейший дефицит в первичном звене.

При этом диспропорций полно: не только набившая оскомину между врачами и средним медицинским персоналом нехватка в амбулаторно-поликлиническом звене и переизбыток — в стационаре, но и обеспеченность медкадрами между отдельными территориями, городом и селом, большими медцентрами и провинциальными больницами.

В общей сложности в отрасли трудится более 500 тыс. врачей. Дефицит по клиническим специальностям составляет 152 тыс. человек, в амбулаторном звене не хватает 187 тыс. человек, а в стационарном — переизбыток кадров в 34 тыс. человек. При этом дефицит кадров среднего медперсонала составляет 800 тыс. человек. В амбулаторном звене катастрофический дефицит диетологов, детских онкологов, ревматологов, нефрологов, пульмонологов и врачей общей практики, в стационаре — анестезиологов, реаниматологов, онкологов, фтизиатров. Профицит в стационарном звене составляют стоматологи, офтальмологи, хирурги, травматологи-ортопеды.

Медики уверены: дефицит не только от диспропорции численности и неправильного набора при обучении — без определения потребностей, но и от непродуманного и безграмотного функционала — например, российский врач и лекарства выписывает, и делает простые процедуры, которые вполне могла бы выполнять медсестра. Сегодняшнюю картину медкадров дополняет низкий по современным меркам уровень

образования. Уровень знаний студентов-медиков ограничивается серединой 1980-х годов. Но кадровую проблему не решить, если у медиков будут низкие зарплаты — кажется, что от этой фразы уже устали сами медработники. И даже несмотря на то что бывший Минздравсоцразвития называл вполне достойные цифры — например, зарплата врачей, работающих по программам модернизации здравоохранения, по итогам 2011 года составила более 28 тыс. руб., что на 20% выше средней зарплаты, эти цифры никого не убедили. Кому же верить, если не Росстату — по данным статдеомства, в июле 2012 года средняя зарплата в здравоохранении была 20,6 тыс. руб. при средней по стране в 26,6 тыс. руб.

С новым законом «Об основах охраны здоровья граждан» у медработников появились новые перспективы улучшения благосостояния: зарплата медиков увеличится за счет финансового наполнения отрасли через одноканальное финансирование, уплаты взносов регионами за неработающее население, повышенных ставок в Фонд обязательного медицинского страхования. Уже в следующем году зарплата врачей должна вырасти на 24%, в 2014-м — на 13%, в 2015-м — на 17%, когда будет полностью выравнен тариф на обязательное медстрахование по всем субъектам РФ на неработающее население. Главный ориентир отрасли — майские указы президента: зарплата врачей к 2018 году вдвое должна превысить среднюю зарплату по региону, а старшего и среднего медперсонала — быть равна средней зарплате.

ВАКАНСИЯ ОТКРЫТА

По данным Арьяна де Йонгсте, генерального директора компании Philips в России и СНГ, хотя нацпроект «Здоровье» частично решил вопрос оснащения лечебных учреждений высокотехнологичным оборудованием, часть техники все же простаивает, в том числе по причине тотальной нехватки квалифицированных кадров. В целом по России при потребности в 30 тыс. квалифицированных врачей, способных работать на современном оборудовании, на данный момент насчитывается только 5 тыс. Другой важной кадровой задачей является отсутствие профессиональных управленцев в российском здравоохранении. 90% организаторов здравоохранения в России не имеют менеджерской подготовки, и у большинства нет возможности получить такое образование. По нашим данным, потребность в специалистах этого профиля к 2020 году вырастет на 22% и будет выше среднего спроса на другие медицинские специальности. В этой связи в сентябре было подписано трехстороннее соглашение с Первым МГМУ им. И. М. Сеченова, Университетом штата Виргиния и компанией Philips о сотрудничестве в сфере образования управленческих кадров в здравоохранении.

«Я боюсь того, что назревает в системе здравоохранения»

диагноз

Об эффекте плацебо, необходимости введения в стране лекарственного страхования и назревающем в 2013 году финансовом кризисе в новой системе ОМС рассуждает директор Института экономики здравоохранения ВШЭ ЛАРИСА ПОПОВИЧ.

— Каким должен быть правильный набор законов, реформирующих здравоохранение?

— Для начала должно быть понимание, какую модель здравоохранения мы выстраиваем, то есть что, кому и при каких условиях обещаем. Основопологающим должен быть закон о государственных гарантиях, а это, по сути, закон о модели здравоохранения. И уже после этого можно будет вносить поправки и в закон об охране здоровья, и в закон об ОМС, и в закон об обращении лекарств. Но вопрос о государственных гарантиях ключевой.

У нас же они сегодня абсолютно неконкретны: мы обещаем все, всем и задаром. А сейчас еще и «на уровне мировых стандартов». Ни одна страна в мире не может себе этого позволить, даже при огромных затратах на здравоохранение. В России государство платит значительно меньше, чем даже более бедные страны, а население

платит из кармана довольно много. Суммарно получается немало — \$1036 на душу. Но при этом эффективность медпомощи и показатели здоровья нации у России соответствуют странам, которые тратят на здравоохранение \$170 на душу населения. И смертность у нас на уровне этих стран.

Неэффективность нашего здравоохранения напрямую связана с недоступностью лекарств. К тому же все наши задачи, цели, стандарты и прочее ориентированы на некую усредненную популяцию. В то время как структура смертности и заболеваемости сильно отличается в разных возрастных группах: молодые болеют и умирают от совершенно других причин, чем пожилые.

Но все целевые программы направлены либо на детей, либо на пожилое население. Работоспособная активная молодая часть России как бы не существует и программами не охватывается.

— На ваш взгляд, страховые компании вписываются в новую ситуацию на рынке ОМС в России?

— Рынок ОМС страховыми компаниями больше не контролируется, ибо по закону страховщиком теперь является Федеральный фонд ОМС. Роль страховых компаний сейчас низведена до выдачи полисов, как бы защиты прав пациентов, которой они практически не занимаются, и постфак-

ного контроля и оплаты счетов медучреждения из целевых средств, получаемых от Фонда ОМС. В любом случае их роль сейчас сильно уменьшилась и о контроле рынка в обычном понимании речи не идет. Сейчас идет активный процесс слияния и поглощения, и реально компаний уже не 95 и не 70, как говорят, а существенно меньше. Просто есть дочерние аффилированные компании, не объявляющие о своей аффилированности с крупным бизнесом. Среди крупных можно назвать МАКС-М, «Ростосстрах-М» (вместе с ним работает «Капитал-М»), РОСНО-МС, «СОГАЗ-Мед», группу «Альфа», «Ингосстрах» и ряд серьезных региональных игроков вроде «Урал-Рецепт». Думаю, останутся четыре-пять региональных компаний и шесть-семь московских, мелкие будут уходить. Да и зачем вообще нужны сейчас страховые компании в этой новой системе ОМС, где они ни на что не влияют? Нужно думать либо о кардинальном расширении их роли и выборе тех, кто сумеет управлять рисками. Либо вообще от них отказываться, потому что они сильно усложняют систему отношений в ОМС, ведь сегодня каждому медучреждению надо готовить счета отдельно для каждой компании, а внутри счетов делать еще разбивку по всем источникам финансирования, что очень затратно и сильно фрагментирует систему.

(Окончание на стр. 20)



В скорой помощи сейчас нуждаются не только больные, но и национальное здравоохранение в целом, испытывая острейший дефицит подготовленных врачей и среднего медперсонала

Новому Минздраву придется исхитриться, чтобы удерживать тех, кто хотел бы работать в здравоохранении, в частности молодежь: на высокую зарплату они сразу рассчитывать не могут и бегут из отрасли. По статистике из более чем 20 тыс. выпускников медицинских вузов каждый пятый традиционно не идет в практическое здравоохранение. При этом ежегодно из здравоохранения уходит порядка 8%, или более 20–25 тыс., специалистов по причинам старения и нежелания работать в межд-

онных и сельских медучреждениях на низких зарплатах.

Прежнее Минздравсоцразвития хотело и предпринимало попытки исправить ситуацию с решением кадрового вопроса, однако самой громкой инициативой Татьяны Голиковой на посту министра было наделение студентов-медиков правом на старших курсах работать в штате медучреждения на должности среднего или младшего медперсонала. Бывший Минздравсоцразвития совместно с Минобрнауки даже принял новый образовательный стандарт для студентов медвузов, в котором резко увеличилась практическая подготовка на старших курсах, начиная с четвертого.

Среди других инициатив — привлечение молодых специалистов на село в добровольно-принудительном порядке по примеру других стран. Механизмы предполагались такие: в обмен на недостающие баллы при поступлении на бюджетное отделение абитуриент обязуется отработать в северных или малонаселенных территориях. Медсообщество предлагало пойти дальше и, по сути, вер-

нуться к советской принудительной системе распределения, однако тут же признало, что без соцгарантий реализовать ее невозможно. Кстати, в середине сентября президент Владимир Путин на встрече со студентами медвузов в Ростове все же одобрил идею распределения выпускников.

В Минздраве, впрочем, не так давно начали внедрение контрактного целевого приема в вузы по трехстороннему договору между регионом, вузом и родителями абитуриента до 18 лет, а потом и самим абитуриентом. В этой схеме регион должен занимать профориентацией, проявлять свою заинтересованность в конкретном студенте, поддерживая его материально в годы учебы и мотивируя на хорошую успеваемость. Как рассказывают в министерстве, эта программа уже набирает обороты.

В конечном счете радует, что представление о кадровых трудностях медицины в нынешнем Минздраве есть и у министерства много планов. Именно министр здравоохранения Вероника Скворцова еще на посту заместителя главы Минздравсоцразвития курировала кадровую проблему.

Тогда она рассказывала о созданном федеральном регистре всех медработников, в который с 2011 года включены студенты вузов и сузов. Такой регистр дает возможность министерству вместе с советом ректоров медицинских и фармацевтиче-

ских вузов реально планировать количество студентов по разным специальностям. Также Вероника Скворцова рассказывала о некой разработанной аналитической системе, которая позволяет создавать кадровый профиль для каждого региона и выявлять его диспропорции. Однако только в конце прошлого года Минздрав расослал регионам методические разъяснения к программе, направленной на «укрепление кадрового потенциала здравоохранения», которую должен принять каждый регион. Данные о том, заработала ли эта система, министерство не раскрывает. Весной медотрасль получила новый толчок к развитию кадров в майских указах президента, в соответствии с которыми в регионах должны быть приняты и разработаны до 1 мая 2013 года проекты программ, нацеленных на повышение квалификации медработников и поэтапное устранение дефицита медкадров. Заместитель главы Минздрава Игорь Грагманян недавно сообщил, что регионы приступают к их разработке.

Вновь воссозданному Минздраву придется интенсивно работать, чтобы реализовать не только эти, но и другие инициативы. Например, проведение аккредитации медицинских кадров с внедрением индивидуального листа допуска врачей к конкретным видам медицинской помощи, которая вводится с 2016 года.

Дарья Николаева

Сообщество по интересам

маркетинг

В России растет спрос на медицинских представителей. И это несмотря на то, что новый закон, ограничивший с января общение врачей и медпредставителей, заставил фармацевтические компании пересмотреть маркетинговые стратегии по продвижению препаратов.

● С 1 января вступил в силу закон «Об основах охраны здоровья граждан», который ввел значительные ограничения на взаимодействие врачей и медицинских представителей.

Новая практика

Вот уже более девяти месяцев врачи должны быть очень аккуратны в отношении представителей фармбизнеса.

Новые изменения фармотрасли встретили настороженно. С первых месяцев принятия закона стало понятно: практика его применения требует разъяснения, причем не только тем, на кого этот закон рассчитан напрямую, — врачам и медицинским представителям, но и чиновникам здравоохранения. После перегибов применения закона в регионах, когда рекомендации местных властей стали носить практически обязательный характер, что привело к полному запрету на общение и медпрепов не пускали даже на порог медучреждения, а те проникали в поликлинику под видом пациента, фармотрасль потребовала от федераль-

ных властей некоего общего разъяснительного регламента. Однако им в этом было отказано. По закону общаться медпрепы и врачи должны в соответствии с порядком, принятым в том числе частных. Однако даже спустя девять месяцев далеко не все медучреждения такой регламент приняли. А между тем и врачи, и фармкомпаниями твердят: нужны новые препараты и информация от врачей об их эффективности, нежелательных явлений при применении, ведь ее отсутствие может негативно сказаться на качестве лечения пациентов.

Расходы на медпрепов — основная статья расходов фармы: более 60%. Даже в условиях, когда большая фарма имеет достаточно жесткие правила продвижения, привнесенные ими из штаб-квартиры, в отличие от российских, отрасль все еще находится в ожидании единых и четких правил взаимодействия с медиками, сложившейся практики применения нового закона. Поговаривают на рынке и о том, как на законных основаниях обойти новые запреты — например, в некоторых фармкомпаниях признаются, что им помогают организовывать конференции специально созданные некоммерческие партнерства и фонды.

(Окончание на стр. 18)

СЕТЬ КЛИНИК
НИАРМЕДИК

Полный спектр услуг для детей и взрослых

Ваше здоровье затрагивает нас напрямую

Экспертная и профессиональная медицина с «человеческим лицом» невозможна без искренней и бесконечно полной заботы о каждом пациенте. Нас касается не только физическое здоровье наших клиентов, но также возможность сделать их жизнь более счастливой, насыщенной и яркой.

- Старейшая сеть частных многопрофильных клиник России
- Уникальный опыт поколений врачей-профессионалов своего дела
- Передовые методики диагностики и лечения
- Собственный лабораторно-диагностический комплекс

8 (495) 6-171-171 | www.nrmed.ru

С участием и заботой о здоровье!

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Лицензия № 77-01-000730 от 18.11.2008. Реклама

здоровоохранение

Тенденции

Клетки будущего

ИННОВАЦИИ

Российское Министрство здравоохранения намерено в короткий срок инициировать разработку и принятие новой нормативной базы для развития биомедицины в России.

● Внедрение биопрепаратов совершенствовало подходы к лечению многих заболеваний, включая ревматоидные и аутоиммунные (ревматоидный артрит), онкологические (рак предстательной и молочной желез, легких, гепатоцеллюлярная карцинома и т. д.), сердечно-сосудистые (вензные и артериальные тромбозы), эндокринные (сахарный диабет и гипотизарный нанизм), гематологические (анемия у онкологических и нефрологических пациентов, лимфомы), кожные (псориаз), желудочно-кишечные (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), неврологические (рассеянный склероз) и другие.

Открытый диагноз

«Фармацевтика стоит на пороге новой эры — эры биотехнологий», — говорит Виктория Анашкина, глава российского представительства Amgen. — Возможности расширенного генома человека и персонализированной медицины открывают потенциал для создания огромного количества лекарств для лечения болезней, которые сейчас не лечатся или плохо лечатся. К примеру, в онкологии появилось огромное количество платформ много класса препаратов — онковакцины. Да, инвестиции становятся более рискованными и более дорогими, учитывая возрастающие требования регуляторов. Но горизонт исследований не закрывается, а открывается. Просто этот процесс потребует новых партнерств, новых бизнес-моделей в R&D». По подсчетам Ассоциации международных фармпроизводителей, если в 1975 году на исследование и разработку одного оригинального препарата уходило в среднем около \$138 млн, то сейчас — более \$1,38 млрд.

По мнению Алтана Демирдере, главы российского отделения «Сандоз», к 2016 году рынок биофармацевтических препаратов составит \$150 млрд, а продажи биопрепаратов, у которых закончится срок действия патента к 2017 году, составят около \$70 млрд. К 2020 году объем мирового фармацевтического рынка вырастет более чем в два раза и достигнет \$1,3 трлн, говорит директор по налогам и юридическим услугам PricewaterhouseCoopers Алина Лаврентьева. По ее прогнозу, в ближайшее время в фармразрасти произойдут ключевые изменения. Среди них — сдвиг акцента с лечения на профилактику, отказ от модели продаж по типу «блокбастера», применение новых технологий, стимулирование R&D и замена существующего линейного научно-исследовательского процесса процессом непрерывного тестирования и лицензирования.

«Бум изобретения новых молекул прошел», — говорит глава представительства Ipsen в РФ Марина Велданова. — Наступает следующий этап. На первый план выходят более сложные молекулы, биотехнологии, иммунотехнологии, гено-инженерные технологии. На мой взгляд, инновационная фарма скоро сделает большой технологический скачок вперед.

С помощью клеточных технологий можно будет излечивать такие серьезные заболевания, как, например, детский церебральный паралич, болезнь Альцгеймера, болезнь Пар-



В Ярославском фармацевтическом кластере компаний «Такеда» сдан новый завод по производству традиционных лекарственных препаратов, которые и при бурном развитии биотехнологий всегда будут востребованы на рынке. ФОТО ДМИТРИЯ ЛЕБЕДЕВА

кинсона, диабет или инфаркт миокарда. И это только начало. Во многих западных странах за счет широкого применения технологий выращивания клеток кожи и использования живого эквивалента кожи резко снижена летальность от критических ожогов. Благодаря «умным» клеткам ученые уже научились «выращивать» отсутствующие у человека органы, например трахеи, конечности, внутренние органы. Единственным «заповедником», к которому пока не могут подступиться светила науки, является мозг.

Последние исследования показывают, что даже у стволовых клеток большого организма можно изменить характер функционирования и выращивать из них что угодно. Уже через пять-десять лет, по мнению ученых, можно будет восстанавливать жизненно важные ткани и органы: сердечную мышцу, печень, инсулинпродуцирующие клетки поджелудочной железы, нервные клетки и др. Добавим, что сейчас активно развиваются технологии, исключающие использование эмбриональных стволовых клеток.

Директор Института экспериментальной кардиологии Владимир Смирнов, полагает, что в течение пяти-семи лет найдут широкое применение технологии репрограммирования клеток из организма пациента, при котором они смогут приобрести свойства стволовых.

Набирают популярность банки тканей и банки здоровых клеток, которые берутся из пуповинной крови младенца и потом используются в случае необходимости на протяжении жизни человека. Правда, в Москве хранение таких клеток стоит недешево. Наша страна активно участвует в подобных исследованиях, что неудивительно. Ведь стволовые клетки были открыты в России еще в 60-х годах прошлого века, сообщил декан факультета фундаментальной медицины МГУ им. Ломоносова, академик РАН и РАМН Всеволод Ткачук. Более того, по его мнению, и биомедицина как наука начиналась в нашей стране. Но если на Западе она давно уже применяется на практике, в нашей стране разработка и внедрение биомедицинских клеточных технологий сдерживаются сейчас несовершенством законодательства.

По оценке председателя комитета ГД по науке и наукоемким технологиям Валерия Черешнева, сегодня объем мирового рынка биомедицинских клеточных технологий достиг

\$2,5 млрд, а к 2025 году может приблизиться к \$30 млрд. Россия сейчас получает сущие крошки с этого богатого стола. Видимо, для того, чтобы изменить ситуацию, в январе в Минздраве создали департамент инновационного развития и развития медицинской науки. Его сотрудники уже провели инвентаризацию всего «живого», что осталось в стране.

В стране отсутствует не только нормативная база использования в лечении новых биопродуктов, отсутствует биоэкспертиза клеток, недостаточно доклинических и практических нет клинических исследований. Сейчас в России действуют патенты, которые предполагают использование эмбриональных клеток в медтехнологиях — в основном для омоложения кожи, в мезотерапии, при трансплантации фрагментов тканей и т. д.

Назревшая терапия

Как сообщила министр здравоохранения Вероника Скворцова, министерство намерено в короткий срок создать новую нормативную базу для биомедицины. Она будет включать законопроект о донорстве и трансплантации органов, донорстве крови и ее компонентах, биомедицинских клеточных продуктах, донорстве и трансплантации тканей и сети криобанков. Большинство документов уже поступило в ГД. Планируется добавить в закон «Об обращении лекарственных препаратов» положения о биотехнологических препаратах. Минпромторг разрабатывает законопроект о медицинских изделиях, в котором целый блок посвящен биологическим и биосовместимым материалам. Также предполагается внесение изменений в закон о генно-модифицированных продуктах, за который отвечает Минсельхоз. Таким образом, целая связка законодательных актов будет подготовлена в самое ближайшее время», — заключила министр.

Одного благоприятного климата для появления прорывных биотехнологий явно недостаточно. Многие талантливые исследователи уехали из России. Это признает и Вероника Скворцова: «Советская медицинская наука была одной из самых сильных в мире. Но сегодня наши ведущие ученые — молекулярные генетики, молекулярные биологи, разработчики клеточной медицины — возмлают лучшие лаборатории мира. Школы, которые к началу 1980-х годов были у нас, сейчас функционируют в США, Великобритании и многих других странах.

В последние 20 лет России нанесен огромный урон, потому что лучшие специалисты на 80% выехали из страны. Это самое активное взрослое поколение — от 30 до 55 лет». Однако, по мнению госпожи Скворцовой, потеряно не все: «Сегодня в России есть молодые таланты, а также отраслевые, «генералы» — люди с колоссальным опытом работы в области медицины и смежных наук».

С оптимизмом смотрит на Россию и исполнительный директор подразделения по сотрудничеству в области R&D на развивающихся рынках компании AstraZeneca Аджай Гаутам: «В России существуют все предпосылки для развития инновационных исследований и разработок — это традиционно сильная фундаментальная наука и наличие талантливых специалистов, наличие государственных институтов инновационного развития, таких как «Сколково», «Роснано» и РВК, а также инициативы государства по модернизации здравоохранения».

Справедливости ради надо сказать, что до лидеров персонализированной медицины нашим ученым еще далеко. То, что для россиянина кажется фантастикой, стало давно нормой на Западе. Например, прекрасные жительницы Парижа и Брюсселя уже привыкли сдавать образцы кожи. Походы в лаборатории окупаются стоицей. Ведь они потом получают косметический крем, приготовленный специально для их кожи. Уход — дело святое. Надо ли говорить, что эффективность персонализированных продуктов на порядок выше массовых.

Аналогичный опыт внедрен и для выпуска персонализированных лекарств. Особенно в этом преуспели в туманном Альбионе и США. «Мы возвращаемся во времена экстенпо-лярных лекарств, когда, заболев, человек по рецепту врача приходил в аптеку и получал изготовленное там лекарство с индивидуальной дозой. Процесс перехода от эпохи «блокбастеров» к таргетным препаратам, к так называемым «ниш-бастерам», займет десять лет. Лекарства будут фокусные, индивидуальные», — отмечает директор аналитической компании Cegedim Strategic Data в России Давид Мелик-Гусейнов. — Я думаю, что в течение пяти-восьми лет инновационная фармация станет полностью биологической».

А химический синтез сойдет на нет. Фармация не интересна большой химии, которой нужны все боль-

шие объемы, связанные с сельским хозяйством, бытовой химией. Молекулы будут вытеснены биотехнологическими препаратами. Количество открытий в этом направлении новых технологий, новых решений, связанных с живой культурой, растет как снежный ком. То есть российские инновационные компании сегодня имеют шанс стать конкурентоспособными на мировом рынке. Но только если они вложатся не в стекло и бетон технопарков, а в биотехнологии, R&D, науку, технологии и образование. Как это делают, например, Sanofi-Aventis, Pfizer, Eli Lilly, которые покупают маленькие биотехнологические компании, в портфеле которых всего один-два препарата.

Программа на завтра

В конце апреля правительство России утвердило амбициозную комплексную программу развития биотехнологий в РФ до 2020 года. Для того чтобы создать в стране глобально конкурентоспособный сектор биоэкономики, из бюджета выделят 1,18 трлн руб. Из них на развитие биомедицины потратят 150 млрд руб., на биофармацевтику — 106 млрд руб. Планируется, что уровень производства биотехнологической продукции к 2020 году составит около 1% ВВП, к 2030-му — не менее 3%.

Здравоохранению посвящены два раздела программы. В одном из них Минпромторгу поручено заняться разработкой отечественных вакцин, антибиотиков и бактериофагов нового поколения (в чем традиционно сильна Россия), а также локализацией производств по выпуску жизненно важных лекарственных препаратов, биодегенераторов, гормонов. Никаких инноваций, связанных с новыми технологиями доставки, детектирования заболеваний в этом разделе специалисты не обнаружили.

Гораздо интереснее раздел программы о биомедицине. Ведь из программы видны наиболее перспективные направления российской биомедицины. По мнению директора Института экономики здравоохранения ВШЭ Ларисы Попович, наибольший интерес представляют диагностические in vitro (диагностические тесты вне живого организма), высокочувствительные биосенсоры и биочипы: «Это пик интереса во всем мире. Американцы делают мобильные биочипы на выявление огромного количества заболеваний и с помощью их обнаруживают». Благодаря использованию телекоммуникационных средств связи моментально анализируется риск заболевания или течение огромного количества болезней. Отпадает необходимость исследований в сложных клинических лабораториях».

Большое внимание в программе уделяется развитию в России клеточных биомедицинских технологий. В нашей стране немало перспективных разработок в лечении аутоиммунных заболеваний, диабета второго типа, инфаркта, травм спинного мозга. В Новосибирске, например, нашли уникальный способ избавления от рака с помощью... раковых клеток мышей. Большого прогресса добился и частный московский Институт стволовых клеток человека, который провел IPO на ММВБ.

Еще один прорывной сегмент в программе — пренатальное тестирование и связанные с ним технологии генетической диагностики. По мнению экспертов, внедрение в России этих технологий позволит совершить прорыв в борьбе со многими редкими и запущенными заболеваниями, такими как муковисцидоз, болезнь Ветше, мукополисахаридоз и другие.

Есть в программе и пункт, посвященный персонализированной медицине. Геномные исследования, которые лежат в основе персонализированной медицины, начинают развиваться в России. Например, в Санкт-Петербурге и Москве.

Сергей Артемов

Сообщество по интересам

маркетинг



Вот уже более девяти месяцев — с момента вступления в силу закона «Об основах охраны здоровья граждан» — врачи должны быть крайне заинтересованы в отношении представителей фармбизнеса. ФОТО ДЕНИСА ВАСИЛЬСКОГО

(Окончание. Начало на стр. 17)

Юристы, в свою очередь, новый закон встретили с энтузиазмом. Директор Института законодательства и сравнительного правового применения при правительстве РФ Талия Хабриева еще весной заявила, что наконец-то Россия вошла в русло современных тенденций введения ограничений в отрасли. В мире действительно существует тренд наложения жестких ограничений на медработников. Так, например, в США медработники приравнены к гражданским служащим — на них распространяются все запреты, соответствующие госслужбе. Но у российских врачей и так нет привилегий как у госслужащих.

Функции контроля общения врачей и медпрепов получил Росздравнадзор — там признаются, что для ведомства это «совершенно новые полномочия». Как заявила весной на Российском фармацевтическом форуме Института Адама Смита и. о. главы Росздравнадзора Елена Тельнова, к медработникам и медпрепам «никто не собирается применять каких-либо репрессивных мер», а сам контроль, по ее словам, ведомство начнет осуществлять с 2013 года. А до этого ведомство должно внести проверки в план контрольных мероприятий и согласовать его с Генпрокуратурой. К тому же нужен регламент по реализации этого полномочия, чтобы «порядок проведения контрольных мероприятий был понятен участникам рынка». В Росздравнадзоре в сентябре заявили, что необходимо сохранить обмен информацией между медицинскими представителями и врачами, и даже выступили категорически против прекращения общения врачей и медпрепов. Ведомство заинтересовано в поступлении информации по мониторингу безопасности лекарственных средств, признают чиновники, как бизнес — в продвижении препаратов.

Новые сети

В целом новый закон врачи приветствуют. В идеальном представлении врача медпреп должен обладать не меньшими теоретическими знаниями, чем сам врач, и даже большими, ведь практически во время визита он врача обучает. Самая главная претензия врачей — подача такой учебной информации. Медпрепы, рассказывая о конкретном презентуемом препарате, не дают информации ни о заболевании в целом, ни о методах его лечения, ни о принципе подбора препаратов и методики оценки состояния пациента, не предоставляют информацию об прямых аналогах и ценах на них. В целом претензия врачей сводится к тому, что медпреп ведет себя не как человек — носитель информации, а как коммивояжер.

Исполнительный директор Ассоциации международных фармпроизводителей (АИРМ) Владимир Шипков считает, что фармкомпаниям с новым законом ничего другого не остается, как менять модели бизнеса в плане продвижения препаратов: «Компании все больше начинают применять в своей работе интернет-технологии. Но нужен как минимум год, чтобы понять, как закон работает и какие подходы к ведению бизнеса более уместны». «Катастрофы со времени принятия закона не случилось», — рассказывает глава представительства Ipsen в РФ Марина Велданова, добавляя, что в нынешнем законе не существует каких-либо

вещей, которые блокируют «наши основные активности». По ее словам, АИРМ обновляет Кодекс маркетинговой этики.

Помимо традиционных форм взаимодействия с медицинским сообществом компании уже активно внедряют в практику IT-технологии: телемости, вебинары, школы, круглые столы, которые собирают специалистов со всех уголков мира. «В нынешних условиях такие форматы становятся все более актуальными и востребованными», — отмечает гендиректор компании Amgen в России Виктория Анашкина. О таких же практиках внедрения информационных технологий внутри корпорации рассказывает менеджер по инновациям «АстраЗенек России» Максим Агарев: «Мы уделяем большое внимание активному использованию новых каналов распространения медицинской и научной информации. Прежде всего это веб-конференции с участием врачей и лидеров мнений». Также в компании планируют использовать технологии удаленного доступа для индивидуального общения врача и медицинского представителя и тестируют различные IT-решения: смартфоны и планшеты, используемые для презентации, интерактивное обучение (e-Learning) и получение специализированной медицинской информации по запросу.

В набирающих популярность социальных сетях для медработников, организуемых сейчас уже и самими фармкомпаниями, не скрывают имена клиентов — крупных компаний и PR-агентств, работающих на клиентов из фармразрасти. Такие раскрытые сообщества для врачей (предусмотрена многоуровневая регистрация), как сообщает одна из самых популярных соцсетей, «дают оптимальное представление о продукции во врачебном сообществе и способах влияния на выбор врачей». В планах как самих соцсетей, так и фармкомпаний — развитие различных новостных и научных сайтов. Они убеждены: на этих электронных площадках врачи смогут найти научно-медицинскую информацию, провести дискуссию с коллегами и ведущими специалистами, посмотреть онлайн-видеотрансляции лекций и мастер-классов. «В настоящее время мы готовим к запуску ряд интернет-проектов, в числе которых, например, сайт по проблеме заболевания хронической обструктивной болезнью легких», — приводит пример руководитель российского подразделения «Никомед» в составе «Такеда» Андрей Потапов.

По данным портала Superjob.ru, спрос на медпредставителей растет с января. «Число вакансий не уменьшилось, а, наоборот, увеличилось». Это связано с запуском новых продуктов и активностью дженериковых компаний», — отмечает генеральный директор «АНКОР Медицина и Фармация» Ирина Ольховенко. По данным АНКОР, минимальный оклад медпредставителя без опыта в регионах составляет 30 тыс. руб., для опытных кандидатов — от 47 тыс. руб. Зарплаты опытных медпрепов в Москве достигают 120 тыс. руб. в месяц. Несмотря на то что часть общения медпрепов и медиков де-факто уже перешла в онлайн, в кадровых агентствах утверждают, что медпрепы по-прежнему востребованы и безработицы среди них нет.

Дарья Николаева

ДОСТУПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Председатель совета директоров компании FERRING Group МИШЕЛЬ Л. ПЕТТИГРО рассказывает об инновационных методах, применяемых при лечении бесплодия и других вчера еще неизлечимых заболеваниях.

● Деятельность компании FERRING Pharmaceuticals началась в 1950 году в небольшом офисе в г. Малме, Швеция. Сегодня представительства FERRING есть более чем в 50 странах, а производимые компанией препараты присутствуют на фармацевтических рынках 90 стран. FERRING Pharmaceuticals разрабатывает инновационные препараты для лечения заболеваний в таких направлениях медицины, как экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), акушерство, урология, гастроэнтерология, онкология и эндокринология. Мировой лидер по производству препаратов на основе пептидных гормонов, вырабатываемых гипофизом человека. Российское представительство FERRING открыто 17 лет назад.

Мы уже 16 лет производим препараты, основанные на природных пептидных гормонах гипофиза. В основе наших разработок лежит идея основателя компании FERRING доктора Фредерика Паульсена, который был убежден, что пептиды можно синтезировать и использовать для лечения различных заболева-

ний. Согласно его теории, в результате синтеза получается вещество, обладающее всеми преимуществами природных гормонов, но избежавшее при этом от всех их недостатков. Мы применили это открытие на практике, и сегодня на основе пептидных гормонов наша компания производит лекарства, которые эффективно применяют во многих областях медицины. Их используют при лечении онкологических заболеваний, а также назначают беременным женщинам при угрозе выкидыша или преждевременных родов. Наша последняя разработка для лечения онкологических заболеваний у мужчин препарат фирмагон является эффективной альтернативой хирургической операции.

Когда мы только начинали свою деятельность в России, основной целью компании было сделать доступными препараты для лечения различных серьезных заболеваний. Мы начали свою историю в России с препарата пентаса, применяющегося для лечения язвенного колита, проктита и болезни Крона. Следующим продуктом, который мы принесли на российский рынок, был препарат менопау для лечения бесплодия (по оценкам Всемирной организации здравоохранения, сейчас в мире от бесплодия страдают 60–80 млн пар. — «Ъ»). Этот препарат имел огромное значение в развитии ЭКО в России. На протяжении последних лет одним из ключевых аспектов деятельности компа-

нии является также освещение проблемы первичного ночного энуреза, которая в России является недооцененной. Согласно данным статистики, около 1 млн детей страдают энурезом.

На данный момент наша компания представлена в десяти российских городах-миллионниках, и мы планируем дальше расширять свое присутствие на территории страны. Мы вывели на российский рынок десять препаратов, которые сегодня используются в таких областях медицины, как ЭКО, акушерство, урология, гастроэнтерология, онкология и эндокринология. Сейчас у нас здесь есть партнер — российская компания, занимающаяся производством лекарственных препаратов. Три года назад FERRING начала процесс передачи технологий для организации вторичной упаковки в России с последующим возможным переходом на производство полного цикла. Текущая стратегия компании заключается не в строительстве собственного производства с нуля, а в модернизации уже существующих российских площадок. Таким образом, FERRING активно участвует в осуществлении принятой в 2011 году в России государственной программы по развитию фармацевтической и медицинской промышленности. В ближайшем будущем мы планируем запустить линию вторичной упаковки таблеток с последующим контролем качества и выпуском коммерческих серий в обращение.

БИОЛОГИЯ ВНЕДРЕНИЯ

Согласно «Комплексной программе по развитию биотехнологий в Российской Федерации до 2020 года», биотехнологическая отрасль наравне с информационной и нанотехнологической признана ключевой для инновационного развития России. Согласно программе, через восемь лет российские компании должны быть зарегистрированы не менее 50 оригинальных биофармацевтических препаратов, а высокотехнологичные лекарства, производимые на территории России, должны занять не менее 50% отечественного рынка. Программа включает два этапа (первый — 2011–2015 годы, второй — 2015–2020 годы) и девять направлений: биофармацевтика, биомедицина, сельскохозяйственная и пищевая биотехнология, биоэнергетика, природоохранная биология, лесная биотехнология, морская биотехнология. На первом этапе реализации программы в сфере биофармацевтики и биомедицины фокус будет направлен на развитие внутреннего спроса и экспорта биотехнологической про-

дукции, создание стимулов для локализации производств биотехнологической продукции в РФ. На этом же этапе должен быть решен вопрос повышения уровня коммерциализации биоразработок в том числе за счет государственно-частного партнерства, созданы организационные и правовые нормы для формирования новых рынков, сформированы региональные программы и биокластеры. На втором этапе предполагается формирование производственно-технологической базы. Для проработки программы до конца 2012 года предстоит подготовить еще три документа: ФЭ «Об основах биомедицинских клеточных продуктов» и две записки с предложениями — о создании пилотных производств для отработки промышленных технологий создания диагностикомов, биосовместимых медицинских материалов и тканеинженерных конструкций, а также по совершенствованию регулирования и стандартизации процедур создания и ведения банков биологических образцов.

Пациент хочет видеть Его Величество Врача

О том, зачем нужен комплексный подход к диагностике и лечению, о его возможностях и новых направлениях в развитии современной медицины, рассказывает Председатель Правления Группы компаний «Кибернетическая медицина», математик, кандидат технических наук Александр Авшалумов.



- Александр Семенович, к вам в Клинику Московского института кибернетической медицины приезжают лечиться из разных стран мира, и это не только наши соотечественники, но и жители Германии, Англии, Франции, США. В то же время очень многие состоятельные люди из России едут обследоваться в такие страны, как Израиль, Германия. Как Вы можете это прокомментировать?

- Прежде всего, хочу отметить, что нет такой нации, которая была бы довольна своей медициной. И этому есть простое объяснение. Мы знаем о человеке и процессах жизнедеятельности крайне мало, но даже те знания, которые имеем, используются неэффективно. Диагностика и лечение почти полностью отданы в руки узких специалистов. Каждый из них лечит «свою» болезнь, зачастую забывая о том, что организм един, с этих позиций он и должен рассматриваться как в процессе диагностики, так и лечения. Именно такой системный подход мы используем в нашей клинике. Сначала мы проводим комплексную диагностику, а затем на основе полученных данных – комплексное лечение. Это позволяет получать стойкие положительные результаты. Видимо информация об этих успехах разносится «сарафанным радио», к нашему удивлению, по всему миру. Что касается наших граждан, то считать, что где-то за границей им обязательно помогут, а в России нет – по крайней мере, наивно.

- А как же распространенное мнение о высоком уровне медицины в развитых странах?

- Что касается хирургии, а также ряда заболеваний, например онкологических, в процессе лечения которых необходимо соблюдать жесткий протокол, я готов с этим согласиться. Совсем другое дело – терапия хронических болезней, когда не могут поставить диагноз, когда у пациента множество разнообразных жалоб

и симптомов. В этих случаях говорить о высоком уровне оказания медицинской помощи не приходится.

- Примеры можете привести?

- Возьмем Канаду. По данным ВОЗ, рейтинг системы здравоохранения этой страны достаточно высок – она занимает 30-е место из 190. Но, например, при записи на прием к врачу гражданам этой страны необходимо ждать несколько недель. К нам иногда звонят пациенты из Канады, просят записать их на диагностическое обследование в клинику. Пациенты прилетают и за один день проходят диагностику. Через некоторое время они получают по электронной почте результаты обследования, а затем по скуре проходит заключительная консультация с врачом. И это не единичный случай. Та же ситуация в Нидерландах (17 место). Наша соотечественница, проживающая там, приехала в Россию и обратилась к нам в клинику с жалобой на обострение хронического бронхита. По месту жительства ей прописали парацетамол и записали в лист ожидания на прием к врачу через 42 дня.

В тех же Нидерландах врач на приеме выслушивает жалобы пациента, одновременно заносит их в компьютер, после чего экспертная система выдает возможный диагноз, список рекомендаций. И на этом прием закончен.

К нам обратилась супружеская пара из Франции (страна №1 согласно ВОЗ). У женщины, 59 лет, – сахарный диабет II типа. Она регулярно принимала 14 таблеток от разных специалистов, но, несмотря на это, ее состояние год от года ухудшалось. У ее мужа, 60 лет, работающего в тюнинговой автомастерской, мы обнаружили в крови и в волосах повышенное содержание свинца, что явилось шоком для французских медиков.

Очевидно, что и за рубежом существует масса недостатков в оказании качественной медицинской помощи, хотя почему-то считается, что там – некий идеал медицины.

- У вашей клиники необычное название. Что же это такое – кибернетическая медицина?

- Кибернетическая медицина – это одно из современных направлений развития медицинской науки. В ее основе лежит представление об организме человека как о сложной целостной биологической системе, в которой все органы, ткани и структуры находятся в постоянном взаимодействии, влияют и зависят друг от друга. Кроме того, в кибернетической медицине организм человека рассматривается и с позиции управления, поскольку жизнедеятельность невозможна без координации работы всех органов и систем. Ясно, что если произошел сбой в работе какого-то органа, это отражается

и на функции других. Рассматривая возможные взаимосвязи в организме, мы пытаемся установить первопричины заболевания.

- Каким образом осуществляется диагностический процесс в вашей клинике?

- Наша диагностика основана на системном (комплексном) подходе. Мы строим диагностический процесс так, чтобы не просто поставить диагноз основного заболевания, а докопаться до его первопричины, выявить сопутствующие патологии, выстроив своего рода их иерархию.

Каждый пациент, обращаясь в клинику, независимо от того, какие у него жалобы, а они могут быть самыми разнообразными: головная боль, высокое давление и так далее, проходит комплексное диагностическое обследование, состоящее из 18 исследований – «Золотой стандарт диагностики».

Когда мы, развивая и совершенствуя комплексный подход, разработали программу «Золотой стандарт диагностики» и впервые объявили о новой услуге, к нам выстроилась очередь на полгода вперед. Ведь большинство людей интуитивно понимают, что организм чрезвычайно сложен и чтобы найти первопричину, необходим широкий круг исследований.

Однако «Золотой стандарт» – это только база, первооснова, так сказать. У нас есть специализированные диагностические программы, такие как «Здоровье женщины», «Мужчина после 40», «Жизнь без гипертонии», «Жизнь без диабета» и множество других, где к «Золотому стандарту» уже добавляются те специфические исследования, которые важны при выявлении тех или иных заболеваний и их возможных осложнений.

- Как в вашей клинике организован процесс лечения? В чем состоит его особенность?

- Как и в диагностике, мы используем комплексный подход, обеспечивающий достижение выраженного положительного результата. Результат – это самое главное. На основе данных диагностики для каждого пациента разрабатывается индивидуальная программа комплексного лечения, нацеленная, во-первых, на устранение причин основного и сопутствующих заболеваний; во-вторых, на нормализацию функций всех внутренних органов; в-третьих, на мобилизацию защитных сил организма и укрепление иммунитета.

Разработка такой программы – это сложная творческая и нестандартная задача. Я не критикую стандарты, поскольку они помогают гарантировать некий минимум объема и качества оказываемой помощи. Мы же убеждены, что лечить

необходимо не отдельные органы, а организм как единое целое, поскольку в нем все взаимосвязано и взаимообусловлено. Как учесть эти связи и взаимовлияния? Для этого и нужен лечащий врач, который сможет разобраться во всей имеющейся информации, отделить главное от второстепенного и принять правильное решение. Наши специалисты узкого профиля работают в тесном контакте с лечащим врачом. Но только он один является персонально ответственным за пациента. Это очень важно.

- Чем можно объяснить получение стойких положительных результатов при лечении самых различных заболеваний?

- Мы применяем общепринятые, хорошо известные методы лечения. Суть в том, как их комбинировать друг с другом, в какой последовательности использовать, с какой скоростью вводить нужные препараты. И это не менее важно, чем качество самих лекарственных средств.

Нужно учитывать взаимовлияние препаратов, когда, например, одно лекарство усиливает другое, а оба вместе усиливают следующее... Иногда пациенты говорят: «Дайте нам список лекарств, мы пролечимся дома». Это только вызывает улыбку. Ведь в такой список войдут, в основном, самые обычные лекарства, которые есть в аптеках. Все дело в том, какие препараты выбрать для приема в конкретный момент, в какой последовательности их применять, каким способом.

Принципиально важно то, что мы тщательно отслеживаем процесс лечения. Для этой цели применяется различная аппаратура, в том числе и приборы, которые используются в реанимации: такие, как газоанализаторы крови, позволяющие быстро оценить эффективность терапии. Они показывают рН крови, сатурацию (насыщение артериальной крови кислородом), содержание углекислого газа, калия, кальция, концентрацию гемоглобина. Это позволяет оперативно оценивать эффективность лечения и вносить необходимые коррективы в терапевтический процесс.

Все перечисленное в полной мере реализуется в нашем дневном стационаре.

- Почему вы выбрали форму дневного стационара, в чем его преимущества?

Большинство наших пациентов – люди, которые очень дорожат своим временем. Мы делаем все, чтобы максимально его сэкономить, начиная от первичного обращения в клинику и далее на каждом этапе: запись на прием, регистрации, встреча, сопровождение, заключительное собеседование с лечащим врачом, выдача заключения, назначений и рекомендаций в письменном виде. За счет четкого планирования маршрутов и графиков дви-

жения пациента при проведении диагностики, отсутствия задержек и очередей у врачейных кабинетов удается свести к минимуму общее время обслуживания без ущерба его качеству.

Тот же принцип используется и при лечении. Далеко не все, нуждающиеся в стационарном лечении, могут позволить себе круглосуточное и многодневное пребывание в больнице. Альтернативой как раз и является дневной стационар. В нашем дневном стационаре пациент получает качественное полноценное лечение, не отрываясь от текущих дел. Терапевтические процедуры отнимают не более 3 часов в день, причем пациент по своему усмотрению может выбрать наиболее удобное время их проведения. Все это не может не привлекать деловых людей.

- Какие заболевания вы лечите в вашей клинике?

- Мы лечим самые разные заболевания внутренних органов, болезни суставов, кожные и многие другие. Добились очень хороших результатов в лечении болезней сердца и сосудов, гипертонии, диабета II типа. К примеру, общепризнанным международным критерием эффективности терапии сахарного диабета II типа служит показатель так называемого, гликированного гемоглобина, отражающего среднее содержание сахара в крови за длительный период. По данным Всемирной организации здравоохранения, если в течение трехмесячного курса лечения этот показатель снижается на 1%, то это считается серьезным успехом терапии. В нашей клинике мы устойчиво снижаем уровень гликированного гемоглобина на 1,5 – 2,7% в течение 21-дневного курса. Отмечу, что эти данные получены по результатам лечения почти 2000 пациентов.

- Чтобы оставаться на плаву, необходимо следить за новыми работками в области медицинской техники, методами диагностики и технологиями лечения. Как вам это удается?

- Хочу подчеркнуть, что клиника тесно взаимодействует с Московским институтом кибернетической медицины (МИКМ), на базе которого и была создана.

Институт ведет многогранную научную деятельность, основной целью которой является внедрение достижений фундаментальных наук и, в частности, кибернетики в медицинскую практику. Фактически МИКМ осуществляет научное и научно-методическое обеспечение клиники. Так, информационно-аналитический отдел института собирает, систематизирует и анализирует информацию о передовых методиках, технологиях, приборах. Сотрудниками института осуществляется текущий контроль качества используемых

в клинике лекарственных препаратов.

К значительным успехам института можно отнести создание Медицинского КВЧ-диагностического комплекса ДКМ-01, разработку комплекса 3D-визуализации и моделирования человека в полный рост, разработку оригинальной программной системы автоматизации деятельности клиники во всех ее аспектах, развитие новых методов статистической, нейросетевой обработки информации и ее представление врачу в сжатой и удобной для понимания форме. Все это успешно используется в клинике, поддерживая ее деятельность на высоком научно-методическом уровне.

- Как вы подбираете кадры?

- Это большая проблема. У нас очень жесткий отбор: из нескольких десятков кандидатов отбираем одного. Врач должен быть не только высококвалифицированным специалистом, обладать глубокими всесторонними познаниями в области медицины, но и человеком, который вызывает доверие и уважение у пациента. Ведь, как еще Чехов говорил: «Профессия врача – это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов».

Еще одно важное требование: способность к освоению и творческому применению новых идей и методов. Многие из того, что мы делаем, применяется впервые. Наша сложная терапия сочетает в себе внутривенный способ введения препаратов с другими методами медикаментозного лечения, физиотерапией, массажем и прочими средствами реабилитации. В процессе диагностики используется уникальное оборудование, приборы, методы биохимического анализа. По результатам диагностики в распоряжении врача оказывается гигантский объем информации, в сложных случаях – до 700 параметров. И врачу необходимо систематизировать и интерпретировать все эти данные, что довольно сложно, если он не обладает системным мышлением. Здесь, конечно, на помощь приходят компьютеры, специалисты в иных областях знаний: математики, биохимии, физики, программисты, которые помогают врачу, предоставляя ему рабочий инструмент для того, чтобы было легче разобраться в иерархии причин заболевания, выявлении того, что первично, а что вторично в возникновении и течении болезни.

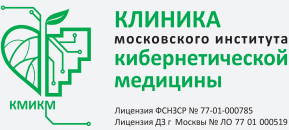
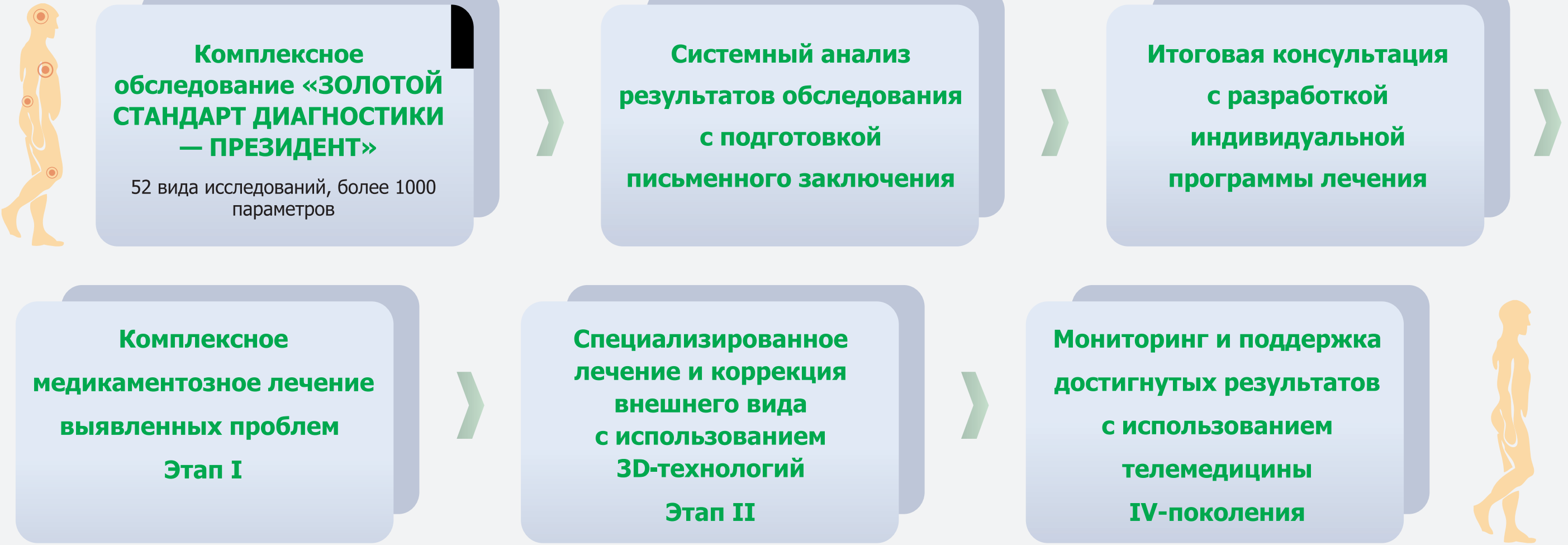
Моя позиция как математика, специалиста в области системного анализа состоит именно в том, что только такими объединенными усилиями, в центре которых стоит Врач с большой буквы, можно добиться качественного прорыва в медицине.

Не боясь повториться, скажу: пациенты хотят видеть Его Величество Врача!

реклама

«УПРАВЛЕНИЕ ВОЗРАСТОМ»

НОВАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА



Прием пациентов по предварительной записи

Тел. (495) 921-40-50 (многоканальный), с 8:00 до 20:00, без выходных. Тел. (495) 410-15-70 для юридических лиц и VIP-обслуживания.

www.cybermed.ru

ПОЛУЧИТЕ КОНСУЛЬТАЦИЮ НАШИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОКАЗЫВАЕМЫМ УСЛУГАМ И ВОЗМОЖНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ

здравоохранение практика

«Я боюсь того, что назревает в системе здравоохранения»

диагноз

(Окончание. Начало на стр. 17)

— Не приведет ли такая усложненность в 2013 году к кризису неплатежей в системе ОМС?

— Честно говоря, я его ожидала в марте, но, видимо, ситуацию разрушили «вручную». Я жду проблем с оплатой по стандартам медпомощи. Стандарты еще не введены, а страховые компании обязаны контролировать их выполнение и наказывать медучреждения за их несоблюдение уже с 2012 года. Если начнется ужесточение контроля за деятельностью страховых компаний, те вынуждены будут ужесточать контроль за деятельностью ЛПУ, что выльется в серьезные проблемы. Что касается стандартов, то это среднестатистическая величина, не применимая к конкретному человеку. Стандарты нужны для планирования, макроэкономических расчетов, но не для того, чтобы по ним лечить в каждом конкретном случае. И тем более нельзя наказывать за их невыполнение. Этот конфликт зреет, уже сейчас медучреждения судятся со страховыми компаниями, а те пытаются снимать с них деньги в условиях недофинансирования здравоохранения. Чем дальше, тем более острый характер будет приобретать этот конфликт. И когда мы перейдем к одноканальной системе финансирования и никакой бюджетной финансовой подушки у ЛПУ не останется, вся эта система недофинансирования приведет к тому, что государственные учреждения в конкуренции с частными проиграют и останутся без денег. Система финансовых отношений выстроена просто абсурдно и преследует совсем иные цели, нежели здоровье населения. И я боюсь того, что назревает в системе здравоохранения.

— Какую модель лекстрахования, на ваш взгляд, надо использовать в России?

— Наш институт разработал шесть вариантов различных моделей лекарственного страхования, четыре из которых включаются в систему ОМС и две могут существовать вне ее, а также четыре варианта расчета необходимого ресурсного обеспечения: при использовании стандартов или без них, с рисковой моделью или без нее. Считали, например, сколько денег нужно на обеспечение больных с определенными нозологиями или населения определенных возрастов. Или сколько будет стоить программа с включением определенных типов лекарств. В общем, из разных моделей можно составить огромное количество вариантов. Но самым простым и оптимальным было бы включение возмещения стоимости лекарственных препаратов в программу госгарантий. — Как все это будет выглядеть со стороны пациента?

— Наиболее правильным было бы получение в аптеке лекарств с использованием механизма



По мнению профессора Ларисы Попович, российское здравоохранение сейчас обещает все, всем и задаром и «на уровне мировых стандартов». Но ни одна страна в мире не может себе этого позволить — даже при неизмеримо больших бюджетных вливаниях в медицину ФОТО АЛЕКСАНДРА КОРЯКОВА

соплатежа. То есть пациент по рецепту из поликлиники получает в аптеке препарат, доплачивая сверх покрываемой государством суммы от 0% до 75% от стоимости лекарства. Сумма покрытия должна определяться государством в рамках прозрачных процедур — сколько, кому и на что. То есть определенными категориям при определенных заболеваниях может быть и стопроцентное покрытие стоимости. А, скажем, во время эпидемии гриппа все население должно получать препараты бесплатно, но если человек хочет не дженерик, а оригинальный препарат, ему компенсируют только стоимость дженерика. — А каким образом определять, кому, сколько и за что?

— Самое сложное в системе лекарственного страхования — договориться, кому, что и при каких условиях государство гарантирует. Понятно, что все и всем, причем задаром, невозможно. Причем доступ к бесплатным лекарствам при определенных условиях должны иметь не только льготники — все. От того, что вы запустите свою болезнь, никому лучше не станет, и не важно, ветеран вы войны или молодой парень.

Лекстрахование — серьезный инструмент управления состоянием здоровья нации и решения демографических проблем, возможно, единственно правильный, ибо эффективность медпомощи во многом определяется эффективностью лекарственной терапии. Нельзя запускать заболе-

вания до стационарного этапа только потому, что население не может купить лекарства, пока лечится в поликлинике. Болезнь эффективнее лечить в самом начале. Иначе нам не хватит никаких денег.

— В последнее время выясняется, что десятки, а то и сотни миллионов человек многие годы лечились лекарствами, которые оказались неработающими.

● Отсутствие действенной системы клинических исследований и лекарственного страхования привело к тому, что от 30% до 80% препаратов, представленных в России, не обладают доказанной эффективностью и безопасностью, то есть являются пустышками.

— Это не только российская проблема, она существует во всем мире много лет. В силу биологических особенностей организма действие лекарств отнюдь не обязательно будет одинаковым во всей популяции. Рекомендованные стандартами препараты могут не работать у многих пациентов, при некоторых заболеваниях — даже у 45–60%.

Говоря о лекарствах-пустышках, нужно иметь в виду несколько аспектов проблемы. Во-первых, является ли в принципе это лекарство действующим или его просто раскрутили производители. Взять тот же арбидол, который не оказывает никакого доказанного клинического действия, но серьезная маркетинговая политика приводит к росту продаж препарата и иногда улучшению состояния больного, связанного с так называемым эффектом плацебо — психологическим настроением, влияющим на состояние организма. И таких лекарств немало. По данным «Кохрановского сотрудничества», порядка 30–40% популярных у населения медикаментов именно такие препараты. Другой вариант проблемы — отсутствие эффекта в связи со специфическими особенностями организма человека. Например, известно, что лекарства первой линии при некоторых видах рака у 40% пациентов не идут. Это не означает, что лекарство — пустышка, это говорит о том, что оно не действует на какой-то организм в силу его специфических особенностей. Еще один аспект этой темы связан с антибиотиками, многие из которых в последние годы также превращаются в пустышки из-за того, что микробы вырабатывают по отношению к ним резистентность.

● Плацебо, или пустышка, — это таблетка или капсула, содержащая вещество без лечебных свойств. В профессиональном медицинском сообществе пустышками также называют лекарственные средства, доказательства клинической эффективности которых вызывают сомнения. — Парацетамол, корвалол, валокордин отнесены «Кохрановским сотрудничеством» к пустышкам. Но они-то точно проходили исследования!

— Просто есть препараты, которые устарели и стали менее эффективными. Но население очень

консервативно в привычках к лечению и использует те лекарства, к которым привыкло. Их эффективность не обязательно нулевая, они могут давать тот же эффект плацебо. И привычка людей их принимать должна обязательно приниматься во внимание. Если пациенту это помогает и он верит в то, что ему становится легче, уже одно это должно уважаться. Ведь истина должна быть посередине. Если лекарство срабатывает хотя бы на психологическом внушении и не наносит вреда — это хорошо. Наши люди привыкли пить корвалол и валокордин, и пока не доказана их абсолютная вредность, предпочтения населения надо уважать, постепенно приучая его к инновационным средствам. Ключевое слово здесь — отсутствие вреда. Но если лекарство, которое должно лечить быстроразвивающееся опасное заболевание, не действует, а больной продолжает его принимать и запускает болезнь — это абсолютно недопустимо.

● «Кохрановское сотрудничество» (Cochrane Collaboration) — международная некоммерческая организация, изучающая эффективность медицинских средств и методов. Результаты исследований публикуются в базе данных Cochrane Library. Объединяет более 28 тыс. ученых-добровольцев из 100 стран мира.

— Где точка совпадения интересов бизнеса, пациента и государственных приоритетов?

— Сейчас во всем мире применяется схема risk sharing (разделение рисков). Суть: государство компенсирует затраты бизнеса на препарат, только если бизнес докажет, что препарат эффективен для определенной категории пациентов. Если технология не срабатывает — это собственные риски бизнеса. Тем самым повышается эффективность лекарственной терапии при оптимизации затрат государства. Эта модель очень хорошо ложится в основу лекарственного страхования.

— Как можно совместить это достижение науки со стандартами здравоохранения и системой лекарственного страхования?

— Система лекарственного страхования — вещь более гибкая, потому что она не ориентируется на стандарты, а позволяет выбирать индивидуальную терапию для пациента и по согласованию со страховой компанией обеспечивать компенсацию его затрат. Введение такой системы в России — крайне актуальная вещь, которая должна была быть решена еще позавчера. Каждый день задержки усугубляет положение со здоровьем нации. И аргументы Минздрава, что нам нужно дожидаться становления своего фармпроизводства, избобрести модели, сделать расчеты, абсолютно несостоятельны. Обеспечить доступность медпомощи, лекарств нужно как можно быстрее, иначе мы не достигнем запланированных демографических показателей. Логика задержек с лекарственным перпендикулярна здравому смыслу.

Беседовала Арина Петрова

РЕЦЕПТУРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Летом лекарственные препараты, имеющие в составе кодеин, были запрещены к свободной продаже. Тем не менее аптеки, а прежде всего интернет-аптеки, продолжают снабжать особо страдающих этими препаратами, не боясь штрафов и отъема лицензий.

Начав с кодеина, Минздрав взялся за наиболее прогрессирующую форму наркомании. Считалось, что в результате запрета пострадают добросовестные граждане, использующие кодеиновые препараты в качестве обезболивающих. Например, когда болит голова или горло. Таких «целевых» потребителей кодеиновых лекарств было около 80%. Кодеин входит в состав таких популярных в России препаратов, как «Пенталгин Н», «Нурофен Плюс», «Солпадеин», «Седалгин», «Терпинкод», «Коделак» и «Каффетин», которые есть в любой домашней аптечке.

Однако оказалось, что отмена кодеина для потребителей прошла почти безболезненно. Даже очереди в поликлиниках не выросли: те, кто снимал головную боль кодеиновыми обезболивающими, перешли на лекарства без содержания кодеина, которые тут же предложили потребителям аптечные сети. К врачу за рецептом, естественно, никто не побежал.

За прошедшие несколько месяцев, по оценкам директора Национальной дистрибуторской компании Настасии Ивановой, падение объемов продаж кодеиносодержащих препаратов составило не более 25%. Редактор портала Pharm-MedExpert.Ru Иван Данилов полагает, что финансовые потери, которые понесли все производители кодеиновых препаратов, в том числе отечественный гигант «Фармстандарт», оказались незначительными. Например, «Фармстандарт» продолжает успешно производить лекарство — лидер продаж пенталгин и еще два препарата из топ-10 кодеиносодержащих лекарств. Потери от уменьшения спроса на эти препараты легко компенсируются продажами наиболее популярных и известных потребителю препаратов, таких как ибупрофен, темпалгин, спазмоблок, безкодеиновые версии пенталгина и коделака, парацетамол, спазмалгон, гевалал.

Да и случаи продажи рецептурных медикаментов без рецепта через аптеки происходят достаточно регулярно. Кроме того, с момента запрета прошло не так много времени — у многих остались запасы таблеток, кто-то заранее закупил лекарства.

В регионах случаи подпольной торговли уже выявляются. Продажа рецептурного лекарства без рецепта классифицируется как административное нарушение, которое грозит лишь штрафом. Но повторное нарушение грозит аннулированием лицензии. Иван Данилов рассказал, что в судах находится несколько дел такого рода.

Что касается интернет-аптек, то это отдельная проблема. На первом попавшемся сайте интернет-аптеки поисковик выдал 15 возможных вариантов на запрос «таблетки от кашля с кодеином». Доставка круглосуточно. Как перекрыть этот канал, никто, похоже, не знает.

Независимые эксперты полагают, что запрет на безрецептурный отпуск кодеиновых препаратов преследовал две цели: желание приблизить российский фармацию к европейским стандартам и борьба с наркоманией. Потому что в российских аптеках по-прежнему отпускается немало безрецептурных лекарств, которые используются для изготовления наркотиков, например корвалол и валокордин, которые служат «сырьем» для изготовления фенотербитала. Скорее всего, по мнению экспертов, следующим шагом будет запрет на безрецептурный отпуск именно этих препаратов. Впрочем, Настасия Иванова уверена, что запретами склонность к самолечению не победить: «Решать свои проблемы со здоровьем граждан заставляет низкое качество медицинского обслуживания». Есть тут и положительный эффект. По мнению некоторых экспертов, многие препараты, свободно продающиеся в наших аптеках, относятся к предыдущим поколениям и обладают таким количеством сильных побочных эффектов, что их полезное действие кажется сомнительным. Практически во всех европейских странах запрещены препараты, содержащие метамизол натрия. А у нас содержание этого вещества не является препятствием для выпуска популярных безрецептурных средств, как, например, анальгин или темпалгин. Еще одна группа препаратов — иммуномодуляторы и пребиотики, медицинская эффективность которых не доказана клиническими исследованиями. Тем не менее все эти лекарства активно прописывают пациентам врачи и реализуют аптеки.

Одним словом, фармрынок ожидает масштабная санация, результатом которой станет перевод основной части лекарственных средств в рецептурный сегмент.

Ольга Цыбульская

ПОЧЕМУ НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ МОЖНО И НУЖНО ЛЕЧИТЬ

enurezunet.ru
портал о проблеме
лечения детского энуреза

Энурез — небольшая проблема для человечества,
но огромная проблема для ребенка.
В наших силах ему помочь!

**Сухие ночи
счастливые дни!**

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

8 800 100 2669
**ГОРЯЧАЯ
ЛИНИЯ**

реклама