

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



Как телемедицинские услуги сделать простыми, удобными и дешевыми **18** | Принципы и условия современного медицинского образования **18** | Лучшие практики борьбы с госзакупками **19** | Сколько стоит стоматологический туризм **20** | От чего нас будут лечить в 2013-м и после 2025 года **20**

Последняя ошибка

диагноз

В 2013 году Минздрав намерен начать обсуждение законопроекта о профессиональной ответственности медиков. Число врачебных ошибок в России растет, как и число жалоб пациентов на медиков за не вовремя или неграмотно оказанную медпомощь. Но в России отсутствует практика страхования от врачебной ошибки.

Субъект ответственности

Страхование от врачебной ошибки — распространенная практика. Оно является обязательным в США, Канаде, Великобритании, Германии, Швеции, Финляндии, Новой Зеландии и Австралии. Например, в скандинавских странах страхование ответственности медработников основывается на принципе ответственности без вины. Законодательная основа для использования концепции ответственности без вины впервые в Европе была создана в Финляндии принятием закона об ущербе, понесенном пациентом. Пациенту компенсируется любой ущерб, причиненный ему в результате медицинского вмешательства или отсутствия медицинской помощи, а также вследствие несчастного случая в ходе осмотра, лечения или санитарной перевозки, в том числе из-за дефектов медицинского оборудования. Незастрахованный медик выплачивает крупный штраф в размере, превышающем сумму его взносов за период, когда он не был застрахован.

В России покупка полиса — дело добровольное и страхование от врачебной ошибки применяется крайне редко. По оценке страховой компании МАКС, доля застрахованных медучреждений в России меньше 10%, и то по большей части это частный сектор. В страховой компании «Альянс» уточняют: доля застрахованных медучреждений среди государственных составляет 3%, частных — 5%. В «АльфаСтраховании» считают, что и того меньше — не более 3%. Подавляющее большинство медучреждений и медработников не считают риск признания их действий ошибочными и, соответственно, риск

выплат пострадавшим от врачебных ошибок существенным. По имеющейся практике, кроме стоматологов и пластических хирургов, не припоминаю хоть сколько-нибудь устойчивой практики, когда факт врачебной ошибки экспертно устанавливался, подтверждался судом и потерпевшему присуждалась какая-либо компенсация, — отмечает директор по развитию страхования компании МАКС Алексей Володяев. Тарифы этого вида страхования в России разрабатывают сами страховщики, тем самым контролируя убыточность.

Фальсифицированные документы, вовремя не оказанная медицинская помощь, неверный диагноз, неправильно выбранное лекарство и, как следствие, ущерб здоровью, инвалидность или смерть пациента — все это не роковые стечения обстоятельств, а порой врачебные ошибки. Точной статистики того, сколько в России совершается врачебных ошибок, нет. Как нет и самого термина «врачебная ошибка», есть только неопознанные или ненадлежащее оказание медпомощи. Поэтому врачи, пациенты и юристы расходятся даже в самом толковании термина «врачебная ошибка». Для врача это добросовестное заблуждение, а для юриста — неправомерное действие. Между тем население все больше недовольно тем, как медики оказывают медицинскую помощь, чаще жалуются на врачей. По данным Росздравнадзора, если в 2010 году жалоб на оказание медпомощи было 37% от общего количества жалоб, то в 2012 году — половина. На ненадлежащее исполнение обязанностей медицинским персоналом, повлекшее, по мнению заявителя, смерть пациента, жалуются 5%



Сами медики единодушны: введения стандартов лечения недостаточно, необходимо страхование профессиональной ответственности врачей

россиян. По данным Лиги защиты пациентов, ежегодно от врачебных ошибок в России умирает в среднем 50 тыс. человек.

В отличие от стран Европы и Америки, доказать факт врачебной ошибки в России чрезвычайно сложно. Трудно объективно оценить действия врача из-за отсутствия обязательных протоколов лечения на основе стандартов оказания медицинской помощи. По сути, они являются алгоритмом действия для врача, писанными правилами, от которых он не может отклониться, за исключением особых случаев. В этих документах, которые в России только с 2013 года станут обязательными, описывается не только то, что должны делать медики при том или ином заболевании, но и инструменты, лекарства, оборудование, которые должны быть использованы.

Кроме того, доказать врачебную ошибку в суде чрезвычайно сложно в связи с особенностью российского медицинского права, которое заключается в том, что врачи не несут персональной ответственности. Субъектом права в РФ выступает медицинское учреждение, поэтому ответ-

ственность за медицинские действия врачей не персональная, коллективная. Наказывать врача, отмечают юристы, кроме привлечения его к дисциплинарной ответственности можно в рамках гражданско-правовых отношений за причинение вреда здоровью и потребовать в том числе моральную компенсацию, а также лишить врача права заниматься медицинской деятельностью. Но процедура это очень долгая: длится она от трех месяцев до года и более — и очень хлопотная.

Поскольку в России для признания случая страховым наличием врачебной ошибки, то есть доказательство вины, является обязательным условием, то, как показывает российская юридическая практика, в большинстве случаев пациенты и их семьи привлекают медиков к уголовной ответственности уже по факту причинения вреда, по факту совершения медицинского ошибки, привлекают врача как гражданина, когда его вина очевидна, чаще всего по двум статьям — «Причинение смерти по неосторожности» и «Халатность». Согласно данным Национальной ассоциации медицинского права, случаи врачебных ошибок в России уже не единичны: ежегодно возбуждается от 1,5 тыс. до 2 тыс. уголовных дел в отношении врачей, ошибки допущаются все чаще.

ущерба, суды в большинстве случаев эти жалобы удовлетворяют. По данным «АльфаСтрахования», средний размер иска по возмещению морального вреда в РФ — 100–300 тыс. руб., в некоторых случаях — 0,5–1 млн руб., причем страховщики отмечают, что «существует тенденция к росту».

Добросовестная защита
Организаторы здравоохранения, эксперты и сами медики единодушны: введения стандартов недостаточно, необходимо страхование профессиональной ответственности врачей. И законодательное закрепление понятия врачебной ошибки, чтобы у пациентов появилась возможность отстаивать свои интересы.

Как заявили «Ъ» в Минздраве, министерство с 2013 года начнет широкое обсуждение законопроекта о «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами». Законопроект, уже представленный в 2010 году, пройдет обсуждение и будет скорректирован. В министерстве планируют завершить работу над ним до 2015 года.

Защита пациента от профессиональной ошибки, от халатности врача, согласно законопроекту, будет идти через страховые механизмы. Пациент сможет получить возмещение при наступлении страхового случая без обращения в суд.

(Окончание на стр. 20)

«За жизнь больного отвечаю я, а не тендерный комитет»

экспертиза

ДАВИД ИОСЕЛИАНИ, директор Московского научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии, очень переживает, когда во время операции рвется хирургическая нить. Но именно к такому результату приводит порочный принцип нынешней системы госзакупок, которая ориентируется лишь на самую низкую цену.

● Давид Иоселиани, директор Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии, главный специалист по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению г. Москвы. Родился в семье потомственных медиков, окончил Тбилисский государственный медицинский институт. Один из первых отечественных кардиологов, разработавших и внедривших показания и диагностические критерии к операции аортокоронарного шунтирования сердца.

— Как вам модернизация здравоохранения?

— Хорошо, что государство обратило внимание на медицину. В таком объеме у нас этого никогда не было. Многие вспоминают советское время с ностальгией. Да, тогда человек мог гарантированно попасть в больницу. А вот что с ним в этой больнице делали — это уже другой вопрос. Модернизация подразумевает переход к лучшему,

более современному оборудованию. Но надо стремиться приобрести самое лучшее, а не самое дешевое. В условиях тендеров это трудно, нужен тесный контакт между организаторами здравоохранения, медиками-профессионалами и общественностью.

И вообще, отрасль должны руководить профессионалы. Сейчас много говорят о бывшем министре сельского хозяйства Елене Скрынник. Не касаясь сути этого скандала, хочу сказать, что не должен врач руководить сельским хозяйством, а бухгалтер — медициной. (Елена Скрынник окончила Челябинский медицинский институт. Татьяна Голикова, министр здравоохранения до мая 2012 года, — выпускница Московского института народного хозяйства имени Плеханова. — «Ъ») Возьмите эпоху Зурабова, эпоху Голиковой — сколько проблем они нам создали! Пока такое возможно, будет продолжаться неразбериха. В медицине пока во многом царит бухгалтерский подход.

— Что, на ваш взгляд, делается неправильно?
— Я не считаю себя вправе говорить о проблемах в масштабе всей страны, но вот вам некоторые детали «местного» значения. Долго тянется подготовка помещений под аппаратуру, и в некоторых случаях этот процесс занимает почти целый год.

(Окончание на стр. 19)

КЛИНИЧЕСКАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ

По мнению участников исследования «Фармацевтическая отрасль России 2012», проведенного компанией Ernst & Young (E&Y), основная проблема российской фармотрасли — это неблагоприятное законодательство, а уже потом коррупция: это отметили 77% иностранных компаний и половина российских.

Предшественное исследование-2010 проводилось в сложный период фундаментального изменения отраслевого законодательства: с 1 сентября 2010 года заработал новый закон «Об обращении лекарственных средств» (№61-ФЗ) и участники рынка просто приспосабливались к работе в новых условиях. Новое проводилось на фоне стабилизации рынка и освоения новых правил игры. Среди главных направлений развития отечественного фармрынка на ближайшие пять лет участники рынка выделили прежде всего локализацию производства лекарств. За два года число респондентов, указывающих на данный сценарий как приоритетный, выросло с 58% до 88%. Опрос показывает, что рынок делает ставку на иностранных производителей и сомневается в перспективе роста доли российских производителей. Если в 2010 году тенденция к росту доли отечественных компаний отмечал 21%, то в 2012-м — всего 6%. Исследование связывает это с госпрограммой «Фарма-2020» и стимулированием иностранных компаний к локализации. Политика российских властей будет стимулировать приобретение российских компаний зарубежными производителями, уверены 18% респондентов. В то же время в подавляющем большинстве иностранных компаний (69%) и четверти российских считают, что российский рынок не готов к реализации «Фарма-2020» с социально-

ОСНОВНЫЕ ТРУДНОСТИ НА ФАРМРЫНКЕ ИНОСТРАННЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ-ИМПОРТЕРОВ (%)

источник: опрос EY&Y



ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЦЕН НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ПРОДУКЦИЮ В РОССИИ (%)

источник: опрос EY&Y



экономической точки зрения. Еще одним важным препятствием на пути реализации программы является коррупция: на нее указали более половины участников исследования.

Что же касается состояния российского фармацевтического рынка, то, как отмечает исследование, показатель его роста далек от докризисного уровня (20–25% в год), но стабильно выше результатов глобального рынка (5–7%). За 2011 год объем рынка вырос на 12% и составил 824 млрд руб. Однако рост рынка фармацевтических товаров в упаковках выглядит значительно более скромным и составляет всего 1%, что связано с главными тенденциями 2011 года — сокращением объема продаж лекарств низкого ценового сегмента (менее 50 руб. за упаковку) и увеличением сбыта дорогих лекарственных препаратов (более 500 руб. за упаковку).

Цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП), которые контролирует государство через их регистрацию, выросли за год на 3,3%, в то время как рост цен на препараты, не включенные в перечень, составил 10,8%. Эта разница в показателях отражает «эффективность мер», принятых государством для сдерживания роста цен на необходимые и важнейшие лекарства. Это отражает и попытку участников рынка компенсировать потери, связанные с государственными ограничениями в отношении ЖНВЛП. Фармрынок растет на фоне роста расходов государства на здравоохранение. В 2012 году госрасходы составят 3,8% ВВП, или 2,2 трлн руб., к 2020 году государство должно потратить на здравоохранение уже 5,5% ВВП, или 5,7 трлн руб. Растет объем платежей в систему ОМС — с 604 млрд руб. в 2011 году до 1,1 трлн в 2014-м.

(Окончание на стр. 18)

ДЛЯ ХОРОШЕГО САМОЧУВСТВИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕЛЕТА

МЕЛАКСЕН®
ВОСТАНОВИТ СУТОЧНЫЙ РИТМ
СОН-БОДРСТВОВАНИЕ

UNIPHARM

ПЕРВЫЙ МЕЛАТОНИН® В РОССИИ
1 таблетка в день

WWW.MELAXEN.RU

*мн мелатонин зарегистрирован под торговой маркой Мелаксен® компанией Юнифарм Инк. (США) 29.08.2008. Источник: Государственный Регистр Лекарственных Средств РФ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОЧИТЕ ИНСТРУКЦИЮ

Здравоохранение КОММЕНТАРИИ

«За жизнь больного отвечаю я, а не тендерный комитет»

экспертиза

(Окончание. Начало на стр. 17)

Нам хватало два-три месяца на подготовку помещений. Подготовкой помещений для всех ЛПУ (в Москве — «Б») занимается теперь одна организация — ГКУЗ ГПО КРПС ДЗМ (государственное казенное учреждение здравоохранения «Производственно-техническое объединение капитального ремонта и строительства департамента здравоохранения города Москвы — «Б»), которое явно не справляется. Раньше это поручалось руководителям учреждений, и я считал это правильным. Ну кто больше заинтересован, чтобы у меня в клинике быстрее и лучше заработал бы тот или иной медицинский прибор? Вышеназванная организация или я, как руководитель этого учреждения? Ведь мне и моим коллегам работать на этом оборудовании! Но сегодня я пассивный наблюдатель этого процесса.

Большой проблемой мне представляется широкое и не всегда продуманное использование тендеров. Я оперирую больно. И мне виднее, какие при этой операции использовать инструменты, иглы и другой расходный материал. Кто лучше меня знает, кто мне больше подходит, с чем удобнее работать? Но мне не всегда удается приобрести то, что я хотел бы. В условиях тендера закладываются формальные характеристики оборудования, расходного материала, лекарства. Но химическая формула препарата может быть одна и та же, а производитель — разные. В одном случае лекарство эффективно и безопасно, во втором — все может быть совсем не так, как хотелось бы. Но основной принцип тендера: выигрывает тот, кто продает дешевле. А за жизнь больного отвечаю я, а не тендерный комитет и не чиновники, которые играют важную роль во время торгов.

— Можно повлиять на результаты тендера? — Я, как руководитель учреждения, при подготовке тендерной документации должен максимально отразить мои пожелания в техническом задании, чтобы повысить вероятность получения той продукции, которая мне нужна. Но здесь наши возможности также ограничены. Тендерный комитет и ФАС достаточно жестко и формально контролируют этот процесс.

Все это делается ради уменьшения коррупции. Чтобы весь процесс купли-продажи был более прозрачным. Но на деле, если человек захочет скупить, он найдет лазейку. Тендеры не помогут. И вообще, наверное, надо бы больше доверять людям. Особенно это касается профессионалов. Скупой, как известно, платит дважды. А когда дело касается боль-



По мнению Давида Исакяна, отраслью должны руководить профессионалы. А пока в медицине царит бухгалтерский подход

ФОТО АЛЕКСАНДРА ШЕРБАКА

ных людей, наших пациентов, то последствия могут быть очень печальными.

Я должен отвечать за то, что делаю. А я не могу отвечать, когда у меня нитки рвутся во время операции. Это как бы мелочи, но это не мелочи. Использование плохого материала влетает за собой непредвиденные осложнения и последствия.

— Изменит ли что-то новая схема одноканального финансирования здравоохранения? — Я считаю, что одноканальное финансирование — это прекрасная вещь. Но только если прописано и учтено абсолютно все. Вот большой пришел в больницу, надлежит лечить. И с этого момента должен начинаться учет. Каждый шаг, каждое действие должны записываться в специальную ведомость, а потом по этой ведомости, когда больной выписывается, страховая компания должна мне компенсировать все расходы. Сегодня ни одна высокотехнологичная процедура, ни одно стентирование, ни одна операция на сердце не входит в страховую медицину. А у меня 93% больных со стентированием и шунтированием.

Учитывая, что высокотехнологичные процедуры не включены в расчеты страховой медицины, выходит, что за каждого больного с инфарктом миокарда я буду получать столько же, сколько обычная сельская больница. Но надо сравнить то, что делает наш центр, наши расходы, и то, что может сделать сельская больница.

Нам постоянно говорят, что мы сами должны зарабатывать на текущие расходы. Но как я могу зарабатывать, если у нас государственное учреждение? Да, я могу с иностранцев брать деньги. Я могу платно оперировать, если человек не хочет стоять в очереди. Но это единичные случаи. Если у меня бесплатная медицина, как я зарабатываю, например, на текущий ремонт?

Я уже не говорю о крайне низкой зарплате врачей. И эта проблема волнует только их самих. О зарплатах в связи с реформой мало говорят почему-то. У меня врачи, работая на полторы ставки и поддежуривая, то есть работая на износ, получают около 40 тыс. Но это же не та сумма, которую должен получать врач, который проводит такие высокотехнологичные операции. Я боюсь, что опять придется ходить и «выпрашивать» деньги, потому что их не будет хватать.

— Что собой представляет московская сеть клиник сосудистой хирургии? — В Москве сейчас 13 клиник, выполняющих эндоваскулярные процедуры. В 7 из 13 работают мои ученики. Те, кто сейчас возглавляет центры, отделения, работали у меня по несколько лет. Мы не то чтобы специально готовили кадры для других учреждений, просто здесь получились своеобразный конвейер. В том числе и конвейер подготовки кадров. Благодаря этому Москва сейчас практически обеспечена эндоваскулярными процедурами. Со временем это произойдет и с кардиохирургической помощью. Главную роль тут сыграла консолидация действий муниципальных, федеральных и ведомственных властей. Сегодня все зависит от нашей активности и от помощи организаторов московского здравоохранения. Руководитель департамента здравоохранения Москвы профессор Георгий Полухов нам очень помогает.

Такая тенденция заметна уже сейчас, и примером может служить наш центр. В нем принят такой протокол лечения больных с острым инфарктом миокарда: все они в первые шесть часов после госпитализации должны поступать в операционную, где им сразу выполняется коронарография — исследование сосудов сердца. Необходимо восстановить кровоток в сосуде, поражение которого вызвало инфаркт. И этот принцип мы стараемся распространить во всех клиниках Москвы. Пока у половины из существующих московских центров нет круглосуточной службы. Когда такие службы появятся у всех, когда они будут полностью укомплектованы врачами, получится то, что мы хотим.

Большую роль сыграло и то, что нам удалось найти общий язык со службой скорой помощи. Если скорая тебя не понимает, то никогда ничего не получится. Сейчас врачи

скорой, если диагностировали у больного инфаркт миокарда, могут сразу начать тромболитиз, ввести ему препарат, который растворяет тромб, перекрывающий кровоток в сосуде. Большой попладет к нам в центр не раньше чем через три часа после вызова скорой, а иногда и через четыре-пять часов. Если врачи скорой сразу начинают делать тромболитиз, мы выигрываем полчаса и больше. Полтора часа для инфарктного больного — это жизненно важный вопрос. Мы спасаем его от обширного инфаркта, и мы спасаем его от смерти. Чем раньше мы откроем сосуд, тем меньше будет повреждение миокарда. Доза тромболитического препарата стоит больше тысячи долларов, а ежегодно в нем нуждаются не менее 12–13 тыс. больных. Когда мы начинали делать тромболитиз, об этом даже слышать никто не хотел. Я благодарен Сельцовскому (Андрею Сельцовский — бывший руководитель департамента здравоохранения г. Москвы — «Б»), который понял нас и пошел навстречу.

— Насколько распространена в кардиологии ситуация, когда пациент находится в больнице, но не получает лечения, а просто наблюдается или ждет результатов каких-то анализов?

— Я без конца об этом с моими коллегами говорю, и меня спрашивают: сколько времени у вас после инфаркта лежит больной? В нашем центре больной на восьмой-девятый день уезжает в Быково в реабилитационный центр. Для нашей страны это хороший показатель. Но когда я говорю иностранным коллегам, что на восьмой день, у них глаза становятся круглыми. Нигде в мире так не делается, чтобы из госпиталя человека выгоняли сразу домой. Выписывают на третий-четвертый день, но в реабилитационный центр, а потом под наблюдение домашнего врача. У нас в центре это уже есть. За счет этого у нас большой оборот больных, а следовательно, и экономия. Но у нас нет хороших реабилитационных центров и санаториев, нет хосписов в достаточном количестве. В программе модернизации этому уделено недостаточное внимание, на мой взгляд.

— В чем состоит ваше сотрудничество с поликлиниками?

— Я когда стал главным кардиологом Москвы, меня потрясло, что некоторые врачи в поликлиниках не знали, в чем суть коронарографии, ангиопластики. Мы проводили специальные циклы подготовки и невозможно их подтянуть. Врачи в поликлиниках не знают, что творится в стационарах, даже сейчас нередко отговаривают больных: не ходи на операцию, тебя убьет это стентирование. Но это сейчас рутинная у нас сложнейшая

меньше 1%. Я говорю именно об осложнениях, а не о смертельных случаях.

Я считаю, что потеряна связь между поликлиникой и стационаром. Я убежден, что врачи из стационаров время от времени должны принимать больных в поликлиниках. И, наоборот, врачи из поликлиник должны стажироваться в больницах. Но мы все время упираемся в какие-то чиновничьи-бюхгалтерские препятствия. Постоянно возникает вопрос: а кто будет за это платить? Таких вопросов не должно быть.

— Вы удовлетворены той подготовкой, которую сейчас получают студенты медузов?

— Они стали более информированными — спасибо интернету. Особых претензий к ним нет, только руками они ничего не умеют делать.

— Сколько пациентов из других городов вы оперируете в своем центре?

— Около 1% пациентов к нам приезжают из маленьких городов. В основном едут «на имя».

— На ваш взгляд, ощущается ли в стране нехватка кардиохирургической помощи?

— Могу сказать, что Сибирь — Тюмень, Красноярск, Кемерово, Омск, Томск — прекрасно развивается. Хорошо работают центры в Краснодаре, Волгограде, Саратове, Перми, Пензе. Так что острого недостатка в кардиохирургической помощи в России уже нет. У нас нет пока цельной хорошей системы здравоохранения, но есть отдельные островки, которые ничем не хуже, чем на Западе. Есть клиники, которые не хуже, чем в Израиле или Германии. Но опыт этих островков нужно экстраполировать на другие клиники. Наши организаторы здравоохранения должны открыть уши и слушать практиков. А медики должны интегрироваться в международное сообщество. Мы 12 лет работаем с французскими хирургами. Каждый месяц они приезжают и неделя оперируют у меня. Предварительно они сдали соответствующий экзамен, получили лицензию. Мои хирурги, глядя на них, тоже перенимают западные стандарты работы. А это, поверьте, чуть лучше, чем наши. Посмотрите списки участников международных симпозиумов и конференций — там очень мало наших фамилий. Надо просто знать язык, понимать, что это тебе нужно. У меня все ведущие специалисты центра выезжают по три-четыре раза в год, и государство это не стоит ни копейки. Медицинским компаниям выгодно вывозить врачей на международные форумы. Сестер мы посылает в США. Они другими людьми приезают оттуда. Многие вещи можно сделать бесплатно и безболезненно, если захотеть.

Беседовала Елена Владимировна

РАЗУМНЫЙ УРОВЕНЬ ДОСТАВКИ

Президент и главный исполнительный директор компании GE Healthcare Services МАЙК СВИНФОРД поделился опытом приспособления к несурзностям российской тендерной системы госзакупок.

С тех пор как компания GE Healthcare пришла в Россию (более 20 лет назад — «Б»), было поставлено порядка 20 тыс. единиц медицинского оборудования в более чем 1,3 тыс. клиник страны.

В среднем по стране на устранение неисправности уходит одна-две недели. Многие зависят и от удаленности региона, от того, есть ли запчасти на складе. У нас был случай, когда неисправность была устранена на следующий день после обращения, что, конечно же, помогло снизить количество ожидающих пациентов! Инженер подключился к системе удаленно, выяснил, что необходимо заменить, а на следующий день приехал с запчастями и исправил аппарат.

Мы считаем, что 80% запасных частей, в которых может возникнуть необходимость для оперативной поставки, должны находиться внутри страны. В данный момент это уровень составляет порядка 50%.

Но даже если запчасть доступна в России, нам приходится ждать завершения тендера. Времени может потребоваться и гораздо больше, причем не на доставку деталей, а на сам тендер. Процесс получения денег и проведения тендеров на обслуживание оборудования состоит из нескольких этапов. Сначала нужно найти средства и провести тендер на диагностику неисправности. Если потребуется замена дорогостоящей запчасти, то нужен новый тендер. К тому же особенность российской системы заключается в том, что запасные части рассматриваются отдельно от самого сервисного обслуживания и ремонта — иногда больницы есть средства на закупку детали, а на оплату работ средств нет. В большинстве других стран сервисное обслуживание и запасные части — это одна строка бюджета, а на закупку запчастей тендеры редко проводятся в формате разовой сделки. Как правило, речь идет о контракте на год, на пять лет или даже на десять лет.

Есть много путей решения этой проблемы. В некоторых странах, например в США, платят за продленную гарантию до пяти лет и даже больше. Есть расширенные контракты, включающие гарантию, как, например, в Турции, во многих странах Ближнего Востока, Северной Африке, некоторых странах Латинской Америки. Более привычным решением является продажа контрактов на сервисное обслуживание после продажи оборудования. Если же мы работаем с развивающимися странами, мы полагаемся на продажи расширенных гарантий, так как у многих из этих стран нет развитой системы оплаты услуг.

Мне кажется, в России покупка сервисных контрактов является предпочтительной. Дело в том, что даже расширенной гарантии на два года недостаточно. Срок службы большинства высокотехнологичного оборудования в России варьируется от 10 до 15 лет. Для того чтобы использование оборудования было безопасным и эффективным как для пациентов, так и для системы здравоохранения, его необходимо обслуживать в течение всего срока эксплуатации.

АНАЛОГ ОТБОРА

О предпочтениях иностранных производителям медицинской техники при госзакупках, о задачах российских компаний, о производственных стандартах в медицинской и фармацевтической промышленности «Б» рассказал директор департамента химико-технологического комплекса и биотехнологий Министерства промышленности и торговли СЕРГЕЙ ЦЫБ.

— Как вы намерены стимулировать иностранных производителей медицинской техники в России?

— Однозначно собираем. Более того, есть соответствующий проект документа, мы сейчас находимся в процессе его согласования. Основная идея состоит в том, что мы этим рамочным нормативным документом даем сигнал: если иностранный производитель локализирует производство в России, то получает преференцию перед импортными товарами. Уже позже отдельно будут прописаны детали: требования в соглашениях по локализации, требования и критерия по отбору медицинских изделий, перечень медицинских изделий, по которому данное соглашение будет работать, уровень локализации. В декабре мы будем его обсуждать, затем представим согласованный вариант и согласованную «дорожную карту». Надеюсь, что итоговый документ мы выпустим уже в первом квартале 2013 года.

— Главная задача российских производителей медицинских изделий — сделать лучше и дешевле иностранного аналога?

— Задача не в том, чтобы сделать сверхдешевый аналог, который будет не хуже иностранного. Мы имеем компетенцию и задел для того, чтобы делать медицинское оборудование не хуже, чем иностранные компании, и задача номер один состоит в том, чтобы правильно спозиционировать такое оборудование как на российском рынке, так и на внешних. Максимально проинформировать потребителей и заказчиков, в том числе и практическое здравоохранение, о том, что по качеству и техническим характеристикам российское оборудование ничем не уступает иностранным аналогам и доступнее по цене.

— На внутреннем рынке доля отечественных медицинских изделий у нас около 20%, а остальное — импорт. Может, все-таки стоит обратить внимание сначала на внутренний рынок?

— Если посмотреть на структуру российского производства медицинских, то российские производители в высо-



котехнологичных сегментах, за исключением рентгенового, неонатального оборудования и оборудования для реанимации, со сожалением, пока не достигают успехов. Но если подходить с точки зрения идеологии и системного подхода, то за счет одного рынка из-за жесткой конкуренции развиваться компаниям сложно. Очень приятно, что они сами уже системно занимаются продвижением своей продукции на

внешних рынках. По сравнению с тем, что было год назад, прогресс налицо.

— Российским компаниям вы заявили, что если их продукция не будет в стандартах оказания медицинской помощи, то их изделия не будут востребованы.

— Важно, чтобы в стандартах мы могли использовать современное медицинское оборудование: тем самым мы поддерживаем те компании, которые такое оборудование производят. Также важна жесткая уязвимость специалистов с инженерами. Мы, как министерство, рекомендуем всем участникам нашей программы по развитию медицинской и фармацевтической промышленности максимально вовлекать в разработку и производство медицинских изделий врачей-специалистов. В противном случае мы получим не востребованные технологии, пускай даже высокого уровня.

— Когда будет принят закон «Об обращении медицинских изделий»?

— Проект закона в высокой степени готовности и его принятие в 2013 году — наша основная цель. В ближайшее время

он будет направлен на согласование и появится на сайте Минпромторга для публичного обсуждения, чтобы у всех участников рынка была возможность высказать свои замечания и комментарии. В документе мы максимально стремимся гармонизировать требования и стандарты в области медицинских изделий в рамках действующего регуляторного диалога Россия — ЕС. При разработке законопроекта мы опирались на ту идеологию, которая заложена в рекомендациях ВОЗ, ГНТ, директивах Евросоюза 93/42 о медицинских

— В дальнейшем по аналогии с фармацевтической промышленностью такие международные стандарты будут обязательными?

— Обязательные стандарты в медицинской не и не будет, работа по международным стандартам зависит от корпоративной стратегии компании, от ее заинтересованности. У нас все ГОСТы носят добровольный характер, но все компании прекрасно понимают, какой должна быть система менеджмента и качества, почему предприятие проходит процедуру сертификации на международных рынках.

— С 2014 год все фармкомпании должны будут производить лекарства по стандартам GMP (Good Manufacturing Practice — надлежащая производственная практика). Как вы оцениваете готовность предприятий к переходу на GMP?

— Сейчас мы проводим определенную работу на предмет соответствия всех производственных площадок в РФ стандартам GMP. Проводим своеобразный мониторинг. Думаю, что картинка более детальная будет у нас к концу года.

— Когда же наконец появятся сами правила GMP, которые обсуждаются с весны 2010 года?

— Проект приказа в самое ближайшее время будет опубликован на сайте министерства. Постараемся до конца года внести его в Минздрав на регистрацию. — Этот документ вызвал немало идеологических споров, Минпромторг обвиняли в том, что предложенные и обсуждаемые правила не коррелируются с международными. Все же будет ли это российская версия GMP или это будут международные правила?

— Однозначно это будут правила, тождественные с международными стандартами, GMP и правилами Евросоюза.

— В чем причины сокращения финансирования госпрограммы «Фарма-2020» на 314 млн руб.?

— Сокращение идет за счет экономии. Главным образом за счет конкурсных процедур.

Беседовала Дарья Николаева

КЛИНИКА «АКСИС» СПИНАЛЬНАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ И НЕВРОЛОГИЯ



ЗДОРОВЫЙ ПОЗВОНОЧНИК Превосходство новейших технологий

«АКСИС» — уникальная нейрохирургическая клиника на базе Научно-исследовательского института им. Н.Н. Бурденко Российской академии медицинских наук.

Каждый человек хоть раз в жизни испытывал боль в спине. Это может сигнализировать об очень серьезных заболеваниях позвоночника.

Современная нейрохирургия не стоит на месте, постоянно развивается, предлагая нам все новые и новые технологии, позволяющие минимизировать оперативное вмешательство при достижении максимально эффективного результата.

Клиника «АКСИС» оснащена уникальным современным высокотехнологичным оборудованием, которое позволяет осуществлять радикальные оперативные вмешательства, не прибегая к разрезу и общему наркозу. Пациент может приступать к своей обычной жизни через несколько часов после операции.

ЗА 1 ДЕНЬ ■ БЕЗ НАРКОЗА ■ БЕЗ РАЗРЕЗА ■ БЕЗ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА

В клинике «АКСИС» проводятся следующие малоинвазивные нейрохирургические операции и безоперационное лечение:

- Чрескожное удаление грыжи диска с применением холодной плазмы
- Микрохирургическое удаление грыжи диска
- Радиочастотная деструкция при артрозе межпозвоночных суставов
- Различные виды протрузиолевых блокад
- Малоинвазивные стабилизирующие операции на позвоночнике с применением роботоассистентии
- Все основные виды современных нейрохирургических операций
- Консервативное лечение заболеваний позвоночника

Адрес: 1-й Тверской-Ямской переулок, д.13/5, 1-й корпус НИИ им. Бурденко, 3-й этаж, клиника «АКСИС»
Телефон +7 (495) 228 0338
www.axisclinic.ru, e-mail: axis@nsi.ru



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Реклама

Здравоохранение ТЕНДЕНЦИИ

Стоматологический туризм

услуги

Стоматология дорожает. Растет число желающих вылечить зубы подешевле. В мире, а теперь и в России получил развитие новый вид медицинских услуг — стоматологический туризм. Возможно ли найти качественную стоматологию в регионах?

Практика расстояния

Стоматологический туризм как явление зародился на Западе, где высок не только уровень стоматологических услуг, но и цена, причем весьма неоправданно даже с учетом медицинской страховки. В частности, в США настоящим спасением для пациентов стали страны Карибского бассейна: Мексика и Коста-Рика. Европейцы предпочитают лечить зубы в Венгрии, Чехии или Польше, где можно сэкономить до 70%. Например, по сравнению с Англией, где за пломбой придется отдать от £117, стоимость аналогичной услуги в Венгрии начинается от €6. Неудивительно, что количество туристов, приезжающих в Венгрию с целью вылечить зубы, превышает 100 тыс. человек в год. И несмотря на то что адекватно судить о качестве услуг затруднительно, не поубавовав, к тому же существуют проблемы с гарантией и возможными осложнениями после лечения, число желающих вылечить зубы подешевле растет, а годовой оборот «стран-хозяек» в области стоматологии приближается к €50 млрд.

В России подобная практика стала активно набирать обороты относительно недавно — примерно с 2005 года, в период активного развития самого рынка и конкуренции в области стоматологических услуг. Начиная с этого времени в стране произошел настоящий переворот. Буквально за несколько лет частные клиники и кабинеты забрали большую часть пациентов у государственных учреждений. До 2008 года ежегодный темп сокращения государственных клиник держался на уровне 11%, в 2011 году снизился до 6%.

К настоящему времени в большинстве регионов частная стоматология прочно заняла доминирующую позицию по отношению к госструктурам, притом что в государственных стоматологических клиниках и кабинетах более 60% услуг являются платными.

На сегодня услугами платной медицины в России пользуются 70% жителей страны, средний расход составляет около 9 тыс. рублей ежегодно. Примерно две трети от этой суммы — это оплата стоматологических услуг.

Но, несмотря на явный спрос, стоматологическая сфера была и остается для обычного человека terra incognita: общий показатель осведомленности населения России о профилактике и лечении заболеваний полости рта считается одним из самых низких в Европе. К тому же страх еще перед советской бормашинной не вытеснили ни передовые технологии, ни рекламные акции клиник. Отсутствие четкого осознания собственных проблем и недоверие к специалистам заставляет пациентов опираться на единственное понятное для себя критерий при выборе клиники — «где дешевле». В итоге большая часть населения сталкивается с необходимостью лечения стоматологических заболеваний на этапе, требующем вложений подчас астрономических сумм. И в этом случае с чисто экономической точки зрения лечить зубы в регионах становится действительно оправданным шагом.

Как и европейцы, некоторые наши соотечественники предпочитают обращаться к стоматологам за границей. Основные страны



Даже при наличии современного оборудования и привлекательных цен самым главным условием качественного лечения остается осознанный личный выбор клиники и врача ФОТО АЛЕКСАНДРА КОРЖИКО

все те же, но с добавлением Белоруссии, Украины и Израиля. Справедливости ради стоит отметить, что в России явление стоматологического туризма все-таки характерно в большей степени не для страны в целом, а для Москвы и Санкт-Петербурга. Для жителей столиц главным пунктами стоматологического «памятничества» становятся города, расположенные недалеко от Москвы — Тула, Тверь, Коломна и Рязань. Причем последний вариант, пожалуй, наиболее популярный. Прокладыванием и раскруткой маршрутов занимаются агентства, специализирующиеся именно на стоматологическом туризме. Механизм их деятельности довольно прост: представители туроператоров заключают договор с одной или несколькими клиниками в регионах. По его условиям агентство обязуется предоставлять клинике пациентов, взимая при этом свой процент (в пределах 10–15%) от общей стоимости лечения. По информации одной из наиболее популярных компаний, организующих стоматологические поездки в Рязань, количество желающих составляет от 100 до 150 человек в месяц.

Осознание выгоды

В стоматологической практике основные затраты складываются из трех пунктов: аренда помещения, зарплата врачей и расходные материалы. Если стоимость расходных материалов примерно одинакова как для столичных, так и для региональных клиник (закупаются они по большей части у одних и тех же западных производителей), то цена аренды и зарплата персонала существенно различаются. Так, минимальный оклад стоматолога общей практики в Москве составляет примерно 50–60 тыс. рублей, в регионах же он почти вдвое меньше — 30–35 тыс. Не следует забывать и о пресловутой «московской накрутке» — по негласному правилу к стоимости лечения добавляется 10–15% и более.

При этом надо иметь в виду, исходя из затрат на поездку в регион, что на лечение обычного

карисса с установкой двух-трех пломб существенно сэкономить не получится. Действительно, как отмечает Екатерина Гаспарова, шеф-редактор первого стоматологического портала для пациентов startsmile.ru: «наибольшим спросом пользуются наиболее дорогие по московским меркам услуги. К таким относятся имплантация, сложные протезирование с изготовлением съемного или несъемного протеза, установка коронок на депульпированные зубы, исправление прикуса или эстетических дефектов брекетами». «По нашим исследованиям, в среднем данные процедуры в регионах дешевле, чем в столичных клиниках, на 30–40%», — добавляет госпожа Гаспарова. Лечение в регионе позволит сэкономить на одном импланте до 20–30 тыс. рублей.

Однодневный тур с учетом стоимости билетов, услуг оператора и одного дня проживания обойдется в пределах 5 тыс. рублей без учета стоимости самих стоматологических услуг. За эти деньги агентство пришлет клиентом список необходимых анализов, забронировать билеты в оба конца и сопроводит в клинику по приезде в город. При необходимости в туристической фирме могут и с гостиницей, которая будет стоить около 1,5 тыс. рублей в сутки. Однако даже такие расходы, по словам сотрудников агентства, позволяют сэкономить значительную сумму на лечении.

Сами стоматологи предупреждают: при планировании подобных поездок стоит учитывать то, что абсолютное большинство заявленных процедур невозможно выполнить за один-два посещения. К примеру, для получения металлокерамической коронки необходимо минимум два визита к врачу даже при наличии у клиники собственной зуботехнической лаборатории.

Несмотря на то что установка одного имплантата сама по себе занимает от 10 до 40 минут, а предварительное обследование можно провести в родном городе, по стандартному

протоколу для его приживления необходимо несколько месяцев — в течение этого времени пациент должен совершить хотя бы два консультативных визита к врачу до установки постоянной ортопедической конструкции. В тех ситуациях, когда необходимо восстановить потерю нескольких зубов и более или имплантация невозможна без дополнительного проведения операции по костной пластике, требуются совсем иные сроки — вплоть до амбулаторного лечения в течение семи-десяти дней с ограничением длительных поездок и перелетов.

Еще одно предостережение специалистов связано с послеоперационным периодом. Даже при идеально проведенной процедуре риск осложнений или воспалений, пусть минимальный, есть всегда. Поэтому непосредственная близость стоматолога, готового оказать помощь, просто необходима. Это касается абсолютно всех стоматологических манипуляций.

Как выбрать надежную клинику — первостепенная задача, которая, казалось бы, должна волновать каждого стоматологического туриста. В случае с агентствами ситуация значительно упрощается: клиент чувствует себя в относительной безопасности, так как ему предлагаются клиники, отобранные туроператором. При этом не учитывается важная деталь: посредник не несет ответственности за качество предоставляемых услуг, потому что гарантию дает сама клиника. Но заинтересованные в собственном коммерческом успехе, агентства всеми способами стараются представить региональные клиники и врачей в лучшем свете, приводя в качестве аргументов мнения профессионалов и хвалебные отзывы клиентов. В частности, отмечают, что региональные стоматологи, в отличие от московских, не гонятся за длинным рублем. Вместе с этим на независимых порталах и форумах часто можно встретить и диаметрально противоположные мнения об уровне лечения в регионах.

Поэтому нужно тщательнее выбирать клинику и врача, ориентируясь не только на рекомендации турагентств, но и на информацию специализированных сайтов, которые позволяют получить советы экспертов, делая выбор осознанным.

И еще одно важное обстоятельство. Несмотря на значительный рост рынка стоматологических услуг в целом и развитие стоматологического туризма в частности, в подготовке специалистов данной сферы в России практически не произошло изменений. Выпускникам медицинских вузов приходится овладевать современными технологиями на частных курсах и семинарах, как правило, зарубежных. Врачей же, работающих по старинке, больше как раз в регионах, куда и едут пациенты, желающие сэкономить.

Стоматология — одна из самых передовых областей медицины: здесь каждый год появляются новые современные технологии и методики лечения. Но сосредоточены они, за редким исключением, по-прежнему в Москве, Санкт-Петербурге и некоторых городах-миллионниках.

Юлия Тихомирова, Skydental

Последняя ошибка

диагноз

(Окончание. Начало на стр. 17)

Нанесение вреда здоровью пациента будет компенсироваться через систему обязательного медицинского страхования. В случае смерти пациента выплата составит 2 млн руб., наступления инвалидности первой группы — 1,5 млн руб., второй группы — 1 млн руб., третьей группы — 500 тыс. руб. Документ предполагает, что базовый тариф составит 2% от объема оказываемой медпомощи — столько будут перечислять медорганизации в страховую компанию. При этом тариф будет дифференцироваться в зависимости от квалификации медработников, видов оказываемой медпомощи и иных характеристик, в том числе оценки риска ошибок. Таким образом, тарифы для добросовестного врача будут ниже, чем у того, на которого жалуются пациенты.

Законопроект, по сути, будет защищать добросовестных медиков — медучреждениям будет выгодно набирать хороших и дешевых с точки зрения размера страхового взноса врачей, отмечают его разработчики. Они подчеркивают, что главное достижение законопроекта — в наступлении

страховой безвиновности, то есть если пациенту нанесен вред, доказана халатность, то врача, по сути, «автоматически» признают виновным, а уже потом страховая компания разбирается с врачом сама, в том числе с вопросом взыскания с него денег.

База под новый закон уже подведена: с 2016 года, согласно закону «Об основах охраны здоровья граждан», будет введена обязательная аккредитация врачей на допуск к видам медицинской деятельности, что повысит ответственность медиков за результаты своей работы и позволит привлечь специалистов к персональной ответственности. Благодаря аккредитации станет понятно, насколько специалист готов к осуществлению конкретных видов медицинской деятельности и медицинским вмешательствам в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи. Допуски врача означают, что, к примеру, врач, работающий в области сосудистой хирургии и выполняющий исключительно операции при варикозном расширении вен, не будет допущен к операциям на сердце, хотя формально по своей специальности он может это делать.

Минздрав не скрывает: в здравоохранении должны быть введены принципы саморегулирования, врачи должны стать «своеобразной гильдией профессионалов», в которой сама медицина сможет выносить вердикт недобросовестным коллегам. Министрство готово передать врачебным сообществом ряд полномочий, в том числе по аккредитации медработников и выдаче допусков профессиональной медицинской организации.

Поскольку страхование ответственности медиков неизбежно, эксперты и организаторы здравоохранения обсуждают возможные формы страхования. «В России, на наш взгляд, лучше сохранить систему, при которой медицинское учреждение страхует ответственность за действия всех своих медицинских работников», — отмечает начальник управления центра страхования ответственности «Альянс Ирина Древал». Один из обсуждаемых вариантов — введение специального финансового института в виде фонда, основанного на концепции формирования общества взаимного страхования. Его организаторами могут выступить сами медики, самостоятельно неся полную ответственность за взносы и выплаты.

Дарья Николаева

НОВЫЙ СМЫСЛ МЕДИЦИНЫ

Как, по какой цене и от каких болезней нас будут лечить в 2013 году и через 10–15 лет, рассказывает МИЛОШ ПЕТРОВИЧ, генеральный директор компании «Рош» в России.

— Против каких болезней разрабатываются биопрепараты?

— Главные враги, против которых сейчас направлена деятельность биотехнологических компаний, — это прежде всего онкологические заболевания, потому что рак до сих пор является второй причиной смертности в развитом мире. Также это различные аутоиммунные, иммунологические болезни широкого спектра: от ревматоидного артрита или системной волчанки до астмы и некоторых других заболеваний, где задействован иммунный процесс. Биопрепараты — это препараты направленного действия.

— Какова оптимальная доля биопрепаратов на фармрынке?

— Что такое оптимальная доля, я точно сказать не могу. Однако можно определенно констатировать факт, что эти препараты занимают все большую и большую долю рынка мировой фармацевтической индустрии и эта доля будет расти.

— Как понять, биопрепарат слишком дорог или он все же настолько необходим, что лучше за него заплатить?

— Здесь два главных критерия. Первый — объем инвестиций в разработку данного биопрепарата и степень его новизны. И второй — насколько он эффективен и может ли вывешивать больному либо значительно продлевать им жизнь. И еще важно, насколько новые параметры лечения, которые предлагает препарат, лучше ныне существующей терапии. Дорого или недорого — это вопрос относительный, рынок сам регулирует цену. Но не только рынок, есть еще агентства, например Европейское агентство лекарственных средств, национальные институты здравоохранения в Америке и т. д. Цена не берется с потолка.

— Создается впечатление, что одна из целей инновационной шумихи вокруг биопрепаратов в том, чтобы объяснить нам не только причины дороговизны этих лекарств, но и то, что за них иного выхода нет, как только их покупать.



— Я не согласен с этим утверждением. Никаких VIP-лекарств не существует, просто есть лучшие практики лечения.

Самый бедный житель Германии и самый богатый в этом плане абсолютно равны. В России, странах СНГ и некоторых других странах, к сожалению, существует понятие VIP-пациентов — социально значимых персон, которые якобы заслуживают лучшего лечения, чем другие. На мой взгляд, такой подход несправедлив и от него надо уйти. Есть безболезненное, есть лечение, которое пациент должен получать. А вопрос цены регулируется на другом уровне.

— Какова доля исследований, которые приводят к выпуску препаратов, доведенных до пациента?

— Обычно говорят, что одна молекула из ста доходит до финишной прямой. Я лично ожидаю, что с развитием персонализированной медицины и с улучшением понимания биологии, клеточной, молекулярной, процент успеха будет гораздо выше, потому что определяются мишени — создается препарат, который воздействует на эту мишень. Тот есть эффективность исследований по идее должна улучшаться. Но это не означает, что одна из ста молекул вернется в одну из десяти. Может, даже станет хуже — одна из тысячи. Но стоимость таких исследований должна уменьшаться относительно их эффективности. Сейчас разработка серьезного препарата стоит от миллиарда долларов и выше. Если говорить о длительности процесса, то начала разработок и до выпуска, если все идет идеально, проходит пять-шесть лет, если не все гладко — десять лет и больше.

— Какие самые горячие направления развития фарминдустрии?

— В развитых странах это сердечнососудистые заболевания, онкология, иммунология, кроме того, возрастные болезни, такие, как, например, болезнь Альцгеймера. Плюс так называемые нейродегенеративные заболевания. Также заболевания ЦНС — шизофрения, психические расстройства, которые врачи хотя и контролируют, но не вполне довольны качеством жизни пациентов. Что касается развивающихся, бедных стран, тут другие проблемы: это до сих пор СПИД, малярия, туберкулез, инфекционные заболевания, которые уносят больше жизней, чем хронические.

— Сейчас запускаются исследования молекул, которые в идеале будут продаваться еще через 10–15 лет. Тут важно не ошибиться.

— Чем лучше мы знаем механизм развития заболевания, тем больше шансов найти подходящую молекулу или антитело, которое будет использоваться в качестве лекарства. Сейчас мы стремимся понять этот механизм действия и возможности воздействия на него, чтобы остановить болезнь или вернуть организм в прежнее здоровое состояние. Допустим, если речь идет об атеросклерозе, необходимо понять, как убрать бляшки из сосудов. Если имеем в виду онкологию — как освободить организм от раковых клеток. Если стоит вопрос о болезни Альцгеймера — как восстановить когнитивные функции этих больных. То есть лекарство не рождается случайно. Конечно, раньше иногда такое происходило: искали одно, а неожиданно находили другое и видели, что оно работает. Но в основном сейчас это не случайные лекарства. Мы знаем механизм и пытаемся активно воздействовать на этот механизм, повернуть процесс вольте или уничтожить, к примеру, раковые клетки, бактерии, сумасшедшие иммунные клетки, которые вредят организму. Нам и сейчас известно, какие препараты у нас будут через 10–15 лет. Конечно, приблизительно. Мы не знаем конкретно, потому что эти молекулы должны пройти клинические исследования. Но в принципе у нас имеется pipeline (портфель препаратов) на 10–15 лет вперед, а через пять лет мы заглянем и дальше. Такой непрерывный процесс.

— И от чего вы нас готовите лечить через 10–15 лет?

— Основная часть молекул, которые сейчас находятся у компании в разработке, — это молекулы для лечения заболеваний в области онкологии, неврологии, психиатрии и аутоиммунной сферы. Поэтому мы планируем (планируем, поскольку перед тем, как стать препаратом, молекулы должны успешно пройти все клинические исследования), что в портфеле компании через 10–15 лет будут инновационные препараты для лечения онкологических заболеваний, неврологических заболеваний и психических расстройств, а также аутоиммунных заболеваний. На наш взгляд, все эти области будут очень востребованы, поскольку в них будут существовать потребности в инновационном лечении.

— Есть разные мнения среди глобальных фармкорпораций по поводу обязательного проведения локальных клинических испытаний перед регистрацией в той или иной стране инновационных препаратов. Ваше мнение?

— Россия вправе настаивать на клинических исследованиях на своей территории. Это 140 млн человек, разные национальности, расы, разные этнические группы. Такой механизм защищает от недобросовестных проведенных клинических исследований в других странах. — **Означает ли развитие персонализированной медицины и рынка таргетных препаратов не просто возврат к изначальным принципам медицины, но и глобальный передел мирового фармрынка.** — Вопрос не совсем правильный. То, что происходит, я бы не назвал глобальным переделом рынка. Это передел «менталитета»: как мы лечим определенные заболевания, какой используем подход. И в этом главный смысл персонализированной медицины. Первое — максимальное повороч конкретному пациенту, второе — не навредить или неподходящим препаратом, то есть подобрать наиболее эффективное и безопасное лечение для данного больного. Создание таких препаратов, которые будут эффективны для 1–2% всех больных, — дело времени. Кто будет за это платить — другой вопрос.

Записал Владислав Дорофеев

НАЦИОНАЛЬНАЯ ИДЕЯ

В последние пару месяцев я встречался с руководителями и представителями нескольких крупнейших мировых фармацевтических компаний. В России, Франции и Германии. В беседах с ними меня интересовали три основных вопроса: какие болезни они прогнозируют через 10–15 лет (с. интервью с представителем швейцарской компании «Рош» — «Б»). Также я хотел знать модель и временные сроки разработки препаратов и, наконец, какие ресурсы, финансовые и человеческие, нужно привлечь, чтобы получить исковый результат, то есть лекарства, которые будут спасать людей десятки и десятки лет.

Лекарства, которыми мы будем лечиться через 10–15 лет, уже начинают разрабатывать в химических лабораториях по всему миру. Причем степень их сложности здесь не просто велика: из 100 синтезируемых молекул, над которыми проводятся исследования, в массовое производство будет запущено 1–2%.

Если не будет и этих 2%, то с экономической точки зрения степень ошибки для фармацевтической компании будет катастрофична, поскольку стоимость разработки и запуска на рынок одного лекарственного препарата достигает \$1–3 млрд. Это означает также, что эти самые 2% должны не только окупить себя и 98% неудач, но и принести прибыль на следующие 100% проектов



по разработке новых лекарственных препаратов, которые будут запускаться в работу еще через 10–15 лет.

Фармацевтическая группа «Санofi» — это компания-бульдог, которая скупает патенты и специалистов по всему миру, чтобы получить синергию. Потому что инновации, как выразился один из ее руководителей, — это постоянная гонка. Как итог, более чем 110 тыс. сотрудников французской «Санofi» работают в 100 странах мира, у компании несколько десятков заводов по всему миру, включая российский — кстати, один из самых современных в мире. Другой пример. Представленная в 70 странах мира крупнейшая в Азии японская фармкомпания «Такеда» имеет заводы в десятке стран, включая Россию. Основные свои разработки проводит только в Японии, но и в Великобритании и США.

То есть сейчас невозможно добиться выдающихся результатов в национальном пространстве, оперируя возможностями лишь национальной экономики и национальным человеческим ресурсом. Надо объединять не просто разные экономики, но и культуры нации и народы, чтобы получить препараты, которые нас вылечат завтра от неизлечимых сегодня болезней.

Я и моя семья тому пример. На сайте «Санofi» представлен 31 лекарственный препарат, которые компания продает в России. Шесть из них (пятая часть) я и моя семья постоянно используем, что-то чаще или реже. Одно из них я употребляю практически ежедневно на протяжении десяти лет. Поддерживающая терапия, которая дает реальное право на жизнь: у меня за это время даже есть двое детей родились. Иногда я от этого препарата устаю и перехожу на другие лекарства. Но аналогично, существующие на рынке, не дают ощущения внутреннего равновесия, и я возвращаюсь к испытанному препарату, который был синтезирован в начале 1960-х годов в одной из европейских фармлабораторий. И остальные пять из упомянутого семейного набора были разработаны в разные годы в России, но и не только во Франции.

В текущем номере «Б-Здравоохранение» опубликованы результаты исследования «Фармацевтическая отрасль России 2012», проведенного компанией Ernst & Young. Один из самых его драматических выводов со-

тоит в том, что и по прошествии почти двух лет после принятия амбициозной федеральной целевой программы (ФЦП) «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации до 2020 года и дальнейшую перспективу» (17 февраля 2011 года) Россия не готова к ее реализации «с социально-экономической точки зрения».

Думаю дело в том, что ФЦП-2020, замкнутая в национальных границах и в рамках достаточно ограниченных средств, не может воспроизвести не просто инновационные препараты, но главное — много инновационных препаратов, которые смогут по замыслу инициаторов этой больше политической, а не экономической программы лечить нас через 10–15 лет. ФЦП-2020 в таком виде вредна, ибо своим пафосом сбивает прицел отечественного здравоохранения, у которого есть более насущные проблемы, например увеличение базы финансирования, реорганизация поликлинического обслуживания, внедрение лекарственного и врачебного страхования, создание современной системы медицинского образования, наконец, срочный пересмотр существующей модели тендерной системы госзакупок, рассчитанной на дешезвицу, а не на качество. А при таком подходе не бывает инноваций ни в лечении, ни в фармакологии.

Владислав Дорофеев, редактор «Б-Здравоохранение»