Коммерсантъ
Тематическое приложение к газете «Коммерсантъ»
Четверг 21 марта 2013 №48
kommersant.ru
4 601865 000240 13112

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Знает ли Минпромторг секрет развития отечественной фарминдустрии? **18** | Как ФСКН нашла наркотики в протезах ветеранов **19** | Открыл ли закон «Об основах охраны здоровья граждан» пациентам путь к лучшим врачам в лучших клиниках? **19** | Что нужно знать и на что обратить внимание, чтобы правильно выбрать своего стоматолога **19** | Как лекарства становятся великими. Но-шпе — 50 лет **20**

Фармрынок, который умел считать до двух

госрегулирование

Минэкономразвития снова предлагает установить 15-процентные преференции для российских фармпроизводителей — участников госторгов. Соответствующий проект был представлен на общественное обсуждение. Фармбизнес не теряет надежды воспользоваться преференциями на весенних торгах: по содержанию приказа замечаний нет — очень волнует срок вступления документа в силу.

На примере запуска Ярославского завода компания «Р-Фарм» в партнерстве с крупнейшими мировыми фармпроизводителями демонстрирует успешную реализацию программы переноса в Россию зарубежных технологий производства высокотехнологичных лекарственных средств ФОТО ДЕНИСА ВЫШИНСКОГО

Подобие преференций

В феврале на общественное обсуждение был представлен проект приказа Минэкономразвития России Д28вн-119 «Об условиях допуска товаров, происходящих из иностранных государств, для целей размещения заказов на поставки товаров для нужд заказчиков».

Министерство предлагает установить преференции на 2013 год для ряда товаров российского и белорусского происхождения: 15% от цены контракта при торгах на поставку для государственных и муниципальных нужд.

Первый подобный приказ Минэкономразвития «Об условиях допуска товаров, происходящих из иностранных государств, для целей размещения заказов на поставки товаров для нужд заказчиков» был принят во исполнение федерального закона №94 в декабре 2008 года и действовал до конца 2010 года. Затем был издан новый приказ о преференциях на 2011 год, который утратил силу 31 декабря 2011 года. Нынешний придет на смену приказу Минэкономразвития России от 12 марта 2012 года №120, который утратил силу 31 декабря 2012 года. Размер преференций, установленных этими документами, не менялся. В этом году значительно (с 16 до 60) расширен список категорий товаров, на которые они распространяются. Фармпродукция изначально входила в этот список, поэтому изменений, касающихся производителей лекарственных препаратов, в обсуждаемом проекте приказа нет.

Отечественные фармпроизводители проявляют самое серьезное внимание к этому документу. «Это единственный нормативно-правовой акт, определяющий порядок предоставления преференций для отечественных производителей лекарственных средств при размещении заказов на госзакупки, и потому его роль для российской фармы сложно переоценить»,— рассказал генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей (АРФП) Виктор Дмитриев. Он называет приказ «единственным на сегодня день документом, закрепляющим намерение государства поддержать отечественного производителя». 15% преференции в цене заставляют дистрибуторов включать в заказы продукцию российского происхождения. Единственный момент, который вызывает серьезное беспокойство у представителей отрасли,— сроки вступления в силу положений новой редакции. Последние два года приказ утверждался после весенних аукционов, которые проводятся обычно дважды в год. В 2011 году документ вступил в силу 10 июля и действовал до 31 декабря. В 2012 году он был зарегистрирован в Минюсте РФ 17 апреля, опубликован в «Российской газете» 25 апреля, а вступил в силу 6 мая. По мнению Виктора Дмитриева, если новый приказ будет принят министерством после аукционов по госзакупкам, то отечественные производители вновь не смогут воспользоваться льготами. Своевременное принятие документа Минэкономразвития чрезвычайно важно для отрасли, если учесть отсутствие нормативно закрепленного статуса «локальный производитель», а также то, что законопроект «О федеральной контрактной системе в сфере закупок товаров, работ и услуг» все еще находится на рассмотрении в Госдуме, отмечает господин Дмитриев.

Как объясняют в Минэкономразвития, документ будет утвержден по поручению кабмина, а также по результатам общественного обсуждения. Минэкономразвития России уже направило в правительство письмо с просьбой рассмотреть вопрос о предоставлении преференций на 2013 год.

Приказ о преференциях российским производителям тесно связан с другими документами, которые вызвали наиболее острую дискуссию в фармсообществе. Речь идет о проектах постановления правительства «Об установлении дополнительных требований к участникам размещения заказов при размещении заказов на поставки лекарственных средств» и приказа Минпромторга «О критериях, в соответствии с которыми лекарственные средства, произведенные на территории РФ с использованием компонентов иностранного происхождения, могут быть отнесены к продукции российского происхождения».

Согласно проекту постановления кабмина, дополнительным требованием к участникам аукциона предлагается считать наличие в составе заявки предложения о поставке лекарственных средств российского происхождения, за исключением случаев, когда в реестре лекарственных средств зарегистрировано менее двух российских производителей фармпрепаратов, на которые размещается заказ. Проект приказа Минпромторга, в свою очередь, предлагает ввести три критерия, в соответствии с которыми препарат, произведенный на территории России с использованием иностранных компонентов, может относиться к отечественным.

ФАС России официально не поддержала инициативы Минпромторга. Позиция ведомства, выраженная начальником управления контроля социальной сферы и торговли ФАС Тимофеем Нижегородцевым, такова: данные проекты не имеют смысла, пока не решен вопрос о взаимозаменяемости лекарственных препаратов.

То есть в ФАС России осторожно оценивают перспективы документа. В ведомстве отметили также, что предыдущий приказ действовал для товаров из России и Белоруссии, с 2014 года, если будет принято решение о предоставлении преференций, этот список пополнит Казахстан.

(Окончание на стр. 18)

Месть донора

операция

В конце января вступил в силу новый закон «О донорстве крови и ее компонентов», поощряющий безвозмездную сдачу крови. Теперь вместо денежной компенсации добровольцы, сдающие кровь, могут рассчитывать на бесплатный обед. После этого почти половина столичных доноров перестала сдавать кровь. В результате образовавшегося дефицита крови в некоторых московских больницах были отменены плановые операции. Столичные власти отреагировали оперативно: плата за сдачу крови и плазмы была возвращена.

Последствия «биологической проституции»

Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов» вступил в законную силу с 20 января. Почти сразу министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова сделала ряд громких заявлений СМИ. «Мы не опасаемся дефицита донорской крови в результате отмены оплаты донорства. Это единственный цивилизованный путь развития системы. Что касается в целом донорского движения, это должен быть добровольный акт каждого человека. Мы не должны скатываться к биологической проституции»,— отметила министр. Как полагают в Минздраве, отмена платы за кровь пойдет только на пользу больным: уменьшится риск отбора некачественной крови у представителей асоциальных групп, подрабатывающих таким образом. Позицию министерства поддержали и депутаты Госдумы. «Бесплатное донорство — норма для всего мира. Причем так было и в России. Деньги за сданную кровь начали платить лишь в 90-е годы прошлого века. Врачи не могли организовать питание для доноров — им начали выплачивать денежное вознаграждение»,— отметил член комитета по охране здоровья ГД Разимет Натхо.

По мнению авторов закона, изменения создают благоприятные социальные, правовые и экономические условия для более активного участия граждан в безвозмездном жертвовании собственной крови. Добавим, что эти цели заложены в госпрограмме «Развитие здравоохранения РФ до 2020 года», а также в резолюции ВОЗ 28.72, которая предусматривает полный переход к добровольному безвозмездному донорству во всех странах к 2020 году.

Самой заметной статьей закона стала отмена материальной компенсации донорам крови. Ранее эти деньги выдавались на питание, необходимое для восстановления организма после сдачи крови. «Новый закон не отменяет платного донорства в полной мере: в отдельных случаях, таких, как получение крови редких групп или донорство методом афереза, оплата сохранится»,— пояснила на церемонии открытия Центра крови на базе Первого МГМУ имени Сеченова Вероника Скворцова.

(Окончание на стр. 18)

Инсулиновая магия жизни

диагноз

Россия вошла в десятку стран с наибольшим количеством больных сахарным диабетом (СД): такой диагноз официально поставлен уже 3,5 млн человек. Однако еще примерно втрое больше людей живут, даже не подозревая о том, что больны диабетом. Неслучайно эксперты говорят о накрывшей страну «молчаливой эпидемии». Возникает, правда, вопрос, справится ли государство с лечением миллионов новых диабетиков, если диагноз им будет поставлен.

Два типа угрозы

Резкий всплеск сахарного диабета во всем мире вызывает серьезную озабоченность. Еще 20 лет назад численность больных сахарным диабетом в мире не превышала 130 млн человек, в прошлом году, по оценке Международной диабетической федерации, достигла 366 млн, а к 2030 году превысит 500 млн человек.

Сахарный диабет — хроническое, широко распространенное заболевание, обусловленное снижением секреции инсулина или его низкой биологической активностью. Инсулин — гормон, необходимый для превращения глюкозы (сахар) в энергию. Если сахарный диабет первого типа (генетический, как правило, развивается до 40 лет и всегда требует лечения инсулином) достаточно хорошо изучен и диагностируется на ранних стадиях, то наиболее распространенный (до 90% случаев) диабет второго типа может точить человека изнутри годами. До 80% таких пациентов не подозревают о своей болезни. Однако она прогрессирует и нередко о ее наличии человек узнает лишь после развития тяжелых осложнений (нарушение зрения, сбои в работе почек, сердечно-сосудистые заболевания, в том числе атеросклероз и артериальная гипертония, инфаркты и инсульты). Примерно 40% больных через семь лет после начала заболевания уже имеют серьезные сосудистые осложнения. Они же становятся причиной 50–80% случаев смерти больных СД второго типа. А жизнь пациентов с такой разновидностью заболевания напрямую зависит от инъекций инсулина.

Неправильное питание, ожирение или лишний вес — самая распространенная причина развития диабета второго типа. На фоне избыточного веса клетки, перегруженные питательными веществами, теряют чувствительность к действию инсулина. В результате уровень глюкозы в крови повышается, а в клетки она не поступает. Больше половины россиян (!) уже попали в группу риска развития диабета.

К сожалению, излечивать диабет человечество еще не научилось. Но это заболевание называют управляемым. Поддерживающее лечение помогает пациентам жить долго и счастливо, хотя и с небольшими ограничениями (диета, постоянный контроль уровня сахара в крови), констатирует врач-эндокринолог Консультативно-диагностического центра клинической больницы №83 ФМБА РФ Оксана Жилякова.

Как правило, терапия вновь выявленного случая СД начинается с таблетированных препаратов. В идеале каждые полгода пациент должен проходить полное обследование, и если показатели его здоровья не окажутся доведенными до так называемых таргетных значений, терапия должна усиливаться. В итоге в этой схеме появляется тяжелая артиллерия — инсулин (конечно, в особенно тяжелых случаях его назначают сразу). Так должно быть в идеале, но в реальности российских пациентов достаточно долго держат на таблетках. По сравнению с другими странами инсулинизация в России невысокая.

Бесплатные обещания

В феврале в рамках рабочего визита президента Франции в Россию компания «Санофи» и Эндокринологический научный центр заключили меморандум о намерениях разработать и провести совместный эпидемиологический проект в области диагностики и лечения СД на территории РФ. Как отметил академик РАН и РАМН главный эндокринолог Минздрава РФ Иван Дедов, это исследование станет весомым вкладом в развитие российской эндокринологии: улучшение качества жизни людей с сахарным диабетом напрямую связано с выявлением заболевания на ранних стадиях.

Этот проект долгожданный, поскольку в России количество невыявленных диабетиков огромно. По данным Эндокринологического научного центра, распространенность неучтенного СД составляет 8–9 млн человек, то есть на одного выявленного пациента приходятся 3–4 скрытых (в развитых странах это соотношение составляет примерно 1:1).

По данным Государственного регистра сахарного диабета, в России диагноз поставлен 3,5 млн людей, из них 316 611 — пациенты с СД первого типа и 3 232 875 — с СД второго типа.

«Очень важно периодически обследоваться. Минимум раз в год каждый из нас должен исследовать уровень глюкозы в крови. Если же человек входит в группу риска по развитию СД, обследоваться нужно дважды в год»,— говорит доктор Жилякова.

В России лечение сахарного диабета является одним из трех приоритетов здравоохранения. Поскольку заболевание относится к социально значимым, у страны всегда должен быть стратегический запас препаратов для этой группы пациентов. Все необходимые лекарства (в том числе инсулин и таблетированные сахароснижающие средства) государство обязано предоставлять диабетикам бесплатно. Кроме того, пациентам бесплатно положены средства для введения инсулина и тест-полоски для глюкометров (но не сами глюкометры).

По стандарту оказания медицинской помощи, утвержденному приказом Минздравсоцразвития РФ №582, больным с инсулинзависимым сахарным диабетом должны выделять 730 тест-полосок на год. Это примерно по две полоски в сутки. Хотя многим больным требуется пять-шесть измерений уровня сахара ежедневно. Получается, что остальное приходится приобретать за свой счет. Впрочем, даже то, что положено, порой выбить бывает чрезвычайно сложно.

Медвежью услугу диабетикам может оказать и новый закон об охране здоровья граждан. Из него следует, что в стандарты лечения должны включаться лишь медицинские изделия, имплантируемые в тело пациента. Иными словами, за рамками стандартов оказываются так необходимые диабетикам шприцы, тест-полоски и одноразовые иглы. В Ассоциации международных производителей медицинских изделий IMEDA не исключают, что российские пациенты могут оказаться перед необходимостью покупать жизненно необходимые медицинские изделия за свой счет, ведь в тарифы на оказание медпомощи входит лишь то, что есть в стандартах.

(Окончание на стр. 20)

Agami Center
стоматологическая клиника

Клиника АГАМИ – быстрое решение сложных проблем

Боитесь лечить зубы?

Седация – лечение зубов во сне без стресса и боли.

Безопасно и эффективно – решение нескольких проблем за одно посещение.

Израильская стоматология в Москве.

Клиника АГАМИ
Москва, ул. Советской Армии, д. 17/52
Телефоны: +7 (495) 775 4565, +7 (495) 656 2323
E-mail: info@agami.ru
www.agami.ru

Реклама

ПОЛУЧИТЕ КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА ПО ОКАЗЫВАЕМЫМ УСЛУГАМ

здравоохранение практика

Месть донора

операция

(Окончание. Начало на стр. 17)

Минимальная выплата предусмотрена за сдачу крови с редким фенотипом или антигеном — 8% от МРОТ. Стоимость сдачи плазмы составит 15% МРОТ, эритроцитов — 25%, тромбоцитов — 35%, а вознаграждение за донацию лейкоцитов методом афереза составит 45% МРОТ.

Новый закон запрещает частным медицинским организациям забирать, заготавливать, хранить и перевозить кровь и ее компоненты. Теперь больницы, оказывающие помощь пациентам за плату, кровь для них должны покупать.

С одобрением эксперты приняли нормы, закрепляющие понятийный аппарат, и идею создания единой базы донорства. Последняя поможет врачам оперативно искать нужную группу крови по всем регионам страны. Как считают специалисты, новый закон ухудшит ситуацию с теми, кто сдает кровь впервые, а выиграют от него почетные доноры России. Их ежегодные выплаты увеличены в полтора раза (до 9959 рублей).

«К прогрессивным можно отнести введение отгула для доноров-военнослужащих. С 2004 года отгулы донорам давали по Трудовому кодексу, а на военных он не распространяется»,— отметил академик РАЕН доктор медицинских наук Евгений Жибурт. К недостаткам нововведений он отнес сохранение госмонополии на заготовку крови, отсутствие определения «безвозмездная донация» и неопределенность с пищевым рационом доноров.

Возмездный период

Благие намерения привить цивилизованный опыт сдачи крови на российскую почву можно было приветствовать. Если бы не обидная для Минздрава осечка в Москве. В начале февраля в ряде крупных столичных больниц сложилась тревожная ситуация: плановые операции и переливания крови начали переноситься из-за дефицита крови. Эту информацию на условиях анонимности подтвердили сразу в нескольких городских больницах.

Новый закон отбил охоту сдавать кровь примерно у 40% российских доноров ФОТО ГРИГОРИЯ СОБЧЕНКО

По оценке заместителя мэра Москвы по вопросам соцразвития Леонида Печатникова, после введения в действие закона «О донорстве крови…» 40% доноров, которые были возмездными на протяжении ряда лет, не пришли на станции переливания крови. Не секрет, что большинство доноров — это студенты, которым нужны карманные деньги, и люди с небольшим достатком. И на бесплатный чай с булочкой или консервы они не клюнули. Конечно, среди доноров немало энтузиастов, которые сдают кровь не ради денег. Но главный мотив для большинства российских доноров — это все-таки бедность, а не жадность, как думают в Минздраве.

Этот вывод подтверждает и беспристрастная статистика. Так, в минувшем году столичные доноры сдали за плату более 50% цельной крови, более 80% плазмы и почти 100% тромбоцитарной массы. «Такой резкий переход от одной системы к другой создал определенные проблемы»,— признал столичный градоначальник Сергей Собянин и распорядился срочно принять постановление, вернувшее денежные выплаты донорам.

«Мы сохраняем меры социальной поддержки, в том числе денежную, при однократной донации крови. И в то же время, стимулируя безвозмездную сдачу крови, мы предусмотрели серьезную социальную денежную поддержку для тех, кто сдает не менее 4 раз цельную кровь, 15 донаций плазменных, 10 донаций тромбоцитов и 2 — ретроцитарной массы»,— сообщил господин Печатников. Так, в Москве в соответствии с постановлением при однократной сдаче крови донору выплатят 3,4 тыс. рублей, плазмы — 3 тыс. рублей, тромбоцитов — 4,8 тыс. рублей, при донации эритроцитов — 5 тыс. рублей. В случае же четырехкратной сдачи крови в течение года выплата составит уже 20 тыс. рублей, за 15 донаций плазмы либо 10 донаций тромбоцитов за год донору выплатят 52 тыс. рублей, за две донации эритроцитов — 16 тыс. рублей. В столичной мэрии надеются на то, что переходный период, когда удастся серьезно увеличить безвозмездную сдачу крови, продлится недолго.

Размер платы за сдачу крови и (или) ее компонентов будет рассчитываться в процентном отношении от величины прожиточного минимума, установленного в субъекте РФ. Механизм выплат будет доработан в регионах до 1 мая. Небедная Москва смогла позволить себе период адаптации к переменам. А что делать бедным и дотационным регионам?

Как сообщил в Госдуме глава Счетной палаты Сергей Степашин, 60% регионов страны находятся на грани банкротства. К 1 января 2013 года их задолженность составила 1,4 трлн рублей. «Большинство из них с долгами не рассчитается. Россия — федеративное государство, и перебрасывать вниз социальные обязательства без подкрепления их финансовыми источниками чревато серьезными последствиями»,— считает глава СП.

Тень на реформы Минздрава бросает и коррупция, которая буйным цветом расцвела в некоторых субъектах федерации. Так, в Карачаево-Черкесии разрастается скандал, связанный со строительством центра переливания крови, который сдали в эксплуатацию только «на бумаге». Главврача станции, поставившего подпись на акте приемки несуществующего объекта, подозревают в мошенничестве на 300 млн рублей.

Меры, кажущиеся экономией бюджета, по мнению врачей, могут обернуться огромными потерями для государства: уменьшатся запасы крови, которые и так малы. Но Вероника Скворцова считает иначе: «Кровь сейчас есть, опасности дефицита крови нет. Ежегодно во всех регионах формируется мобилизационный резерв, который постоянно восполняется. За два прошедших месяца количество крови по регионам увеличилось от 5% до 8%, число доноров возросло на 8–10%». По словам министра, ежегодно заготавливается около 2 млн литров цельной крови, из которых примерно 80% составляет плазма и примерно 20% заготавливается в виде тех или иных компонентов крови. На тысячу жителей необходимо иметь 23–25 доноров, тогда можно быть абсолютно уверенными в том, что крови хватит всем медицинским учреждениям. В настоящее время этот показатель составляет 22–23 донора на тысячу.

По мнению академика Евгения Жибурта, об эффективности закона говорить пока рано: из 19 запланированных подзаконных актов принято всего 4. Однако очевидно, что в интересах развития безвозмездного донорства в РФ нормативно-правовая база службы крови нуждается в совершенствовании. Например, никогда не проводилась оценка эффективности сбора справок. Сегодня активные доноры крови или ее компонентов ежегодно должны предоставлять более 15 справок. Нигде в мире от доноров не требуют такого количества справок. «Заставляя безвозмездных доноров получать справки, мы фактически налагаем на их дар крови существенные обременения. В этих условиях желание дарить сокращается»,— полагает академик.

Он обратил внимание на несколько узких мест службы крови. Сейчас для выпуска плазмы из карантинизации необходимо повторное обследование, которое первичные доноры, как правило, игнорируют. Поэтому целесообразно отменить обязательную карантинизацию плазмы, чтобы направлять плазму первичных доноров сразу на вирусинактивацию. Удвоить заготовку плазмы при тех же затратах на обследование доноров позволит отказ от однократного плазмафереза. В результате вдвое сократится количество дней отдыха доноров, они станут больше работать. Тем самым в стране повысится производительность труда.

Нуждаются в корректировке, по мнению академика, и критерии почетного донора РФ. Законом определено, что граждане, сдавшие бесплатно кровь и клетки крови 40 и более раз или плазму 60 и более раз, награждаются нагрудным знаком «Почетный донор РФ». Налицо неравенство: донору плазмы значительно проще стать почетным донором, нежели донору крови. 40 раз сдать кровь мужчина может в течение восьми лет, а женщина — в течение десяти лет. Тогда как 60 раз сдать плазму с двухнедельным интервалом можно в течение двух с половиной лет. Практикуя еженедельный однократный плазмаферез, «накопить» 60 донаций плазмы можно в течение 14 месяцев. «Логично повысить количество донаций плазмы, достаточное для награждения нагрудным знаком „Почетный донор РФ“, не менее чем до 150. Тем более что в современной клинике плазма менее востребована, чем эритроциты. Кроме того, в России регламентированы не всегда доказательные, а иногда ошибочные противопоказания к донорству (менструация, вирусный гепатит А, токсоплазмоз и т. д.). Уместно использовать методический подход к оценке пригодности доноров, регламентированный в Евросоюзе и Совете Европы»,— заключил академик.

Сергей Артемов

Фармрынок, который умел считать до двух

госрегулирование

(Окончание. Начало на стр. 17)

Коллизия правоприменения

Впрочем, иностранные, да и некоторые отечественные, производители сразу же после опубликования проектов заявили о рисках их принятия в настоящей редакции.

Глава Союза профессиональных фармацевтических организаций Олег Астафуров считает, что, давая производителям преференции, власти обходят вопрос о сопоставимости лекарственных средств. «Стимулировать производителей надо, но при этом необходим жесткий механизм контроля, чтобы лекарственные средства соответствовали международным стандартам эффективности и безопасности»,— заявил он.

В частности, вопросы вызывает также срок, по истечении которого стадия упаковки не будет считаться критерием для признания производителя российским (31 декабря 2013 года). По мнению генерального директора АРФП, указанный в законопроекте срок невыгоден компаниям, локализовавшимся на отечественном рынке в последние два года. «Эти производители могут не успеть вернуть вложенные на первом этапе локализации инвестиции. И нас не может не беспокоить, как эта ситуация скажется на инвестиционной привлекательности российского фармрынка»,— поясняет господин Дмитриев.

Зарубежные производители и вовсе сомневаются в возможности отдельных российских производителей обеспечить своевременные и гарантированные объемы поставок около 500 международных непатентованных наименований препаратов в структуре жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов или около 3 тыс. товарных позиций по лекарственной форме и дозировке. После введения с января 2014 года GMP «неизвестное количество предприятий могут оказаться легитимными с точки зрения производства лекарственных препаратов», отмечается в одном из писем Ассоциации иностранных фармацевтических производителей (AIPM) главе Минпромторга Денису Мантурову. Кроме того, в AIPM предупреждают: предложение использовать регистрацию препаратов в госреестре лекарственных средств в качестве критерия ограничения доступа к участию в госзакупках — обширное поле для недобросовестной конкуренции. Согласно правоприменительной и судебной практике, в России можно регистрировать аналоги лекарственных препаратов, находящихся под патентной защитой, но запрещено выводить их в гражданский оборот. «Они будут зарегистрированы, но их не будет де-факто,— отметил глава ассоциации Владимир Шипков.— Возникнет коллизия с точки зрения правоприменения. Мы имеем достаточно оснований предположить, что в случае невыхода одного из производителей— победителей торгов либо торги срываются, либо не будет поставок».

AIPM предлагает Минпромторгу продлить действие критерия в отношении упаковки лекарственных препаратов до 2016 года включительно, более тщательно проработать нормы в отношении твердых и иных сложных лекарственных форм, производства высокотехнологичных сложных биологических препаратов. «Требуется дополнительный критерий, в соответствии с которым данные лекарственные средства, произведенные на территории РФ с использованием компонентов иностранного происхождения, могут быть отнесены к продукции российского происхождения»,— говорится в письме ассоциации.

«Полагаю, что документы будут приняты, но в скорректированной редакции»,— заявил господин Дмитриев. Схожей позиции придерживаются в AIPM: там заявили, что не теряют надежды на то, что документы будут приняты в иной редакции, которая позволит при реализации новых норм на практике избежать тех острых моментов, о которых ассоциация предупреждала Минпромторг.

Лена Мекшун,
«Фармвестник»

«НА КОММЕРЧЕСКОМ РЫНКЕ ОГРАНИЧЕНИЙ ДЛЯ ИНОСТРАНЦЕВ НЕТ»

ЮРИЙ СЛЮСАРЬ, заместитель министра промышленности и торговли РФ, убежден, что качественное развитие отечественной фармотрасли начинается с поддержки государством.

— Не кажется ли вам, что искусственное лоббирование отечественных производителей сведется к злоупотреблениям, начнут массово создаваться левые фирмы, которые будут производить некачественные препараты из субстанций, купленных у сомнительных производителей?

— Предоставление преференций при осуществлении государственных закупок национальным производителям (а также производителям из стран, в отношении которых на основании международных соглашений вводится национальный режим) широко используется во многих странах мира, в том числе в США и странах Европейского союза.

Во всех принятых стратегических документах (Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года, ФЦП «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу», государственная программа Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013–2020 годы) поставлена цель к 2020 году увеличить долю лекарственных средств отечественного производства в денежном выражении до 50%, а долю лекарственных средств отечественного производства по номенклатуре перечня стратегически значимых лекарственных средств и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов — до 90%.

Этот же показатель — 90% объема производства отечественных лекарственных средств по номенклатуре перечня стратегически значимых лекарственных средств и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов — определен президентом Российской Федерации Путиным в указе от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

Находящийся сегодня на обсуждении пакет проектов документов по предоставлению российским производителям преференций — это один из инструментов достижения поставленных целей.

Прежде всего необходимо определиться с тем, что мы считаем российским лекарственным средством. Один из документов — проект приказа Минпромторга России «О критериях, в соответствии с которыми лекарственные средства, произведенные на территории Российской Федерации с использованием компонентов иностранного происхождения, могут быть отнесены к лекарственным средствам российского происхождения» — устанавливает критерии признания препарата российским. Те препараты, которые произведены на территории РФ юридическим лицом, имеющим лицензию на производство ЛС с использованием компонентов иностранного происхождения, будут признаваться российскими при соответствии одному из трех критериев: производство фармацевтической субстанции, производство лекарственного препарата, осуществление одной из стадий производства — упаковки. Но последний критерий будет действовать до 31 декабря 2013 года — срока окончания перехода производства лекарственных средств на стандарты GMP.

Обращаем внимание на то, что предоставление преференций не повлияет на обращение оригинальных запатентованных лекарственных средств, поскольку в период действия патента на оригинальный лекарственный препарат невозможно обращение его дженериков.

Отрасль регулируется государством от момента создания молекулы до уничтожения продукции. Государство устанавливает требования и к производителю (в форме лицензирования производства лекарственных средств, одним из условий которого является соответствие правилам GMP), и к компаниям, реализующим продукцию (лицензирование фармацевтической деятельности), и к выпускаемой продукции (в форме государственной регистрации с проведением клинических исследований и контроля за находящейся в обращении продукцией).

Однако в последнее время в Россию поступает все большее количество лекарственных препаратов, произведенных в странах с либеральными регуляторными режимами. Локализация производства препаратов с этой точки зрения один из путей ужесточения контроля и обеспечения пациентов качественными лекарствами.

— Исходя из названных критериев, у иностранных производителей не остается времени на локализацию?

— Предлагаемые сегодня преференции были одним из условий прихода в Россию зарубежных инвесторов, имевших в планах локализацию производства (первый этап реализации Стратегии). И если государство не будет последовательно в выполнении взятых на себя обязательств, то именно это и скажется негативно на инвестиционной привлекательности российского фармпрома. Из 20 крупнейших иностранных фармацевтических компаний больше половины уже имеют в России свои заводы или заканчивают их строительство.

Рынок лекарственных препаратов делится на коммерческий и государственный сегменты.

На программу «Семь нозологий», по информации Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2012 году было выделено 52 млрд рублей, и в 2013 году объем финансирования уменьшаться не будет. Доля российских лекарственных средств в этом сегменте госзакупок — около 7%, остальное приходится на иностранные оригинальные препараты.

Все, что остается у российских производителей,— это самая маленькая часть государственного сектора, где нет огромных финансовых потоков: лекарственные средства для лечения в стационарах. И именно в этой части мы предлагаем ввести преференции для российских производителей. На коммерческом рынке ограничений для иностранцев нет.

Поэтому предлагаемые меры поддержки отечественных производителей не могут нанести ущерба иностранным компаниям и позволят таким компаниям максимально полно использовать создаваемые производственные мощности. Рискуют потерять свою долю рынка только те компании, которые до настоящего времени не решили, важен ли для них российский рынок.

Предлагаемые меры направлены на поддержку российских предприятий, а также иностранных предприятий, осуществляющих локализацию своих препаратов в России, и не ставят своей целью закрыть рынок России от иностранных производителей.

Преференции не касаются коммерческого рынка, на котором действует принцип свободной конкуренции. Они затрагивают сектор государственных закупок, который, напомним, находится вне сферы действия правил ВТО, так как Россия не подписала (при вхождении в ВТО. — Ъ.) протокол, который налагал на нас обязанности по ограничению доступа к госзакупкам.

Мы уже сталкивались с ситуацией, когда российский пациент оказывался заложником политических или экономических конфликтов между государствами или одностороннего отказа зарубежной компании от поставок препарата. Так, в 2010 году американская компания «Пфайзер» прекратила производство суксилепа, противоэпилептического средства, применяемого в основном для лечения детей. Названная причина — «в связи с его невостребованностью в мире». «Пфайзер» продает аналог суксилепа заронтин, но не в России. То же было и с пфайзеровским препаратом кортеф в форме таблеток, МНН гидрокортизон (противошоковое, противовоспалительное, противоаллергическое средство, применяемое при лечении острой надпочечниковой недостаточности, астматических приступов, инфарктов миокарда).

Наша задача — обеспечить пациентов всеми необходимыми препаратами отечественного производства, чтобы не зависеть от политики иностранных производителей. Чтобы не допускать зависимости, мы должны разрабатывать аналоги, а для этого надо поддерживать развитие отечественного фармпрома на государственном уровне, так как мы потеряли в 1990-е годы очень много времени.

Мы не должны стремиться производить все 100% субстанций в России, но для стратегически важных групп препаратов субстанцию необходимо делать в стране, чтобы не попадать в зависимость от других стран. Но опыт показал, что без государственной поддержки — в форме дотаций, налоговых или арендных послаблений — мы не можем конкурировать с китайскими субстанциями в цене.

Во власти государства отрегулировать процесс, что мы и делаем.

Записали Оксана Зотикова, Владислав Дорофеев

здравоохранение практика

Стоматология на доверии

практика

В России, по данным первого стоматологического портала для пациентов Startsmile.ru, функционирует около 13 тыс. стоматологических клиник, не считая частных кабинетов и небольших клиник на одно кресло. При этом тенденция увеличения числа учреждений, предлагающих стоматологические услуги, продолжает набирать обороты, что неизбежно ставит пациента перед сложным выбором стоматологической клиники и лечащего врача.

Примерно половина всех стоматологических клиник страны частные. Но и в государственных (муниципальных) стоматологических клиниках больше половины услуг приходится оплачивать.

«Выбирая стоматологическую клинику, мы привыкли ориентироваться исключительно на цену и удобное местоположение. Но, согласитесь, когда речь идет о таком важном аспекте нашей жизни, как здоровье, все-таки именно качество предоставляемого лечения должно выходить на первый план»,— говорит Екатерина Гаспарова, шеф-редактор первого стоматологического портала для пациентов Startsmile.ru. То есть возникает вопрос, как выбрать стоматолога и клинику, какими руководствоваться критериями. Самый простой способ найти подходящую стоматологию — это обратиться к интернету.

Следующим шагом будет изучение информации о стоматологии, более или менее подходящей вам по местоположению, ценовой политике и наличию необходимых услуг. Как правило, информацию о клинике, ее врачах и услугах, а также фотографии интерьеров можно найти здесь же. Если таковой не обнаружилось, попробуйте перейти на сайт выбранной клиники и найти информацию там. Если клинику или врача вам рекомендует знакомый, не поленитесь также поискать о ней информацию в сети.

Клиника начинается с главного врача. Обычно им становится человек с большим опытом, имеющий определенный вес в профессиональной среде. При этом главврач в премиум-клинике может быть очень известной личностью. Введите его имя в поисковике браузера, и вы наверняка найдете биографию, список регалий, научных работ или клинических разработок, статус эксперта в крупных компаниях-производителях. Изучите сведения и об остальной команде. Профессиональный опыт более десяти лет, зарубежные стажировки, различные курсы и тренинги по повышению квалификации говорят сами за себя. Помните, что хорошего доктора отличает не только наработанный стаж, но и желание учиться и развиваться.

Многие врачи-стоматологи говорят о том, что обычный человек не в состоянии объективно оценить уровень стоматологической помощи, но результаты некачественного лечения так или иначе дают о себе знать, а для простого понимания, плохо ты себя чувствуешь или хорошо, не нужно иметь медицинского образования. Поэтому отзывы пациентов являются отличным подспорьем в выборе клиник. Но не стоит особенно доверять слишком негативным или абсолютно восторженным откликам. Помните, что и те и другие могут быть написаны самими клиниками. И, конечно же, не стоит доверять отзывам, размещенным на корпоративных сайтах самих стоматологий.

В ситуации, когда платишь даже в государственных стоматологиях, нужно научиться делать правильный выбор, какой клинике с большей пользой отдать свои деньги ФОТО ДМИТРИЯ ЛЕБЕДЕВА

Неважно, к какой категории относится клиника, интерьер и обстановку следует оценивать с точки зрения стерильности, аккуратности и наличия таких простейших вещей, как бахилы, униформа и одноразовые перчатки у врачей. Вежливый, внимательный персонал также обязательный атрибут вне зависимости от того, VIP это или эконом. Конечно, если мы приходим в клинику премиум-уровня, то следует ожидать наличия удобной парковки, отдельного входа, изысканного интерьера и предложения выпить чашку чая или кофе. Но помните, что все эти вещи не всегда означают хорошее лечение, поэтому делать на них акцент тоже не стоит.

Наравне с чистотой и наличием одноразовых перчаток внимание врача к пациенту является обязательным. Подробно ознакомиться с проблемой человека, ответить на всего его вопросы и предложить несколько вариантов лечения должен доктор в любой клинике. Так, например, в VIP-стоматологиях по каждому пациенту проводится чуть ли не консилиум, делается куча снимков и анализов… Но если врач готов с вами общаться, делиться информацией и предлагать различные пути решения проблемы — это уже хороший знак. Кроме того, если специалист, к которому вы пришли, в полной мере не может решить проблему, то его профессиональный долг — дать пациенту рекомендацию, куда ему следует обратиться.

На сайте клиники вы можете найти сканированные копии лицензий на оказание различных видов стоматологической помощи, а также дипломы, сертификаты и грамоты врачей. Как правило, их оригиналы можно посмотреть уже при визите в стоматологию. Если вы не обнаружили лицензии и дипломы врачей на видном месте, не стесняйтесь попросить показать их вам. Помимо этого внимательно читайте договор об услугах и бережно храните все чеки. Проследите, чтобы в них были полностью указаны все услуги, которые были вам оказаны. Помните, только чеки будут являться убедительным доказательством в случае судебных разбирательств.

Не игнорируйте свою интуицию! Если вы понимаете, что даже при всех видимых плюсах на чисто психологическом уровне доверия к врачу не возникает, а клиника кажется сомнительной, ищите другие варианты. Аналогичным образом поступайте, если вас начинают пугать проблемами, ставить какие-то страшные диагнозы, не предъявляя при этом доказательств их обоснованности. Не бойтесь перестраховаться и проконсультироваться еще у одного, а то и двух-трех специалистов, ведь от вашего выбора зависит ваше здоровье!

Юлия Тихомирова,
Skydental

ФСКН ПРИШЕЛ С ПРОВЕРКОЙ К ВЕТЕРАНАМ

Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) проводит кампанию, в результате успешного окончания которой могут пострадать миллионы сограждан, имеющих право на льготное стоматологическое протезирование.

Предметом внимания ФСКН стало использование акриловых пластмасс при изготовлении съемных протезов. Это бюджетный вид протезирования, рассчитанный в первую очередь на льготные категории граждан, в том числе на ветеранов, которые не могут себе позволить гораздо более дорогие несъемные конструкции. По мнению ФСКН, акриловые пластмассы содержат компоненты, которые попадают в список материалов, отнесенных к наркотическим веществам.

В принципе нечто подобное происходит и в «большой медицине» — стоит вспомнить алогичную историю с кодеинсодержащими препаратами (которые спокойно продолжают продаваться в странах СНГ).

Разница в случае с атакой на стоматологию в том, что метилметакрилат, который и является камнем преткновения в дискуссии с ФСКН, не является наркотическим веществом. Он относится к категории прекурсоров — «веществ, используемых в производстве, изготовлении или переработке наркотических средств и психотропных веществ». То есть это не маковая соломка и не листья коки, которые после ряда технологических процедур становятся наркотиком. Нет, это лишь одно из веществ, используемых в технологическом процессе их изготовления — к примеру, к этой же категории относятся обычная марганцовка или ацетон.

Строго говоря, ФСКН формально просит от торговых компаний, занимающихся реализацией содержащих прекурсоры стоматологических материалов, так же, как и от клиник, использующих их в своей работе, не так уж и много. Речь идет лишь о ведении журнала учета таких веществ. Но дьявол, как известно, кроется в деталях, и такое на первый взгляд несложное требование приводит к тому, что стоматологическое сообщество в данный момент гудит как осиный рой. Дело в том, что не всегда известно, в какие материалы входит прекурсор. Как такое может быть? Все в общем-то просто.

Существует международная конвенция ООН «О борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ» (подписана в том числе и Россией), в приложении к которой приводится список прекурсоров и химических веществ, подлежащих контролю. И в этом перечне метилметакрилата нет. В последнюю версию так называемого красного списка (13-е издание, январь 2012 года) включены вещества, из которых могут быть получены наркотические препараты (например, эфедрин), и вещества, используемые при их производстве (соляная кислота). В российском перечне, последняя версия которого датируется 2010 годом, список существенно расширен. С этого момента и возникает противоречие, приводящее к появлению проблемы.

Мировые стоматологические производители естественным образом пользуются международным списком прекурсоров и в составе своих препаратов не указывают неопасный с их точки зрения метилметакрилат. Более того, Украина, Белоруссия, Казахстан (две последние страны, как известно, входят в Таможенный союз) также пользуются международным списком. При этом стоматологические производители на Украине в принципе не указывают наличие метилметакрилата в своей продукции, так как, согласно украинским законам и Конвенции ООН, этого не требуется.

В ФЗ №3 от 8 января 1998 года, на который среди прочего ссылаются проверяющие, в явном виде прописан приоритет международных законов над государственными. Но это никак не облегчает участи стоматологов. Вкратце процедура выглядит так: в торгующую организацию или клинику приходят с проверкой представители ФСКН и задают вопрос, имеются ли в наличии стоматологические материалы (называется конкретное наименование). Получив положительный ответ (что заранее известно — посетители подготовились), отбирают образцы, отдают их на исследование, «выявляют» в них метилметакрилат, убеждаются в отсутствии специального учета препарата и выписывают протокол об административном правонарушении на основании Кодекса об административных правонарушениях (статья 6.16 — «Нарушение оборота прекурсоров»). Дело передается в суд, который принимает решение о наказании. Варианты — штраф от 100 тыс. до 200 тыс. руб. (весьма вероятно), предупреждение (маловероятно), отказ в возбуждении дела (почти нереально). Таким образом, наказание за «незнание» точного состава препарата — от 100 тыс. руб. Не сказать, что сумма совсем скромная…

К слову, официальные списки медицинских изделий, в которые как компонент входит прекурсор, на данный момент попросту отсутствуют. При этом объективно продажа пластмассы холодной полимеризации (одна из «опасных» позиций, с точки зрения ФСКН) — это даже не оборот прекурсоров, а оборот сложных медицинских изделий.

Акриловая пластмасса является двухкомпонентной, и в упаковку входят порошок и жидкость (действительно, почти 100-процентный метилметакрилат), требующие смешивания. Но продажа осуществляется в запечатанной упаковке — отдельно жидкости не реализуются, и реализации прекурсора, вообще говоря, нет. Но даже если этот материал действительно потенциально опасен (мировая практика этого не утверждает), то почему такое активное внимание обращено именно к стоматологии? Масштабы (дозировка — миллилитры) несравнимы, к примеру, со строительным бизнесом, где при заливке полимерных полов счет идет на тонны метилметакрилата. И купить его (продажа осуществляется… бочками) не представляет особого труда.

Несмотря на то что при изготовлении стоматологических протезов используется жидкость, в которой обнаруживается прекурсор, сама пластмасса от этого прекурсором не становится — на этот счет все-таки есть и такие судебные решения. В результате на сегодняшний день ситуация такова, что стоматологическое сообщество если не запугано, то сильно озадачено.

Денис Холенков

МИХАИЛ АГАМИ, владелец стоматологической клиники АГАМИ и практикующий врач-стоматолог, считает претензии ФСКН совершенно не обоснованными, так как акрил для изготовления зубных протезов используется в мировой стоматологической практике.

«Достаточно странно, что Россия относит его к наркотическим веществам. Почему весь мир, продвинутая стоматология в Америке и Европе, не считает так? Это повод задуматься о целесообразности подобных инициатив в России. То, что это сильно осложняет и так непростое ведение бизнеса,— факт, с которым многие могут согласиться. Насколько метилметакрилат является наркотическим веществом? Вероятно, настолько же, насколько клей, который нюхают подростки. Может быть, стоит запретить продажу клея? Токсичными являются и пластиковые бутылки, в которых продаются питьевая вода, напитки.

Дело в том, что все аналоги сводят к нулю экономическую целесообразность. Временные коронки, например, из оксида циркония слишком дороги, поэтому здесь речь идет даже не об ущемлении возможностей для лечения у малоимущей части населения. Ведь даже для среднеобеспеченного россиянина стоматологическая помощь и так является серьезной нагрузкой на бюджет. А если запретить использование акрила, то она и вовсе станет недоступной. По крайней мере, для тех, кто планирует полное или частичное протезирование. А это большая часть населения».

Самолечение по закону

клиника

Закон «Об основах охраны здоровья граждан» дал пациенту право выбирать доктора и клинику. Но на деле найти хорошего врача — задача чрезвычайно трудная, а в условиях дефицита медицинских профессиональных кадров и отсутствия объективных рейтингов медучреждений и медиков — пока еще практически невозможная.

Ограниченное право

Принятый в конце 2011 года закон «Об основах охраны здоровья граждан» наделил гражданина правом выбора поликлиники не чаще чем раз в год, за исключением смены места жительства. В выбранной поликлинике не чаще чем один раз в год можно выбрать врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера. «При этом, выбирая специалиста, необходимо учитывать, что после подачи заявления свое согласие на лечение должен дать сам врач исходя из рабочего графика: если пациент выбирает специалиста с высоким, по его мнению, профессиональным уровнем, то время ожидания оказания помощи может увеличиться из-за большого количества пациентов»,— пояснили в Минздраве. Также, отмечают чиновники здравоохранения, при выборе врача нужно учитывать количество пациентов той или иной медицинской организации в целом, что немаловажно при постановке на медобслуживание.

Впрочем, даже право пациента выбирать доктора не отменяет территориального принципа прикрепления к поликлинике, прописанного в том же законе. «Так было в СССР. Это удобно, когда поликлиника располагается вблизи проживания граждан и в ней можно получить помощь и участковых врачей, и специалистов, и сделать анализы»,— считает председатель правления Ассоциации профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи (АСМОК) Гузель Улумбекова, добавляя, что если пациент не бегает по разным врачам, а наблюдается у одного специалиста длительное время, то ему легче помочь.

В развитых странах, например во Франции, в Германии, США, у пациентов всегда была возможность выбора врача. Но сейчас организаторы здравоохранения этих стран поняли, что это очень затратный и малоэффективный способ организации медицинской помощи, и всеми силами стараются создать такие условия, при которых пациент длительно наблюдается у одного врача первичного звена и на другие уровни медицинской помощи попадает только по направлению от него. А в США пошли еще дальше и стали организовывать некие подобия наших поликлиник — «медицинские дома», где пациент может одновременно получить консультации и врача первичного звена, и специалиста, рассказывают в АСМОК.

Ограничение по выбору врача один раз в год Гузель Улумбекова считает правильным, потому что «только врач, который постоянно наблюдает пациента, может оценить его состояние». Этой же идеи придерживаются и в Минздраве, поясняя, что участковый принцип сохраняется, поскольку невозможно врача по вызову отправлять на другой конец города, теряя по три-четыре часа. Впрочем, президент Лиги защитников пациентов Александр Саверский уверен, что новый закон право пациента на выбор врача фактически отобрал. Вообще, с новым законом все стало намного хуже. Идет выдавливание в платную медицину, напряжение растет, отмечает эксперт.

Для того чтобы попасть к узкому специалисту, поясняют в Минздраве, необходимо получить направление от лечащего врача в поликлинике. Врач может направить к специалисту в этом же медучреждении или в специализированном в зависимости от наличия нужных специалистов, их квалификации, загруженности и, конечно, сложности заболевания. «К какому конкретно специалисту записываться, решает сам пациент»,— подчеркнули в Минздраве.

Таким образом, выбрать специалиста можно только по направлению и территориально. Как неформально шутят чиновники—организаторы здравоохранения, свобода выбора если и не фикция, то полноценной ее с трудом можно назвать. «По законодательству у пациента есть выбор врача, на практике это практически не работает. Если речь идет о платных медучреждениях — все просто: заплатил, сказал к какому врачу, прошел консультацию. Если речь о государственном медучреждении и обслуживании в системе обязательного медстрахования (ОМС), то здесь все по-другому: пациент имеет право пойти только к терапевту. К узкому специалисту фактически только с разрешения терапевта при условии, что он посчитает это необходимым и в определенное время, а это может быть через две-три недели, поясняет эксперт Synopsis Надежда Лебедева. «В последние два года за счет изменений в здравоохранении, серьезного увеличения финансирования получить квоты и доступ к решению своей серьезной проблемы со здоровьем у ведущих специалистов стало немного проще, но квот все равно не хватает, а очереди большие, причем в частных клиниках очередей, как правило, нет, в государственных и муниципальных, как правило, большая живая очередь»,— рассказывает руководитель сети клиник «Ниармедик» Олег Рукодайный.

Сарафанный рецепт

Очереди создаются не только из-за нового порядка прохождения к специалисту через терапевта, но и желания пациентов попасть если не к известному, то, по крайней мере, рекомендованному доктору. В поисках хорошего врача большинство российских граждан полагается на мнение друзей, знакомых, родственников. Второй канал — это все что угодно: участие врача в передачах на ТВ и радио про здоровье, его работа в престижных федеральных и частных клиниках, зарубежный опыт работы в ведущих мировых медучреждениях, ученая степень. «Если пациент знает имя врача и его рекомендовал знакомый или родственник, то он звонит врачу по мобильному телефону и приходит на прием или операцию, заплатив деньги лично врачу. В государственном учреждении пациент может за плату по добровольной медстраховке или наличные получить медпомощь у любого врача незамедлительно»,— говорит Надежда Лебедева.

Лучше, чтобы среди знакомых был профессиональный медик, поскольку самые достоверные оценки дают своим коллегам именно врачи. Они лучше понимают специфику, лучше знают условия работы, оценивают более точно усилия и профессионализм, результаты их оценки более всего близки к объективным рейтингам.

Специально для „Ъ“ профессиональный интернет-ресурс сеть врачей «Доктор на работе» (зарегистрировано 118 тыс. врачей) провел опрос среди 97 медиков и выяснил, что сами врачи при выборе лечащего специалиста больше всего склонны верить именно сарафанному радио. Так, больше половины врачей отметили, что рекомендовали бы искать специалиста через коллег и знакомых, еще 14% — изучить отзывы о врачах в интернете, для 6% поиск врача через интернет оказался совершенно неприемлем. Еще 2% — в профильных медучреждениях. Также 15% рекомендовали узнать информацию у семейного врача, которому доверяют. «Среди ответов красной нитью проходил совет пациентам дружить со своим терапевтом, со своим лечащим врачом, чтобы получить от него рекомендации, как найти хорошего специалиста»,— отмечает директор по развитию «Доктора на работе» Илья Куприянов.

Самый распространенный вариант найти хорошего специалиста для продвинутых пользователей интернета — поискать в сети. На сайтах можно легко найти отзывы о врачах по специальностям, сведения о медучреждениях, рассказы пациентов. Однако специалисты не советуют им доверять из-за необъективности данных: оставляют отзывы на сайтах не все пациенты, а те, которых скорее вылечили успешно, или те, здоровью которых был причинен вред.

К тому же пациенту трудно самому оценить качество работы врача, его квалификацию. Он может оценить, насколько врач вежлив, внимателен, хотя вежливость тоже не показатель профессионализма: доктор, загруженный работой, может быть и не очень приветливым, но назначить правильное лечение. Поэтому отзывы на сайтах полезны только для того, чтобы узнать впечатления от работы, насколько врач и пациент совместимы, единодушны эксперты-медики. «Лично я думаю: пусть доктор будет даже злой, только высококвалифицированный, поэтому всегда спрашиваю, когда врач последний раз повышал свою квалификацию, имеется ли у него доступ к современным электронным медицинским библиотекам. Смотрю, какие книги у него на полках»,— делится Гузель Улумбекова. «Главное заблуждение состоит в том, что хорошие специалисты находятся только в государственных или только в частных медицинских центрах. Специалисты и там, и там одинаковые. Нет врачей „частников“ и „нечастников“. Врачи одни и те же. Часть рабочего дня они работают в государственной или муниципальной клинике, часть дня — в частной»,— рассказывает Олег Рукодайный.

(Окончание на стр. 20)

ЗАО «Р-ФАРМ»
Инновационные технологии здоровья

ЗАО «Р-Фарм» -
российская высокотехнологичная фармацевтическая компания.

Сфера деятельности охватывает области, связанные с разработкой, исследованиями, производством, выводом на рынок широкого спектра лекарственных средств, предназначенных преимущественно для стационарной и специализированной медицинской помощи.

Основными направлениями деятельности являются:
- производство готовых лекарственных форм, активных фармацевтических ингредиентов химической природы и биотехнологических субстанций
- исследования и разработка инновационных препаратов и технологий
- вывод на российский рынок современных высокоэффективных лекарственных средств
- обучение и подготовка специалистов для фарминдустрии и здравоохранения.

Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Рак легких – приговор?

При выявлении заболевания на начальной стадии в Университетской клинике г. Фрайбурга успешно проводится минимально-инвазивное удаление опухоли

В прогнозе выздоровления при раке легких важную роль играют два фактора:
- выявление заболевания на ранней стадии
- лечение в специализированных торакальных центрах, оснащение которых позволяет осуществлять хирургические вмешательства минимально-инвазивными методами.

Так называемая видеоассистированная операционная техника в торакальной хирургии (VATS) означает не только снижение травматичности и тяжести осложнений для пациентов, но и уменьшение стоимости лечения за счет сокращения госпитального периода, расхода лекарственных средств и быстрой реабилитации пациента.

Лишь в немногих медицинских учреждениях Европы и США данная техника операции является стандартным методом лечения. К ним относится и Университетская клиника г. Фрайбурга, занявшая в 2012 году 1-е место среди университетских клиник Германии в области проведения сложных резекций легких.

Применение малоинвазивной операционной техники для удаления злокачественных опухолей в легких стало реальностью совсем недавно, ведь распознать их на ранней стадии еще несколько лет назад было практически невозможно.

В 2012 году были опубликованы результаты революционного исследования, показавшие, что с помощью низкодозированной спиральной компьютерной томографии удается не только выявить рак легких на самых ранних его этапах, но и снизить смертность более чем на 20%.

Именно с усовершенствованием программ ранней диагностики произошел переворот и в операционном лечении данного заболевания.

Теперь рак легких – не приговор!

Отделение торакальной хирургии Университетской клиники г. Фрайбурга является одним из крупнейших в Европе и знаменито не только отменным качеством сложных операций по резекции легких. Ежегодно здесь проходит более 3.000 операций и более 1.000 бронхоскопий. Именно здесь 10 лет назад была проведена первая в земле Баден-Вюртемберг трансплантация легкого.

Главный врач отделения торакальной хирургии, профессор, д.м.н. Бернвард Пасслик

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА Г. ФРАЙБУРГА – КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:
телефоны русскоговорящих сотрудников: +49 761 270 84240, +49 761 270 84710
сайт: www.ims.uniklinik-freiburg.de
электронная почта: info-ims@uniklinik-freiburg.de

РЕКЛАМА

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

здравоохранение практика

Патент на обезболивание

великие лекарства

К своему 50-летнему юбилею безрецептурный хит препарат но-шпа подошел с внушительными результатами: сегодня этот бренд входит в десятку самых востребованных в России лекарственных препаратов.

Нет спазма

Созданный еще в 60-х годах прошлого века, фармацевтический болеутоляющий препарат но-шпа до сих пор остается одним из самых известных и коммерчески успешных лекарств в мире. В начале 1960-х годов наиболее популярным болеутоляющим лекарством считался папаверин. К этому времени этот спазмолитик был знаком фармакологам венгерского завода «Хиноин» уже около 100 лет.

В 1961 году ученые этого завода Золтан Мешарос и Петер Шентмиклоси, проводя с папаверином исследования и различные тесты, обнаружили вещество, намного превосходящее его по силе воздействия и продолжительности спазмолитического эффекта. Полученное соединение получило название дротаверин, оно впоследствии и стало основным компонентом нового миотропного спазмолитика широкого действия no-spa, что в переводе с латинского означает «нет спазма».

Действующим веществом препарата но-шпа является спазмолитик дротаверин, активно и эффективно действующий на гладкие мышцы. Этот препарат применяется для устранения или предотвращения спазмов гладких мышц различных органов — желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей, мочеполовой системы, женских половых органов.

В отличие от многих обезболивающих препаратов, но-шпа воздействует именно на ферменты, влияющие на расслабление гладких мышц. Тем самым спазм, являющийся причиной боли, снимается. Кроме того, исследованиями было доказано как быстродействие препарата — через 12 минут после приема, так и быстрое его выведение из организма: за 72 часа выводится практически полностью. При этом не менее важным показателем препарата является его безопасность. Клинически доказано, что частота побочных явлений при приеме но-шпы составляет менее 1% за период ее применения с 1964 года. Это один из лучших на сегодняшний день показателей среди лекарственных препаратов группы спазмолитиков.

Уже в 1962 году этот препарат был запатентован и сразу же появился на мировом рынке. В 1970 году ученые, открывшие

SANOFI

дротаверин, получили государственную премию. С начала 1960-х но-шпа появилась в СССР.

После своего выхода на внешний рынок новое лекарство но-шпа стало настолько востребованным в Советском Союзе и в бывших странах соцлагеря, что его репутация сравнивалась только с репутацией аспирина в западных странах. В некоторые периоды препарат производился в форме таблеток или раствора во флаконах три смены в день семь дней в неделю.

В новой России но-шпа входит в десятку самых востребованных на нашем рынке лекарственных препаратов. И продажи растут по несколько процентов в год.

Аптечный киоск Европы

Открытие, состоявшееся именно на заводе «Хиноин», вряд ли можно назвать случайным, поскольку это фармацевтическое предприятие на тот момент было одним из авторитетнейших в мире и имело достаточно богатый опыт подобных исследований. Когда два доктора — Эмиль Вольф и Дердь Керести — основали в 1910 году свою фирму, они не подозревали, что их небольшая лаборатория по производству лекарств может вырасти до одного из лидеров мировой фарминдустрии. Через несколько лет товарищество «АЛ-КА Кемикал Фактори оф Др Керешти и Др Вольф кемикл энд жиниэз энд Ко» было переименовано в «Хиноин»: предполагалось, что предприятие будет производить лекарство с содержанием хинина. Однако маленькую лабораторию ждала другая судьба. Всего через несколько лет «Хиноин» стал первой в стране фармацевтической компанией, которая начала использовать современный для того времени химический синтез.

Поэтому неудивительно, что вскоре продукция завода «Хиноин» стала известна во всем мире. Например, самый старый венгерский препарат новатропин, открытие которого пришлось на период между 1913 и 1916 годами, производился уже путем химического синтеза. До 1918 года в Венгрии была разработана первая фармацевтическая технология с использованием высокого давления, применяемая затем при производстве салициловой кислоты (действующее вещество аспирина). В 1928 году компанией «Хиноин» из поджелудочной железы свиньи был впервые произведен инсулин, наиболее важное действующее вещество препаратов для лечения сахарного диабета. Вплоть до 1940 года компания «Хиноин» занимала второе место среди крупнейших экспортеров Венгрии и экспортировала 65% своей продукции. Более того, в 1940 году компания вышла на мировой фармрынок с антибактериальным порошком ультрасептил, который был признан лучшим в своем виде препаратов, и этот порошок начал активно закупаться практически всеми странами, участвовавшими в войне, в том числе Германией, Великобританией, США и СССР, для своих армий. А после войны, начиная с 1950 года, венгерскую фармацевтическую промышленность можно было назвать аптечным киоском Европы, поскольку она снабжала фармацевтикой и агрохимией все страны Совета экономической взаимопомощи.

Успех венгерского предприятия «Хиноин» на мировом фармацевтическом рынке в 1960–1980-е годы можно назвать уникальным явлением.

Первые 40% акций венгерской компании «Хиноин» приобрела французская «Санофи», одна из крупнейших фармацевтических компаний на мировом рынке, в 1991 году в ходе первой фазы приватизации венгерского предприятия. Всего через несколько лет, продолжая свое развитие, компания «Санофи-Хиноин» стала номером один в Венгрии и первой среди стран Центральной и Восточной Европы, получившей международный сертификат качества ISO 9001. Сегодня фармацевтическая компания «Санофи» представлена более чем в 110 странах мира и насчитывает около 120 тыс. сотрудников.

Соответственно, купив венгерский завод, компания «Санофи» стала владельцем и патентованных лекарств, производимых компанией «Хиноин». А вместе с брендом но-шпа новый собственник получил и серьезный кусок российского рынка. По разным оценкам, продажа но-шпы в России (одного из самых популярных лекарств на российском рынке) приносит компании около 10% всех российских доходов.

Рекламотерапия

В случае с но-шпой ситуация сложилась таким образом, что перед маркетологами стоит задача доказать, что этот препарат хоть и существует уже 50 лет, в свои годы остается лучшим терапевтическим решением согласно показаниям в инструкции. Специалисты говорят, что сегодня на лекарственном рынке наступило время препаратов-специалистов и у но-шпы появились более специализированные конкуренты. На этом фоне важно понимать, что но-шпа — это и есть препарат-специалист.

Российский рынок лекарств — один из самых динамичных в мире. В докризисные годы он рос в среднем на 32% в год, в то время как динамика продаж в Европе была близка к нулевой, а в Японии — всего около 2–3%. Даже после кризиса, в 2011 году, фармрынок России занимал восьмое место среди крупнейших рынков лекарств по объемам потребления и третье место — по темпам роста.

Уникальность рынка с точки зрения рыночных перспектив для фармацевтики обусловлена в основном социальными факторами. Более 70% россиян уверены, что сами способны выбрать правильную таблетку. В том числе и безотказную безрецептурную но-шпу.

После разработки препарата но-шпа было произведено 200 млрд таблеток, что соответствует примерно 2 млрд упаковок. И, похоже, сворачиваться производитель пока не собирается: только за последние лет десять количество стран, в которых был зарегистрирован препарат под брендом но-шпа, достигло 50.

Константин Анохин

Инсулиновая магия жизни

диагноз

(Окончание. Начало на стр. 17)

«Неприемлемо принудительно переводить диабетиков с одного вида инсулина на другой даже с одним международным непатентованным наименованием (МНН). Препараты ряда инсулинов несовместимы между собой и невзаимозаменяемы, а одновременное использование одним пациентом инсулинов различных производителей не рекомендуется ни нашим Минздравом, ни директивами ЕС. Ибо такой перевод может сопровождаться как ухудшением течения диабета, так и снижением качества жизни»,— говорит генеральный директор Национальной дистрибьюторской компании Настасья Иванова.

Однако регулирующий госзакупки федеральный закон №94 разрешает это делать. Несмотря на то что еще в июле 2012 года должны были опубликовать список препаратов, по которым нельзя проводить торги по МНН (инсулины должны войти в него в первую очередь), списка до сих пор нет.

Дешевле только даром

«Пока похвастаться большими достижениями в этой сфере по-прежнему нельзя. Полный цикл отечественного производства человеческого инсулина — от субстанции до готовой формы — существует только на двух достаточно скромных опытно-промышленных предприятиях в Москве и Обнинске, а в Орле, Новоуральске и Уфе производят готовую форму из импортной субстанции»,— полагает редактор портала PharmMedExpert.ru Иван Данилов.

По мнению заведующего кафедрой эндокринологии и диабетологии ГОУ ДПО РМАПО Роздрава РФ Александра Аметова: «Сейчас производители могут решить выпускать инсулин хоть образца 1980 года — субстанция для него дешевле. Но разве нам нужен такой инсулин, хоть бы он и российского производства?»

Патрик Аганян, вице-президент и руководитель Евразийского региона компании «Санофи» и генеральный директор «Санофи Россия», говорит: «Мощности нашего завода в Орле (до 30 млн единиц дозированных форм инсулинов в год) достаточны для удовлетворения потребностей российского рынка как в аналогах инсулина, так и в человеческих инсулинах. Мы уже получили регистрацию на полный цикл производства инсулинов (за исключением производства фармацевтической субстанции)».

Доктор Аметов не сомневается, что в стране необходимо провести тотальное обследование населения на наличие СД, но при этом государство должно быть готово к колоссальному увеличению количества пациентов — и финансово, и морально, и политически: «Выявление и лечение СД на ранних стадиях требует определенных расходов, хотя это выгодно всем, и это надо понимать».

Арина Петрова

Самолечение по закону

клиника

(Окончание. Начало на стр. 19)

Бригадный рейтинг

В России нет ни одного интернет-ресурса, который бы провел глобальное исследование и ранжирование и дал ответ на вопрос, кто в России лечит лучше всех. Составление рейтинга врачей осложняется тем, что врачи работают бригадами, поэтому легче составить рейтинг медучреждениям.

Пока в российской реальности пациенту ничего другого не остается, как заниматься медицинским маркетингом, но это неправильно. Это ведет к разрушению системы доверия «врач—пациент», говорит о том, что мы не доверяем врачу, считает Александр Саверский. «Дело даже не в праве выбора, а в сути выбора. То, что пациент по всей России ищет себе врача,— это в корне порочно, потому что мы тем самым выказываем недоверие всем врачам. На Западе каждый врач обязан оказывать помощь в рамках стандартов и протоколов лечения. Безусловно, как и везде, есть хуже и лучше, но каждый врач в рамках стандарта окажет вам стандартную помощь»,— отмечает эксперт.

В начале 2012 года ведомство Вероники Скворцовой разослало в регионы официальный документ, в котором рекомендовало региональным властям составить подобные рейтинги региональных медучреждений и размещать их на официальных сайтах. При составлении рейтинга должны учитываться такие показатели, как частота осложнений при операциях, больничная летальность, среднее число дней занятости койки в году, число посещений, количество внеплановых проверок, проведенных Росздравнадзором и Роспотребнадзором, в том числе по жалобам пациентов, укомплектованность кадрами, уровень квалификации врачей.

Дарья Николаева

«Тематическое приложение к газете «Коммерсантъ» («Здравоохранение»). Учредитель: ЗАО «Коммерсантъ. Издательский дом». Адрес: 127055, г. Москва, Тихвинский пер., д. 11, стр. 2.
Дмитрий Сергеев — генеральный директор «Коммерсантъ-Холдинг» | **Павел Филенков** — генеральный директор ИД «Коммерсантъ» | **Азер Мурсалиев** — шеф-редактор ИД «Коммерсантъ»
Эдвард Опп — директор фотослужбы | **Валерия Любимова** — коммерческий директор ИД «Коммерсантъ». **Рекламная служба:** Тел. (499) 943-9108/10/12, (495) 101-2353
Алексей Харнас — руководитель службы «Издательский синдикат» | **Владислав Дорофеев** — выпускающий редактор | **Ольга Боровягина** — редактор | **Сергей Цомык** — главный художник
Виктор Куликов — фоторедактор | **Екатерина Бородулина** — корректор | **Адрес редакции:** 125080, г. Москва, ул. Врубеля, д. 4. Тел. (499) 943-9724/9774/9198

РЕКЛАМА 16+

IV Международный Симпозиум по пластической хирургии и косметологии:

«Комбинированные методики и биотехнологии в эстетической медицине»

Институт хирургии им. А.В. Вишневского
16-17 мая 2013

При поддержке: Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения Москвы, Российского общества хирургов

Почетные председатели симпозиума: президент РОПРЭХ, главный пластический хирург Минздрава России, академик РАМН Миланов Н.О., директор Института хирургии им. А.В. Вишневского, академик РАМН Кубышкин В.А.

Председатель симпозиума: д.м.н. Мантурова Н.Е.

При участии: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, РОПРЭХ, РОХ, компании НИКЕ-МЕД, Центра пластической и эндоскопической хирургии «Ланцетъ».

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Информационные спонсоры: Старая крепость, Эстетическая Медицина

Уважаемые друзья!

Имеем честь пригласить Вас на IV Международный симпозиум по пластической хирургии и косметологии «Комбинированные методики и биотехнологии в эстетической медицине», который состоится 16-17 мая 2013 года в Институте хирургии им А.В. Вишневского и будет посвящен памяти хирурга, академика Арнольда Арамовича Адамяна.

На симпозиуме будут освещены наиболее актуальные направления пластической хирургии, косметологии и смежных дисциплин: применение биотехнологических продуктов и современные подходы к сочетанию хирургических и косметологических методик. В дни работы форума с докладами выступят ведущие отечественные специалисты в области пластической, реконструктивной хирургии и косметологии: академик РАМН, профессор Миланов Н.О., академик РАМН Кубышкин В.А., д.м.н. Мантурова Н.Е., к.м.н. А.Е. Авдеев, д.м.н. В.Н. Зеленин, к.м.н. Е.А. Корчагина, к.м.н. А.А. Копыльцов, к.м.н. А.В. Мелерзанов, к.м.н. Ч.Н. Мустафин, С.В. Прокудин, д.м.н. А.А. Пенаев, д.м.н. К.П. Пшениснов, А.И. Рубин, С.А. Румянцев, к.м.н. Е.Г. Чирикова, д.м.н. В.И. Шаробаро. Среди приглашенных докладчиков ведущие специалисты из-за рубежа: Javier de Benito MD. (Espany), Kotaro Yoshimura MD. (Japan), Sydney Coleman MD. (USA), Patrick K. Sullivan MD. (USA), Nazim Cerkes MD. (Turkey), Constantino Mendieta MD. (USA).

Мы планируем насыщенный событиями двухдневный информационный марафон, встречи с коллегами, плодотворное общение в интерактивном формате. Предполагаются разнообразные образовательные формы: обсуждение информации в виде докладов и в формате круглого стола, а также сателлитные симпозиумы и мастер-классы.

Начало регистрации в дни симпозиума — 8.00
Участие в симпозиуме — БЕСПЛАТНО

Подробная информация и регистрация на сайтах:
http://www.plastickafedra.com; www.cliniclancette.ru

ПОЛУЧИТЕ КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА ПО ОКАЗЫВАЕМЫМ УСЛУГАМ И ВОЗМОЖНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ