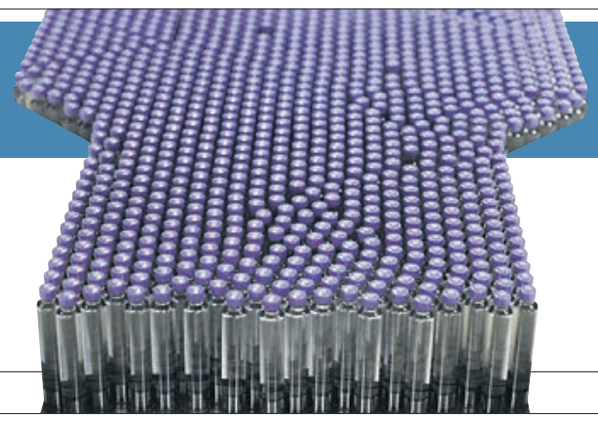
Есть ли смысл в массовом закрытии, сокращении и объединении больниц и амбулаторий по всей стране | 19



3

Тематическое приложение к газете **Коммерсантъ**

Здравоохранение

Вторник 29 апреля 2014 №74 (5347 с момента возобновления издания) **kommersant.ru**

18 | Когда в России появится законодательная защита от некачественных биоаналогов, которые калечат, а не лечат

19 | Спустя четверть века диспансеризация вновь будет обязательной

20 | Медицина и здравоохранение становятся все более привлекательными объектами для частного капитала

Компании, занимающиеся фармдистрибуцией, делают выбор в пользу диверсификации бизнеса: дистрибуторы открывают аптечные сети, развивают собственное производство. Дополнительным стимулом стали создание в России фармацевтических кластеров и реализация стратегии «Фарма-2020».

Неотвратимая легкость выбора

— диверсификация —

Сектор фармдистрибуции — один из наиболее консолидированных сегментов российского фармрынка. По данным RNC Pharma, в 2013 году топ-15 компаний сектора контролировали 87,1% рынка. Причем, за счет высокой конкуренции этот сектор рынка является низкомаржинальным. Его маржа составляет 2–3%, в то время как в производстве операционная рентабельность может достигать 30%, отмечают эксперты. Не способствуют росту рентабельности дистрибуции и постоянные изменения российского законодательства. Поэтому основные игроки рынки начинают диверсифицировать бизнес: открывают аптечные сети и входят на рынок производства лекарств.

Один из ярких примеров, компания ЗАО «Р-Фарм». Начав с дистрибуции продукции крупных зарубежных игроков на российском рынке, компания развивает производство — сегодня готовые лекарственные формы выпускает фармацевтический комплекс ЗАО «Р-Фарм» в Ярославской области, твердые лекарственные формы — ЗАО ОРТАТ в Костромской области, инъекционные растворы в ампулах и пластыри — ОАО «Новосибхимфарм». Производственными партнерами «Р-Фарм» стали уже более 20 иностранных компаний.

ДЕНИС ВЫШИНСКИЙ

Пример неизбежной диверсификации бизнеса показывает крупнейший отечественный дистрибутор компания ЗАО «Р-Фарм», расширяя лицензионное контрактное производство на своем фармзаводе в Ярославской области

Российский фармацевтический дистрибутор «Ирвин-2» (входит в состав группы компаний «Фармэко») в декабре 2013 года приобрел контрольный пакет акций ЗАО «ЗиО-Здоровье» — предприятия, которое специализируется на выпуске твердых лекарственных форм: таблеток и капсул. Управление производственным активом будет осуществлять непосредственно ГК «Фармэко». На базе «ЗиО-Здоровье» в сотрудничестве с крупным международным фармацевтическим производителем компания намерена организовать биотехнологическое производство — ее стартовые инвестиции уже составили около $5 млн. Через полтора-два года на предприятии планируется начать выпуск лекарственных препаратов из сырья биологической природы. «Это будет вторая производственная очередь, под нее отводится около 10 тыс. кв. м»,— уточнил зампред совета директоров «Фармэко» Алексей Орджоникидзе. Кроме того, на базе второй производственной площадки в Рязани компания налаживает выпуск партнерских и собственных разработок стерильных лекарственных форм: лиофилизатов и растворов.

В качестве примера успешного вертикально интегрированного холдинга аналитики приводят ГК «Протек». В его состав входит аптечная сеть «Ригла». Производственный сектор представлен ЗАО «Фармфирма „Сотекс“» (приготовление инъекционных растворов, выпуск генно-инженерных препаратов в предварительно наполненных шприцах), ООО «Протек-СВМ» (выпуск фармацевтических субстанций) и ООО «Протеиновый контур» (научные исследования в сфере биотехнологий, высокотехнологичное производство и продажа субстанций иммуносорбентов), дистрибуторский — Центром внедрения «Протек». «Имея аффилированное производство и аптечную сеть, оптовая компания, как минимум, имеет стабильный канал продаж собственной продукции, суммирует маржу от розничной и оптовой деятельности, может контролировать уровень цен»,— поясняет директор по аналитике компании RNC Pharma Павел Расщупкин. Именно так происходит с «Протеком». В 2013 году выручка производственных компаний в составе холдинга выросла на 27% в рублях и на 39% в объеме выпускаемой продукции, оптового сектора группы — на 8,7%, аптек «Ригла» — более чем на 20% по сравнению с 2012 годом.

«Производственный сегмент позволяет компании улучшить финансовые показатели, гарантирует ей более устойчивые денежные потоки. Более того, игрок закрепляет свое положение на рынке»,— пояснила старший аналитик инвестиционной компании Rye, Man & Gor securities Ксения Арутюнова.

«Аптечный сегмент переживает фазу активного развития и консолидации»,— поясняет господин Расщупкин.

с18

Угроза рецепта

— квоты —

Волна самоубийств онкобольных прокатилась по стране. Только в Москве, по сообщениям СМИ, с 12 по 22 марта покончили с собой восемь пациентов. И это в городе с, казалось бы, передовой медициной! Специалисты видят в этом явлении комплекс причин: начиная от недоступности препаратов для лечения рака и заканчивая отсутствием онкопсихологической службы в стране.

Первым стало нашумевшее самоубийство контр-адмирала ВМФ в отставке Вячеслава Апанасенко. 66-летний мужчина с терминальной стадией рака в своей смерти попросил винить правительство и Минздрав. Жена, проведя целый день в поликлинике, не успела получить последнюю подпись, необходимую для рецепта на морфин.

Еще через полтора месяца СМИ сообщили о восьми суицидах онкобольных в столице, происшедших в течение 12 дней. И хотя впоследствии расследование столичных властей обнаружило, что лишь у трех из этих людей действительно был диагноз «рак», о проблеме начали говорить. К тому же сообщения об аналогичных самоубийствах стали поступать со всей страны: из Петербурга, Краснодара, Череповца.

Первая причина, которая сразу же начала активно обсуждаться СМИ,— недоступность качественного обезболивания. По экспертным оценкам, сегодня более 200 тыс. человек в стране испытывают трудности в получении лекарственных препаратов, снижающих боль. По данным Международного комитета по контролю за наркотиками, сегодня Россия занимает 38-е место из 42 в Европе и 82-е место в мире по доступности наркотического обезболивания.

В итоге процесс выписки наркотических анальгетиков забюрократизировали до абсурда. Как отметил недавно посетивший Москву бывший директор ВОЗ по паллиативной помощи Роберт Твайкросс, российская практика выписки препаратов очень отличается от мировой.

Право на бесплатную паллиативную помощь, включающее и адекватное обезболивание, закреплено 36-й статьей федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Но реализовать его почти нереально. Сначала нужное лекарство должен назначить онколог, затем рецепт на него выпишет районный терапевт, потом — заверит главврач или представитель администрации поликлиники с правом печати. Все эти люди могут работать в разных местах. В среднем срок получения рецепта на наркотические обезболивающие препараты составляет три дня — и это после того, как врач выписал рецепт. При этом готовым рецептом можно воспользоваться лишь в течение пяти дней (это самый короткий срок в Европе). И если на них выпадают, например, праздники или в аптеке лекарства нет, у рецепта истекает срок действия и надо получать новый. Аналоги лекарств аптекари выдавать не вправе. И даже не могут заменить, к примеру, два обезболивающих пластыря по 75 мг одним в 150 мг. «Между прочим, из пластырей выделить наркотические вещества совершенно невозможно»,— говорит главный нарколог Минздрава РФ Евгений Брюн, намекая на абсурдность борьбы с наркоманией в данном случае.

Совсем катастрофической ситуация становится, когда пациент не в состоянии дойти до поликлиники. В интернете полно историй о том, как находячего больного приходится везти на скорой на прием к врачу, поднимать в кабинет на носилках.

с19

Реклама 16+

Президент Группы компаний «Фармконтракт» Сергей Быковский, мнение:

«Компании, зарабатывающие на фармацевтическом рынке, обязаны вкладывать средства в его развитие»

15 апреля на Международной выставке «Аналитика Экспо 2014», посвященной лабораторным технологиям, вопросам химического анализа, биотехнологий и диагностики, Группа компаний «Фармконтракт» презентовала профессиональному сообществу эксклюзивное издание – «Руководство по инструментальным методам исследований при разработке и экспертизе качества лекарственных препаратов». Этот сборник все желающие получали бесплатно. О том, почему эта книга должна стать настольной у работников фарминдустрии и какие еще социальные проекты для развития отрасли реализует ГК «Фармконтракт», рассказал президент Группы компаний Сергей Быковский.

– Сергей Николаевич, пожалуйста, расскажите, для кого предназначено «Руководство по инструментальным методам исследований при разработке и экспертизе качества лекарственных препаратов»?

– Эта книга, в первую очередь, была написана для руководителей фармацевтических лабораторий. Речь идет обо всех видах лабораторий – научных, научно-исследовательских, испытательных, контрольно-аналитических, а также о лабораториях контроля качества на производственных предприятиях. Это уникальный сборник, в котором раскрывается суть различных инструментальных методов в разработке и контроле качества лекарственных препаратов, приводятся практические кейсы по получению правильных результатов, а также дан перечень оборудования современных высокотехнологичных приборов, уникального контрольно-аналитического оборудования по разработке и генерированию инновационных технологий производства и методов по осуществлению мониторинга и надлежащего контроля качества. В данной книге мы собрали всю информацию по инструментальным методам анализа, которые существуют в мировой практике. Тираж ее огромный в силу крайней востребованности специалистами фармацевтической отрасли. В прошлом году мы выпускали подобное пособие по GMP – оно разошлось мгновенно, в том числе и по российским вузам и научным учреждениям. У новой книги, я думаю, будет еще больший спрос.

- Правильно ли я понимаю, что Вы выпустили не одно пособие, а целую серию научно-методических изданий?

– Да, у нас будет несколько книг. Мы образно поделили фармотрасль на три основные ступени. Одна из ступеней — это контроль качества лекарств, и об этом рассказывается в нашей новой книге. Первая книга была презентована ранее – в ней речь шла о работе по стандартам надлежащей производственной практики (GMP). Это основное пособие, так как вся фармацевтическая отрасль России сейчас на эти стандарты переходит. Также к осени к выставке «Фармтех-2014» мы планируем выпустить книгу, в которой расскажем обо всех видах технологий фармацевтической индустрии, начиная с технологий разработки и производств обычных твердых форм и сыпучих субстанций до трансдермальных уникальных форм бесконтактных инъекторов. То есть все технологии фармацевтической разработки, которые будут существовать в мире на период издания книги, мы в ней опубликуем.

- Известно, что эти пособия Вы раздаете бесплатно. Чем Ваша компания руководствуется, вкладывая деньги в подобные проекты?

– Действительно, выпуск этих пособий является социальным проектом ГК «Фармконтракт». И начиная его, мы, в первую очередь, думали о развитии отечественной фармацевтики. Дело в том, что для перехода отрасли на стандарт GMP, а также внедрения инноваций в исследовательской работе и в производстве требуется информация о том, как это сделать быстро и качественно. Но эти знания фармацевтам сегодня брать фактически неоткуда. Выслушивать каждого производителя не хватит времени. Да и для торгующих компаний все-таки основной целью является продажа своего продукта. Наша же основная цель – помочь производителям лекарств в решении насущных вопросов. Никто в истории отечественной фармацевтики еще подобного не делал. Таких объемов бесплатных пособий я, по крайней мере, не встречал. И нас очень серьезно поддерживает в этом государство, например Министерство промышленности и торговли Российской Федерации.

- Как именно поддерживает? Финансово?

– Финансово государство нас напрямую не поддерживает. Но мы и не претендуем на помощь такого рода. Свои социальные проекты мы в любом случае будем реализовывать, потому что это, кроме всего прочего, вклад в наших будущих покупателей. По моему мнению, государство и без того достаточно серьезно помогает отрасли. Например, на программу «Фарма 2020» по инновационному развитию собственных фармпроизводств были затрачены огромные деньги. А каждую торгующую компанию государство просто не может поддерживать, на всех средств не хватит. Но государство дает нам возможность работать на этом рынке и зарабатывать, создает для этого приемлемые условия. Так почему мы не можем вкладывать заработанные деньги в нашу, условно говоря, «грядку», с которой мы получаем урожай? Я считаю, что это справедливо и закономерно.

- Какие еще социальные проекты сейчас реализует Ваша компания?

– Помимо фундаментальных научных трудов мы выпускаем ежеквартальный научно-производственный журнал «Разработка и регистрация лекарственных средств». В этом издании представлен весь спектр вопросов по жизненному циклу лекарственного средства: от его создания (начиная с фармацевтической технологии разработки и производства исходных фармингредиентов, технологий и заканчивая созданием стандартных и терапевтических эффективных отечественных лекарственных препаратов) до оценки эффективности и безопасности лекарственных средств, а также их регистрации. Журнал не только распространяется бесплатно, но и, что сегодня немаловажно, бесплатно публикует материалы наших ведущих ученых-разработчиков. Убежден, что поистине гениальные разработки наших исследователей заслуживают огромного внимания! Ведь благодаря им мы имеем возможность в ближайшей перспективе получить готовые эффективные лекарственные препараты, произведенные российскими компаниями.

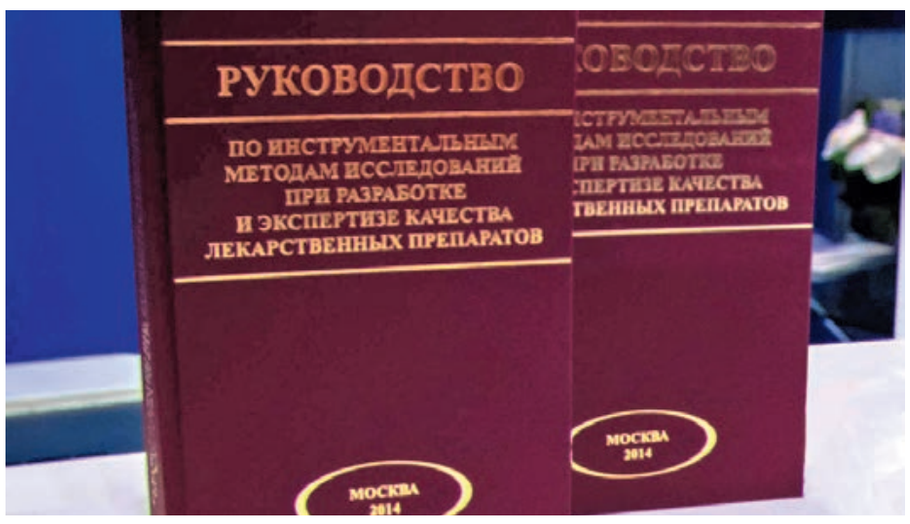
Сегодня мы также занимаемся подготовкой кадров для фармацевтической отрасли. Есть такая проблема – на рынке появилось очень много инновационного оборудования, новейшие технологии меняются чуть ли не каждый год, и люди за техническим прогрессом просто не успевают. Это в Москве можно найти и пройти какие-то обучающие курсы, а если это отдаленный регион? В столицу особо не наездишься. И вот люди приходят на работу и не знают, что делать со сложнейшими приборами, которые появились в их распоряжении. На базе нашей испытательной лаборатории «Олфарм» появилась научная база, где вся линейка этих приборов представлена в полном объеме. Любой человек с производства или студент может прийти к нам и такое оборудование опробовать совершенно бесплатно. Также все тонкости работы с этими приборами описаны в нашей книге. Но практика, конечно, важнее. На нашей научно-методической базе мы осуществляем практическую подготовку студентов–выпускников пятых курсов. Эту программу подготовки мы назвали «Всероссийский фармацевтический кадровый резерв» и сегодня стараемся ее развивать не только в столице, сотрудничаем и с региональными учебными заведениями. И мы им иногда дарим оборудование, иногда они приобретают его у нас со скидками, в том числе и по государственным контрактам. Мы готовим студентов к работе на производстве на реальном современном оборудовании, которым сегодня оснащены заводы. Мы даем им возможность все приборы опробовать, протестировать, научиться работать на них, может быть, даже «сломать». Участники этой программы могут пользоваться оборудованием ведущих мировых производителей, таких как Agilent Technologies, Erweka GmbH, Binder GmbH, Mettler Toledo, Sotax, CISA, RoTab, Büche, Pharmatron, а также перенимать опыт западных коллег, посещая бесплатные конференции и семинары.

- Проект «Всероссийский фармацевтический кадровый резерв» стартовал в декабре прошлого года. Уже есть какие-то результаты?

– У нас сейчас обучается только первая группа студентов. Они хотят работать на фармацевтических производствах и изучают передовые технологии — тренируются на таблеточных прессах, мешалках, прочих приборах. В мае этого года мы планируем уже первую группу выпустить. Вторая группа – это ребята, которые пойдут работать в сфере контроля качества лекарственных средств, и обучение займет всю их следующую зиму. Мы заберем учеников с пятого курса и будем готовить опять же с января по май — до самой защиты диплома. К слову, фармзаводы очень живо эту идею восприняли, заявки на наших выпускников уже идут полным ходом.

- На Ваш взгляд, с чем связан кадровый голод на российском фармацевтическом рынке?

– Сегодня это достаточно серьезная проблема отрасли – народ не идет в сектор R&D и в реальное производство, все студенты стремятся стать медпредставителями, что-то продавать, а делать своими руками мало кто хочет. Скорее всего, у молодых людей просто нет мотивации – им неинтересно работать за небольшие деньги, тогда как к более высокому окладу медицинского представителя они будут получать еще и процент от продаж. Кроме того, у большинства выпускников нет практической подготовки для работы на современном оборудовании. Мы всеми силами пытаемся переломить эту ситуацию. Те ребята, которых мы готовим, придут уже не на 20 тыс. руб., они придут готовыми специалистами на достойный оклад. Я считаю, что все компании-производители фармацевтического оборудования либо их дилеры тоже должны заниматься подготовкой кадров. Они достаточно хорошо зарабатывают на фармацевтическом рынке России и обязаны вкладывать какие-то средства в его развитие. Я считаю, что производители могут и должны заниматься подготовкой кадров на собственном оборудовании, тогда и кадровый голод в отрасли закончится. Более того, уверен, что возлагать всю ответственность на государство в процессе «выращивания» готовых специалистов не вполне справедливо. У государства просто не хватит средств, чтобы оснастить все вузы современным оборудованием! Зато мы, как заинтересованная сторона, работодатели, имеем все шансы выучить готового специалиста, способного после окончания университета сразу приступить к работе. Компании-производители, дилеры аналитического оборудования обладают колоссальными возможностями по развитию практической сферы образовательной системы в рамках государственно-частного партнерства. Именно поэтому мы активно инвестируем в социальную политику, содействуем исполнению поручений президента Российской Федерации, участвуем в реализации федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу», «Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года», оснащаем (нередко на безвозмездной основе) лабораторные центры по контролю качества лекарственных средств, продовольственного сырья. Мы инвестируем в наше будущее, будущее наших близких. Ведь с проблемами качественной продукции столкнуться может каждый. И наша задача как российской компании–ответственного партнера задействовать все механизмы, способные гарантировать производство доступных качественных отечественных лекарственных препаратов.



здравоохранение практика

Третья патология

Промежуточные результаты стартовавшего в прошлом году всероссийского исследования по выявлению случаев сахарного диабета второго типа свидетельствуют о том, что четверть населения страны (25,3%) находится в группе риска заболевания диабетом. А из обнаруженных больных диабетом около половины людей самого трудоспособного возраста — 40–44 лет — даже не подозревали о наличии у них заболевания.

— диагностика —

● *Сахарный диабет — хроническая болезнь, развивающаяся в тех случаях, когда поджелудочная железа не вырабатывает достаточно инсулина — гормона, регулирующего уровень содержания сахара в крови,— или когда организм не может эффективно использовать вырабатываемый им инсулин.*

Сахарный диабет — это третья после сердечно-сосудистой патологии и злокачественных новообразований причина смертности в России. Эта болезнь приводит к инвалидизации, развитию инфаркта миокарда, инсульта, слепоты, гангрены, ампутации нижних конечностей. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество смертных случаев, связанных с диабетом, к 2030 году возрастет на две трети.

В России официальная статистика больных диабетом собирается в специальном государственном регистре, в котором на январь 2013 года в России было зарегистрировано 3,779 млн человек. Из них 325 тыс. человек — пациенты с сахарным диабетом первого типа, так называемого инсулинозависимого. Эти пациенты не могут жить без лекарственной терапии — инсулина.

Большинство — 3,453 млн — пациенты с сахарным диабетом второго типа — инсулинонезависимого. Этот тип диабета развивается в результате неэффективного использования инсулина организмом. Несмотря на то что поджелудочная железа продолжает вырабатывать инсулин, чувствительность клеток к нему снижается и даже в присутствии инсулина в клетки не поступает нужное количество глюкозы. По мере прогрессирования диабета выделение инсулина клетками поджелудочной железы снижается, и больным назначают инсулин.

Одна из главных трудностей при оценке заболевания — отсутствие достоверных данных о числе заболевших диабетом. «Реальное число больных сахарным диабетом неизвестно, это прежде всего связано с латентным, то есть скрытым или бессимптомным, течением заболевания»,— отмечает заведующий отделением диабетической стопы Эндокринологического научного центра Гагик Галстян.

О том, что проблема выявляемости заболевания чрезвычайно серьезная, заявляют в Российской диабетической ассоциации. «На каждого заболевшего, внесенного в регистр, приходится 3,8–4,2 тех, кто не знает о том, что болен сахарным диабетом»,— отмечает президент Российской диабетической ассоциации Михаил Богомолов. Согласно исследованию Эндокринологического научного центра, проведенному в 2001–2007 годах, фактическая выявляемость диабета в три-четыре раза выше данных официального регистра. В Российской диабетической ассоциации отмечают, что около 10% больных диабетом не могут прожить без инсулина, остальные 90% страдают диабетом второго типа, но больные второго типа могут стать инсулинопотребными, то есть вынуждены будут перейти на инсулин. «Сейчас идет настоящая битва за тех, кого надо переводить на инсулин, фармацевтические промышленники заявляют о 40% ежегодно, но эти масштабы преувеличены,— заявляет Михаил Богомолов.— При грамотной врачебной помощи и наблюдении, при соответствующих физических нагрузках, правильном и сбалансированном питании, диете больной диабетом второго типа может вполне жить без инсулина и таблеток».

Эксперты уверены, и антидиабетические программы стран мира это подтверждают, что профилактика оказывает положительные результаты на любом этапе развития диабета, а особенно второго типа. В большинстве случаев диабет можно предотвратить, а также предотвратить или отстрочить большую часть осложнений, которыми сопровождается диабет. Лечение требует очень больших затрат и усилий, поэтому приостановить болезнь выгодно и с экономической точки зрения: дорогие лекарства для диабетиков пациент начинает применять позднее. По оценке Российской диабетической ассоциации, стоимость лечения инсулинозависимого больного в год в России составляет $3600–3800, в то время как на среднестатистического больного тратится около $640. Эксперты IDF оценивают ежегодные затраты стран мира на борьбу с диабетом в $548 млрд, к 2035 году эта цифра увеличится до $627 млрд.

● *По данным Международной диабетической федерации (IDF), в 2013 году в мире насчитывалось 382 млн людей с сахарным диабетом, а к 2035 году эксперты ожидают увеличения количества больных до 591,9 млн человек. Мир проиграл войну с диабетом, вынуждены констатировать в IDF. Доля населения с так называемым предиабетом и метаболическим синдромом увеличивается еще более стремительно. Таких «условно здоровых» уже более 340 млн человек и ежегодно 15% из них пополняют армию больных сахарным диабетом.*

Для того чтобы иметь полную картину заболеваемости сахарным диабетом в России, ФГБУ «Эндокринологический научный центр» и компания «Санофи» инициировали Всероссийское исследование по выявлению случаев сахарного диабета второго типа у взрослого населения. Проект в масштабах страны стартовал в марте, но уже известны результаты в трех пилотных регионах — Москве, Башкирии и Татарстане. Исследование уникально как по методологии, поскольку результаты основаны на данных об уровне гликированного гемоглобина, что в том числе позволяет респондентам сдавать кровь не натощак, так и по масштабам — в проекте участвуют 26 тыс. человек в возрасте от 20 до 79 лет в 58 регионах России. Авторы подчеркивают: выборка будет репрезентативна.

Полученные данные пилотной части проекта уже вызвали серьезные опасения у инициаторов исследования. Подтвердился крайне низкий уровень информированности россиян о сахарном диабете: у половины людей с сахарным диабетом второго типа заболевание было выявлено впервые в ходе исследования. Согласно полученным результатам, распространенность сахарного диабета второго типа среди взрослого населения составляет 4,3%, то есть около 4,8 млн человек, что уже выше официальных данных (согласно данным Росстата на январь 2013 года, численность взрослого населения 20 и более лет — 113,3 млн человек). Причем около половины диагностированных человек самого трудоспособного возраста — 40–44 лет — не подозревали о наличии у них диабета.

Четверть населения (25,3%) находится в группе риска, и этой категории, эксперты уверены, помочь можно — замедлить, отсрочить возникновение заболевания, причем на годы.

Авторы подтвердили зависимость сахарного диабета от гипертонии и ожирения — важнейших факторов риска развития диабета второго типа. Так, при нормальном показателе индекса массы тела (подсчитывается по формуле вес в килограммах, деленный на квадрат роста в метрах) — 25 кг/кв. м распространенность сахарного диабета не превышает 2–3%, если же индекс выше 30, то уже 10–13%. Исследование показало, что заболеваемость растет с возрастом: распространенность сахарного диабета среди лиц старше 69 лет составляет 14%. В европейских странах она достигает 19% среди населения старше 65 лет. Но, в отличие от европейцев, в России волна заболеваемости с возрастом не только растет, но и снижается в возрасте 65–69 лет, потом опять возрастает и пик заболеваемости приходится на возраст 69 лет и старше. Авторы объясняют это высокой смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний: люди умирают из-за сердечных болезней, причиной которых могут быть и недиагностированные диабет или гипертония.

Авторы исследования уверены, что полученные результаты, которые планируется обнародовать в 2015 году, будут востребованы и помогут разработать программы первичной и вторичной профилактики сахарного диабета в России.

Дарья Николаева

ДИАБЕТ НАТОЩАК

Один из идеологов и руководителей всероссийского исследования распространенности сахарного диабета второго типа, заведующий отделением диабетической стопы ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения РФ ГАГИК ГАЛСТЯН, отмечает, что ни в одной стране мира пока еще не проводилось такого всеохватного исследования больных диабетом.

Гагик Галстян испытывает чувство профессиональной гордости оттого, что кроме России, ни в одной стране мира пока еще не проводилось такого всеохватного исследования людей с диабетом

— Почему вы считаете исследование уникальным?

— Его уникальность заключается в специально разработанном дизайне, позволяющем обеспечить репрезентативность обследуемого населения. Отбор респондентов проходит по определенным квотам — с учетом возраста, пола, региона, распределения согласно проживанию в сельской или городской местности. Методика исследования учитывает данные переписи населения — это позволит получить достоверные данные с точки зрения представительства всех регионов и всех названных групп, экстраполировать на население страны в целом и поможет увидеть реальную ситуацию. По крайней мере, мы ставим перед собой такую амбициозную задачу.

— В чем принципиальная инновационность и важность проекта?

— Важность проекта не только в том, чтобы выявить людей, которые ранее не знали о своем заболевании сахарным диабетом, хотя, безусловно, это очень важная задача, но и в том, чтобы в целом улучшить диагностику сахарного диабета в стране. Многие страны мира достаточно давно задумались над проблемой выявляемости сахарного диабета, и если раньше в мире соотношение диагностированных и недиагностированных случаев составляло 50% на 50%, то сейчас в развитых европейских странах статистика такова, что соотношение составляет примерно 75% на 25%.

Инновационность проекта, думаю, помимо высокой организации и взаимодействия всех его участников в методологии, а именно в использование гликированного гемоглобина в качестве основного диагностического критерия. Не каждая страна может похвастаться исследованием такого масштаба, а если учитывать территориальные особенности нашей страны, то нигде в мире не было проектов, вовлекающих все регионы — запад, восток, север, юг и даже отдаленные регионы.

— Обычно кровь на анализы сдают натощак, в вашем исследовании это необязательно благодаря методике использования гликированного гемоглобина. Действительно результатам не натощак можно доверять?

— Гликированный гемоглобин — это гемоглобин эритроцитов, связанный с глюкозой. Это связывание зависит от уровня глюкозы в крови. То есть чем дольше и чем выше уровень глюкозы крови, тем больше глюкозы связывается с гемоглобином, тем выше уровень гликированного гемоглобина. Долгие годы велись поиски оптимальной методики определения гликированного гемоглобина. Сегодня такие высокоспецифичные лабораторные тесты доступны. Они применялись и в нашем исследовании. Данные методики позволяют нивелировать такие проблемы, как низкий уровень гемоглобина, связанный с другими заболеваниями. Еще одно преимущество методики — это удобство, ведь не все люди могут прийти натощак. Понятие натощак означает, что человек в течение предшествующих 12 часов не потребляет пищи. В реальной жизни достичь такой чистоты эксперимента очень сложно. Важно еще и то, что методика анализа уровня гликированного гемоглобина признана международным сообществом как современный скрининговый метод для обследования широких масс населения на сахарный диабет.

— Какие выводы уже можно сделать исходя из полученных данных пилотного исследования, проведенного в Москве, Башкортостане, Татарстане?

— Уже сейчас мы можем сделать важные выводы: методика проведения исследования может быть перенесена на более широкое применение в масштабах страны. Предварительная оценка результатов показала, что около 50% людей, у которых были выявлены высокие лабораторные показатели сахарного диабета, ранее не знали о наличии у себя сахарного диабета. Третий, очень важный момент, что у 23% людей, которые не знали о заболевании, уровень гликированного гемоглобина имел значения, свойственные для выраженной декомпенсации заболевания,— больше 9%. Можно предположить, что у этих людей сахарный диабет уже не первый год. Это тревожная ситуация, поскольку есть прямая зависимость между длительностью нелеченного диабета, уровнем декомпенсации и риском развития сосудистых осложнений, приводящих к ранней инвалидизации, преждевременной смерти и т. д. Кроме того, лечение осложнений заболевания требует больших затрат и усилий.

— Что из полученных результатов вы нашли особенно интересным?

— Число невыявленных случаев диабета особенно высоко среди лиц активного работоспособного возраста 40–44 лет. Порядка 86% из них не знают о том, что у них есть нарушение углеводного обмена в виде диабета. Это когорта людей, которые имеют большую ожидаемую продолжительность жизни, и если у них несвоевременно проводится диагностика, то можно говорить о том, что ухудшается прогноз их жизни. Еще одно наблюдение, по данным, полученным в исследовании: кривая заболеваемости сахарным диабетом снижается в возрасте 65–69 лет и далее вновь возрастает. Это возраст высокой летальности от сердечно-сосудистых заболеваний — когда человек внезапно умирает от инфаркта, инсульта, возможно, вследствие таких недиагностированных хронических заболеваний, как сахарный диабет или артериальная гипертония. Получается, что если человек дожил до 69 лет, то дальше риск развития сахарного диабета у него выше, поскольку здесь влияние оказывает фактор старения.

— Четверть населения (25% обследованных), по данным пилотной части исследования, имеют уровень гликированного гемоглобина от 5,7% до 6,4%, то есть находятся в зоне высокого риска развития сахарного диабета. Для вас эти данные стали неожиданностью?

— Да, это высокий процент. И эти результаты заставляют нас задуматься. Это та категория людей, среди которой можно активными действиями если не предотвратить, то замедлить или отсрочить возникновение заболевания, причем на годы. В Финляндии наши коллеги оценивали воздействие изменения образа жизни на возникновение сахарного диабета среди людей из группы риска. Так, за счет увеличения двигательной активности, смены рациона питания им удалось более чем на 50% снизить развитие сахарного диабета в течение пяти лет. Это не значит, что у этих людей вообще не разовьется заболевание, но, согласитесь, даже отсрочить диабет — большая удача и колоссальный вклад в состояние здоровья населения. А с экономической точки зрения — более позднее применение лекарственной терапии. К слову, в нашем пилотном исследовании всем людям из группы риска мы давали рекомендации о том, как откорректировать образ жизни, и направляли к врачам по месту проживания для более детальной консультации по состоянию здоровья. Это важная профилактическая часть, которую мы заложили в проекте.

Записала Дарья Николаева

Неотвратимая легкость выбора

— диверсификация —

с17

Дистрибуторы намерены расширять свою долю в производственном секторе. К примеру, «Р-Фарм» планирует в 2015 году запустить завод по производству субстанций в Ростове Великом (Ярославская область). Инновационные препараты составят 10–20% портфеля компании. В течение пяти лет «Р-Фарм» планирует вложить в R&D более $500 млн. Холдинг «Фармэко» настроен не только на выпуск лицензированных препаратов, но и на производство собственных препаратов и дженериков по нескольким социально значимым нозологиям, в том числе онкологии, туберкулезу, ВИЧ и ряду других.

Однако в сегодняшней модели экономической заинтересованности зарубежных партнеров в сотрудничестве с нашими компаниями нет, считают эксперты ФАС. Цель — скорее снижение рисков. «Если мы поинтересуемся последними соглашениями в этой сфере, то увидим, что дистрибуторы покупают право на финальную стадию производства — упаковку. То есть российская компания сникает с иностранцев, а в основном речь идет о них, риски, связанные с соблюдением законодательства на территории РФ и иностранного законодательства, связанного с антикоррупционной деятельностью. Хотелось бы, чтобы партнерство было направлено на перенос компетенции, а не на снижение рисков»,— поясняет начальник управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России Тимофей Нижегородцев.

«Можно идти от производства, можно — от дистрибуции. Если спросить, производитель мы или дистрибутор, я скажу, что ни то и ни другое. Мы фармкомпания. Строить такого рода компании имеет смысл, если ты серьезно рассчитываешь, что твои продукты будут представлены на большой части мирового рынка,— отмечает Алексей Репик, председатель совета директоров ЗАО «Р-Фарм».— То, что происходит сейчас,— это процесс формирования в России фармкомпаний, которые своими активами и продукцией будут представлены за пределами нашего государства и стран СНГ».

Елена Мекшун

БИОСИМУЛЯЦИЯ ЗАЩИТЫ

В последние годы резко возрос интерес к биопрепаратам, рассчитанным на борьбу с болезнями, которые прежде считались неизлечимыми: раком, сахарным диабетом, гемофилией и др. Однако в силу их дороговизны на отечественном фармрынке стали появляться дешевые, а главное, некачественные биоаналоги, от которых, к сожалению, в России нет пока законодательной защиты.

Биопрепараты создаются методом биосинтеза с использованием живых клеток. Они более эффективны, безопасны и качественны, чем нынешнее поколение химико-фармацевтических лекарств, но при этом значительно более сложны, а главное, дороги. Поэтому в систему госзакупок по программе льготного обеспечения примерно с 2010 года стали попадать биоподобные препараты (или биосимиляры), выпускаемые вместо потерявших патентную защиту оригиналов. Причина замены банальна — экономия бюджетных средств. Пациентам, как и врачам, не имевшим практики лечения пациентов биосимилярами, эти аналоги производители представляли как полноценные копии, соответствующие оригиналу. Правда, с минимумом клинических исследований в лечебных учреждениях России, а то и вовсе без них.

Одними из тех, кого стали снабжать биосимилярами, были больные рассеянным склерозом (РС). Им в России страдает более 100 тыс. человек. Спустя короткое время в тогдашнее Минздравсоцразвития, а также Генпрокуратуру и правительство РФ посыпались многочисленные обращения граждан и врачей. Так, в письме членов президиума Всероссийского общества неврологов говорилось, что в 2010 году на основе данных небольшого исследования II–III фаз с участием 36 больных был разрешен к использованию российский аналог (названия убраны). В апреле 2010 года получил разрешение без проведения КИ аргентинский препарат, разрешенный только в нескольких странах Южной Америки. А в августе 2010-го зарегистрирован иранский препарат, от закупки которого ввиду его низкого качества отказалось даже правительство Ирана.

В заключении авторы письма отмечали: «При практическом использовании на большом количестве пациентов переносимость и клиническая эффективность этих препаратов оказалась отличной от оригинальных. Особенно у тех больных, которые вынужденно были переведены на биоаналог, ранее имея позитивный опыт использования оригинальных препаратов. Больные отказываются получать данный вид лечения, что приводит к нерациональному использованию государственных средств и существенному снижению качества лечения пациентов, раннему развитию инвалидности, что еще больше увеличивает расходы государства». И подписи 15 профессоров—ведущих специалистов страны по РС.

Действительно, по истечении сроков патента на препарат, полученный путем химического синтеза, любой желающий может создать вещество с той же формулой и структурой. Клинических исследований полученных копий (дженериков) не требуется. Достаточно лишь упрощенной регистрации, когда необходимо продемонстрировать физико-химическую идентичность и биологическую эквивалентность. Поскольку в российском законодательстве пока ничего о биосимилярах не говорится, именно так, по упрощенной схеме и под видом дженериков, по сей день регистрируют и сложнейшие биопрепараты. Что абсурдно в силу очевидных различий между биотехнологическими и химико-фармацевтическими препаратами.

Активная субстанция биотехнологического лекарственного средства (ЛС) — это белок с высокой молекулярной массой, который превосходит молекулярную массу препаратов, полученных в результате химического синтеза, в 100–1000 раз. К тому же молекулы биотехнологических препаратов отличаются и гораздо большими размерами: в ацетилсалициловой кислоте молекула насчитывает всего 21 атом, а молекула биологического рекомбинантного эритропоэтина — более 20 тыс. атомов. При сравнении характеристик химических и биотехнологических препаратов видно: первые имеют простые химические компоненты и однотипную прогнозируемую структуру, которую можно легко воспроизвести. А биотехнологические состоят из сложной молекулы и гетерогенной, трудно описываемой структуры,— рассказывает Роза Ягудина, профессор 1-го Московского медуниверситета им. И. М. Сеченова.

Заместитель директора Российского онкологического научного центра профессор Сергей Тюляндин приводит конкретный пример. В нашей стране зарегистрировано 14 разновидностей противоопухолевого препарата филграстим, но о большинстве из них он никогда не слышал и не читал в специализированной литературе: «В нашей стране зарегистрировано огромное количество биоаналогов. Большинство из них либо не изучены, либо изучены недостоверно. Мы не против биоподобных препаратов, наоборот, это очень перспективные лекарства. Но мы против того, чтобы к нашим пациентам попадали неизученные препараты. И было бы очень уместно в России ввести хотя бы подобие тех требований, которые существуют во всем цивилизованном мире».

В целом ряде стран, в отличие от России, вопросами производства и обращения биосимиляров занимаются очень активно. Причем требования, утвержденные в странах с развитой регуляторной системой, обладают сдерживающим механизмом по их регулированию и предостерегают тем самым появление на рынке ЛС с недоказанной клинической эффективностью.

В ЕС еще в 2005 году было законодательно утверждено разграничение понятий «биосимиляр» и «дженерик». В «Руководстве по подобным биологическим лекарственным препаратам» Европейского агентства по лекарственным средствам (EMA) говорится: «Стандартный дженериковый подход (доказательство биоэквивалентности со стандартным лекарственным препаратом посредством соответствующих исследований биодоступности) обычно применяют к лекарственным препаратам, полученным методом химического синтеза. С научной точки зрения из-за сложного строения препаратов биологического/биотехнологического происхождения дженериковый подход для этих препаратов неприемлем. В данном случае необходимо следовать подходу „подобные биологические лекарственные препараты“, основанному на исследовании сопоставимости».

В 2006 году в ЕС были утверждены новые требования к регистрации биосимиляров: производитель должен провести доклинические, токсикологические, клинические исследования, а также подготовить план по фармаконадзору за ЛС после получения разрешения на маркетинг (регистрационное удостоверение). Объем КИ при регистрации биоподобных ЛС сопоставим с объемом КИ биотехнологических препаратов. При этом регулятор не рассматривает вопросов взаимозаменяемости биопрепаратов. Биосимиляр, одобренный EMA для применения в Европе, может рассматриваться только в качестве одного из возможных вариантов лечения, но не является автоматической заменой для оригинального продукта. 15 европейских стран ввели правила, запрещающие автоматическое замещение оригинальных ЛС биоподобными. Принципы взаимозаменяемости не применяются ни в одной из стран ЕС. В вопросах перехода с одного биопрепарата на другой EMA рекомендует пациентам руководствоваться назначениями лечащего врача или рекомендацией провизора. На сегодня в ЕС зарегистрировано всего 14 биосимиляров.

Не жалуют биосимиляры и в США, где нормативно-правовое регулирование биоподобных ЛС находится в стадии формирования, как и в России. При этом Управление по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) настаивает, чтобы каждый из биоподобных препаратов выходил под собственным именем. Кроме того, FDA разделило биопрепараты на менее сложные и/или лучше изученные и более сложные и/или лучше изученные. Тем не менее как те, так и другие не будут рассматриваться по сокращенной процедуре регистрации. Нерешенными остаются вопросы о необходимости КИ биоподобных средств и исследований, направленных на определение сопоставимости препаратов, а также взаимозаменяемости и автоматического замещения ЛС.

В России же в отсутствие законодательства, регламентирующего требования к регистрации данной специфической группы, уже зарегистрировано более 40 биологических лекарственных препаратов, которые позиционируются разработчиками (производителями) как идентичные оригинальным биологическим препаратам — биоаналоги.

В процессе подготовки поправок к 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» Минздрав кардинально менял свою позицию. В мае 2013 года Елена Максимкина утверждала: биологические препараты нельзя считать взаимозаменяемыми. А в феврале текущего года Минздрав совместно с ФАС занял противоположную позицию. В проекте поправок, который поступил в правительство, взаимозаменяемыми называют препараты с одним и тем же активным веществом в равной дозировке, с равным терапевтическим эффектом и в одинаковой форме. Это определение едино как для синтетических, так и для биопрепаратов. Значит, аргентинские и иранские «высокотехнологичные препараты» будут предлагаться россиянам — до следующих поправок.

Другой вопрос — о подобии биопрепаратов. Согласно поправкам, в России скоро должно появиться понятие «биоаналог» — биопрепарат, схожий по параметрам качества, эффективности и безопасности с инновационным биопрепаратом в такой же лекарственной форме. В то время как в Европе и США биотехнологическое ЛС, схожее с оригинальным и представленное на регистрацию, называют биосимиляром (биоподобным), притом что в английском языке есть слово «аналогичный».

По мнению экспертов, процедура регистрации биопрепаратов в России не продумана. Более того, схема, предложенная поправками в 61-ФЗ, противоречит международному опыту. Сначала необходимо разработать специальную процедуру регистрации, что обеспечит допуск на рынок только качественных и эффективных биопрепаратов. И только после этого при наличии эффективной системы фармаконадзора, можно рассматривать вопросы взаимозаменяемости.

В России в результате реализации стратегии «Фарма-2020» планируется открыть около десяти заводов для производства биоподобных препаратов общей стоимостью 10,8 млрд руб. Ожидается, что на рынок будет выведено примерно 30 биосимиляров. И очень важно, чтобы регулирование их производства и обращения проходило с применением нормативов, рекомендуемых ВОЗ или EMA.

Олег Трубецкой

здравоохранение тенденции

Угроза рецепта

— квоты —

с17

А еще родственники должны сдавать в поликлинику все ампулы от использованных препаратов или неиспользованные лекарства, если пациент умер (иначе не выдадут свидетельство о смерти!). «Согласитесь, если близкий человек умер, вам не до ампул»,— отмечает заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников.

Система выдачи и уничтожения обезболивающих наркотических средств так усложнена, что врачам проще не назначать лекарства, чем назначать, констатирует Евгений Брюн: «Против некоторых докторов, которые из жалости обеспечивают своих больных нужными лекарствами, возбуждают уголовные дела. В итоге страдают пациенты. Вопрос оказания паллиативной медицинской помощи должен решаться в пользу больных, а не в пользу служб наркоконтроля».

Широкую огласку получила история врача Алевтины Хориняк из Красноярска. 70-летнюю сотрудницу поликлиники осудили за подделку документов и незаконный оборот сильнодействующих веществ после того, как она выписала препарат больному раком, не прикрепленному к ее участку.

«Наши врачи не хотят выписывать такие рецепты, так как боятся проверок со стороны ФСКН. Ведь ответственность по закону несут именно они»,— подтверждает Леонид Печатников.

Кроме того, сегодня наркотические обезболивающие можно найти в очень небольшом количестве аптек. В Москве, например, это в основном 76 муниципальных аптечных заведений. Коммерческий сектор от торговли наркотическими анальгетиками был вынужден отказаться: Минздрав установил требования, согласно которым для продажи таких лекарств должны быть созданы особые условия, включая наличие сейфового помещения, охраны и пр. Это требует огромных вложений, тогда как цена таких препаратов копеечная.

ФСКН, конечно, объясняет существующую процедуру получения наркотических анальгетиков необходимостью бороться с наркоманией. Однако эксперты утверждают, что лишь 0,7% препаратов, применяемых в онкологии, можно использовать как наркотики. «По статистике нелегальный оборот наркотиков в нашей стране составляет 87 тонн в год, а легальный оборот наркотических анальгетиков, которые используют для паллиативных больных, всего 554 кг»,— рассказывает глава общероссийской Лиги защитников пациентов Александр Саверский. По словам же Евгения Брюна, на протяжении последних 20 лет случаев утечки наркотических препаратов из медицинских учреждений не было: «Легальный оборот наркотических и психотропных лекарственных средств в нелегальном обороте наркотиков не участвует».

Выходит, что сотни тысяч пациентов стали жертвами перестраховки ФСКН. И не могут получить обезболивающие ни бесплатно, ни за деньги.

После волны самоубийств оперативно появился проект поправок в федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», призванный сделать паллиативную помощь более доступной. Документ предлагает установить приоритетность доступа к медицинской помощи больным, нуждающимся в обезболивании наркотическими и психотропными лекарственными препаратами. Правда, что сие будет означать на практике, не совсем ясно. Еще одна поправка предлагает продлить срок действия рецепта до 30 дней и упростить порядок уничтожения не использованных в медицинских целях наркотических и психотропных препаратов. Это положение пытались оспорить представители ФСКН.

ПАВЕЛ СМЕРТИН/ ФОТО ИТАР-ТАСС

Врачам-онкологам приходится работать и в качестве психологов – ведь именно они сообщают пациентам конечный диагноз. И состояние больного зачастую зависит именно от умения врача донести информацию

Впрочем, проблемами с обезболивающими дело не ограничивается. Большинству онкопациентов в нашей стране недоступны и инновационные таргетные препараты для лечения рака, с появлением которых связывают последние достижения по увеличению продолжительности жизни онкологических больных во всем мире. «К сожалению, они стоят дорого. Например, курс лечения препаратом герцептин, который показан примерно четверти пациенток с раком груди, оценивается в 1,2-1,4 млн рублей»,— рассказывает главный онколог Москвы Анатолий Махсон. «Лечебный процесс рака молочной железы (это самое распространенное новообразование) недофинансируется в стране в 7–20 раз. И это притом, что на ранних стадиях болезнь поддается излечению»,— добавляет исполнительный директор НП «Равное право на жизнь», зампред правления Ассоциации онкологов России Дмитрий Борисов.

Каждая третья упаковка препарата для лечения рака покупается в России на деньги пациентов. Регионов, которые обеспечивают пациентов таргетной терапией, раз, два и обчелся. Денег, выделяемых на лечение онкобольных, недостаточно. На всех не хватает. Поэтому врачи и чиновники просто не сообщают людям о существовании дорогостоящих инновационных препаратов. Или врут им, что на ранних стадиях дорогостоящее лечение не показано. Некоторых пациенток даже уламывают согласиться на калечащую операцию (например, удаление яичников) — тогда не понадобится дорогостоящая гормональная терапия. Если проиллюстрировать ситуацию в цифрах, то в столице на лекарственное обеспечение одного онкопациента тратят в среднем 43,5 тыс. рублей в год. В Санкт-Петербурге — 7 тыс. рублей, в Казани — 4 тыс. рублей.

Уже с будущего года финансирование лечения больных, в том числе онкологических, должно лечь на плечи регионов. «Предполагается, что расходы по госпрограмме развития российского здравоохранения в подразделе „Специализированная медицинская помощь“, к которой относится и онкология, сократят со 161 млрд рублей в 2012 году до 72 млрд рублей в 2015-м,— говорит председатель исполнительного комитета МОД „Движение против рака“, член общественного совета при Минздраве России Николай Дронов.— Количество жалоб от пациентов из регионов уже начало стремительно расти, и оно увеличится в разы.

Однако если медикаментозное лечение рака в России хоть и с огромным трудом, но можно получить, то с онкопсихологией, которая, по мнению большинства специалистов, не менее важна, чем лекарства, дела обстоят совсем печально. Как академическое направление онкопсихология зародилась еще в начале 70-х годов XX века. За рубежом сопровождение психолога сегодня является обязательной составляющей лечения онкобольного, ведь стресс, в котором находятся такие пациенты, серьезно влияет на прогноз лечения. По той же причине у раковых больных усиливаются суицидальные наклонности. Шведские ученые выяснили, что диагноз «рак» у молодых людей увеличивает риск суицида на 60%. Даже в США, стране с хорошо развитым здравоохранением, риск суицида среди онкологических больных в два раза выше, чем среди населения в целом.

Как говорит руководитель психотерапевтической клиники EMC Наталья Ривкина, у 50% онкобольных развиваются депрессии, у 40–50% — неврозы, у 60% — постстрессовые реакции на диагноз. «У онкопациентов суицидальный риск серьезно повышается, и связано это не с недоступностью медицинской помощи, а с нераспознанными и нелеченными депрессиями. Поэтому таким пациентам очень важно оказывать психиатрическую помощь и психологическую поддержку — тогда многие проблемы будут решены. По данным западных исследований, у 44% раковых больных, которые просят об эвтаназии, выявляют реактивную депрессию»,— говорит доктор Ривкина.

Леонид Печатников убежден, что причиной мартовских суицидов московских онкопациентов стали не проблемы с недоступностью медпомощи, а психологические проблемы: «У большинства онкологических пациентов, которым сообщают о том, что они больны неизлечимыми формами рака, развиваются психические нарушения, и им необходима помощь психиатра или онкопсихолога».

Дмитрий Борисов же уверен, что между недоступностью лечения и развитием депрессий прямая связь: «Разумеется, не меньше, чем основное лечение, онкобольным требуются также психологическая реабилитация и психологическое сопровождение».

Но пока онкопсихиатры или онкопсихологи есть лишь в небольшом количестве учреждений здравоохранения столицы. Например, они консультируют больных в городской больнице №62. Кроме того, служба внештатных онкопсихиатров работает в столичном онкодиспансере №1. Но единой службы онкопсихологии нет ни в Москве, ни в стране. «Сегодня у нас есть немало психологов, которые сидят без работы, их можно научить работе с онкологическими пациентами. Тем более что с апреля прошлого года в городе начала работать школа, где готовят таких специалистов»,— предлагает решение проблемы господин Печатников.

В последние годы функцию организации психологической помощи пациентам взяли на себя благотворительные организации. Один из самых удачных примеров — «Проект СО-действие», где организована Всероссийская горячая линия социально-психологической помощи для онкологических больных и их близких 8-800-100-01-91.

Обычным врачам-онкологам также нередко приходится работать в качестве психологов, ведь именно они сообщают пациентам страшный диагноз. И очень многое зависит от умения врача правильно донести информацию. Недавно компания «Лилли» разработала образовательную программу для врачей-онкологов. «Это цикл семинаров, цель которых помочь врачам грамотно выстраивать отношения с пациентами. Помощь требуется и самим врачам, которые полностью принимают на себя психологические проблемы больного, что приводит к эмоциональному выгоранию и появлению чувства личной отстраненности от пациента»,— рассказывает медицинский директор компании «Лилли» Вячеслав Бурмистров.

● *По данным канцер-регистра, который создан в Москве, на учете в городских учреждениях здравоохранения состоит около 18 тыс. больных, у которых диагностирована четвертая стадия рака. Часть из них получает лечение, но некоторым медицина уже ничем не может помочь. И таким людям требуется паллиативная помощь. Для этого в городе работает восемь хосписов. Паллиативные отделения планируется создать в столице в составе большинства многофункциональных городских клиник (в этом году в Москве хотят создать 860 койко-мест, предназначенных для оказания паллиативной помощи).*

Арина Петрова

В НАПРАВЛЕНИИ НА АНАЛИЗ

С 2015 года диспансеризация в России вновь станет обязательной: взрослый начиная с 21 года должен показываться специалистам раз в три года, а дети, студенты и инвалиды — ежегодно.

После четвертьвекового перерыва Минздрав в 2013 году запустил программу всеобщей диспансеризации, цели которой остались прежними — выявить заболевания на ранней стадии и своевременно начать их лечение, что в итоге увеличит продолжительность жизни населения. Пока еще медосмотр можно пройти по желанию. Но с 2015 года диспансеризация станет обязательной для всех. Диспансеризация в России нацелена на выявление сердечно-сосудистых, онкологических, бронхолегочных заболеваний, сахарного диабета — именно на эти болезни приходится более 75% смертей. В диспансеризацию XXI века включено больше инструментарных и лабораторных методов, чем раньше, пациента должно осмотреть большее количество специалистов.

Обследование должно дать ответ на вопросы, насколько рационально питание пациента, достаточна ли его физическая активность, нет ли избыточного веса или ожирения. Кроме того, с помощью диспансеризации предполагается выявить больных туберкулезом, а также тех, кто злоупотребляет алкоголем или употребляет наркотики и психоактивные вещества.

Диспансеризация, разъясняет каждый региональный минздрав на своем сайте, проводится в два этапа. На первом — скрининговом — пациента опрашивают, чтобы выявить хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития. Надо быть готовым ответить на вопросы анкеты о том, болели ли родственники раком, случались ли у них инфаркты или инсульты, а также о своих внезапных болях, онемениях и головокружениях — больше 40 раз поставить галочку, выбрав варианты «да» или «нет». Далее пациенту даются направления на анализы в зависимости от возраста. До 40 лет по кабинетам ходить придется меньше, однако все равно надо будет измерить артериальное давление, уровень холестерина в крови, глюкозы, оценить суммарный сердечно-сосудистый риск. После 40 лет надо будет сдать расширенный анализ крови, пройти маммографию, УЗИ брюшной полости, измерить внутриглазное давление. Все пациенты вне зависимости от возраста сдают анализ мочи и крови, делают флюорографию органов грудной клетки.

При выявлении у пациента отклонения каких-либо показателей от нормы, возникновении подозрения на наличие хронического неинфекционного заболевания или высоком и очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске он попадает на второй этап специализированных обследований. Его обследуют уролог, хирург, гинеколог, офтальмолог и другие специалисты. Делаются расширенный анализ крови, исследования на наличие бляшек в кровеносных сосудах, гастроскопия, колоноскопия. В случае необходимости врач должен назначить и компьютерную, и магниторезонансную томографию.

По завершении обследования пациента участковый терапевт должен рассказать о его результатах, дать необходимые рекомендации. Пациентов с выявленными факторами риска направляют в центры здоровья за дополнительными рекомендациями, при обнаружении болезней — на лечение.

По итогам диспансеризации пациенту вручают паспорт здоровья и определяют его в одну из трех групп здоровья. В первую входят люди с низким и средним риском развития заболевания, во вторую — с высоким и очень высоким риском развития болезни. Третью группу составляют пациенты, у которых есть доказанное заболевание.

В московских поликлиниках уверяют, что на сдачу анализов потребуется не больше шести часов. Прохождение первого этапа обследования потребует двух визитов. Первый занимает от трех до шести часов в зависимости от объема обследования. Второй визит — к участковому для подведения итогов обследования, заключительного осмотра и консультации — проводится через один-шесть дней и зависит от готовности результатов исследований. Время на прохождение второго этапа пропорционально числу обследований и зависит не только от очередей, но и от состояния здоровья пациента. Однако на практике для прохождения диспансеризации нужно больше времени. Специально для „Ъ“ компания HeadHunter провела опрос среди 3,4 тыс. интернет-пользователей и выяснила, что диспансеризация у половины опрошенных заняла меньше четырех часов, у 22% — два-три дня, у 18% — более трех дней. Треть из тех, кто прошел диспансеризацию (26% — самостоятельно, 14% — по направлению компании, 60% не проходили вообще), сдавали анализы в частной поликлинике. Подавляющее большинство проходили диспансеризацию в нерабочее время.

Несмотря на то что закон предписывает работодателям отпускать работников на медосмотр и проявлять заинтересованность в том, чтобы сотрудники были здоровы, опрос среди работодателей (более 180 компаний) показал, что в половине компаний к всеобщей обязательной диспансеризации не готовы, а 39% не задумывались над этим. Только в 21% компаний ответили, что готовы отпустить сотрудника во время работы, а в 33% честно признались, что не могут допустить, чтобы работа простаивала. Половина работодателей готова отпустить работника к врачу на полдня, треть — на целый рабочий день.

Диспансеризация как способ сохранить здоровье сотрудников у работодателей большого доверия не вызывает. На вопрос «Поможет ли вовремя пройденная диспансеризация сократить издержки на больничные?» 42% ответили «возможно», 35% — «нет», 7% затруднились с ответом и только 16% дали положительный ответ. Хотя опрос AIPM и IFPMA о здоровом образе жизни, в котором приняли участие представители 46 компаний, выявил, что большинство работодателей (66%) готовы разделять ответственность за поддержание здоровья работника.

В 2013 году диспансеризацию прошли 34 млн российских граждан, то есть почти каждый четвертый. Почти у 3 млн человек были выявлены болезни органов кровообращения, у 21,3 тыс.— злокачественные новообразования, по данным Минздрава (у 27 тыс., по данным вице-премьера Ольги Голодец). Самой многочисленной — более 40% — оказалась третья группа здоровья, в которую входят пациенты с доказанными заболеваниями.

Массовую диспансеризацию населения в 2014 году, согласно планам министерства, должны пройти еще 23 млн взрослых и 18 млн детей. В 2014 году пройти обследование должны на 6,4 млн человек больше, чем в прошлом году. В Москве в 2013 году диспансеризацию прошло более 2 млн человек, в этом году планируется охватить диспансеризацией 4,2 млн человек. Но люди неохотно идут в поликлиники, и врачи не могут повлиять на поведение пациентов, у которых нет привычки заботиться о своем здоровье и проходить профилактические осмотры. Из тех, кто прошел диспансеризацию за последний год (это 17% опрошенных), согласно опросу Superjob, почти половина ею недовольны. Даже тех, кто не прочь был бы пройти медосмотр, отпугивают очереди в поликлиниках, формальное отношение врачей к осмотру, а также «хамство и потерянные нервы».

Как заявила вице-премьер правительства Ольга Голодец, Минздрав готовит новый порядок прохождения диспансеризации, который будет более адресным. «Будут определены те возрасты и те виды обследований, которые в обязательном порядке должен будет пройти гражданин. Мы заложим специальную систему стимулирования этого»,— сказала вице-премьер. Какие это будут стимулы, Минздрав еще не придумал.

Одна из основных проблем диспансеризации помимо отсутствия мотивации граждан — это финансирование. Расходы на медицину на ближайшую трехлетку уменьшатся на 18%. В 2013 году на здравоохранение было потрачено 4% ВВП, в 2014 году планируется 3,4%, а в 2015 и 2016 годах 2,7% и 2,6% соответственно. Не то чтобы денег на диспансеризацию нет — в бюджет Федерального фонда медицинского страхования (ФФОМС) ежегодно заложено 80 млрд руб., но их явно недостаточно. Власти подсчитали, что первый этап диспансеризации обходится в 1,6 тыс. руб. на человека. Однако реальные расходы медучреждений на проведение диспансеризации существенно превышают заложенные в бюджет и оказались непосильными для медучреждений. Поскольку количество посещений возрастает и, согласно планам, будет еще расти, тариф на каждое посещение снижается, а сумма, выделяемая из ФФОМС, остается неизменной.

К тому же в Минздраве признают, что нагрузка на системы здравоохранения регионов высока. Главным образом она ложится на врачей, которых хронически не хватает. Качественно провести диспансеризацию имеющимися кадрами просто невозможно, признаются медики. По данным министерства, в российском здравоохранении недостает примерно 40 тыс. врачей, большие проблемы и со средним медперсоналом. Учреждения, занимающиеся медицинской профилактикой, укомплектованы примерно на 70%. Медики перегружены работой, ведь основной поток пациентов никуда не делся.

«Уставшие и озлобленные врачи стали подавать заявления об увольнении»,— отмечают в Национальной медицинской палате, возглавляемой Леонидом Рошалем. По мнению палаты, диспансеризация навалилась как ком, существенно увеличив объем работы участковых врачей. Эксперты уверены, что порядок проведения диспансеризации населения нужно менять, потому что прохождение диспансеризации для галочки уже почти реальность. Помимо осмотра пациентов как по диспансеризации, так и из «основного потока» врачи вынуждены выполнять огромный объем бумажной работы — при диспансеризации, к примеру, заполняются бланки согласия на диспансеризацию или отказ от нее, анкета, маршрутная карта, карта учета диспансеризации, паспорт здоровья, медицинская карта, на это уходит примерно час.

К тому же по медицинской части у самих медиков к диспансеризации есть вопросы. Например, врачи-онкологи неоднозначно оценивают эффективность диспансеризации для выявления рака — у них нет уверенности, что врачи первичного звена сумеют обнаружить рак на ранней стадии. В Противораковом обществе России заявляют, что диспансеризацию в том виде, в каком она есть, надо исключить, поскольку обследования неэффективны и профессионально их могут сделать только в специальных скрининговых центрах, которые надо создавать. Нужны прицельные профилактические скрининги для групп риска, а также необходимо изменить порядок обследования, уверены в медицинском сообществе.

Диспансеризация — это профилактика, лечение и постоянное наблюдение, и только в такой связке диспансеризация будет эффективной.

Дарья Николаева

ЛЕЧЕБНАЯ ТРЕВОГА

На прошлой неделе в Измайлово прошел очередной митинг в защиту территориальной детской больницы, которую хотят прикрыть. Массовые закрытия, сокращения и объединения больниц и амбулаторий, а также протесты граждан в разных форматах и с разной интенсивностью проходят по всей стране.

По данным Росстата, за последние 15 лет число больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений в России уменьшилось в два раза, причем поликлиник — более чем на 6 тыс. В официальных структурах эти процессы называют реорганизацией здравоохранения.

В марте чиновники сразу нескольких субъектов РФ заявили о слиянии медицинских учреждений в этих регионах. Реорганизации подвергнутся в том числе больницы Троицкого округа Москвы, стационары Владимирской, Нижегородской, Ярославской и Пензенской областей. Пилотный проект реформы здравоохранения начинался в Москве. Вначале стали объединять столичные поликлиники, затем — больницы. Один из результатов объединения — сокращения врачей. Сегодня дефицит терапевтов в московских медучреждениях составляет 25%.

В Псковской области вместо 24 районных больниц теперь 6 крупных современных медицинских центров. Жители протестовали против закрытия больниц в своей местности и кое-где их отстояли. Но не полностью: в больницах оставили только терапевтическое отделение, а инфекционное или родильное ликвидировали. Между тем от многих сел и деревень Псковской области до медицинских центров 100 км на автобусе, часто с пересадкой, и даже не с одной. Кое-где автобус вообще ходит раз в неделю. Но даже если больной благополучно доедет до врача, это еще не значит, что он получит медицинскую помощь: количество больничных коек сократили в ходе реформы, и теперь многих пациентов попросту некуда госпитализировать. В марте аналитическая телепрограмма «Постскриптум» сообщала, что, по данным Минздрава, в 2013 году Псковская область заняла первое место в стране по смертности.

В Нижегородской области также проводится сокращение коечного фонда. В 2013 году число акушерских коек сократили в центральных районных больницах 10 районов, в 2014 году та же судьба постигнет медицинские учреждения еще 11 районов. Беременных сегодня возят рожать за 70–100 км от дома. В городах положение беременных не многим лучше: слияние женских консультаций, как всегда, под лозунгом оптимизации, приводит к необходимости ехать по пробкам из конца в конец города. По данным Росстата, в 2013 году в Нижегородской области умерли 326 детей в возрасте до года. Число умерших на 1 тыс. родившихся составило 8,4%, превысив средние данные по России (8,2%).

Руководство московского здравоохранения намерено перевести его на европейские рельсы. Заместитель мэра по социальным вопросам Леонид Печатников отметил, что в Европе 70% медицинских услуг оказывается амбулаторно и только 30% — в больницах, в России же наоборот. В ближайших планах столичного руководства изменить порядок оказания медицинской помощи в европейскую сторону. Изменения происходят быстро. К концу прошлого года, по данным соцсетей, в 7-й клинической больнице закрыто терапевтическое отделение, в 23-й — отделение ревматологии, в 15-й — сокращено 110 коек из 180, ожидается сокращение еще 60 неврологических коек, в 57-й больнице планируется закрыть второе отделение сосудистой хирургии (60 коек), в 59-й — сокращение 60 коек, 60-я больница перепрофилируется, 47-я закрыта целиком, в 4-й городской закрыт инфекционный корпус, 8-я и 12-я детские инфекционные закрыты, в Русаковскую детскую прекращен набор штата.

Московский департамент здравоохранения объясняет это нежеланием содержать неэффективные койки, однако врачи и пациенты московских клиник не согласны с действиями властей. Так, в 72-й клинической больнице, на госпитализацию в которую стоит очередь плановых больных, поэтому нельзя сказать, что койки работают неэффективно, с 1 января коечный фонд сокращен на 65% (30 гинекологических и 50 терапевтических коек). 6 апреля врачи и пациенты 72-й больницы вышли на митинг, протестуя против сокращения востребованных коек и высококвалифицированного персонала.

Слияние больниц преподносится как обеспечение больным доступа к современному оборудованию. Реально же, как показал опыт, для врачей это означает существенное увеличение нагрузки, а для пациентов — долгие поездки к врачу, длинные очереди, сокращение времени приема. Сокращение лечебных учреждений закрытием не называют. Предпочитают говорить об оптимизации или о модернизации, которая проводится путем укрупнения, слияния нескольких учреждений в одно, превращения полноценных больниц в филиалы одного центра.

Сегодня главной проблемой российского здравоохранения, даже в столице, стала недоступность не то что лечения с помощью современного оборудования, а недоступность хоть какого-то лечения. Пациент попросту не попадает к врачу. Кого-то отказываются прикреплять к поликлинике: говорят, что нет мест. Кто-то неделями дожидается приема: врачей сократили, очереди выросли.

«Нет клиник — нет кадрового дефицита,— комментирует происходящее заведующий хирургическим отделением Орской больницы №6 Александр Суворов.— Нас как раз сейчас закрывают. Отделение оказывало экстренную и плановую медицинскую помощь. Государство вбухало в него 100 млн рублей. Мы только оборудовали оперблоки на деньги, выделенные по федеральной программе. И зачем? Чтобы все уничтожить? В течение последних четырех лет страховой медицинский фонд планомерно сокращал квоты на лечение больных, а платные услуги в статистику не включал. Создавалась видимость, что клиники сидят без работы, койки пустуют. Отличный повод для реструктуризации».

Говорят, что надо подождать, дать время для оптимизации здравоохранения, понять, что это необходимое повышение его эффективности. Но приблизительно то же самое говорили, когда оптимизировали сельскую медицину, ликвидировали фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы) и маленькие больницы. По данным Росстата, с 1995 по 2012 год в стране было закрыто 8 тыс. ФАПов. Количество участковых больниц уменьшилось на 91%: из 4309 осталось всего 400. Число районных больниц в городах с населением от 30 тыс. до 100 тыс. сократилось более чем на треть, в результате осталась всего 191 больница. Теперь выяснилось, что они были нужны. В 2014 году, по словам главы Минздрава Вероники Скворцовой, должно быть открыто более 850 фельдшерско-акушерских пунктов. Возможно, их и откроют, только сомнительно, что найдут для них кадры. Ведь за эти годы, по данным Росстата, было сокращено 77% фельдшеров.

Известное дело, ломать — не строить.

Ада Горбачева

здравоохранение тенденции

Сокращение номерного фонда

Принятая чуть больше года назад госпрограмма «Развитие здравоохранения» оказалась слишком оптимистичной и в ближайшее время будет сокращена. Как и бюджет Федерального фонда медицинского страхования (ФОМС), который недополучит более 300 млрд рублей. Компенсировать сокращение расходов предлагается за счет повышения эффективности работы медицинских учреждений. И развития частной медицины.

— секвестр —

В конце января правительство вынесло на общественное обсуждение очередной проект государственной программы «Развитие здравоохранения», в результате чего стало очевидно — Минздрав переходит в режим жесткой экономии. Новая программа подразумевает отмену ныне действующего постановления правительства от 24 декабря 2012 года №2511 о программе развития здравоохранения на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов. Запланированные прежней госпрограммой бюджетные средства сокращены: в 2014 году — на 16,1 млрд рублей, в 2015-м — на 13,3 млрд рублей, в 2016-м — на 28,9 млрд рублей. С ОМС все еще сложнее. Сообщается, что средства федерального фонда ОМС в 2014 году будут увеличены на 18,1 млрд рублей, но затем, в 2015 году, будут уменьшены на 11,9 млрд рублей, а в 2016-м секвестрированы на 330 млрд рублей.

Обеспокоенные возможным сокращением программы бесплатной помощи по ОМС граждане написали письмо главе российского правительства Дмитрию Медведеву, после чего в «Российской газете» вышло обширное интервью министра здравоохранения Вероники Скворцовой, которая попыталась объяснить, как ее ведомство планирует компенсировать недостаток бюджетных средств: «Для того чтобы оценить степень дополнительных потребностей, понять, как можно справиться с ситуацией, мы тщательно проанализировали возможности повышения эффективности здравоохранения и перераспределения ресурсов внутри отрасли».

Учитывая, что далеко не все успели разобраться в прежней редакции госпрограммы, очередные изменения вызывают множество вопросов не только у простых граждан, но и у экспертов. Получить комментарии в ФОМСе и Минздраве корреспонденту „Ъ“ не удалось, однако представители страховых компаний спешат успокоить россиян. «На данном этапе предусмотренное сокращение бюджетных ассигнований не означает сокращение программ ОМС,— поясняет заместитель генерального директора по медицинскому страхованию „АльфаСтрахования“ Андрей Рыжаков.— Бюджет 2014 года соответствует плановым показателям. Как это будет выглядеть с учетом возможного сокращения — это вопрос, хотя с моей точки зрения, время четкой конкретизации программы госгарантий явно пришло».

«Все панические комментарии о сокращении финансирования в контексте анализа данных предложений не имеют под собой реальной почвы,— говорит заместитель генерального директора СК «СОГАЗ-Мед» Сергей Плехов и предлагает рассмотреть, из каких средств в проекте это планируется профинансировать. «Из средств федерального бюджета будет выделено 2648 млрд рублей. В действующей редакции Программы предусмотрено 2710 млрд рублей (то есть идет снижение суммы ассигнований из этого источника на 62 млн рублей)»,— отмечает он. Далее, из средств консолидированного бюджета субъектов РФ — 9414 млрд рублей, хотя данного источника в действующей редакции программы не предусмотрено вообще. И из средств ФОМСа 12 990 млрд рублей, которые четко расписаны по годам до 2020 года. Действующая редакция Программы, кроме того, относит значительную часть необходимых для ее реализации средств в сумме 3356,9 млрд рублей в состав некой «дополнительной потребности в средствах федерального бюджета», что может служить потенциальным источником риска недофинансирования Программы.

«На объем рынка ОМС влияет несколько факторов. Ключевой из них — это уровень занятости населения в экономике, сейчас мы видим, что этот показатель сокращается в абсолютных значениях. Поэтому на фоне сложной экономической ситуации и нестабильного положения в стране мы прогнозируем замедление темпа роста рынка по сравнению с 2013 годом. Безусловно, сокращение бюджета на здравоохранение также повлияет на ОМС»,— считает руководитель департамента личных видов страхования СГ «Уралсиб» Наталья Харина.

По мнению экспертов, на розничный сегмент гораздо более серьезное влияние оказывают уровень доходов населения, стабильность в экономике. «Ощутимый результат в розничном сегменте может дать синергия ОМС и ДМС, расширение покрытия»,— подчеркивает госпожа Харина. «В долгосрочной перспективе мы прогнозируем увеличение количества розничных клиентов по ДМС. Однако пока российский рынок ДМС по-прежнему носит корпоративный характер.— говорит вице-президент по ДМС группы „Ренессанс Страхование“ Марина Тихонова.— Есть небольшой сегмент частных клиентов, который сегодня составляет не более 10% — это в основном родственники клиентов, застрахованных по корпоративным программам. В нашем портфеле доля корпоративного ДМС составляет 90%». По ее мнению, для развития розничного ДМС необходимо формирование благоприятной среды, стимулирующих решений, в том числе налоговых льгот. «Вопрос расширения практики использования ДМС в настоящее время является одним из ключевых, поскольку этот сегмент отражает в целом культуру страхования в стране»,— говорит президент Всероссийского союза страховщиков Игорь Юргенс. С одной стороны, у этого рынка существенный потенциал роста, поскольку качество бесплатной медицинской помощи зачастую оставляет желать лучшего. С другой стороны, подавляющее большинство договоров ДМС заключается юридическими лицами в пользу сотрудников.

«Как показал опыт предыдущего кризиса, эта статья расходов, к сожалению, одна из первых в числе сокращаемых работодателями. В этой связи можно предположить, что кризисные явления негативно скажутся на рынке ДМС,— подчеркивает господин Юргенс.— Физические лица, по нашим прогнозам, также будут экономить на этом страховании. По совокупности факторов можно сделать прогноз о замедлении темпов роста страхового рынка, в том числе рынка ДМС, в 2014 году».

Объемы финансирования программ ОМС определены в другом документе — Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утвержденной правительством РФ. «В первую очередь следует сказать о необходимости интенсификации работы по конкретизации Программы государственных гарантий, так как нечеткость ее отдельных положений приводит и к злоупотреблениям в расходовании средств системы ОМС, а также к неправомерному со стороны ряда недобросовестных руководителей медицинских учреждений „подталкиванию населения к пользованию платными медицинскими услугами“,— говорит президент Межрегионального союза медицинских страховщиков Дмитрий Кузнецов.— При этом надо отметить, что речь идет ни в коем случае не о снижении доступности медицинской помощи, а о конкретизации параметров условий ее оказания». Для примера, гарантия оказания стационарной помощи сохраняется, но обеспечение пребывания больного исключительно в одноместной палате со стороны государства быть не может. Повышенная комфортность вполне может быть отнесена к «зоне ответственности» потребителя медицинской услуги. Другой пример. Консультации специалистов по медицинским показаниям никто отменять не собирается, однако гарантировать консультации всех узкопрофильных специалистов исключительно «по собственному желанию» человека в настоящих условиях было бы неправильно.

Мария Рыбакова

НЕВЗИРАЯ НА ПРОСТРАНСТВО И ЦЕНЫ

Медицина и здравоохранение становятся все более привлекательными объектами для инвестирования. Несмотря на то что доля государственного участия в финансировании и оказании услуг в здравоохранении преобладает в большинстве стран, роль и участие частного капитала в здравоохранении неуклонно растет. НАТАЛЬЯ НИКИТЕНКО, руководитель сектора здравоохранения в группе M&A и исследований рынков компании EY, убеждена, что тенденция эта очевидна и в России.

В последние годы глобальный сектор здравоохранения растет опережающими темпами как относительно мирового ВВП, так и относительно численности населения в мире. По данным ОЭСР, рост расходов на здравоохранение превышал рост мирового ВВП на 2,6% в среднем за период 2000–2009 годов. При этом общий объем расходов на здравоохранение перешагнул отметку в 9% мирового ВВП в 2010 году.

Росту здравоохранения, как сектора глобальной экономики, способствует множество факторов, среди которых можно выделить следующие: старение населения, увеличение средней продолжительности жизни, рост количества случаев хронических заболеваний и заболеваний, связанных с образом жизни, таких как ожирение и диабет, технологический прогресс в медицине, новые вирусы и опасность быстрого распространения болезней в связи с глобализацией, развитие персонифицированных методов лечения.

Несмотря на то что доля государственного участия в финансировании и оказании услуг в секторе здравоохранения по-прежнему преобладает в большинстве стран и в структуре мировых расходов на здравоохранение составляет около 60%, по данным ВОЗ, стоит отметить, что участие частного капитала неуклонно растет. Основной причиной этого роста является недостаток государственных ресурсов для удовлетворения спроса населения, в особенности в развивающихся странах. Со стороны частных инвесторов интерес во многом обусловлен наличием возможностей для получения стабильного долгосрочного дохода. Частный сектор здравоохранения представлен множеством компаний среднего и малого бизнеса в подавляющем большинстве развивающихся стран. Однако уже есть примеры появления крупных игроков в развивающихся странах.

С точки зрения стратегического развития игроки, выходящие или уже присутствующие на мировом рынке, обеспечивают свой рост, в том числе за счет приобретений конкурентов, подтверждая тем самым явно прослеживающуюся тенденцию консолидации рынка медицинских услуг.

Наталья Никитенко убеждена, что общемировая тенденция увеличения доли частного капитала в здравоохранении очевидна и в России

Еще одним трендом на рынке сделок M&A в здравоохранении становится увеличение стоимости трансакций. Так, по данным Irving Levin Associates, Inc., общая стоимость трансакций в 2012 году составила $143,2 млрд, в 2013-м — $163,5 млрд при сокращении их количества более чем на 10%. Крупнейшей сделкой 2013 года стала покупка компанией Community Health Systems, оператором многопрофильных больниц неотложной помощи в США, компании HMA, оператора больниц в Соединенных Штатах Америки, объем которой составил $3,9 млрд.

В рамках узкой специфики в последнее время наиболее популярными объектами для сделок слияний и поглощений в здравоохранении на мировом рынке выступают специализированные клиники и все активы, связанные с лечением на дому, которое сокращает расходы пациента или государства на пребывание в медицинском учреждении и является привлекательной альтернативой госпитализации.

На рынках Азии и Европы преобладает интерес к компаниям, занимающимся лечением пожилой части населения и оказанием первичной медицинской помощи, что отражает текущую ситуацию с большим количеством пожилого населения в Европе и спрос на первичную помощь в Азии как наиболее дешевый способ получения медицинских услуг.

В США лидирующие позиции по сделкам занимают информационные технологии, услуги по предоставлению медицинской страховки и платформы для сбора, хранения и обработки данных о пациентах, а также управления информационными потоками между страховыми компаниями и медицинскими учреждениями.

Стоит отметить, что мировая отрасль здравоохранения постепенно переходит в онлайн и привлекает интерес со стороны венчурных инвесторов. Наиболее популярными направлениями являются мобильные приложения, биосенсоры и различные программы для тех, кто хочет вести здоровый образ жизни.

Другим направлением инвестиций становятся «облачные» технологии. Медицинские учреждения нуждаются в быстром доступе к огромным объемам информации, которые практически невозможно хранить на имеющихся носителях. Кроме того, медицинские данные должны легко и быстро передаваться между клиниками, врачами, лабораториями и т. д. Все эти факторы способствуют развитию облачной обработки медицинских данных.

Помимо сделок слияний и поглощений публичное размещение становится источником для привлечения дополнительных инвестиций для развития частных компаний. Кстати, одно из самых больших IPO в здравоохранении было сделано азиатским центром медицинских услуг IHH Healthcare, в ходе которого было продано акций на $2 млрд.

Мировые тренды развития здравоохранения отражаются и на российском рынке. По данным Всемирной организации здравоохранения за период с 2000 по 2010 год показатель общих расходов на здравоохранение на душу населения в России вырос в семь раз. В то же время по состоянию на 2010 год этот показатель составлял всего лишь 30% от среднего показателя по европейским странам, отражая потенциал для дальнейшего роста рынка. Потребность улучшения качества медицины в России подтверждается положением РФ в рейтингах ВОЗ: 127-е место по показателю здоровья населения и 130-е по эффективности медицинской системы.

На сегодняшний день система здравоохранения в РФ является преимущественно государственной. Однако определенные меры со стороны государства для увеличения участия частного сектора в обеспечении социально значимой отрасли уже предпринимаются. Среди прочего можно выделить: предоставление возможности участия частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования; наличие определенных налоговых льгот для медицинских организаций; интерес государства к проектам государственно-частного партнерства в здравоохранении.

За последние пять лет в РФ на рынке частных медицинских услуг было проведено более семи сделок M&A, более десяти проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении находятся на разной стадии проработки, а также проведено первое публичное размещение российской компании из сектора здравоохранения. Такой активный интерес со стороны финансовых инвесторов и внимание государства к сектору здравоохранения являются достаточным основанием для ожидания дальнейшей консолидации и развития рынка здравоохранения в России.

РАДАР ИНВЕСТОРА

ОЛЬГА КРЫЛОВА, старший директор по научным исследованиям компании Pfizer в России, отмечает, что для компании жизненно необходим поиск инновационных проектов по всему миру, включая Россию.

— В чем главный интерес Pfizer в отношении инновационных разработок, проектов R&D, здесь, в России?

— В России интерес такой же, как по всему миру. Мы активно ищем партнерство и сотрудничество в основном с компаниями, но также и с научными организациями, чтобы обогатить наш портфель разработок. Сейчас меняется концепция всего R&D: ни одна компания не разрабатывает лекарства с начала и до конца. Ни одна компания сегодня не может делать все R&D внутри компании, но это и не нужно. В нашем портфеле около 50% проектов пришли извне. Мы открыты для сотрудничества, в специальном разделе на корпоративном сайте описаны наши нужды и приоритеты в R&D-партнерстве. Мы активно занимаемся лицензированием. Помимо этого, поскольку Россия — стратегический рынок для Pfizer и по-прежнему быстроразвивающийся, мы заинтересованы в партнерстве с локальными игроками, чтобы развивать стратегические проекты, помогающие адресовать нужды российских пациентов, которые не будут укладываться в модели обычного лицензирования.

— Чем лично вы занимаетесь?

— Всем перечисленным я и занимаюсь. Мой регион — Россия, Восточная Европа и Израиль. С одной стороны, пытаюсь найти те российские проекты, с которыми мог и хотел бы сотрудничать наш глобальный R&D. С другой стороны, пытаюсь создать и поддержать те проекты, которые еще не готовы для такого сотрудничества, но могли бы заинтересовать компанию в будущем.

— Что вам уже удалось найти, какова типология таких разработок?

— Нас интересуют проекты по разработке лекарственных препаратов в тех областях, которые являются для нас ключевыми: сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром, нейробиология, онкология, редкие заболевания, иммунология и вакцины. Звучит довольно широко, но, поверьте, это мы уже фокусировались.

Быстрыми темпами развивается разработка биологических препаратов, поэтому всегда интересны новые антитела, как терапевтические, так и потенциальные носители лекарственных средств. И любые разработки в трансляционной медицине, от биомаркеров до диагностики, нам тоже очень интересны.

Для проектов по разработке лекарственных препаратов нам всегда важно, чтобы группа, которая работает над проектом, адресовала определенный механизм заболевания и валидировала мишень, а полученные данные были бы высокого качества в соответствии с мировыми стандартами. Могу привести свежие примеры, которые уже на стадии реализации.

Составляя для Pfizer портфель R&D, Ольга Крылова осознанно разделяет вместе со своей компанией ответственность за формирование будущего российской фарминдустрии

В этом году мы поддержали проект Лаборатории трансляционных исследований и персонализированной медицины МФТИ и РОНЦ им. Н. Н. Блохина по разработке новых подходов для решения задач персонализированной медицины в области онкологии. Это удачный пример сотрудничества лаборатории с экспертизой в системной биологии и медицинской лаборатории с доступом к пациентам. Такие проекты нам интересны: хоть он и ранний, но позволит создать знания, которые в будущем смогут способствовать развитию персонализированной медицины в России и других странах. Другой пример раннего проекта, очень важного для здравоохранения России,— это сотрудничество с СОН РАН и технологической платформой «Медицина будущего» по изучению описторхоза. Описторхоз — заболевание распространенное, но очень малоизученное. Одним из наиболее крупных эндемических очагов описторхоза в мире является Обь-Иртышский бассейн, который включает десять краев и областей России и Казахстана. Одной из главных проблем является неисследованность заболевания и отсутствие качественного лечения. Результаты мировых исследований позволяют предположить, что описторхоз — это один из факторов риска для рака печени. Для нас участие в проекте — это больше, чем исследования. Мы понимаем социальную значимость профилактики и лечения описторхоза для Сибирского региона и считаем, что, как лидер мирового фармбизнеса, должны внести свой вклад в решение этой проблемы.

— А кто эти люди, ученые или это всегда коллективы?

— Конечно, это коллективы: лаборатории, консорциумы. В основе должен лежать проект, который приведет к получению научных данных либо к разработке лекарственных препаратов или технологии.

— Есть ли центры сосредоточения таких разработок?

— Центров нет. Сотрудничество по всему миру. У нас есть центры взаимодействия — это так называемые хабы. Например, в США наш R&D сосредоточен в Нью-Йорке, в Калифорнии, в Бостоне. Вне США это хаб в Великобритании рядом с Кембриджем. В России пока такого центра нет, к сожалению. Россия попала на радар нашего R&D всего два-три года назад, когда была принята стратегия «Больше чем» по расширению деятельности в России, участию в развитии российской фармацевтической отрасли и здравоохранения в целях улучшения здоровья и самочувствия россиян. Одной из трех составляющих стратегии является программа «Больше, чем R&D». Так что наши усилия в R&D в России достаточно свежие.

— Как вы оформляете право на проект?

— Обычно для проектов более поздней стадии составляется лицензионное соглашение, по которому Pfizer получает права на разработку препарата. Для ранних проектов заключается соглашение о сотрудничестве, где подробно описываются права и обязанности сторон, в том числе оговариваются и права на интеллектуальную собственность.

— Какая финансовая составляющая?

— Для каждого проекта это индивидуально. Если проект представляет коммерческую ценность, то, соответственно, условия определяются в результате коммерческих переговоров и по результатам Due Diligence.

— Конечная цель такой деятельности? В чем практический выход? Вы ведь не коллекцию составляете? И есть ли уже такой практический выход?

— Прежде всего это не упустить интересные научные разработки, у которых нет географических границ. Как известно, наука глобальна, и мы хотим сотрудничать по всему миру. Но, кроме того, в России это еще и наши амбиции — быть активным участником развития R&D, чтобы помочь в создании современной индустрии, в которой нам работать в будущем.

— Что можно сказать об экономике страны, науке, образовании в связи с состоянием R&D в стране?

— Наука, к сожалению, не такая конкурентоспособная, как 30 лет назад. Мы видим свою роль в передаче знаний, в развитии образовательных проектов. Как свежий пример, могу привести программу Pharma's cool совместно со Открытым университетом Сколково, в рамках которой выступают наши R&D-эксперты с огромным опытом работы в фарминдустрии. Как лидер глобальной фармы, мы понимаем свою ответственность за формирование будущего российской фарминдустрии.

Записал Владислав Дорофеев

НОВАЯ ЧАСТНАЯ ИНИЦИАТИВА

Участие частных клиник в системе ОМС, расширение масштабов концессии и увеличение доходов врачей — первые задачи для отечественной медицины, полагает СЕРГЕЙ ШИШКИН, директор центра политики в сфере здравоохранения, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения факультета государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ, один из разработчиков программы включения частных клиник в систему ОМС.

— Получается, что реформа здравоохранения пока не принесла результатов, если за последние восемь лет государственное финансирование здравоохранения выросло более чем в полтора раза и значительно увеличились поступления в фонды ОМС, но все больше россиян обращаются в платные медицинские учреждения?

— Это не совсем так. Увеличение государственного финансирования, напротив, привело к повышению доступности бесплатной медицинской помощи. Прежде всего это выразилось в сокращении в несколько раз доли пациентов стационаров, которые вынуждены приобретать лекарства за свой счет, за последние десять лет. Если в 2002 году тратить свои деньги были вынуждены 53%, то сейчас уже менее 20%. Это прямой результат улучшения финансирования стационарной медицинской помощи. Кроме того, данные обследований показывают, что подушевые расходы граждан на стационарное лечение существенно уменьшились. Далее реализация национального проекта «Здоровье» и региональных программ модернизации привела к существенному обновлению техники в медицинских учреждениях. Что же касается увеличения доли россиян, которые обращаются в частные медицинские клиники, это связано с тем, что все больше и больше граждан могут позволить себе более высокий уровень сервиса и комфорта.

По мнению Сергея Шишкина, частную медицину удастся вписать в систему ОМС, если будут учтены ее особенности и закономерности рынка

— Вы участвовали в подготовке «дорожной карты» под названием «Поддержка доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в социальной сфере», в которой, в частности, идет речь о возможности обслуживания пациентов в частных клиниках по ОМС. Утвержден ли на данный момент механизм софинансирования?

— «Дорожную карту» разрабатывало Агентство стратегических инициатив по поручению Минэкономразвития, а я руководил экспертной подгруппой этого проекта. В настоящее время документ находится на согласовании. Могу лишь отметить, что в нашем проекте «дорожной карты» мы постарались учесть интересы как государственных органов, так и частных медицинских организаций, а также сформировать четкие и прозрачные принципы участия частных организаций в системе обязательного медицинского страхования.

— Государственные медучреждения проигрывают частным из-за низкого уровня сервиса и низкой культуры общения с пациентами: врачи жалуются на перегрузку и на то, что просто не успевают уделить каждому пациенту достаточно внимания.

— Проблема в том, что некоторые категории врачей, например участковые терапевты и педиатры, очень серьезно перегружены. Установленный для них норматив затрат времени на одного больного — 12 минут. Из них примерно половина у врача уходит на заполнение медицинских карт и другой документации. Конечно, эту проблему надо решать. И введение автоматизированных информационных систем в медучреждениях как раз направлено на это, но пока нужно время, чтобы эти системы заработали в рабочем режиме. Кроме того, решение этой проблемы я вижу в том, чтобы сбалансировать тот перекос, который сейчас образовался между медицинскими работниками в стационарах (где их переизбыток) и в амбулаторном секторе (где их реально не хватает). Важным стимулом станет и увеличение заработной платы врачей. Так, в 2013 году рост доходов медработников превысил плановые показатели, а самый ощутимый прирост ожидается в 2016 и 2017 годах. Тогда его почувствуют все.

Записала Мария Рыбакова

«Тематическое приложение к газете «Коммерсантъ» («Здравоохранение»). Учредитель: ЗАО «Коммерсантъ. Издательский дом». Адрес: 127055, г. Москва, Тихвинский пер., д. 11, стр. 2. | Владимир Желонкин — президент ИД «Коммерсантъ» | Павел Филенков — генеральный директор ИД «Коммерсантъ» | Азер Мурсалиев — шеф-редактор ИД «Коммерсантъ» | Павел Кассин — 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 | Наталия Дашковская — 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