

Тематическое приложение к газете Коммерсантъ		
Здравоохранение		
Понедельник 19 декабря 2016 №235/П (5985 с момента возобновления издания)		
kommersant.ru		
14	Мировой бизнес диагностики приспособился к кризису спроса	16
Как реализуется соглашение между Минздравом РФ и РЖД о сотрудничестве в рамках «РЖД-Медицина» — крупнейшей в России сети негосударственных лечебных учреждений		Депрессия — это не метафора, а болезнь. 90% всех суицидов — результат невылеченных психических заболеваний

Минул первый год работы в новой системе организации поставок вакцин для Национального календаря профилактических прививок. Пока нервно для всех участников. **Елена Архангельская**, президент НПО «Петровакс Фарм», подводя итоги года, думает прежде всего о будущем отрасли и компании, сосредоточенной на выпуске инновационных оригинальных препаратов. Полагая, что только на этом пути в ближайшей перспективе есть будущее у отечественных фармкомпаний.

«И в этом прорыв российской фармы»

— позиция —

● Елена Архангельская в 1992 году окончила Государственную финансовую академию (в настоящее время Финансовая академия при правительстве РФ) по специальности «экономист». Имеет степень MBA, в 2014 году окончила Harvard Course of Effective Management. С 1996 по 2003 год занимала различные позиции в «Эли Лилли». В 2003–2014 годах работала в компании «Фарм-стандарт» заместителем генерального директора по финансам, с 2014 года — заместителем генерального директора по индустриальным проектам, вывела «Фармстандарт» на IPO. С 2015 года работает в НПО «Петровакс Фарм», вице-президент по финансам и экономике, президент (с апреля 2015-го).



это всегда пророчество, поскольку до выхода препарата на рынок может пройти 10–20 лет.

— Аркадий Васильевич Некрасов, основатель и председатель совета директоров компании, он пророк.

— Это под его руководством разработан полиоксидоний?

— Именно. Выпустить в 1996 году этот препарат было дерзостью. Но уникальность свойств полиоксидония доказывается с каждым годом, с каждым применением пациентами.

— То есть это препарат, с которого началось НПО «Петровакс Фарм»?

— Абсолютно верно.

— Как вы могли бы сформулировать генеральную линию развития компании, направление?

— Иммунология и биотехнология.

— Но вся ваша линейка и полиоксидоний — это иммунология!

— Не совсем: у нас также есть ферментные препараты для комплексного лечения гиперплазии соединительной ткани. А если говорить о полиоксидонии, он также является уникальным иммуноадьювантом. Входит в состав инактивированных противогриппозных вакцин гриппол и гриппол плюс.

— А бюджет компания выпускать дженерики?

— Нет, даже в планах этого нет. Биоаналоги — да. Это сложный синтез, высокотехнологичное производство, в том числе стерильных лекарственных форм. То есть это планка нашей перспективы, которую мы не собираемся понижать.

— Вы хотите сказать, что начали разрабатывать биотехнологические препараты?

— Да.

— Сколько лет вы закладываете на разработку и выпуск препарата на рынок?

— От пяти до семи лет.

— Когда планируется выход новых лекарственных средств?

— В 2022–2023 годах.

Единый поставщик

— Сколько миллионов доз вакцин вы выпустили в текущем году? В совокупности?

— В сумме порядка 24 млн.

Противогриппозной вакцины гриппол плюс — около 19 млн и конъюгированной пневмококковой вакцины ПКВ 13 — 5,9 млн.

— Какова доля государства в ваших продажах?

— 50%. И 50% — розница. Еще несколько лет назад государственные поставки занимали 80%. При этом наш розничный сегмент сейчас растет быстрее, чем государственный.

— Единый поставщик на закупку вакцин для Национального календаря прививок со стороны государства — это благо или боль?

— Цель создания единого поставщика ясна. Но, кем бы он ни был, единственный поставщик должен обладать определенными компетенциями. Это в первую очередь производственная компания, а не только логистический оператор. Далее он должен быть нацелен на результат эффективной поставки лекарственных средств по заказу Минздрава здравоохранения и уметь координировать работу с разными поставщиками, даже с теми, кто не входит в холдинг. И более того, он должен способствовать развитию сегмента. В данном случае — в области вакцин.

Если исходить из перечисленных критериев в «Нацимбио» сейчас начинают осознавать свое назначение.

А НПО «Петровакс Фарм» исторически поставляло противогриппозную вакцину самостоятельно по прямым контрактам.

— И как в итоге сработали?

— Самое тяжелое в этом стартовом годе работы по новой схеме поставок было длительное достижение договоренностей: контракт на поставку был подписан в середине августа на гриппол плюс для детей, а первый этап поставки — 5 млн доз, а мы должны были завершить уже 31 августа, то есть в течение двух недель.

с14

ПЕРЕМЕЩЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

С начала следующего года практически все виды высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) попадут в систему федерального фонда ОМС (ФФОМС). Иными словами, получать такого рода медуслуги можно будет без квот, по обычному полису ОМС. Станут ли высокие технологии доступнее? И удастся ли по ОМС оплачивать все, даже уникальные, медицинские услуги.

С 2014 года высокотехнологичная медпомощь, которая раньше оказывалась пациентам по бюджетным квотам, постепенно переходит на финансирование по системе ОМС. Поначалу эксперты этого опасались. Если квоты хоть с опозданием и в небольших количествах, но все же выделялись нуждающимся пациентам, то финансирование ВМП из средств системы ОМС на местах выглядело очень сомнительным. Ведь у многих регионов не хватает денег даже на оказание элементарных видов медуслуг, что уж говорить о дорогостоящих технологиях?

Как отмечают в Межрегиональном союзе медицинских страховщиков, сегодня в систему ОМС постепенно вводятся давно практикуемые методы оказания ВМП, которые осваиваются рядовыми клиниками в регионах. Так, если в 2014 году ВМП можно было получить в 641 медорганизации, то в 2016 году — уже в 880. В 2016 году в полный перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС в 2016 году, входят 513 методов по 38 группам лечения.

«Сегодня ВМП оказывается по Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, которая ежегодно утверждается правительством РФ. Перечень видов ВМП прилагается к программе», — рассказывает Александр Трошин, директор по развитию компании «АльфаСтрахование-ОМС».

В перечне два раздела. В первом — виды ВМП, включенные в базовую программу ОМС, которые финансируются за счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС его территориальным бюджетам. Во втором — виды ВМП, не включенные в базовую программу, финансировать их должны посредством субсидий ФФОМС непосредственно госклиникам.

«Преимущества перевода ВМП в систему ОМС очевидны, — говорит господин Трошин. — Можно выделить два фундаментальных изменения. Во-первых, расширяется география: ВМП активно идет в регионы, особенно в части отработанных технологий, но крайне важных для здоровья и жизни пациентов. Это повышает доступность ВМП, сокращает сроки ожидания, не требует дальних поездок пациента». Кроме того, добавляет господин Трошин, пациент, получая

ВМП через ОМС, а не по квоте, обретает дополнительную поддержку в лице страховой компании в части защиты его прав.

«У нас есть основания полагать, что увеличение объема оказанной пациентам ВМП, о котором с гордостью сообщает Минздрав, происходит в ущерб оказанию первичной медпомощи населению, особенно на селе, — говорит директор Фонда независимого мониторинга «Здоровье», член Общественной палаты РФ Эдуард Гаврилов. — Однако механизм расчета стоимости тарифа был отвергнут Минздравом, стандарты не утверждены, а предложенный министерством метод расчета стоимости тарифа на основании клинико-статистических групп в отсутствие стандартов не может быть объективным. Отсутствуют расчеты стоимости законченного случая лечения. Это приводит к тому, что утвержденные тарифы на оказание этих видов медпомощи не покрывают реальных расходов медицинских организаций, которые вынуждены из-за этого развивать платные медицинские услуги. Только за последние два года объем оказанных населению платных медуслуг вырос почти в пять раз. Перераспределение средств на ВМП в рамках ОМС приводит к недофинансированию первичной медпомощи. Второй год подряд мы наблюдаем снижение ее объемов. За 2015 год общее число посещений врачей снизилось на 40 миллионов 230 тысяч, что не подтверждает заявление Минздрава о приоритете профилактической работы».

Пока еще включенного списка видов ВМП, которыми пополнятся перечни в будущем году, нет — он появится, как только будет одобрен бюджет Фонда ОМС. Как рассказывает начальник Отдела по взаимодействию с федеральными органами исполнительной власти и СММИ ФФОМС Оксана Ушакова, в бюджете Фонда зарезервированы средства на рост объема ВМП, в том числе тех ее видов, которые еще не погружены в базовую программу ОМС: «Это 96 млрд рублей, которые выделены в обособленный сегмент, а потому использовать их на другие цели будет невозможно. Из этой суммы 6 млрд получат региональные центры, освоившие сложные, уникальные технологии лечения. 90 млрд предназначены ведущим федеральным медицинским центрам. До конца текущего года эти виды ВМП финансируются из федерального бюджета». Московское отделение ФФОМС со своими приоритетами на будущий год уже определилось. И все же специалисты признают, что даже в отдаленной перспективе в систему ОМС не могут быть включены новейшие дорогостоящие методы лечения, которые являются уникальными и нерастражируемыми.

Арина Петрова

Прижизненный диагноз

— приоритет —

Детская кардиохирургия — одно из самых успешных направлений в отечественном здравоохранении, и, увы, одно из самых востребованных. Ежегодно в России рождается около 20 тыс. детей с врожденными пороками сердца (ВПС). Возможности современной детской кардиохирургии позволяют эффективно помочь большинству из них, включая более чем 75% нуждающихся новорожденных с ВПС. Поэтому ее развитие необходимо, в частности для снижения неонатальной смертности, считает **ВЛАДИМИР ИЛЬИН**, заведующий отделением кардиохирургии и интенсивной терапии московской детской городской клинической больницы им. Н. Ф. Филатова, из числа ведущих детских кардиохирургов страны.

Город лечит

— Отделение кардиохирургии и интенсивной терапии, которое вы возглавляете, достаточно молодое: ему всего восемь лет. Какова была необходимость в создании в Филатовской больнице этой структуры?

— Отделение было открыто в сентябре 2008 года. В предшествующие годы в Москве резко возросла рождаемость. Если в 1992 году в столице родилось порядка 45 тыс. детей, то в 2008 году — уже 94 тыс. Причем рождаемость продолжала расти, и в 2015 году она превысила 143 тыс. Рост рождаемости в Москве и стране в целом привел, в частности, к увеличению количества детей с ВПС, которые нуждались в хирургическом лечении, в том числе неотложном. Федеральный Бакулевский центр, который, находясь в Москве, обслуживал не только столицу, но и всю страну, уже не справлялся с возросшими объемами помощи московским детям с ВПС.

Это почувствовало руководство Москвы — глава московского городского департамента здравоохранения Андрей Сельцовский и мэр Москвы Юрий Лужков. Нам отдали пустующий этаж шестого корпуса Филатовской больницы, оснастили необходимым оборудованием. Так было создано отделение кардиохирургии и интенсивной терапии в ДГКБ им. Н. Ф. Филатова. Так было найдено решение проблемы. За восемь лет мы прооперировали 2852 пациента, в том числе 567 новорожденных. На сегодняшний день мы являемся единственным детским кардиохирургическим отделением городского подчинения и удовлетворяем примерно половину потребностей Москвы в детской кардиохирургии. Ежегодно мы оперируем более 400 детей с врожденными пороками сердца, среди которых примерно четверть — новорожденные. При этом мы оказываем помощь не только московским детям, но и пациентам из Донецкой и Луганской самопровозглашенных республик. В прошлом году мы прооперировали 38 таких детей.

Коллектив единомышленников

— Ваше отделение известно рекордно низкой операционной летальностью — около 3%, соответствующей среднеевропейским показателям. Как удалось в столь сжатый срок достичь таких результатов?

— За последние несколько лет мы продвинулись далеко вперед в понимании того, как, в каком возрасте, в какой последовательности оперировать, какие алгоритмы использовать, какой будет от этого эффект, как ребенок переживает эту операцию, полностью ли он поправится или его состояние несколько улучшится, поэтому результаты хирургических вмешательств резко улучшились.

К примеру, в нашем отделении за последние три года не погиб ни один ребенок из 35 новорожденных, которым мы исправляли сложный порок — транспозицию аорты и легочной артерии. При этой патологии очень высока летальность в перинатальный период и в грудном возрасте. 70% неоперированных детей умирают до месяца, а 90% — до года. Мы их оперируем примерно в возрасте 7–15 дней. Операция с искусственным кровообращением длится около четырех-пяти часов. При этом сердце не работает, пото-



Ежегодно в России рождается около 20 тыс. детей с врожденными пороками сердца (ВПС). Чтобы спасти их, нужна развитая сеть профессиональной высокотехнологичной детской кардиохирургии, которая складывается в стране

му что мы исправляем там дефекты. А лет 20 назад смертность была порядка 15%. То же вроде бы не очень большая, но прогресс налицо.

Сегодня у нас появилась новая хирургическая техника, мы осваиваем новые технологии, приходит понимание того, как лучше делать те или иные этапы операции. Операции на открытом сердце — это очень серьезная инвазия, большая операционная рана, переливание донорской крови, необходимость в искусственном кровообращении. Все это нужно учитывать, предупреждать и нивелировать новыми методами и лекарственными препаратами. Это очень многоплановый и большой процесс.

При этом колоссальное значение имеет слаженная работа всего коллектива: хирургов, анестезиологов, интенсивных терапевтов и медсестер. Люди должны не просто все делать правильно, они должны быть мотивированы на достижение наилучшего результата и обращать внимание на любую мелочь. Не менее важен послеоперационный период. Когда выхаживаешь больного, очень важно предвидеть возможный ход событий, что позволяет избежать многих осложнений. Это постоянный контакт с ребенком, с приборами, которые мониторят его состояние. Очень часто это контакт на интуитивном уровне. А это приходит с опытом. Определяющим в нашей работе является служебный коллектив, где все друг друга хорошо знают, доверяют и готовы помочь. Здесь все работает так, чтобы пациент поправился.

— Как удалось создать такой сплоченный коллектив? Откуда пришли люди?

— Сформировать эффективный коллектив — это уже половина дела. Особенно в нашей стране. Очень важна мотивация людей на успех в работе, а не просто на зарабатывание денег. Когда мне предложили возглавить это отделение, я уже был известным детским хирургом, и люди, которым я как специалист был интересен, связались со мной и предложили свои услуги. Кто-то не выдержал наших требований и ушел, но большинство остались. Я рад, что смог организовать здесь, в многопрофильной детской больнице, эффективный коллектив, который представляет собой особую структуру.

— В чем ее уникальность?

— В нашем отделении работают специалисты разного профиля: хирурги, кардиологи, педиатры, рентгенохирурги, анестезиологи и интенсивные терапевты, медицинские сестры разных специальностей — все мы работаем одним коллективом. Обычно такое не практикуется. По крайней мере мне неизвестно, чтобы у нас в стране было что-то похожее.

12000 ЧАСОВ НАДИНЕ С СЕРДЦЕМ

Владимир Николаевич Ильин — советский и российский врач, один из ведущих российских детских кардиохирургов, доктор медицинских наук, профессор. Окончил Второй Московский государственный медицинский институт им. Н. И. Пирогова. Работал в Институте сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева АМН СССР, где прошел обучение в клинической ординатуре и аспирантуре. Ученик академика В. И. Бурковского. С 1990 года по сентябрь 2006 года возглавлял Отделение экстренной кардиохирургии новорожденных и детей первого года жизни НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. С января 2008 года — руководитель нового отделения кардиохирургии и интенсивной терапии ГБУЗ ДГКБ им. Н. Ф. Филатова (г. Москва). Провел более 3 тыс. операций на сердце новорожденным и детям раннего возраста, в том числе более 1,8 тыс. операций на открытом сердце (в среднем операция длится около 4 часов). Автор более 240 научных работ, 23 из которых опубликованы в зарубежной печати. Член ряда российских и зарубежных медицинских сообществ: Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, Ассоциации детских кардиологов России, Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов, Европейской ассоциации детских кардиохирургов, Общества торакальных хирургов (США), Всемирного общества педиатрии и хирургии врожденных пороков сердца.

с16

здоровоохранение практика

Умирать по-русски

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

— стандарты —

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

«И в этом прорыв российской фармы»

— позиция —



— И когда завершить поставку?

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

— Это невозможно!

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

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

— Абсолютно.

— В кредит?

— Да.

— Какой кредит вам пришлось взять?

— Около 1 млрд руб.

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

— Однозначно вместе с акционерами.

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

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

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

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

— А вы предлагали?

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

— Сколько времени уходит на выпуск вакцины?

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

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

— Совершенно верно.

— И опять же на свой страх и риск?

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

— Это нервно.

— Это было черн нервно.

Глаза в глаза

— Кто ваши конкуренты сейчас?

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

нии входят в холдинг «Нацмбио».

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

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

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

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

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

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

— До пенсии.

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

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

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

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

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

— А когда начался этот рывок?

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

— Хорошо, прорвались, рывок сделали — дальше что?

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

Наша повестка дня

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

— Да. Ее продукт. И я всяема признательна западной фарме.

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

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

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

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

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

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

— А в Иране вы тоже по белорусскому сценарию пойдете?

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

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

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

— То есть Латинская Америка, Азия?

— Да.

— Как вы себе представляете пациента компании?

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

— Сколько сейчас стран, где продаются ваши препараты?

— 11 стран, где мы зарегистрированы.

— Поздравляю с 20-летием. Успехов.

— Спасибо.

Беседовал
Владислав Дорофеев

ЗА ГРАНЬЮ ВИДИМОГО

В первых числах декабря в Чикаго (США, штат Иллинойс) состоялся ежегодный Конгресс Радиологического общества Северной Америки (RSNA), на который собираются ведущие специалисты со всего мира. Главный вывод: компании — производители медицинского оборудования для диагностических исследований строят свой бизнес уже с поправкой на кризис спроса. Но не за счет эффективности диагностики.

В последние несколько лет рынок оборудования для медицинской визуализации испытал кризис спроса. К кризисным явлениям в мировой экономике добавились тенденции снижения финансирования госпрограмм здравоохранения. Тем не менее диагностическую медицину сегодня можно назвать фундаментом здравоохранения. С одной стороны, эта сфера довольно активно эволюционирует как в клиническом плане, так и технологически.

Во-первых, наиболее востребованным на рынке сегментом оказалось оборудование, которое при доступных ценах могло бы обеспечивать высокую эффективность исследований. Во-вторых, в ряде стран на фоне сокращения финансирования госпрограмм здравоохранения стал активнее развиваться сегмент частных клиник и диагностических центров (в России, в частности). Этот фактор также оказал влияние на политику компаний — производителей оборудования. Например, в сегменте частных медицинских услуг наиболее востребованным оборудованием для медицинской визуализации становится оборудование не премиального уровня, но высокой производительности, точности, с автоматизированными процессами управления и обработки данных,

при этом сравнительно компактных размеров и простое в обслуживании. Что в итоге должно обеспечить более быстрое, чем раньше, исследование пациентов с целью выявления заболеваний на самых ранних стадиях их развития.

Директор Института диагностической и интервенционной рентгенологии Медицинской школы Ганновера профессор Франк Вакер отметил, что наличие у многих пациентов сразу нескольких заболеваний может затруднять или даже делать невозможным проведение малоинвазивных хирургических вмешательств. Применение новой ангиографической системы, представленной на площадке RSNA компанией Siemens Healthineers, позволяет избежать таких рисков: машина дает возможность проводить исследование на 15% быстрее, чем это делали ее предшественники, и при этом получать высококачественное трехмерное изображение с меньшим расходом контрастного вещества. По словам Бернда Монга, президента компании Siemens Healthineers (под этим брендом с мая текущего года компания Siemens AG работает на рынке здравоохранения), наиболее продуктивной формой сотрудничества является заключение долгосрочных партнерских отношений с потребителем, при которых компания-поставщик берет на себя реализацию комплексных решений потребителя, как правило, с последующим обслуживанием поставленного оборудования и с использованием таких финансовых инструментов, как лизинговые поставки. «Мы стремимся войти в долгосрочные партнерские отношения с потребителями, чтобы помогать им оставаться на переднем крае технологического развития», — говорит господин Монга.

Константин Анохин

Коммерсантъ

ЧТО ТАКОЕ
ТЕСТОВАЯ
ПОДПИСКА?

ЭТО:

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

С доставкой на дом или в офис!

Получайте в течение месяца газету «Коммерсантъ» всего за **99 рублей** или любой из журналов — «Коммерсантъ Власть», «Коммерсантъ Деньги», «Огонёк» — за **49 рублей**

Предложение действительно только для новых редакционных подписчиков

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



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

16+ реклама

Скорая железнодорожная

Началась реализация заключенного летом этого года Соглашения между Минздравом РФ и ОАО РЖД о сотрудничестве в рамках «РЖД-Медицина» — крупнейшей в России сети учреждений здравоохранения. В клиниках «РЖД-Медицина» медицинская помощь оказывается как сотрудникам компании, так и не принадлежащим к их числу, как в рамках системы обязательного медицинского страхования, так и на коммерческой основе. Спектр услуг, предоставляемых учреждениями сети, широк: в него входит множество видов медицинской помощи — от оказываемой в амбулаторном звене до высокотехнологичной.

— перспектива —

Поезда здоровья

Хотя создавалась железнодорожная медицина для лечения профильных работников, сейчас ее услугами может воспользоваться любой желающий. Сделать это можно как с помощью полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), личного или корпоративного, так и через систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

Среди прикрепленных к клиникам ОАО РЖД число сотрудников самой организации составляет 29,2%, а обратившихся через систему ОМС — 42,6%. Полис ДМС можно приобрести как лично для себя и своей семьи, так и получить по программе корпоративного страхования на работе. Клиники ОАО РЖД осуществляют комплексное медицинское обслуживание сотрудников производственных и добывающих предприятий, коммерческих компаний разной отраслевой направленности.

В систему ОМС клиники входят уже более 20 лет — с 1993 года. Имеющий полис ОМС может получить в клиниках все полагающиеся по нему услуги. Летом текущего года ОАО РЖД и Минздрав России подписали Соглашение о сотрудничестве в области здравоохранения. Основная цель соглашения — организация взаимодействия в решении вопросов обеспечения населения медицинской помощью. Сотрудничество с Минздравом России позволит осуществлять совместные программы по расширению использования учреждений здравоохранения для улучшения здоровья населения, повысить эффективность взаимодействия компании и государственной системы здравоохранения. Совместная работа позволит обеспечить равноправное участие «РЖД-Медицины» в реализации территориальных программ оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

«Момент для нас исторический: это первое подобное соглашение ОАО РЖД с Минздравом России. У нас большая сеть хорошо оснащенных больниц и поликлиник. Они должны использоваться не только железнодорожниками — такие возможности у нас есть», — заявил Олег Белозеров, президент ОАО РЖД. Как пояснила глава Минздрава Вероника Скворцова, такое соглашение даст возможность медицинскому обслуживанию населения, проживающего в труднодоступных районах страны.

Для оказания специализированной амбулаторно-поликлинической помощи 2,5 млн жителей труднодоступных регионов страны создано пять передвижных консультативно-диагностических центров. «Поезда здоровья», оснащенные современным диагностическим оборудованием и мобильными телемедицинскими комплексами, курсируют по 250 удаленным станциям Севера, Сибири и Дальнего Востока.

В ОАО РЖД также ведется работа по созданию единой системы медицинской реабилитации на основе принципа преемственности лечебно-диагностического, реабилитационного процесса и санаторно-курортного оздоров-



«РЖД-Медицина» — самая большая в России сеть негосударственных лечебных учреждений, способная обслужить пациентов в отдаленных уголках страны

ления. Система санаторно-курортного обслуживания выведена в отдельную дочернюю структуру — АО «РЖД-ЗДОРОВЬЕ». Она предоставляет услуги на базе собственных санаториев и пансионатов, расположенных в лучших курортных регионах России.

Большое внимание компания уделяет и развитию кадрового потенциала. В 2012 году в Московском государственном университете по инициативе ОАО РЖД началась подготовка магистров по программе «Государственная политика в области здравоохранения». Это принципиально новый для России проект, аналога есть лишь в нескольких зарубежных университетах.

Колесо на Восток

ОАО РЖД активно развивает и международное сотрудничество в области здравоохранения. В рамках Совета по железнодорожному транспорту государств—участников СНГ работает комиссия по взаимодействию железнодорожных администраций в области здравоохранения.

С 2012 года система здравоохранения ОАО РЖД представлена в Международном союзе железнодорожных медицинских служб.

Недавно новый этап взаимоотношений начался и с партнерами на Востоке. В ходе Восточного экономического форума заместитель министра экономического развития России Станислав Воскресенский сообщил, что с компаниями из Японии ведутся переговоры о том, чтобы усовершенствовать дальневосточный блок клиник РЖД, используя и рос-

сийские, и японские технологии. Один из таких проектов предполагает строительство медицинского центра профилактики и диагностики под брендом Российско-японского медицинского центра на базе действующего в Хабаровске лечебного учреждения РЖД. Правительство Японии и ОАО РЖД уже создали рабочую группу для разработки этого проекта. Его стоимость, основные параметры и объем инвестиций будут названы в первой половине 2017 года.

Уже сейчас «РЖД-Медицина» сотрудничает с японскими коллегами в другом формате — учебном. «Обмен опытом с японскими специалистами, стоящими на передовых рубежах современной диагностики онкологических заболеваний, поможет более тонко разбираться с функциональными возможностями имеющегося в Хабаровске и регионе Дальнего Востока современного японского медоборудования», — говорит начальник Дальневосточной дирекции здравоохранения ОАО РЖД Михаил Лазуткин.

Взгляд за горизонт

Телемедицина — это предоставление медицинских услуг с использованием информационно-коммуникационных технологий для обмена достоверной информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок, а также для непрерывной подготовки медицинских работников там, где расстояние является критическим фактором.

«РЖД-Медицина» была первой в России сетью клиник, которые начали в 1997 году проект в области телемедицины под названием «Москва — регионы России». Сеть телемедицины ОАО РЖД объединяет 50 точек в разных регионах

России. Ее возможности позволяют проводить трансляции, телеконференции, телемосты. Значительный опыт взаимодействия с зарубежными студиями открывает для врачей «РЖД-Медицины» практически неограниченный потенциал достижений мировой медицины и научных знаний.

В центрах «РЖД-Медицина» проводятся заочные и очные телеконсультации с ведущими врачами и клиниками России, Европы, Израиля, США. Проведение лучшими врачами экспертизы диагностических данных, объективное рассмотрение применяемых методов диагностики и лечения, рассмотрение особо сложных случаев помогают повысить качество и эффективность обследования, лечения и последующей реабилитации. Планы и экстренные видеоконсультации — это возможность собрать одновременно значительное количество специалистов и оперативно организовать коллегальное профессиональное обсуждение практических вопросов и сложных клинических случаев. Формат телеконференций экономит время врачей и помогает принять квалифицированное решение в экстренных случаях.

Онлайн-трансляции уникальных операций и использованием стереоскопического изображения операционного поля, лучшие практики ведущих врачей, демонстрации новых технологий и диагностических процедур также стали доступны в разных регионах и городах России.

Дистанционное обучение в сети клиник «РЖД-Медицина» активно внедряется в рамках системы непрерывного образования врачей и медицинского персонала. Центр постдипломного образования постоянно обновляет состав курсов и программ обучения, доступных в дистанционном режиме.

Анастасия Мануйлова

рожных работников — Центральная лаборатория по изучению профессиональных болезней на транспорте.

Во время Великой Отечественной войны значительная часть ведомственных междучреждений перестраивается для решения военно-медицинских задач и работает как госпитали для раненых.

Следующим важным шагом в развитии железнодорожной медицины стало создание Всесоюзного научно-исследовательского института железнодорожной гигиены (1960 год), а в 1987 году начала работать кафедра железнодорожной медицины, созданная во Всесоюзном институте повышения квалификации МПС. В 1997 году указом президента и правительства России ведомственные междучреждения были сохранены в системе МПС.

В 2014 году 170-летний юбилей железнодорожной медицины совпал с множеством юбилеев отдельных учреждений здравоохранения: столетие отмечали Центральная клиническая больница №2 им. Н. А. Семашко ОАО РЖД и Дорожная клиническая больница ОАО РЖД в Санкт-Петербурге; 90-лет исполнилось Дорожной клинической больнице им. Н. А. Семашко на станции Лоблюно ОАО РЖД (Москва); 80 лет — Дорожной клинической больнице на станции Ярославль ОАО РЖД.

Анастасия Мануйлова

ОТ КАЛИНИНГРАДА ДО ВЛАДИВОСТОКА

На сегодняшний день сеть клиник ОАО РЖД «РЖД-Медицина» включает в себя 173 учреждения здравоохранения, расположенных в 75 субъектах России.

Здравоохранение ОАО РЖД представлено 6 центральными учреждениями (4 больницами, включая Научный клинический центр, 1-й Центральной поликлиникой и 1-й Центральной стоматологической поликлиникой), 18 дорожными учреждениями, 57 отделенческими учреждениями, 84 узловыми учреждениями, 2 линейными учреждениями, 2 больницами восстановительного лечения и 4 дорожными стоматологическими поликлиниками. Кроме того, медицинская помощь работникам и пассажирам железнодорожного транспорта оказывается в 186 медицинских пунктах на железнодорожных вокзалах. Суммарная мощность всех амбулаторно-поликлинических учреждений и подразделений в целом составила 84 599,4 посещения в смену. Многие из важнейших лечебных учреждений, входящих в систему «РЖД-Медицина», оказывают медицинскую помощь своим пациентам в течение нескольких десятилетий.

В совокупности в старейших и новых учреждениях сети работает почти 13 тыс. врачей. Квалификационную категорию имеют 7,8 тыс. врачей, в том числе высшую — 4,7 тыс. человек, первую — 2,64 тыс., вторую — 633 человека. Удельный вес врачей, имеющих высшую и первую квалификационные категории, в общей численности специалистов составил 51,9%, в том числе высшую — 36,3%, первую — 15,6%. Ученую степень имеют 937 врачей, из них 98 докторов медицинских наук и 839 кандидатов медицинских наук. Все вместе они оказывают помощь как в первичном, так и в госпитальном сегменте почти 3 млн пациентов в год. Более 20 тыс. из них получают помощь с привлечением высоких медицинских технологий.

На базе лечебных учреждений созданы и функционируют Научный клинический центр ОАО РЖД, 255 кафедр медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, 90 центров специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Анастасия Мануйлова

ПРОФИЛАКТИКА ПО РАСПИСАНИЮ

Негосударственное учреждение здравоохранения «Центральная поликлиника ОАО РЖД» является одним из старейших лечебно-профилактических учреждений отечественного здравоохранения.

Это современное многопрофильное амбулаторно-поликлиническое учреждение, оказывающее консультативную, диагностическую и лечебно-профилактическую помощь. Прием пациентов ведется по 36 врачебным специальностям. Поликлиника в течение последних 20 лет активно работает на рынке добровольного медицинского страхования, предоставляя медицинские услуги с оптимальным соотношением цена-качество. Приоритетным направлением в работе учреждения является обслуживание работников железнодорожного транспорта с целью сохранения их здоровья и увеличения периода активной трудовой деятельности. НУЗ «Центральная поликлиника ОАО РЖД» в течение десяти лет проводит диспансеризацию работников компании. Центральная поликлиника разработала более 25 комплексных программ, направленных на профилактику и раннюю диагностику заболеваний, динамическое наблюдение выявленных заболеваний. Программы сформированы по нозологическому принципу.

Анастасия Мануйлова

НА ПОЛНОМ ХОДУ

Одна из главных задач железнодорожной медицины — медицинское обеспечение безопасности движения поездов. В ОАО РЖД на медицинском обеспечении находится около 800 тыс. работников, поддержание здоровья которых является главным залогом безопасности железнодорожного движения.

В силу специфики своей деятельности ОАО РЖД предъявляет высокие требования к состоянию здоровья своих работников. Работать в сфере, связанной с движением поездов, могут только люди, не имеющие медицинских противопоказаний, перечисленных в приказе Минздравсоцразвития России от 19 декабря 2005 года №796. Поэтому в ОАО РЖД разработан комплекс мер контроля состояния здоровья работников. Медицинское обеспечение безопасности движения поездов включает в себя проведение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров, проведение обязательных предрейсовых или предсменных медицинских осмотров, диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, профилактические, восстановительные и реабилитационные мероприятия.

Медико-психологический контроль персонала сети ОАО РЖД обеспечивают 161 врачебная комиссия, более 1,5 тыс. кабинетов предрейсовых медицинских осмотров, 237 психофизиологических подразделений. В 2015 году они провели 1,5 млн экспертных медицинских освидетельствований, 30 млн предрейсовых медицинских осмотров, осуществляли профессиональный отбор работников, динамический контроль их функционального состояния. Лечебно-профилактические задачи, вопросы улучшения условий труда и охраны здоровья работающих решаются комплексно при активном участии более 1,5 тыс. инженерно-врачебных бригад на предприятиях отрасли. Поддержание здоровья работников в хорошем состоянии обеспечивают ежегодная диспансеризация и иммунопрофилактика.

В 2003 году на сети дорог было начато внедрение автоматизированной системы предрейсовых медицинских осмотров (АСПО) для обеспечения динамического контроля за функциональным состоянием, работоспособностью и здоровьем работников локомотивных бригад. К системе подключено 859 терминалов кабинетов ПРМО, 565 терминалов цеховых терапевтов и психологов, 62 административных терминала дирекций здравоохранения.

Сейчас около 90% предрейсовых осмотров в ОАО РЖД производится на автоматизированных измерительных комплексах. Ежегодно с использованием АСПО осуществляется более 18,5 млн предрейсовых медицинских осмотров. Сформирована уникальная база данных, в которой находятся результаты более 130 млн обследований.

Обучение сотрудников кабинетов ПРМО работе на оборудовании системы АСПО с последующей выдачей свидетельства проводят специалисты компании—разработчика системы или специалисты региональных дирекций здравоохранения на железных дорогах и НУЗ ОАО РЖД, прошедшие подготовку в ЗАО «Системные технологии». Для проведения инструктажа в дорожных НУЗ ОАО РЖД созданы специализированные автоматизированные классы.

Важным достоинством системы АСПО является возможность дистанционного контроля качества проведения ПРМО в режиме реального времени. Одна из главных целей контроля — исключить фальсификацию результатов предрейсовых медицинских осмотров и нарушение порядка их проведения. Это осуществляет встроенная в программное обеспечение АСПО подсистема контроля качества.

Когда система только начала внедряться, было выявлено, что около 15% работников локомотивных бригад приходили на ПРМО с уровнем систолического АД, превышающим 140 мм рт. ст., а еще около 7,5% работников допускались в рейс с такими показателями. Благодаря использованию системы АСПО эти показатели за десять лет удалось снизить до 1,6% и 0,8% соответственно.

В настоящее время в компании на медицинском обслуживании находится около 800 тыс. работников, из них более 430 тыс. работников, непосредственно обеспечивающих движение поездов. Медицинскую помощь в НУЗ получают более 130 тыс. работников локомотивных бригад.

Анастасия Мануйлова

ДВИЖЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ

В нынешнем году системе здравоохранения ОАО РЖД исполняется 172 года. История железнодорожной медицины в России началась в 1844 году, в период строительства железной дороги Москва—Санкт-Петербург, при которой были организованы десять временных лазаретов для оказания медицинской помощи строителям.

Первое полномасштабное железнодорожное лечебное учреждение возникло в 1854 году на Николаевской дороге. Там появились врачебная служба и фельдшерские пункты, а на станции Бологое открылась больница на десять коек с врачом, двумя фельдшерами и вспомогательным персоналом. Почти 30 лет спустя начинают разрабатываться научно-практические основы врачебной службы железных дорог. Это происходит по инициативе врача Николаевской железной дороги Эдуарда Ландезена: он выступил с идеей организовать секцию железнодорожных врачей в рамках VI Съезда русских естествоиспытателей и врачей. А в 1898 году железнодорожной медицине впервые было полностью посвящено отраслевое мероприятие — I Соединительный съезд железнодорожных врачей русских железных дорог.

После установления власти Временного правительства в 1917 году при Народном комиссариате путей



Санитарные поезда времен Великой Отечественной войны — один из символов негибаемости и профессионализма отечественных медиков и железнодорожников

сообщения создается медицинская коллегия, которая начинает работу по управлению железнодорожным здравоохранением.

30 декабря 1922 года была организована Центральная амбулатория Народного комиссариата путей сообщения, ныне негосударственное учреждение здравоохранения «Центральная поликлиника ОАО РЖД».

В 1925 году появилось первое учреждение для исследования здоровья железнодорожников — Центральная лаборатория по изучению профессиональных болезней на транспорте.

здоровоохранение

Прижизненный диагноз

— приоритет —

Специфика детской кардиохирургии и хирургии ВПС состоит в том, что нередко врач формирует и создает нестандартные и очень сложные для исполнения алгоритмы операции, которые на протяжении 30–40 лет могут встретиться ему только дважды. И это нужно адекватно оценивать и исполнять. При лечении других патологий такого разнообразия, как правило, нет. Это очень творческая и очень сложная специальность, каждый раз требующая персонализированного подхода к лечению пациента.

Для помощи таким детям приходится задействовать огромный арсенал тактических подходов и хирургических приемов. Все попытки стандартизации здесь неуместны.

Кроме того, в каждой возрастной категории есть свои особенности, с которыми должна быть знакома опытная группа специалистов, чтобы быстро и целенаправленно решать проблемы, характерные для этого возраста.

— Можно ли говорить о случаях полного выздоровления после операции по поводу врожденного порока сердца?

— Врожденные пороки сердца — это огромный диапазон патологий, часть которых полностью не устранима, другая часть устранима частично, но все же значительная часть ВПС может быть устранена полностью. Если в период новорожденности или в первые годы жизни ребенку с ВПС выполняют радикальную коррекцию, то во многих случаях это не значит, что его сердце станет здоровым и он выздоровеет. Лишь самые простые пороки устраняются так, что потом ребенок может считаться совершенно здоровым. Наука озабочена проблемой лечения пациентов со сложными, комплексными ВПС, которые не всегда можно устранить в ходе одной операции. Безусловно, операция улучшает состояние пациента, но сплошь и рядом после операции сохраняются какие-то остаточные так называемые резидуальные, или неустраняемые, дефекты. Предположим, окклюдером (специальной заплаткой. — «Б») закрывают отверстие в сердечной перегородке, но в одном уголке шов может прорезаться, и вместо большого отверстия останется маленькое. Это рутинная ситуация во всем мире.

Или нужно корригировать клапан легочной артерии, который неправильно развит. Но там уродливые створки, и мы не всегда можем сделать их полноценными. Устранение порока заключается в разрушении части этих створок, чтобы выход крови из желудочка в легочную артерию был более свободным, чем до операции. Это в какой-то степени совместимо с некоей продолжительностью жизни. Мы, совершенствуя технологию, пытаемся так приоткрыть этот измененный клапан, чтобы он хоть частично исполнял свою функцию. При возможности используем искусственные клапаны. Бывает, имплантируем клапаны, скроенные из тканей самого пациента или полученные от животного и специальным образом обработанные. Некоторые из них прекрасно работают. Но со временем — через три-семь лет — они неизбежно подвер-



Владимир Ильин оперирует детей и беспокоится о взрослых, потому что ВПС — пожизненный диагноз

гаются изменениям, становятся малоподвижными. Поскольку ребенок еще и растет, требуется еще одна или даже несколько операций. Врожденный порок сердца, особенно комплексный, — это пожизненный диагноз, с которым человек идет по жизни. Сердце остается неправильно сформированным. Конечно, условия для его работы в результате операции улучшились, но на сердце появились рубчики, в него ворсли заплатки, к нему подсоединены искусственные трубочки, которые исполняют, к примеру, роль легочной артерии, которой не было изначально. По мере роста ребенка эти трубочки надо менять.

Поэтому нередко даже после успешно проведенной операции пациент нуждается в лечебных манипуляциях, лекарственной поддержке, дальнейшем наблюдении, а в ряде случаев — в повторных вмешательствах. Поэтому целесообразно, чтобы один и тот же врач начинал лечение пациента в младенческом возрасте и продолжал его дальше, как это происходит в нашем подразделении.

Первый крик

— Сегодня появилась тенденция создавать кардиохирургические отделения для новорожденных в новых перинатальных центрах, которые в массовом порядке строятся сейчас в субъектах. Какое ваше отношение к этому тренду?

— На мой взгляд, это нонсенс. Устраивать кардиохирургию в роддомах — это неправильно и неэффективно. Во-первых, статус перинатального центра не позволяет привозить детей из других роддомов, поэтому полноценное кардиохирургическое отделение там организовать невозможно. Во-вторых, кардиохирургия, особенно новорожденных, требует мультидисциплинарного подхода — врачей разных профилей. Лечение детей с врожденным пороком сердца зачастую, особен-

но в периоде новорожденности, не завершается за один или два месяца. Это всего лишь один этап. А где потом лечить этих детей? Направлять в какую-то другую клинику? В хирургии ВПС необходима преемственность, когда один и тот же специалист наблюдает динамику в послеоперационном периоде и может непрерывно провести весь процесс лечения: от первого дня до 16–18 лет. Делать это в роддоме невозможно. В роддоме должен быть кардиолог, владеющий определенными знаниями и диагностическими методами, чтобы своевременно и правильно диагностировать порок сердца, оказать первую помощь и направить ребенка на лечение в специализированные кардиохирургические отделения. Так это организовано во всем мире.

Одинокое сердце взрослого

— Где сейчас получают лечение больные с ВПС по достижении ими 18-летнего возраста?

— Сегодня это большая, трудно решаемая проблема, актуальность которой нарастает год от года. Успехи кардиохирургии и кардиологии привели к тому, что все больше и больше детей с врожденными пороками сердца становятся взрослыми. Успешно оперированные дети вырастают и пополняют ряды взрослых с ВПС, которые по-прежнему нуждаются в постоянном наблюдении, периодической терапии, а иногда и в операции. На сегодняшний день только в США с диагнозом «врожденный порок сердца» живут 1 млн детей и 1,5 млн взрослых.

Поскольку ВПС — диагноз пожизненный, не всегда возможно предсказать, как будет складываться жизнь такого пациента. У него могут появиться нарушения ритма или какие-то другие проблемы, иногда требующие повторных операций. Но взрослые кардиохирурги к этому, как правило, не готовы. Они могут не знать патофизиологии таких ВПС и никогда не выполняли такие операции. Это мировая проблема, которую необходимо решать. Поэтому сегодня, например, в Великобритании детские кардиохирургические центры начинают расширять свои полномочия, оперируя и взрослых.

В России каждый год выписываются 14–15 тыс. детей, оперированных по поводу ВПС. Они вырастают, и детские кардиолог и кардиохирург их уже не принимают, а взрослый — далеко не всегда умеет лечить. Это официально не обозначенная, очень непростая, дорогостоящая, но проблема, которую необходимо решать в ближайшее время.

Несколько лет назад в департаменте здравоохранения Москвы обсуждалась возможность расширения нашего кардиохирургического отделения, которое уже имеет опыт и эффективно работает, внося значительный вклад в столичное здравоохранение. Но развития эти планы не получили. В настоящее время мы не располагаем большими площадями, а те, что есть, используем на 150%. На сегодняшний день мы сложившийся, опытный, эффективно работающий коллектив, готовый расширяться и наращивать объемы медицинской помощи больным с врожденными пороками сердца.

Беседовала Светлана Белостоцкая

«НАМ ЕСТЬ ЧТО ПРЕДЛОЖИТЬ»

Сеть учреждений здравоохранения ОАО РЖД «РЖД-Медицина» не только самая крупная в России сеть негосударственных лечебных учреждений, успешно работающая в системе ОМС в самых отдаленных уголках страны, причем как в стационарном, так и мобильном формате. ЕЛЕНА ЖИДКОВА, начальник Центральной дирекции здравоохранения — филиала ОАО РЖД, отмечает также уникальные возможности и опыт сети по обслуживанию целых отраслей в масштабах всей страны, причем как по индивидуальным, так и корпоративным программам добровольного медицинского страхования.



ЕЛЕНА ЖИДКОВА

— Что представляет собой сегодня «РЖД-Медицина»?

— Мы предоставляем полный комплекс медицинских услуг: от первичного приема пациента до сложных хирургических вмешательств и реабилитации. Наши больницы и поликлиники располагают мощной телемедицинской сетью, что позволяет осуществлять дистанционные консультации с ведущими специалистами российских и зарубежных клиник. Можно утверждать, что мы самая стабильно развивающаяся сеть негосударственных учреждений здравоохранения России. В 2014 году железнодорожная медицина отметила свой 170-летний юбилей. На протяжении всех этих лет основными задачами НУЗ ОАО РЖД являются медицинское обеспечение безопасности перевозочного процесса, экспертиза профессиональной пригодности, предупреждение профессиональных заболеваний и производственного травматизма работников, оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, работникам ОАО РЖД, неработающим пенсионерам ОАО РЖД и населению муниципальных образований, участие в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте.

— Вы активно развиваете такое направление, как телемедицина?!

— Надо сказать, что мы практически первыми в стране начали развивать это направление. Сеть телемедицины здравоохранения ОАО РЖД объединяет более 50 точек в разных регионах России. Мы обслуживаем дистанционно удаленные регионы, где не хватает высококвалифицированных специалистов. Также в наших центрах проводятся заочные и очные телеконсультации с ведущими врачами и клиниками Европы, Израиля, США. И я думаю, что в следующем году мы уже выйдем на серьезные объемы телеконсультаций по всей нашей сети.

— Расскажите, пожалуйста, о работе «РЖД-Медицина» в рамках системы обязательного медицинского страхования.

— ОАО РЖД работает с системой обязательного медицинского страхования с 1993 года. И работаем мы, я считаю, успешно. Приведу такие данные: на сегодня почти 2 млн человек написали заявления на прикрепление к медицинским учреждениям ОАО РЖД, работающим в системе ОМС, из них примерно 60% — это территориальное население. Все они обслуживаются в рамках программы государственных гарантий в наших поликлиниках и больницах. Мы стараемся работать со всеми страховыми компаниями России. На мой взгляд, очевидно, что учреждения здравоохранения РЖД востребованы на рынке ОМС. Однако у нас есть резервы, которые мы готовы предложить для обслуживания граждан. В настоящее время мы проводим рабочие встречи с руководителями регионов и территориальных фондов ОМС по вопросам реализации совместных проектов с целью эффективного использования имеющегося обособного потенциала. Так, у нас есть пилотный проект во Владимирской области, где мы планируем плотно сотрудничать с региональными медучреждениями, чтобы, например, совместно с ними предоставлять полный спектр услуг на-

селению, то есть перепрофилировать отделения в наших учреждениях в соответствии с потребностями населения и уже существующими в регионе возможностями.

— Насколько участие в ОМС для вас важно?

— В рамках системы ОМС у нас выполняется 10 млн посещений наших учреждений в год, что в итоге дает около 30% дохода «РЖД-Медицины». Наиболее прибыльными являются тарифы на высокотехнологичную помощь, в случае оказания других услуг работает принцип масштаба.

— А что вы можете предложить потенциальным клиентам как коммерческая сеть учреждений здравоохранения?

— Коммерческие клиенты у нас сейчас приносят также около трети дохода — большая часть из них это физические лица. Компании, заказавшие у нас корпоративные программы, пока приносят не более 5% дохода, однако на этом рынке мы планируем расширяться особенно активно. Нам есть что предложить различным транспортным, металлургическим предприятиям — иначе говоря, всем тем, кому требуется проводить медицинские осмотры своих работников (предварительные и периодические) и диспансеризацию. Мы в силу специфики своего основного профиля — обеспечения здоровья сотрудников ОАО РЖД — можем предложить им уникальные методики производственной медицины, самое современное оборудование и лучших специалистов, и, что особенно важно в некоторых случаях, в больших масштабах. Кроме того, наше оборудование, как и наши специалисты, могут работать и на выезде, что позволяет проводить качественные медосмотры не только в учреждениях сети, но и непосредственно на территории заказчика. В составе выездных бригад — врачи, медсестры, лаборатории и функциональные исследования.

— Какие условия вы предлагаете как работодателя врачам?

— В 2007 году мы перешли от оплаты труда всех работников на основе Единой тарифной сетки к оплате труда руководителей, специалистов и служащих по полным окладам с сохранением тарифной сетки только для рабочих. У руководителей появилась возможность установления размера оклада в пределах определенного диапазона с учетом опыта, ответственности, компетентности каждого работника, сложности и напряженности его работы. Оплата труда и премирование работников учреждений производится из всех источников финансирования (как средств ОАО РЖД, так и средств ОМС, ДМС, средств, заработанных при оказании платных медицинских услуг).

— Предоставляете ли вы своим специалистам какие-то возможности для обучения?

— Да, у нас есть свой центр профессионального образования для младшего, среднего и врачебного персонала, который находится в Москве и имеет региональные представительства, также у нас есть институт главных внешних специалистов.

Беседовала Анастасия Мануйлова

ТЕРАПИЯ ДЕЛОМ

Депрессия — это болезнь века, а больные депрессией нуждаются в такой же длительной амбулаторной противорецидивной терапии и лекарственном лечении, как и больные другими хроническими психическими расстройствами. Но попытки включения таких пациентов в льготное обеспечение лекарственными препаратами пока не увенчались успехом. Без лечения депрессия может привести к попытке самоубийства, отчуждению от окружающих, отказу от выполнения большинства жизненных функций, распаду семьи.

● Депрессия (от лат. «deprimo» — «давить», «подавить») — психическое расстройство, характеризующееся депрессивной триадой: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и так далее), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или иными психотропными веществами.

Поэзия тоски

«Недуг, которого причину // Давно бы отыскать пора, // Подобный английскому сплину, // Короче: русская хандра // Им овладела понемногу; / Он застрелиться, слава богу, // Попробовать не захотел, // Но к жизни вовсе охладел». Оказывается, Пушкин описал субдепрессивное состояние, для которого характерны апатия, стойкое снижение настроения, двигательной и творческой активности, влечения.

По мнению медиков, если такое восприятие действительности растягивается даже на несколько дней, пора бить тревогу. Правда, на данном этапе необходима лишь небольшая психокоррекция — порой достаточно участливого внимания окружающих, возможности выговориться, проанализировать причины хандры и найти из нее выход. То есть это скорее поле деятельности психологов.



WALTER MEYER/WALTER MEYER

Рынок антидепрессантов за последний год составил 2,7 млрд руб.; эти препараты принимали 2,4 млн человек

А если оно переходит в депрессию, то уже можно говорить о заболевании, которое добрым словом не излечится. И здесь уже нужна помощь психиатров или психотерапевтов. «К сожалению, далеко не все понимают разницу между этими специалистами хотя бы в силу того, что понятие „психотерапевт“ у нас и в других странах имеет разное значение, — говорит профессор Николай Незнанов, директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, председатель правления Российского общества психиатров. — За границей психотерапевт — это человек, который не имеет права назначать лекарство, хотя в эту службу приходят люди и с психологическим, и с медицинским образованием. У нас психотерапия — прерогатива только врачей». А психолог не имеет глубоких знаний в области медицины и, если возникают критические ситуации и патологические отклонения, не всегда может с ними справиться. Но в зоне собственной компетенции, когда достаточно использовать только методы психокоррекции, он более подготовлен, чем врач. Кстати, обратите внимание: медики

называют тех, кто обратился к ним за помощью, пациентами, а психологи — клиентами.

Женщины в два раза депрессивнее

Депрессия становится все более массовым явлением. По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессия наблюдается, как минимум у 350 млн человек и является одной из основных причин нетрудоспособности. Например, в США подсчитали, что 9% населения США страдает от депрессии.

Эксперты предупреждают, что к 2020 году депрессия по уровню инвалидизации догонит сердечно-сосудистые заболевания. При этом риск ее возникновения возможен будет у каждой четвертой женщины и каждого восьмого мужчины на планете. По словам профессора Незнанова, говорить о какой-либо статистике депрессии у нас в стране сложно. Но вот впечатляющий пример. Используя инструмент, предложенный американскими психиатрами, а именно модули на выявление общей популяции депрессий, сотрудники его института провели исследование среди нескольких групп населения. Одну составляли студенты, другую — пациенты кардиологической клиники, третью — работницы одного из предприятий Санкт-Петербурга. Результаты оказались неожиданными: в целом показатель депрессии превышал 50%.

При этом все опрошенные ходили на работу, на учебу, вели обычную жизнь — до тех пор пока депрессия, по образному выражению господина Незнанова, не высасывала из них все соки.

Такое происходит еще и потому, что многие люди считают депрессию блажью, признаком слабости характера. Вместо того чтобы бить тревогу, окружающие могут посоветовать человеку, находящемуся в подавленном состоянии, «взять себя в руки» или — если это касается сильного пола — «быть мужчиной». Отчасти поэтому большинство людей до последнего не обращается к врачу. К тому же все психические расстройства достаточно стигматизированы и многие боятся заполучить такую «психу». Нежелание лечиться бывает вызвано еще и тем, что диагностика и выбор лечения основываются главным образом на врачебном опыте и применении опросников, а не на объективных, количественно измеряемых критериях. Между тем правильная диагностика нужна еще и потому, что необходимо исключить другие психические заболевания, при которых применяется иная терапия.

К категориям пациентов, требующих особого внимания, относятся люди с нарушениями функции щитовидной железы и беременные женщины. Распространенность депрессии при недостаточности функции щитовидной железы достигает 50%, а риск развития депрессивных нарушений у больных, страдающих гипотиреозом, в семь раз выше по сравнению со здоровыми людьми.

Таблетка для народа

Не последнюю роль в нежелании идти к врачу, даже если состояние вызывает тревогу, играет и страх «подсесть на антидепрессанты», которые стоят на первом месте среди вариантов лечения. Несмотря на это, количество принимающих психотропные таблетки в Америке за минувшие десять лет удвоилось и достигло 27 млн человек. Согласно статистике, среди женщин в возрасте 40–50 лет каждая четвертая регулярно употребляет антидепрессанты.

Неслучайно по результатам проведенного в США опроса изобретение одного из самых известных препаратов этого ряда — прозак — признано одним из самых значительных открытий XX века, а его название стало нарицательным («нация прозак»).

«Помимо антидепрессантов есть еще так называемые стабилизаторы настроения, или нормотимические средства, которые способны предотвращать развитие как депрессии, так и маниакальных эпизодов, — говорит руководитель отдела терапии психических заболеваний НИИ психиатрии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр терапии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава РФ, председатель Московского регионального отделения Российского общества психиатров, доктор медицинских наук, профессор Сергей Мосолов. — Выделяют и так называемые анксиолитические препараты, снимающие тревогу: здесь речь идет прежде всего о транквилизаторах бензодиазепинового ряда, но сейчас появились препараты и другого механизма действия».

Однако часто встречаются пациенты, невосприимчивые к подобной терапии. Тогда применяются нелекарственные методы. Одним из главных, по словам профессора Мосолова, является электросудорожная терапия. Да, да, та самая, осуждаемая и отвергаемая литературой и кино!

Но если раньше она проводилась без анестезии и имела множество побочных эффектов (может, поэтому и воспринималась больше как наказание?), то сейчас это не менее безопасный метод, чем фармакотерапия. Выполняется под наркозом, судорожный припадок развертывается только на электроэнцефалографической картине мозга. Метод очень эффективный прежде всего для лечения депрессий, не поддающихся фармакотерапии.

Среди других востребованных методик — транскраниальная магнитная стимуляция (пионерами ее внедрения в России стали сотрудники Центра терапии и наркологии им. В. П. Сербского), стимуляция блуждающего нерва, магнитоconvульсивная терапия и глубокая стимуляция мозга, а также эффективные методики (плазмаферез, экстракорпоральная детоксикация, ультрафиолет, лазер), гипербарическая оксигенация, нормобарическая гипоксия и другие.

Специалисты отмечают: без лечения депрессия может привести к попытке самоубийства, отчуждению от окружающих, отказу от выполнения большинства жизненных функций, распаду семьи.

Между тем последние исследования показали, что депрессия и многие (по крайней

мере — основные) соматические заболевания на начальном этапе имеют общие механизмы патогенеза. Иными словами, доказано, что хронически протекающие состояния тревоги, депрессии приводят к ожирению (синдром «заедания»), диабету, сердечно-сосудистым и даже онкологическим заболеваниям.

Алена Жукова

● Жители России стали чаще покупать успокоительные лекарственные средства и антидепрессанты. Объем продаж в натуральном выражении за январь–июнь 2015 года увеличился на 16% по сравнению с аналогичными периодами 2014 года. За первые шесть месяцев 2016 года было продано 81 млн упаковок успокоительных средств и антидепрессантов на общую сумму более 4 млн руб. По данным DSM Group, самыми популярными средствами среди успокоительных в первом полугодии 2015 года были корвалол (продано 24,1 млн упаковок), валерьяна (23,1 млн), пустырник (19,9 млн). Остальные препараты серьезно уступают своим конкурентам — всего было продано 3,4 млн упаковок валосердина, 3,3 млн пиона, 2,7 млн валокордина, 1,8 млн новопассита, 1,6 млн персена. Из антидепрессантов россияне чаще всего предпочитают амитриптилин (1,4 млн проданных упаковок), флуоксетин (448 тыс.), феварин (299 тыс.). В России в первый десяток причин нетрудоспособности жителей в возрасте до 40 лет находятся шесть психических заболеваний. На первом месте — рекуррентная депрессия, далее алкоголизм, наркомания, биполярное расстройство, шизофрения и обсессивно-компульсивное расстройство. В течение последних десятилетий показатель смертности от суицидов не меняется и составляет катастрофические цифры по всему миру, в том числе в нашей стране. Это порядка 50 тыс. суицидов в год — где-то около 40 человек на 100 тыс. населения. В 90% это суициды психических больных.