

ТЕМА НОМЕРА



КОДЕКС ЧЕСТИ: ФАРМПРОМ РАЗРАБАТЫВАЕТ ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ

В сентябре 2015 г. в Москве пройдет ежегодное мероприятие «День конкуренции», организуемый Федеральной антимонопольной службой России. Возможно, именно в рамках этого события состоится презентация окончательного варианта текста Кодекса поведения производителей лекарственных средств. Документ призван установить правила прозрачных, добросовестных и коммерчески обоснованных взаимоотношений между участниками фармацевтического рынка. Принятие Кодекса станет сильным маркетинговым ходом и делом чести, убеждены эксперты Темы.

АНОНС



ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ ДЛЯ ЛЕКАРСТВ

С 1 июля 2015 г. вступили в силу отдельные положения Федерального закона от 22.12.14 №429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств».



РЕЦЕПТ ДЛЯ ЗДРАВООХРА- НЕНИЯ: С АПТЕКИ НАЧИНАЕТСЯ... НЕ ВСЕ

Рецептурный и безрецептурный отпуск ЛС – сложнейшая головоломка для отечественной фармации. Если пациент пришел без документа от врача, любая разгадка «загадки с рецептами» будет небезопасной для аптеки.

ТЕМА НОМЕРА

	КОДЕКС ЧЕСТИ: ФАРМПРОМ РАЗРАБАТЫВАЕТ ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ	3
---	--	---

АПТЕКА

	БИЗНЕС-АНАЛИТИКА. ОПРЕДЕЛЯЕМ СВОИ ПОЗИЦИИ	18
---	---	----

	МЫ ИМЕЕМ ПРАВОВОЙ ВАКУУМ, ИЛИ ИЗМЕНЕНИЯ ТРЕБУЮТ УТОЧНЕНИЙ	23
---	---	----

	ВОПРОС – ОТВЕТ	26
---	----------------	----

	ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗА: ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА	29
---	---	----

	«ЖИВЕМ НА ОТШИБЕ, ДО АПТЕКИ КИЛОМЕТР ИДТИ»	32
---	--	----

ФАРМРЫНОК

	ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ ДЛЯ ЛЕКАРСТВ	41
---	-------------------------------------	----

	ДРАМАТУРГИЯ ОТ ФАС: И ВОЛШЕБСТВО, И ТРАГИКОМЕДИЯ	44
---	--	----

	ЧТОБЫ ПАЦИЕНТ НЕ БОЯЛСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ	47
---	--	----

	ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА: НАИБОЛЬШИЙ СПРОС ВО II КВ. 2015 Г.	52
---	--	----

	ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ФАРМАЦИЯ	54
---	---	----

	РЕЦЕПТ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: С АПТЕКИ НАЧИНАЕТСЯ... НЕ ВСЕ	57
---	---	----

	«НА КАЖДОМ НАШЕМ ЗАСЕДАНИИ ПРИСУТСТВУЮТ ПАЦИЕНТЫ И ВРАЧИ...»	62
---	--	----

	НЕЛЛИ ИГНАТЬЕВА: «НЕ ДЕЛАЙТЕ ИЗ АПТЕК АКУЛ БИЗНЕСА»	67
---	---	----

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

	СОЦИАЛЬНЫЕ ИННОВАЦИИ ЕСТЬ, НЕОБХОДИМА ИХ СИСТЕМАТИЗАЦИЯ	70
---	---	----

	В РЕЖИМЕ ОДНОЙ ТАБЛЕТКИ: БОРЬБА С ВИЧ ПЕРЕШЛА НА НОВЫЙ ЭТАП	75
--	---	----

	АПТЕЧКА ДЛЯ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ – ВСЕГДА С СОБОЙ	78
---	---	----

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

	ЖАРА. КОГДА НЕ ВЫДЕРЖИВАЕТ СЕРДЦЕ	84
---	-----------------------------------	----

СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ

	ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ. КАЗАНЬ	88
---	----------------------------	----

	8 ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»	88
---	---	----

	НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ «ЗДОРОВЬЕ РОССИИ. СОЧИ - 2015»	89
---	---	----

	МАТЬ И ДИТЯ 2015 XVI ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ	89
---	--	----

	22-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА АПТЕКА 2015	90
---	--	----

	«РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ».	91
---	--------------------------------------	----



КОДЕКС ЧЕСТИ: ФАРМПРОМ РАЗРАБАТЫВАЕТ ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ

В сентябре 2015 г. в Москве пройдет ежегодное мероприятие «День конкуренции», организуемый Федеральной антимонопольной службой России. Возможно, именно в рамках этого события состоится презентация окончательного варианта текста Кодекса поведения производителей лекарственных средств. Документ призван установить правила прозрачных, добросовестных и коммерчески обоснованных взаимоотношений между участниками фармацевтического рынка. Принятие Кодекса станет сильным маркетинговым ходом и делом чести, убеждены эксперты Темы.

В прошлом году в «День конкуренции», который проводился в Санкт-Петербурге, одной из главных тем обсуждения стал Кодекс поведения автопроизводителей, разработанный Ассоциацией европейского бизнеса (АЕБ) и принятый в декабре 2013 г. Его подписали большинство автопроизводителей, работающих в России. Документ затрагивает основные вопросы взаимодействия между дилерами и автопроизводителями. Кодекс написан по рекомендации ФАС России и призван урегулировать многочисленные конфликты между дилерами и автопроизводителями. Этот документ стал своего рода примером для создания Кодекса поведения производителей лекарственных средств. Инициатором также выступил антимонопольный орган, а точнее его глава **Игорь Артемьев**, за разработку взялся ко-

митет по здравоохранению и фармацевтике Ассоциации европейского бизнеса (АЕБ).

Работа над документом продолжается почти год и близка к завершению. Как обозначено в проекте документа, который был представлен широкой публике в мае этого года на заседании Экспертного совета по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении при ФАС России, «участники Кодекса видят возможность внедрить в практику работы положения Кодекса к 1 января 2016 года». Кодекс – документ декларативный и не станет обязательным к исполнению. Принятие его правил поведения является абсолютно добровольным побуждением фармацевтической компании.

Не стоит забывать, что с 1 января 2016 г. фармацевтический рынок ждет эпохальное событие: рынки, в т. ч. лекарственных

средств и медицинских изделий, России, Армении, Беларуси, Казахстана и Киргизии начнут работать по единым правилам в рамках Евразийского экономического союза (ЕАЭС). До сих пор проходят согласование документы так называемого второго уровня, призванные обеспечить гармонизацию государственных фармакопей государств-членов; единые принципы проведения доклинических и клинических исследований; единые требования к регистрации и экспертизе, а также к реализации лекарств и их производству в соответствии со стандартами GMP, утверждаемыми Евразийской экономической комиссией. Насколько Кодекс поведения поспособствует гармонизации отношений на общем рынке, покажет время.

КАКИЕ ВОПРОСЫ ЗАТРАГИВАЕТ КОДЕКС

Несмотря на существование надлежащих практик в отдельных сегментах российского фармацевтического рынка (производственная практика, дистрибуторская, аптечная и др.), сказать, что рынок живет надлежащим образом, нельзя. Руководствуясь общими интересами бизнеса, фармпроизводители объединяются в различные ассоциации, но мотивы пребывания в организации у каждого свои. Много создано внутренних правил поведения фаркомпаниями, провозгласившими саморегулирование, которое порой используется не по назначению. Создать Кодекс, который объединит бизнес-интересы и правила этического поведения на рынке, сложная задача.

Эксперт Темы **Лариса Попович**, директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, убеждена, что «подписание Кодекса – это сильный маркетинговый ход для участников, присоединившихся к этому соглашению. Они сразу продемонстрируют свою готовность вести добросовестный бизнес. Неважно, как они его на самом деле ведут, но они демонстрируют готовность вести его респектабельно».

Руководитель ФАС России **Игорь Артемьев** отмечает, что неудовлетворенность

фармацевтическим рынком выражают все его участники. «Говорить о том, что нам удалось построить в России практику, построенную на лучших примерах, не представляется возможным», – сказал глава ФАС России. Основные проблемы фармацевтического рынка, существующие на сегодняшний день, – это недобросовестная конкуренция между производителями лекарств, отказ от конкуренции, экономически необоснованное ценообразование и коррупция. В докладе ФАС России о развитии конкуренции на отечественном фармацевтическом рынке указаны обстоятельства, препятствующие развитию этого явления: недостатки нормативного регулирования фармацевтического рынка; некорректное взаимодействие производителей и дистрибуторов лекарственных средств с медицинскими работниками и должностными лицами; наличие эксклюзивных соглашений между производителями и дистрибуторами лекарственных средств.

По мнению ФАС России, заключение соглашений об исключительном праве дистрибутора на распространение лекарственного средства, не имеющего заменителей; отсутствие у производителя лекарственных средств коммерческой политики, определяющей основы взаимодействия с дистрибуторами, критерии их отбора; участие представителей производителей лекарственных средств в составлении заявок на приобретение лекарственных средств для государственных (муниципальных) нужд и соответствующей технической документации и др., – подобные действия производителей и дистрибуторов лекарственных препаратов свидетельствуют о нарушении антимонопольного законодательства.

Желание игроков фармацевтического рынка выработать общие правила взаимодействия подвигла их принять участие в работе над текстом Кодекса, основная задача которого – создание условий для разработки и использования внутренних правил в целях саморегулирования фармацевтического бизнеса на территории РФ, а также выработка справедливых правил конкурентного

взаимодействия на рынке. Кодекс затрагивает наиболее существенные вопросы взаимоотношений между фармпроизводителями и дистрибуторами (формирование внутренних политик участников, публично доступные и прозрачные правила отбора дистрибутора, работа с неограниченным количеством участников, с партнерами, отобранными в рамках публичного конкурса, коммерческие условия поставки продукции, недопущение завышенных цен, условия оплаты). В проекте Кодекса отражены такие вопросы, как договорные взаимоотношения производителя с покупателями, приведены категории покупателей, недопущение предоставления недостоверной информации при госрегистрации цен на продукцию, порядок взаимодействия с врачебным сообществом, государственными органами, пациентскими и общественными организациями, мониторинг безопасности продукции, гармонизация инструкций по медицинскому использованию оригинальных лекарственных препаратов и воспроизведенных ЛС (должны соответствовать инструкциям страны-производителя лекарственного препарата).

На сегодняшний день предложения и замечания к проекту Кодекса продолжают поступать в Рабочую комиссию АЕБ. Не все из них, как признался один из наших экспертов **Виталий Дианов**, руководитель антимонопольной группы «Гольцблат ВЛР», конструктивны и направлены на «сглаживание острых углов, скорее они могут привести к конфронтации». Он надеется, что ФАС взвешенно оценит все поступившие предложения относительно положений Кодекса.

НА ДОБРОВОЛЬНЫХ НАЧАЛАХ

К Кодексу поведения может присоединиться любой производитель, независимо от страны происхождения, обязующийся соблюдать правила Кодекса и заинтересованный в добросовестном ведении бизнеса. Единственное исключение – документ не распространяется на производителей медицинской техники и субстанций. «Рынки медицинских изделий и субстанций регулируются разным

законодательством и имеют свои нюансы, – комментирует ситуацию **Франк Шауфф**, генеральный директор Ассоциации европейского бизнеса (АЕБ). – Компания, присоединившаяся к Кодексу, сможет при желании распространить его действие и на медицинские изделия, а также на субстанции, указав об этом в декларации о присоединении».

Разработчики документа надеются, что как можно больше участников рынка подпишут этот документ, устанавливающий единые правила игры и поведения. Членство добровольное, не ограничивается только участниками Ассоциации европейского бизнеса. Присоединение к Кодексу будет осуществляться через подписание декларации и размещение информации об этом на сайтах компаний и АЕБ.

Председатель комитета АЕБ по фармацевтике и здравоохранению, председатель совета директоров ООО «Ново Нордиск» **Сергей Смирнов** считает одной из главных целей Кодекса минимизацию количества нарушений антимонопольного законодательства представителями фармацевтического сообщества.

«Нам крайне важен конструктивный диалог между индустрией и ФАС. Было много судебных разбирательств между фармкомпаниями и ФАС. Нам всем надо четко понимать правила, по которым мы можем работать, и донести нашу позицию до антимонопольной службы, – говорит С. Смирнов. – После разработки собственного кодекса поведения в отрасли станет проще работать и легче находить общий язык с Федеральной антимонопольной службой России».

Главное, чтобы взятые на себя фармпроизводителями добровольные самоограничения выполнялись, а присоединение к Кодексу поведения не свелось лишь к формальному заявлению о готовности вести бизнес прозрачно.

Хотя антимонопольное ведомство не даст возможности расслабиться. Говоря о влиянии Кодекса поведения на фармрынок, **Тимофей Нижегородцев**, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России, отметил, что ведомство «при-

ветствует всякого рода саморегуляционную деятельность и рассчитывает на то, что она будет реализована, но, как и всякий надзор, конечно, не оставит без внимания деятельность компании только потому, что она решила взять на себя какие-то самоограничения. Мы руководствуемся принципом «доверяй, но проверяй».

Что ж, время покажет, останется ли кодекс только «бумагой», декларацией, ис-

пользуемой фармпроизводителями для своих PR-компаний, как считают одни эксперты, или станет этической нормой поведения... В любом случае, в большинстве своем участники фармацевтического рынка склонны верить, что это еще один повод объединиться, а потребителям остается надеяться, что это еще один шаг на пути к цивилизованному рынку, который так и не удалось еще создать.

КОДЕКС КОСНЕТСЯ И АПТЕЧНОГО СЕКТОРА

Шаравская Надежда Александровна

**Заместитель начальника Управления контроля социальной сферы и торговли
Федеральной антимонопольной службы России (ФАС России)**

Высказанная руководителем ФАС России И.Ю. Артемьевым на брифинге в Ассоциации европейского бизнеса (АЕБ) инициатива о создании фармсообществом Кодекса поведения была «подхвачена» комитетом по здравоохранению и фармацевтике АЕБ, который разработал первый проект. Данный проект обсуждался с Управлением контроля социальной сферы и торговли ФАС России, которое давало свои рекомендации и замечания. Так, отраслевое управление ФАС России предложило расширить сферу применения Кодекса и привлечь к работе над проектом остальные крупнейшие ассоциации, участников фармрынка, в т. ч. членов Экспертного совета при ФАС России по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении. В настоящее время ФАС России, Комитет по здравоохранению и фармацевтике АЕБ и рабочая группа НП «Содействие развитию конкуренции» ведут сбор от участников рынка всех замечаний и предложений, которые в ближайшее время будут обсуждены и учтены при доработке проекта Кодекса.

То, что Кодекс не затрагивает производителей медицинской техники и субстанций, объясняется тем, что на каждом товарном рынке есть свои особенности, своя сложившаяся практика ведения дел, проблемы

и пути их решения. Очень сложно создать кодекс, который будет одновременно распространяться на несколько отраслей и в то же время быть полезным, а значит достаточно подробным и конкретным, учитывать специфику каждого рынка. В связи с этим, скорее всего, производители медицинских изделий смогут, воспользовавшись полученным опытом, создать свой собственный кодекс. Вместе с тем многие производители медизделий одновременно являются участниками фармрынка. С этой точки зрения присоединение их к кодексу (подписание документа) будет только приветствоваться.

Сектор аптек, безусловно, будет затронут в Кодексе, т. к. аптеки являются существенным участником рынка. Мы уже сталкиваемся с сомнительными соглашениями, которые заключаются поставщиками лекарств с аптеками, часть из которых может приводить к ограничению конкуренции на рынке, другая – к нарушению медицинского законодательства и предусмотренных законодательством ограничений, а также к нарушению прав граждан на получение полной информации об имеющихся в наличии лекарствах и их ценах.

Компании не обязаны присоединяться к Кодексу. Однако это будет сигнал рынку, контрагентам и регуляторам, что в деятель-

ности таких компаний (особенно если речь идет о крупнейших фармпроизводителях) есть риски недобросовестного поведения. Соответственно, регуляторные органы более пристально будут изучать их работу в случае выявления признаков нарушений.

Систему контроля установят сами участники рынка, подписавшие Кодекс. Скорее всего, участники рынка введут элементы рассмотрения споров, жалоб на действие фармкомпаний, присоединившихся к Кодексу, до их рассмотрения уполномоченными органами или судом. ФАС России в рамках ведения дел по признакам нарушения антимонопольного законодательства может принимать к сведению выводы и решения, принятые по результатам такого рассмотрения.

Мы ждем от Кодекса повышения эффективности функционирования фармрынка за счет применения лучших российских и международных практик, развития механизмов саморегулирования рынка, повышения ответственности участников рынка, снижения барьеров входа на рынок добросовестным участникам, минимизации количества нарушений антимонопольного законодательства представителями фармобщества, развития конструктивного диалога индустрии с антимонопольной службой и выявления направлений дальнейшего совершенствования отраслевого и антимонопольного законодательства.

Мы ожидаем принятия Кодекса поведения в 2015 г., ближе к концу года.

КОДЕКС ОБЕСПЕЧИТ ЗДОРОВУЮ КОНКУРЕНЦИЮ ТАМ, ГДЕ ЖЕСТКИЕ УСЛОВИЯ БИЗНЕСА

Попович Лариса Дмитриевна

Директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ

Кодекс поведения фармацевтических производителей призван обеспечить здоровую конкуренцию там, где очень жесткие условия существования бизнеса. Кодекс – это документ, который обычно добровольно принимается всеми, кто реально хочет работать в нормальных условиях на высококонкурентных рынках. Это должен быть достаточно жесткий регламент поведения, и те, кто демонстрируют свою готовность играть по прозрачным правилам, получают некоторые преференции в глазах потребителей. Это хороший маркетинговый ход.

Как показывает анализ, у нас и на рынке лекарств, и на рынке медицинской техники существуют два сегмента, совершенно разных с точки зрения принципов функционирования. С одной стороны это сегмент ритейловых закупок и, что удивительно, сегмент госпитальных закупок, которые развиваются по совершенно обычным для всех остальных

рынков законам – цена зависит от спроса. С другой стороны – это объемные государственные закупки, в которых законы рынка не просто не работают, но иногда происходят просто парадоксальные вещи – цены на аукционах могут быть выше там, где не только спрос низок, но и бюджетная обеспеченность мала. Другие же регионы, наоборот, могут задать необоснованно низкие аукционные цены, которые грозят оставить регион без нужных лекарств или техники, поскольку дистрибуторам просто не из чего обеспечивать поставку и логистику.

И здесь очень важно, как поведет себя производитель в своих отношениях с дистрибутором, насколько гибок он будет в своей политике скидок, чтобы стимулировать дистрибуторов участвовать в поставках. При этом крайне важны прозрачные правила, понятные всем, чтобы эти отношения не пе-

рерастали в недобросовестную конкуренцию между участниками и чтобы пациенты в результате не пострадали без нужных им технологий. По сути, в нерыночном сегменте от производителя зачастую требуется больше, чем просто поставка продукта. Он, в конечном счете, обеспечивает конкурентную среду там, где ее административно подавляют. Конечно, здесь крайне важны формализованные корпоративные правила, обязательные для всех участников на этом рынке.

Но и в рыночном по своему характеру сегменте (аптеки, клиники) нужно налаживать нормальные отношения, чтобы участники уважали друг друга и не пользовались недобросовестными методами, демпингуя или пороча репутацию конкурента. Лекарства – это не тот товар, где можно упражняться в агрессивном продвижении за счет черных PR-технологий. Ради того, чтобы всего этого избежать, Кодекс и необходимо создавать, как мне кажется.

Хотя, говоря откровенно, пока этот документ выглядит скорее как декларация о «желании иметь документ», чем сам документ. Пока он недостаточно проработан. В нем не прописаны основные принципы, они только намечены.

Этот Кодекс поведения ориентирован на производителей, а если он будет рассчитан на всех участников рынка, тогда в нем нужно прописывать обязанности аптечных учреждений, медицинских работников. В принципе,

такие нормы есть в законодательстве, и в Кодексе можно просто сослаться на нормы закона, хотя повторить их и предложить участникам рынка подписаться под обязательствами их соблюдать – лишним не будет. Кодекс не затрагивает рынок медицинских изделий и субстанций. Ассортимент товара в этом сегменте более сложный. Но, на мой взгляд, неважно, каким товаром торгует производитель, принципы поведения должны быть одинаковыми для всех участников.

Мне кажется, после принятия Кодекса поведения фармацевтических производителей рынок должен стать более управляемым, он будет более равномерным с точки зрения цены, потому что начнет работать система сдержек. Повторюсь, на мой взгляд, подписание Кодекса – это сильный маркетинговый ход для участников, присоединившихся к этому соглашению. Они сразу продемонстрируют свою готовность вести добросовестный бизнес. Неважно, как они его на самом деле ведут, но они демонстрируют готовность вести его респектабельно. Те, кто не подпишут, это уже как бы изгои. Рынок станет на первых порах, пока не научится обходить все эти кодексы, немного более спокойным, менее скандальным и более управляемым. И Федеральной антимонопольной службе принятие Кодекса должно облегчить работу, ведь создается некая система координат, и решение части спорных вопросов будет происходить в рамках, предписанных Кодексом.

ГОСУДАРСТВО ОТКРЫТО К ДИАЛОГУ, ТЕПЕРЬ ДЕЛО ЗА НАМИ

Быковский Сергей Николаевич

Президент ГК «Фармконтракт»

Последние два года в сфере российско-го законодательства в области фармации произошло множество изменений, начиная от перехода отрасли на стандарты GMP и заканчивая ФЗ-429 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекар-

ственных средств», а также ряда проектов нормативно-правовых актов, призванных гармонизировать законодательство стран – членов ЕАЭС в рамках единого фармацевтического рынка. ФЗ-429 – закрепленные в нем подзаконные акты, находящиеся на разной

стадии разработки, предельно четко определяют взаимодействие участников фармацевтического рынка в области фармаконадзора, государственной регистрации как лекарственных препаратов, так и предельных отпускных цен на лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП. Очевидно, что данный закон нормативно закрепил и определил правила взаимодействия представителей фармотрасли с регуляторными органами. Инициатива ФАС России и АЕВ (Association of European Business по саморегулированию фармацевтического бизнеса преследует цель определить правила взаимодействия фармпроизводителя и покупателя (в тех категориях, которые сейчас прописаны в Кодексе). Стоит отметить, что такая практика уже была реализована АЕВ в автомобильной промышленности. И здесь она не вызывает нареканий, т. к. автопром у нас преимущественно зарубежный – вполне логично, что правила взаимодействия с российскими дилерами инициировали и определяли представители европейского бизнеса. В то же время на фармрынке, как и в автопроме, до принятия Кодекса взаимодействия иностранных производителей и отечественных дистрибуторов (в понятийном аппарате Кодекса – покупателей) применялась и продолжает применяться практика обязательного подписания Corporate Responsibility, в котором закрепляются права и обязанности, правила взаимодействия сторон соглашения. По сути, Кодекс поведения производителей лекарственных средств – это та же Corporate Responsibility, только сторонами взаимодействия здесь выступают фармкомпании, в разной степени локализовавшие свое производство в России и считающиеся согласно действующему в настоящее время законодательству национальными производителями, и их дистрибуторы, названные в Кодексе покупателями.

Большой интерес всех участников фармацевтического рынка России Кодекс вызывает в связи с определением экономически обоснованных и справедливых цен на продукцию. Этот аспект может сделать достаточно прозрачным процесс ценообразования.

Непосредственным разработчиком Кодекса были фармацевтические компании – члены Ассоциации европейского бизнеса. ГК «Фармконтракт» – это российский химико-фармацевтический холдинг, который не входит в данную ассоциацию. Однако наши эксперты пристально следили за ходом обсуждения проекта и принимали участие в заседании Экспертного совета по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении ФАС России.

Убежден, если АЕВ выходит с предложением создания общих правил взаимодействия фармпроизводителей и покупателей, то в Кодексе обязательно должен быть раздел, затрагивающий и взаимоотношения с разработчиками-производителями фарм-субстанций. С точки зрения категорийного аппарата здесь возможна коллизия: производители субстанций не всегда являются и производителями лекарственного средства, а значит, последние переходят в разряд категории «покупатели». (В Кодексе к покупателям отнесены дистрибуторы, государственные заказчики и аптеки.) Учитывая, что в Кодексе к разделу «Определения» сделано примечание о его последующей доработке, надеемся, что авторы-разработчики учтут данный момент. О пунктах, которые будут дорабатываться, я сказал уже выше. К ним стоит добавить неоднозначность пункта 4.3.8 об установлении справедливой цены. О необходимости его доработки говорят и сами авторы Кодекса, поэтому не буду подробно останавливаться на этом пункте. Отмечу другой момент, вызывающий опасение юридических департаментов большинства производителей. Согласно п. 8 участниками Кодекса являются производители, «состоящие в качестве членов в Ассоциации европейского бизнеса». Сегодня на территории России действует множество профессиональных ассоциаций и объединений: АРФП, АИРМ, СПФО и др. «со своим уставом» и требованиями к членам. Каждая защищает и отстаивает интересы своих представителей. Очевидно, что для российских производителей ближе и «роднее» АРФП...

АЕВ, если мы посмотрим на состав комитета по здравоохранению и фармацевтике, представляет интересы иностранных производителей, которые имеют производственные площадки на территории России. Возникает вопрос: обязательно ли будет фармпроизводителям вступать в ряды членов АЕВ, либо все же в Кодексе будет изменена формулировка, позволяющая присоединиться к Кодексу любому желающему участнику фармацевтического рынка, обязующемуся «придерживаться в своей работе принципов, изложенных в Кодексе». Еще один вопрос из области правового поля – полномочия Комитета по рассмотрению спорных ситуаций. Согласно п. 8 Кодекса «в задачи Комитета входит рассмотрение жалоб на действия/бездействие Участников Кодекса на предмет соответствия положениям Кодекса. Решения Комитета по рассмотрению спорных ситуаций принимаются в форме заключения о соответствии действий/бездействия Участника положениям Кодекса или об их нарушении. В последнем случае Комитет выпускает рекомендации Участнику Кодекса устранить выявленные нарушения. При повторном совершении однотипного нарушения положений Кодекса в течение одного года, а также в случае отказа Участника выполнять рекомендации (выраженного действием или бездействием), Комитет по рассмотрению спорных ситуаций вправе принять решение об обнародовании соответствующих рекомендаций Комитета посредством размещения их на сайте Ассоциации европейского бизнеса». Этот вопрос непосредственно коррелируется с предыдущим, а также напрямую связан с компетенцией ФАС России в области коррупционного взаимодействия. Конечно, идея самоорганизации отрасли, безусловно, является сама по себе интересной и привлекательной для профессионального сообщества, но все же привлечение регуляторных органов в некоторых вопросах крайне необходимо. Возможно, стоит выявленные Комитетом сведения о нарушениях передавать в ФАС и публиковать ин-

формацию об этом не только на сайте АЕВ, но и на портале ФАС России.

Безусловным преимуществом разрабатываемого Кодекса является закрепление в нем различных внутренних систем контроля за «чистотой» ведения бизнеса, системы мотивации покупателей, прозрачность заключения эксклюзивных дистрибуторских соглашений, закрепление справедливых правил конкурентного взаимодействия на территории РФ. В частности, в Кодексе определены условия реализации продукции фармпроизводителями: механизмы финансирования, ценообразования на лекарственные средства из Перечня ЖНВЛП. Последнее позволит не только ФАС России следить за справедливым ценообразованием на данные лекарственные препараты, но и решит проблему, с которой сталкивается Федеральная служба по тарифам при сравнении цен на лекарственные средства, производимые иностранными компаниями и реализуемые в разных странах в довольно варибельном диапазоне. Закреплены в Кодексе и повышенные обязательства в отношении поставок продукции. Конечно, штрафы за нарушение условий договоров поставки определяются индивидуально, но вот угроза из-за них попасть в реестр недобросовестных поставщиков будет хорошим стимулом к соблюдению всех пунктов договора. Большая часть этих положений в зарубежной практике является неотъемлемым элементом Corporate Responsibility. Специализируясь на дистрибуции фармацевтического и технологического оборудования, ГК «Фармконтракт» такие соглашения подписывает очень часто, и, поверьте, в них прописаны очень подробно последствия несоблюдения той же надлежащей практики дистрибуции.

Сегодня наше государство предельно открыто к конструктивному диалогу с фармпроизводителями: представители регуляторных органов проводят публичные заседания, участвуют в конференциях, размещают на площадках отраслевых СМИ рекомендации по успешному прохождению инспектората

на соответствие правилам надлежащей производственной практики и прочее. Теперь дело за нами – стимулировать интерес к превентивным мерам, а не заниматься «пожарным реагированием», устраняя выявленные нарушения. Для этих целей создание саморегулируемых организаций и разработка подобных кодексов – одно из эффективных решений.

Думаю, ответ на вопрос, подпишет ли наша компания Кодекс, можно увидеть выше.

В идеале, конечно, мы все ждем, что рано или поздно отрасль начнет саморегулироваться. Однако говорить о саморегуляции фармацевтической отрасли без единого кодекса фармацевтических производителей, а не только производителей лекарственных средств, на мой взгляд, не совсем правомерно. Кодекс АЕБ позволяет организо-

вать этот процесс только в отдельно взятом сегменте. Как я говорил, здесь отсутствуют интересы производителей субстанций, фармацевтического оборудования и медицинских изделий...

Сомневаюсь, что компаниям, проигнорировавшим данный Кодекс, стоит чего-то опасаться. Во взаимоотношениях производителей и дистрибуторов всегда предусмотрены двусторонние соглашения, в которых прописывается регламент данных взаимоотношений, права и обязанности сторон. В отношении антикоррупционной деятельности и защиты конкуренции в национальном законодательстве действует ряд статей КоАП и УК РФ, Федеральные законы и подзаконные акты, выполнение которых обязательно при ведении предпринимательской деятельности на территории РФ.

ПРИНЯТИЕ КОДЕКСА – ДОБРОВОЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ КОМПАНИИ

Шауфф Франк

Генеральный директор Ассоциации европейского бизнеса (АЕБ)

Комитет автопроизводителей АЕБ успешно разработал Кодекс поведения. Производители могут использовать механизмы саморегулирования в своей работе и во взаимоотношениях с дистрибуторами и дилерами, что способствует созданию надлежащей практики деловых отношений. Позитивный эффект Кодекса признали не только компании, присоединившиеся к Кодексу, но и Федеральная антимонопольная служба России.

Так, в сентябре 2014 г. на встрече с компаниями – членами АЕБ глава Федеральной антимонопольной службы Игорь Артемьев заметил, что введение Кодекса поведения автопроизводителей позволило существенно снизить правонарушения в области монопольного законодательства. Тогда же он обратился к представителям фармацевтической индустрии с инициативой о создании похожего кодекса поведения. Компании, входящие

в Комитет АЕБ по фармацевтике и здравоохранению, поддержали данную инициативу.

Автопроизводители делились с фармацевтами своим опытом, который им очень пригодился при подготовке проекта Кодекса для фармацевтического рынка.

Для работы над Кодексом в рамках Комитета АЕБ по здравоохранению и фармацевтике АЕБ была создана рабочая группа, в которую вошли эксперты – представители разных фармацевтических компаний.

По просьбе ФАС России эксперты проанализировали европейские рекомендации по вертикальным соглашениям, которые содержат правила в отношении технологически сложных товаров, которыми, собственно, и являются лекарственные препараты. Также эксперты опирались на международный опыт глобальных компаний, адаптировав его к российскому фармацевтическому рынку.

Особенно большое внимание уделили коммерческому и публичному сегментам.

После нескольких обсуждений и встреч с представителями ФАС был создан проект Кодекса, удовлетворяющий интересам производителей и государственного регулятора. Некоторые из предложенных экспертами идей были признаны преждевременными. Их решили отложить, чтобы позднее к ним опять вернуться.

Отказаться пришлось от предложений, выгодных только какому-то одному из звеньев дистрибуторской цепочки. Поскольку кодекс разрабатывается для всех участников фармрынка, то было бы неправильно специально кого-то выделять.

Сотрудники ФАС активно участвовали в обсуждении основных положений кодекса. Компании – члены АЕБ провели ряд встреч с руководителем ФАС Игорем Артемьевым и его коллегами. На этих встречах были найдены взаимоприемлемые решения.

ФАС, в первую очередь, интересовали прозрачные и точные механизмы работы фармпроизводителей, позволяющие минимизировать количество недобросовестных практик на рынке, а также обеспечить доступность лекарственных препаратов пациентам. Производителей интересовали возможности использования стандартов GxP в своей работе (в частности, надлежащие правила дистрибуторской практики), а также использование гибких, экономически и технологически обоснованных подходов в работе с партнерами.

Поскольку действующий проект Кодекса учитывает интересы как и ФАС России, так и бизнес-сообщества, мы надеемся на его практическое и эффективное применение с момента опубликования.

Кодекс затрагивает только сферу регулирования лекарственных препаратов и не включает в себя отношения производителей медицинской техники и субстанций. Рынки медицинских изделий и субстанций регулируются разным законодательством и имеют свои нюансы. В то же время задача Кодекса очень сложная: он призван унифицировать условия ведения бизнеса для очень разных компаний,

отличающихся друг от друга по многим параметрам (степени и форме локализации, лекарственным формам, видам и составу продукции и т. д.). И это означает необходимость идти на компромиссы и искать взаимоприемлемые решения. Поэтому было принято решение вначале сосредоточиться на наиболее социально значимых товарах – лекарственных препаратах.

Несмотря на то, что Кодекс регулирует сферу обращения лекарственных препаратов, компания, присоединившаяся к Кодексу, сможет при желании распространить его действие и на медицинские изделия, а также на субстанции, указав об этом в декларации о присоединении.

Пока Кодекс находится в состоянии проекта. Уже проведены встречи с представителями профильных ассоциаций, ФАС, и если все пройдет успешно, то мы планируем опубликовать его в августе 2015 г. После этого компании смогут присоединиться к Кодексу и внедрить его в свою работу с 1 января 2016 г.

Аптечные сети являются ключевым участником рынка и им в Кодексе посвящено несколько положений. Во-первых, на аптечные сети, обладающие лицензией на оптовую торговлю лекарственными препаратами, распространяются все правила, действующие в отношении дистрибуторов. Во-вторых, системы вознаграждений для аптек, внедряемые производителями, должны быть описаны в коммерческой политике.

К Кодексу может присоединиться любой производитель, даже если он не входит в АЕБ. Производитель может быть из любой страны происхождения, главное, он должен обязаться соблюдать правила Кодекса и быть заинтересован в добросовестном отношении к ведению бизнеса. Принятие Кодекса – это абсолютно добровольное решение компании и оно никак не повлияет на взаимоотношения с другими бизнес-партнерами. Мы считаем, что каждая компания должна принимать решение о присоединении к Кодексу на основе своих бизнес-интересов и просчитанных рисков.

В течение года с момента вступления Кодекса в силу участники рабочей группы совместно с ФАС будут ежеквартально анализировать практику применения положений Кодекса. Через год после принятия Кодекса участники рабочей группы совместно с ФАС проведут общий анализ эффективности

Кодекса и его применения в компаниях. Сейчас рассматривается вопрос о возможном расширении сферы применения Кодекса за пределами РФ, а также о создании специального органа по разрешению споров между производителями и покупателями продукции.

ДОВЕРЯЙ, НО ПРОВЕРЯЙ

Нижегородцев Тимофей Витальевич

Начальник Управления контроля социальной сферы и торговли
Федеральной антимонопольной службы России

Мы рассчитываем, что Кодекс поведения повлияет на ситуацию на российском фармацевтическом рынке, потому что это добровольное самоограничение, которое компания берет на себя. Правда, фармацевтические компании известны по всему миру тем, что они легко берут на себя всякие самоограничения, но также легко могут их и не выполнять. Например, сейчас в отношении одной крупной западной фармкомпании проводится расследование по подкупу врачей, притом что эта компания выступает лидером по комплаенс-процедурам, самоограничениям, связанным с подкупом; тем не менее, уполномоченные органы обнаруживают то, что как

легко компании приняли на себя, так легко и отказались. ФАС России приветствует всякого рода саморегуляционную деятельность, рассчитывая на то, что она будет реализована, но, как и всякий надзор, конечно, не оставив без внимания деятельность компании только потому, что она решила взять на себя какие-то самоограничения. Мы руководствуемся принципом «доверяй, но проверяй».

Рассчитываем также, что окончательный вариант текста Кодекса поведения фармацевтических производителей будет принят в сентябре текущего года.

ЕЩЕ ОДИН ШАГ К ЦИВИЛИЗОВАННОМУ РЫНКУ

Дмитриев Виктор Александрович

Генеральный директор Ассоциации Российских фармацевтических производителей (АРФП)

В Кодексе поведения речь идет не только о фармацевтических производителях, а в принципе об участниках фармрынка. Отраслевые структуры, как АИРМ, например, имеют подобные кодексы. У нас в Российской Федерации нет формализованного кодекса, при этом есть внутренние правила поведения, которые не всегда зафиксированы на бумаге, но компания их придержи-

вается. Поэтому говорить о том, что Кодекс даст рынку... Сомневаюсь, что это будет какой-то прорыв на рынке в ту или иную сторону. Я воспринимаю принятие Кодекса как очередной шаг к более цивилизованному рынку, но принципиально он на ситуацию на рынке не повлияет. Кодекс касается норм этического поведения, которые регулируются не документами, а воспитанием, на-

ционально-психологическими традициями и особенностями.

Опасений, что компаниям, чтобы подписать Кодекс поведения, придется входить в Ассоциацию европейского бизнеса, у меня нет. Кто-то же должен был выступить инициатором разработки текста Кодекса. Я здесь никаких угроз не вижу.

АРФП воспринимает нынешний проект документа как рамочный. Кто хочет к нему присоединиться, пожалуйста, кто не хочет, может не присоединяться. При этом это не значит, что компания не будет соблюдать норм, прописанных в Кодексе, общечеловеческих норм, которые действуют на цивилизованном рынке. Это как Библия или Кодекс строителей коммунизма.

Те, кто присоединяются к Кодексу, договариваются, что в случае возникновения какого-то спорного вопроса его адресуют в некий экспертный орган, ими же избранный (условно, совет старейших, состоящий из тех, кому доверяют). Совет будет принимать решение, а вот насколько оно будет обязательным, это вопрос. Так как это этический Кодекс, никто не может обязать подписавшего его выполнить принятое решение на 100%. Наверное, для тех, кто не выполнит решения совета, будут установлены какие-то ограничения, например, попросят выйти из этого договора. Рассчитываем также, что окончательный вариант текста Кодекса поведения фармацевтических производителей будет принят в сентябре текущего года.

ИНСТРУМЕНТ САМОРЕГУЛЯЦИИ

Смирнова Татьяна

Директор по корпоративным связям компании Pfizer в России

Идея создания инструмента саморегуляции в фармацевтической отрасли на территории РФ возникла как результат конструктивного диалога ФАС России и представителей индустрии. Задача Кодекса – сформулировать правила игры, приемлемые для всех участников отрасли, в т. ч. в тех областях взаимоотношений, которые пока прямо не урегулированы законодательно, и, таким образом, создать единые прозрачные правила взаимодействия для субъектов, осуществляющих деятельность на фармацевтическом рынке, и минимизировать нарушения антимонопольного законодательства в части ограничения конкуренции и злоупотребления доминирующим положением. В частности,

это условия и принципы работы с дистрибуторами, аптеками и государственными заказчиками, установление добросовестных правил конкурентного взаимодействия в фармацевтической отрасли, недопущение некорректного поведения на рынке, недопущение злоупотребления доминирующим положением и пр.

Компания Pfizer активно участвует в разработке Кодекса. На текущий момент основная цель – собрать и учесть мнения всех участников рынка и подготовить единый документ, который будет поддержан всеми участниками. Это позволит создать прозрачные и понятные правила игры, которые будут способствовать дальнейшему развитию отрасли.

БЕЗ КОДЕКСА БУДЕТ ЕЩЕ СЛОЖНЕЕ

Смердов Виталий Леонидович

Председатель правления ГК «ФармЭко»

Считаю, что инициатива создания Кодекса поведения правильная. Любой вопрос, который возникает в нашей жизни, нельзя прописать детально. Но у любой компании есть своя корпоративная культура, свод писанных и неписанных правил, которыми компания живет и в рамках которых сотрудники принимают решения. Кодекс как документ, который определяет, как отрасли жить, что делать, а чего не делать, очень полезен, с моей точки зрения.

Изменения, я думаю, произойдут на рынке после принятия Кодекса, просто для этого нужно время. Любой кодекс – это

вещь добровольная, но если его не будет, будет еще сложнее. А с Кодексом поведения мы будем иметь некие правила, которыми можно руководствоваться, а дальше каждый участник рынка должен принять решение, насколько он готов следовать этим правилам. Пройдет какое-то время, и все станут добросовестными участниками рынка.

Текст документа я пока не видел, но идею поддерживаю. Если она будет реализовываться в правильном русле, думаю, наша компания подпишет Кодекс поведения. Инструмент саморегуляции.

ЛЮБЫЕ КОДЕКСЫ – ЭТО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, МАРКЕТИНГ

Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич

Директор НП «Центр социальной экономики», к.фарм.н.

Кодекс – это все-таки не государственный документ, таковым является федеральный закон или постановление правительства. Это некие правила, с которыми декларативно соглашаются участники рынка. Не факт, что, согласившись, они будут максимально соблюдать по всем пунктам эти регулирующие моменты. Но это может послужить хорошим PR-ходом для многих компаний, которые хотели бы заявить, что они разделяют определенные правила отрасли, что они этичны, законопослушны. Это определенным образом скажется на проектах компаний и на их взаимоотношениях с государственными органами, которые также рассматривают в качестве потенциальных партнеров только тех, кто действительно этичен и обладает определенными политиками и правилами поведения, утвержденными на уровне

компаний. Но этот Кодекс является декларативным и не имеет формата обязательного исполнения.

У AIPM (Ассоциация иностранных фарм-производителей) есть кодекс, который подписали иностранные фармкомпании – члены Ассоциации. Кстати, он даже жестче, чем европейская практика. Российские кодексы также не отстают по силе своих формулировок от западных аналогов. Но повторяю, это не государственный документ: с ним можно лишь формально согласиться или не согласиться.

Кодекс – это своего рода «бумага», которая будет привлекать компании вступать в Ассоциацию европейского бизнеса (АЕБ). Любые кодексы, политики, правила поведения – это, прежде всего, маркетинг. Кто-то всегда от этого выигрывает. Если кодекс соберет большое количество сторонников, и они

станут членами АЕБ, замечательно, значит, у компаний есть, по каким поводам объединяться и ретранслировать через ассоциацию проблемы, их волнующие. Но, учитывая, что сегодня на российском рынке много фармацевтических ассоциаций, внутри этих организаций рождаются раздирающие их в разные стороны силы, например, инновационные

и дженериковые, отечественные и иностранные. Различные компании входят часто в одни и те же ассоциации, но мотивы их пребывания там разные. Главное, чтобы Кодекс поведения объединял все компании, все их разновидности. Создать такой кодекс – непростое дело, ведь кто-то может остаться ущемленным в рамках его действия.

КОДЕКС НЕ ЖДЕТ СЛИШКОМ ЛЕГКАЯ СУДЬБА

Дианов Виталий Николаевич

Руководитель антимонопольной группы **GoIstsblat BLP**,
член генерального совета НП «Содействие развитию конкуренции»

Работа над Кодексом поведения фармацевтических производителей велась с конца 2014 г. представителями ряда фармкомпаний, входящих в Комитет АЕБ по фармацевтике и здравоохранению, совместно с сотрудниками ФАС России. НП «Содействие развитию конкуренции» присоединилось к работе над Кодексом в марте 2015 г. Проект документа к этому времени силами коллег из АЕБ уже был подготовлен. Члены рабочей группы партнерства помимо определенных правок в Кодекс предложили для обсуждения ряд принципиальных вопросов, от ответа на которые, по мнению членов партнерства, во многом может зависеть успешность дальнейшей судьбы Кодекса. В частности, к таким краеугольным вопросам следует отнести механизм отбора контрагентов фармкомпаний (ограничение количества прямых дистрибуторов, отказ в заключении договора с теми, кто не прошел аудит, в т. ч. антикоррупционный, по требованиям российского и зарубежного законодательства и пр.) и расторжений с контрагентами отношений во внесудебном порядке, различия условий работы фармкомпаний в зависимости от канала продаж.

Задача усложняется тем, что в недавнем прошлом, во-первых, состоялся ряд известных судебных решений не в пользу фармкомпаний, где суды рассматривали отдельные

аспекты, затрагиваемые в Кодексе, и, во-вторых, антимонопольная служба опубликовала Рекомендации по разработке и применению коммерческих политик хозяйствующими субъектами, занимающими доминирующее положение на рынках лекарственных средств и рынках медицинских изделий, где также не были обойдены вниманием некоторые из указанных острых вопросов. Достаточно отметить, что суды в отмеченных процессах высказались о неправомерности отказа в заключении договора (поставке товара) по причине задолженности дистрибутора перед фармкомпанией по другому препарату, по причине принятия фармкомпанией решения о выходе на торги через свою дочернюю компанию в России, по причине непрохождения дистрибутором антикоррупционного аудита по требованиям FCPA и UBA.

Безусловно, отдельные решения судов на уровне кассации не свидетельствуют о формировании единообразной судебной практики и ни в коем случае не определяют успешность или неуспешность защиты своей позиции фармкомпаниями в других процессах, однако такие решения создают определенный фон при обсуждении положений Кодекса.

Публичное же представление и в дальнейшем обсуждение Кодекса, по сути, началось

после того, как антимонопольная служба в конце мая 2015 г. провела заседание Экспертного совета по развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении. Индустрии было предложено сформулировать свои комментарии к проекту документа и в течение месяца прислать их в ФАС России. Достаточно большое количество фармкомпаний, фармацевтических ассоциаций и даже дистрибуторов свои комментарии прислали. Все комментарии в настоящее время анализируются службой. Уверен, что антимонопольная служба подойдет взвешенно к их оценке и здравые комментарии будут в итоге приняты, а те из них, что ведут к излишней конфронтации между иностранными фармкомпаниями, российскими фармпроизводителями и дистрибуторами без сожаления отвергнуты.

В целом, думаю, Кодекс не ждет слишком легкая судьба. Да, у нас есть хороший пример автомобильного кодекса, но разница в том, что автомобильных компаний относительно мало (около двух десятков), что облегчало автомобильной отрасли переговоры друг с другом. К тому же все автомобильные компании входят в соответствующий комитет АЕБ. Фармкомпаний больше сотни, у всех разные интересы и модели работы на рынке, их не объединяет какая-либо одна ассоциация (комитет).

Однако, несмотря на указанные объективные препятствия, если ФАС России будет готова в Кодексе ответить на острые вопросы, поставленные индустрией, то интерес фармкомпаний к документу очевидно возрастет и повысит вероятность его одобрения ими.

Если же Кодекс не разрешит хотя бы большую часть острых вопросов, то, полагаю, одна часть фармкомпаний будет крайне осторожно подходить к решению вопроса о присоединении к Кодексу, а другая, даже подписывая его, будет осознавать, что от претензий госоргана документ не защитит, и в любом случае каждой из них придется самостоятельно прорабатывать систему защиты своего поведения на рынке.

Представляется, что у антимонопольного органа есть огромное желание двигаться вперед с Кодексом, причем в сжатые сроки. Так, антимонопольная служба анонсировала, что в сентябре в рамках Дня конкуренции, значимого для службы события, хотела бы вернуться к вопросу саморегулирования фармотрасли и принципиально одобрить текст Кодекса. К тому же в ноябре ФАС России примет участие в конференции БРИКС по конкуренции, где планирует представить Кодекс зарубежным антимонопольным коллегам.



БИЗНЕС-АНАЛИТИКА. ОПРЕДЕЛЯЕМ СВОИ ПОЗИЦИИ

Любому специалисту, вне зависимости от занимаемого положения, важно знать, каково его положение и положение его аптеки в окружающей бизнес-среде.

Так, например, просто показатель объема товарооборота (дохода, чистой прибыли и др.) значит меньше, чем то, как этот результат соотносится с аналогичными показателями ваших коллег. Самый распространенный способ оценить свое относительное положение – это использовать процентиля.

Умаров Сергей Закирджанович

Проф. кафедры военной фармации Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург), д.фарм.н.

Процентиль – это характеристика набора данных, которые выражают ранги элементов не в виде чисел от 1 до n в виде процентов, а в виде процентов от 0 до 100%. Таким образом, наименьшему значению соответствует нулевой процентиль, наибольшему – 100%-ный процентиль, медиане – 50%-ный процентиль и т. д. Процентиля можно рассматривать как показатели, разбивающие наборы количественных и порядковых данных на определенные части.

Существенным моментом является тот факт, что процентиль представляет собой элемент данных, имеющий определенный ранг, но выражен в тех же единицах, что и набор данных. Например, 60-й процентиль объема товарооборота может быть равен 380 000 руб. (измерен не в процентах, а в руб., как и остальные элементы набора данных). Если этот 60-й процентиль, равный 380 000 руб., характеризует деятельность определенной аптеки, то это означает, что около 60% других аптек имеют показатели ниже 380 000 руб., а у 40% остальных это показатель выше. Процентиля могут быть использованы в двух случаях:

- чтобы показать значение элемента в заданном процентильном ранге (например, «10-й процентиль равен 156 000 руб.»);

- чтобы показать процентильный ранг значения данного элемента в наборе данных (например, «Эффективность продаж аптеки N составляет 2 960 000 руб. соответствует 55-му процентилю»).

Процентили могут служить в качестве универсальных базовых бизнес-характеристик. Чтобы оценить сущность того или иного бизнес-процесса достаточно нескольких значений процентилей. Так, 50-й процентиль – это уже знакомая медиана, поскольку 50-й процентиль находится посередине между наибольшим и наименьшим значением ряда. Интерес представляют экстремумы – соответственно максимальное и минимальное значение или другими словами 100-й и 0-й процентиля. Дополняют набор базовых характеристик квартили, определяемые как 25-й и 75-й процентиля. Квартили – это значения ранжированного ряда, которые находятся на расстоянии одной четвертой на пути от наименьшего и наибольшего значений. Соотношения медианы, квартилей и процентилей представлены на *рис. 1*.

Таким образом, пять базовых показателей включают наименьшее значение, нижний квартиль, медиану, верхний квартиль и наибольшее значение (*табл. 1*).

Рис. 1 Графическое представление медианы, квартилей и процентилей



Табл. 1 Перечень базовых показателей положений в бизнес-аналитике

№	Наименование показателя	Содержание показателя
1.	Наименьшее (минимальное) значение	0-й процентиль
2.	Нижний квартиль	25-й процентиль на четверть расстояния от наименьшего значения
3.	Медиана	50-й процентиль, середина
4.	Верхний квартиль	75-й процентиль на три четверти расстояния от наименьшего значения или на четверть расстояния от наибольшего значения
5.	Наибольшее (максимальное) значение	100-й процентиль

В совокупности перечисленные характеристики дают достаточно ясное представление об особенностях бизнес-данных. Два экстремума характеризуют размах (диапазон) данных, медиана показывает центр, два квартиля определяют границы расположенной в центре половины данных, а положение медианы относительно квартилей дает приблизительное представление о наличии или отсутствии асимметрии.

Попробуем использовать рассмотренные базовые характеристики на небольшом практическом примере. В качестве исходных данных были использованы статистические материалы «Фармацевтический рынок России: Рейтинг аптечных сетей по итогам 1 квартала 2015 года», DSM Group (<http://www.dsm.ru/about/news/120/>). В частности, были использованы данные о количестве точек продаж ряда аптечных сетей (табл. 2).

Табл. 2 Характеристика аптечных сетей по количеству точек продаж (I кв. 2015 г.)

№	Наименование аптечной сети	Количество точек продаж
1.	Ригла	1233
2.	А.в.е (вкл. 36,6 и Старый лекарь)	783
3.	Имплозия	1350
4.	А5	1039
5.	Доктор Столетов (вкл. Озерки)	316
6.	Радуга (вкл. Первая помощь)	875
7.	Фармаимпекс	550
8.	Фармленд	490
9.	Планета здоровья	619
10.	Классика	192
11.	Самсон Фарма	42
12.	Вита	452
13.	Фармакор	246
14.	Ладушка	248
15.	Мелодия здоровья	504

Для определения базовых характеристик первоначальные значения числа точек продаж табл. 2 были упорядочены по убыванию,

после чего каждому значению был присвоен ранг также в порядке убывания (табл. 3).

Табл. 3 Базовые характеристики аптечных сетей в разрезе количества точек продаж (I кв. 2015 г.)

Наименование аптечной сети	Количество точек продаж	Ранг	Базовая характеристика
Имплозия	1350	15	Наибольшее значение (максимум)
Ригла	1233	14	
А5	1039	13	
Радуга (вкл. Первая помощь)	875	12	
	$(875 + 783) / 2 = 829$	11,5	Верхний квартиль
А.в.е. (вкл. 36,6 и Старый лекарь)	783	11	
Планета здоровья	619	10	
Фармаимпекс	550	9	
Мелодия здоровья	504	8	Медиана

Фармленд	490	7	
Вита	452	6	
Доктор Столетов (вкл. Озерки)	316	5	
	$(316 + 248) / 2 = 282$	4,5	Нижний квартиль
Ладушка	248	4	
Фармакор	246	3	
Классика	192	2	
Самсон Фарма	42	1	Наименьшее значение (минимум)

Определение *наибольшего* и *наименьшего* значений не представляет особого труда, т. к. они находятся в первой и последней строках (ранги 15 и 1) табл. 3. Что касается медианы, то она имеет ранг $(15 + 1) / 2 = 8$, что соответствует 504 точкам продаж аптечной сети «Мелодия здоровья». Для нахождения ранга нижнего квартиля к рангу медианы прибавляем 1 и делим на 2, т. е. $(8 + 1) / 2 = 4,5$, что свидетельствует о необходимости усреднения значений 4-го и 5-го рангов. Найти ранг верхнего квартиля можно путем вычитания полученного значения ранга нижнего квартиля из суммы $15 + 1$. Другими словами, ранг верхнего квартиля $= (15 + 1) - 4,5 = 11,5$, а, следовательно, само значение верхнего квартиля будет определено путем усреднения значений точек продаж, соответствующих 11 и 12 рангам. Ниже приведены общие формулы определения рангов квартилей, которые описывают представленный выше порядок вычислений.

$$\text{Ранг нижнего квартиля} = \frac{1 + \text{int}[(1+n)/2]}{2}$$

$$\text{Ранг верхнего квартиля} = (n+1) - \text{ранг нижнего квартиля}$$

где *int* означает функцию взятия целого, которая отбрасывает целую часть числа;
n – число рангов.

Рассматривая базовые бизнес-характеристики, следует упомянуть т. н. выбросы – экстремальные значения исследуемых данных. К выбросам (если таковые присутствуют) следует относить значения данных, расположенные далеко от центра распределения

(медианы). В частности, к верхним выбросам следует относить значения, которые превышают величину, равную:

$$\text{верхний квартиль} + 1,5 \times (\text{верхний квартиль} - \text{нижний квартиль}).$$

Нижний выброс определяется как

$$\text{нижний квартиль} - 1,5 \times (\text{верхний квартиль} - \text{нижний квартиль}).$$

Используя приведенные выше формулы, для расчета выбросов исследуемых нами данных получаем значения, представленные в табл. 4. Впрочем, среди исходных данных таких экстремальных значений не наблюдается.

Табл. 4 Характеристика выбросов

Верхний квартиль	829
Нижний квартиль	282
Выброс верхний	$829 + 1,5 \times (829 - 282) = 1649,5$
Выброс нижний	$282 - 1,5 \times (829 - 282) = -538,5$

В завершение необходимо отметить, что на практике приходится оперировать значительно большими объемами информации и потому необходимо использовать возможности средств вычислительной техники. На первых порах достаточно возможностей хорошо известного табличного процессора Excel. На рис. 2 представлено решение по нахождению базовых характеристик аптечных сетей в разрезе количества точек продаж в I кв. 2015 г

Рис. 2 Решение по нахождению базовых характеристик аптечных сетей в разрезе количества точек продаж (I кв. 2015 г. Excel)

Наименование аптечной сети	Количество точек продаж	Базовые характеристики	Формула расчета	Значения
Имплозия	1233	Минимум	=МИН(B2:B16)	42
Рягла	783	Максимум	=МАКС(B2:B16)	1350
A5	1350	Медиана	=МЕДИАНА(B2:B16)	504
Радуга (вкл. Первая помощь)	1039	Нижний квартиль	=КВАРТИЛЬ.ВКЛ(B2:B16;1)	282
ABE (вкл. 36,6 и Старый лекарь)	316	Верхний квартиль	=КВАРТИЛЬ.ВКЛ(B2:B16;3)	829
Планета здоровья	875			
Фармазвпекс	550			
Мелодия здоровья	490			
Фармленд	619			
Вита	192			
Доктор Столетов (вкл. Озерия)	42			
Ладушка	452			
Фармакор	246			
Классика	248			
Самсон-фарма	504			



МЫ ИМЕЕМ ПРАВОВОЙ ВАКУУМ, ИЛИ ИЗМЕНЕНИЯ ТРЕБУЮТ УТОЧНЕНИЙ

Продолжение, начало в МА №5/15

Косова Ирина Владимировна

Зав. кафедрой менеджмента и маркетинга в фармации РУДН, проф., д.фарм.н.

Сейчас перечень лекарственных препаратов (ЛП), подлежащих ПКУ, полностью приведен в соответствие с нормативными документами. В то время как раньше было расхождение между перечнем ПКУ, утвержденным приказом Минздравсоцразвития РФ от 14.12.05 №785 «О порядке отпуска лекарственных средств», и теми исходными документами, которые утверждало своими постановлениями Правительство РФ.

БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ? ПОДЛЕЖИТ ПКУ ИЛИ НЕТ

ЛС – фармацевтические субстанции и ЛП, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (их соли, изомеры, стереоизомеры), включенные в Списки II, III, IV Перечня наркотических средств (НС), психотропных веществ (ПВ) и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, утвержденного постановлением Правительства РФ от 30.06.98 № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) в сочетании с фармакологически неактивными веществами, а также ЛП, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры в сочетании с фармакологически активными веществами (при условии включения их в перечень отдельной позицией):

ЛС – фармацевтические субстанции и ЛП, содержащие сильнодействующие и ядовитые вещества (их соли, изомеры, простые и сложные эфиры, смеси и растворы независимо от концентрации), внесенные в списки сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса РФ, утвержденные постановлением

Правительства Российской Федерации от 29.12.07 № 964 «Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ для целей статьи 234 Уголовного кодекса Российской Федерации» (ПП № 964) в сочетании с фармакологически неактивными веществами, а также ЛП, содержащие сильнодействующие и ядовитые вещества в сочетании с фармакологически активными веществами (при условии включения их в перечень отдельной позицией). Теперь полная аналогия между ПКУ и ПП № 964. Например, тот же сибутрамин, который раньше не состоял на ПКУ, но был в списке, утвержденном ПП № 964. Сейчас противоречие устранено.

Обратить внимание! Когда речь идет о готовом ЛП, то в том случае, если это сочетание сильнодействующего ядовитого вещества с индифферентными наполнителями, тогда это однозначно ПКУ. А если эта комбинированная форма содержит сильнодействующее вещество и другое фармакологически активное вещество? Тогда этот препарат подлежит ПКУ только в случае, когда он отдельной позицией вносится в перечень.

Для примера такая позиция, как залдиар. Он был на ПКУ и остался обязательным

препаратом, подлежащим ПКУ. В состав залдиара кроме трамадола входит парацетамол. И, казалось бы, последний – фармакологически активное вещество, поэтому не должно быть на ПКУ, но его именно такой отдельной позицией вносят в перечень. А вот сибутрамин в сочетании с метилцеллюлозой отдельной позицией в перечень не вошел, поэтому он не подлежит ПКУ.

Третья группа ЛС, подлежащих ПКУ, закреплена приказом Министерства здравоохранения РФ от 22.04.14 № 183н «Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету» (Пр-183).

Комбинированные лекарственные препараты, содержащие кроме малых количеств НС, ПВ и их прекурсоров, др. фармакологически активные вещества (см. п. 5 Порядка отпуска физическим лицам ЛП для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств НС, ПВ и их прекурсоров др. фармакологически активные вещества, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 17.05.12 № 562н) – все, что выписывается на бланке формы-148: кафетин, пенталгин, нурофен и т. д.

Еще в 2012 г. на форму-148 перевели, сказали, что действует 10 дней, рецепт остается в аптеке и хранится три года, но не было ПКУ. А с 22 апреля 2014 г. этот учет есть.

Много сразу возникло вопросов после выхода Пр-183. Было разъяснительное письмо Минздрава по некоторым позициям, в т. ч. по вышеупомянутому Сибутрамину.

Важно! Если это монопрепарат, то однозначно обязателен ПКУ. «Учету подлежат монопрепараты, являющиеся сильнодействующими веществами, с МНН *сибутрамин* («Слимия», «Меридиа», «Голдлайн», «Линдакса»).

А если препарат все-таки вместе с фармакологически активным веществом, то ПКУ не подлежит. Например, «Редуксин капсулы» (МНН *Сибутрамина гидрохлорид моногидрат + целлюлоза микрокристаллическая*) является комбинированным ЛС, содержащим два фармакологически активных действующих вещества – *сибутрамин* и *целлюлозу*

микрокристаллическую, и не относится к сильнодействующим веществам.

Любопытный момент: «ПКУ подлежат только лекарственные средства (фармацевтические субстанции и монопрепараты), содержащие сумму алкалоидов красавки, как основное и единственное фармакологическое активное вещество, и имеющие соответствующее международное непатентованное (группировочное) или наименование (например, сырье растительное экстракт сухой, зарегистрированное под торговым наименованием «Красавки сумма алкалоидов»)».

Таким образом, не подлежат учету: ЛП «Красавки экстракт суппозитории ректальные» (имеющий международное непатентованное (группировочное) наименование Белладонны листья и содержащий в своем составе экстракт красавки сухой или густой), а также ЛП «Беллатаминал таблетки, покрытые оболочкой» (является комбинированным препаратом, содержащим *красавки суммы алкалоидов + Фенобарбитал + Эрготамина тартрат*). Вывод: то, что не внесено отдельной позицией в перечень, ПКУ не подлежит. Хотя, казалось бы, странно, ведь в составе Беллатаминала есть Красавка суммы алкалоидов... Была бы она отдельно, то это подлежало бы ПКУ. Фенобарбитал – это психотроп из Списка 3, и отдельно – это ПКУ. Эрготамина тартрат – это прекурсор, значит отдельно – это тоже на ПКУ. В отдельности все подлежат ПКУ, а вместе почему-то нет... Они антагонисты действия? Снимают психотропное действие друг друга? Логика непонятна.

Будет уточнение и по поводу Спирта этилового. В разъясняющем письме Минздрава сказано: «В связи с тем, что ядовитым веществом является Спирт этиловый (а не Этанол), предметно-количественному учету подлежат все лекарственные средства (препараты), имеющие торговое или МНН «Спирт этиловый». Открываем любую статью Государственного реестра лекарственных средств и читаем: МНН *Этанол*, торговое название «Спирт этиловый». Или наоборот – МНН *Спирт этиловый*, торговое название «Этанол». Так ПКУ или не ПКУ?

По поводу Тестостерона, наращивающего мышечную массу, тоже возникали вопросы. В письме Минздрава России читаем: «К сильнодействующим веществам и, следовательно, к лекарственным препаратам, подлежащим ПКУ, относятся монопрепараты, содержащие тестостерон (смесь эфиров тестостерона), в лекарственных формах (за исключением лекарственной формы для наружного применения – кремы, мази, гели), такие как:

- «Тестостерона пропионат раствор для внутримышечного введения» (химическое наименование (3-оксоандрост-4-ен-17β-ил) пропионат);
- «Андриол ТК капсулы»;
- «Небидо раствор для внутримышечного введения» (международное непатентованное наименование Тестостерон);
- «Сустанон-250 раствор для внутримышечного введения»;
- «Омнадрен-250 раствор для внутримышечного введения» (группировочное наименование Тестостерон (смесь эфиров).
- По поводу **комбинированных препаратов** сказано: «Подлежат предметно-количественному учету:
- Кодеинсодержащие ЛП («Каффетин табл.», «Коделак таблетки», «Солпадеин капсулы (тб. шипучие)», «Терпинкод таблетки», «Юниспаз таблетки» и др. с содержанием кодеина в количестве до 20 мг на 1 дозу твердой ЛФ);
- ЛП, содержащие псевдоэфедрина гидрохлорид в количестве выше 30 мг и до 60 мг включительно на 1 дозу твердой ЛФ («Ринасек таблетки»);
- ЛП, содержащие декстрометорфана гидробромид в количестве до 200 мг включительно на 100 мл/100 г жидкой ЛФ для внутреннего применения («Гликодин сироп», «Колдрекс найт сироп», «Туссин плюс сироп», «Терасил-Д сироп»).

Подлежат предметно-количественному учету:

- ЛП, содержащие фенилпропаноламин в количестве до 75 мг на 1 дозу твердой ЛФ («Диетрин капсулы», «Колдакт капсулы», «Контакт капсулы», «Оринол плюс капсулы»)

или до 300 мг включительно на 100 мл/100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения («Триаминик сироп»);

- ЛП, содержащие фенобарбитал в количестве до 20 мг в сочетании с кодеином независимо от количества на 1 дозу твердой ЛФ («Пенталгин Плюс таблетки», «Пенталгин-Н таблетки», «Пиралгин таблетки», «Седалгин-Нео таблетки», «Седал-М таблетки», «Тетралгин таблетки» и др.);
- ЛП, содержащие фенобарбитал в количестве до 20 мг в сочетании с эфедрином гидрохлоридом независимо от количества на 1 дозу твердой ЛФ («Нео-Теофедрин таблетки»).

Не подлежат предметно-количественному учету:

- «Нурофен Стопколд таблетки», «Каффетин Колд таблетки», «Тофф плюс капсулы», «Беллатаминал таблетки», «Амиксид таблетки» отпускаются по рецепту формы № 107-1/у, которые не хранятся в аптеке;
- «Гриппекс таблетки», «Грипэнд таблетки», «Алекс Плюс пастилки», «Андипал таблетки» (содержит фенобарбитал) отпускаются без рецепта.
- 19 ноября 2014 г. было проведено заседание межведомственной комиссии по рассмотрению предложений о включении ЛС в перечень лекарственных средств, подлежащих ПКУ, созданной согласно приказу Минздрава России от 08.07.14 № 356.
- Комиссия приняла решение о включении с 1 мая 2015 г. в перечень ЛС для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, 3 новых позиций лекарственных препаратов под МНН **Тропикамид**, **Регабалин**, **Циклопентолат**, которые пойдут уже на бланке формы-148 и будут учитываться, как все остальные.

По материалам конференции «Аптечный бизнес: адаптация к действительности»
ААУ «СоюзФарма»



ВОПРОС – ОТВЕТ

Между аптекой и организацией заключен договор посредством проставления согласия в виде галочки в графе «согласны с условиями договора» на тексте договора, размещенного на интернет-ресурсе. А именно, на электронной торговой площадке, где объединены прайс-листы поставщиков фармацевтической продукции.

В соответствии с договором после проставления отметки о согласии с его условиями аптека предоставляет данные, размещая заказы на этом интернет-ресурсе, а владелец электронной площадки использует данные при осуществлении деятельности, в частности для повышения эффективности процесса реализации товара и планирования отношений с поставщиками товаров, и перечисляет аптеке вознаграждение.

Соответствует ли закону договор в данной ситуации?

РАССМОТРЕВ ВОПРОС, МЫ ПРИШЛИ К СЛЕДУЮЩЕМУ ВЫВОДУ:

В случае если размещенный организацией на сайте в Интернете текст содержит все существенные условия договора и определенно выражает предложение заключить такой договор с любым, кто отзовется, этот текст можно рассматривать как публичную оферту. Проставление галочки в графе «согласны с условиями договора» и дальнейшее размещение заказа на этом сайте является акцептом публичной оферты и означает заключение договора.

Факт использования приведенного в вопросе способа заключения договора не влечет его незаключенности или недействительности.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

Договором согласно п. 1 ст. 420 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) признается соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей. Согласно п. 1 ст. 154 ГК РФ договоры являются сделками, и к ним применяются правила о двух- и многосторонних сделках, предусмотренные гл. 9 ГК РФ (п. 2 ст. 420 ГК РФ).

Следует различать договор как соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей (договор – юридический факт, наступление которого влечет предусмотренные им правовые последствия) и договор как подписанный уполномоченными лицами документ, выражающий содержание такого соглашения. Договор заключается посредством направления оферты (предложения заключить договор) одной из сторон и ее акцепта (принятия предложения) другой стороной и считается заключенным по общему правилу в момент получения оферентом акцепта (п. 1 ст. 420, п. 2 ст. 432, п. 1 ст. 433 ГК РФ).

Иными словами, для заключения договора необходимо волеизъявление его сторон, направленное на движение составляющих его содержание правоотношений. Наличие единого документа не является по общему правилу обязательным элементом сделки, в отсутствие которого сделка не может считаться состоявшейся (притом, что такой документ, безусловно, имеет доказательственное значение в суде при возникновении спора относительно факта заключения договора).

В соответствии с п. 1 ст. 161 ГК РФ сделки юридических лиц между собой должны совершаться в письменной форме.

Договор в письменной форме может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами, а также путем обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, телефонной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что документ исходит от стороны по договору (п. 2 ст. 434 ГК РФ). Кроме того, договор может быть заключен посредством принятия (акцепта) письменного предложения заключить договор (оферты) в порядке, предусмотренном п. 3 ст. 438 ГК РФ.

Согласно п. 1 ст. 432 ГК РФ договор считается заключенным, если между сторонами в требуемой в подлежащих случаях форме достигнуто соглашение по всем существенным условиям договора. Существенными являются условия о предмете договора, условия, которые названы в законе или иных правовых актах как существенные или необходимые для договоров данного вида, а также все те условия, относительно которых по заявлению одной из сторон должно быть достигнуто соглашение (п. 1 ст. 432 ГК РФ).

Офертой признается адресованное одному или нескольким конкретным лицам предложение, которое достаточно определенно и выражает намерение лица, сделавшего предложение, считать себя заключившим договор с адресатом, которым будет принято предложение.

Оферта должна содержать существенные условия договора (п. 1 ст. 435 ГК РФ).

В случае если размещенный организацией на сайте в Интернете текст содержит все существенные условия договора и определенно выражает предложение заключить такой договор с любым, кто отзовется, этот текст можно рассматривать как публичную оферту (п. 2 ст. 437 ГК РФ).

Публичной офертой признается содержащее все существенные условия договора предложение, из которого усматривается воля лица, делающего предложение, заклю-

чить договор на указанных в предложении условиях с любым, кто отзовется (п. 2 ст. 437 ГК РФ). Закон не содержит каких-либо ограничений в отношении порядка направления публичной оферты. В связи с этим такое предложение может быть размещено и в Интернете.

Следует подчеркнуть, что предложение о заключении договора может быть признано офертой лишь при условии, что оно содержит все существенные условия договора, который предполагается заключить (п. 1 ст. 435 ГК РФ). В тех случаях, когда предложение таких условий не содержит, его акцепт не может привести к заключению договора (смотрите, например, решение Арбитражного суда Рязанской обл. от 07.07.04 № А54-1626/04-С16, постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 08.05.09 № 02АП-1582/2009).

Согласно п. 1 ст. 438 ГК РФ акцептом признается ответ лица, которому адресована оферта, о ее принятии. Акцепт должен быть полным и безоговорочным. В частности, признается акцептом совершение лицом, получившим оферту, в срок, установленный для ее акцепта, действий по выполнению указанных в ней условий договора (отгрузка товаров, предоставление услуг, выполнение работ, уплата соответствующей суммы и т. п.), если иное не предусмотрено законом, иными правовыми актами или не указано в оферте (п. 3 ст. 438 ГК РФ).

Стороны могут заключить договор, как предусмотренный, так и не предусмотренный законом или иными правовыми актами (п. 2 ст. 421 ГК РФ). К правоотношениям из непоименованного в законе договора применяются общие положения об обязательствах и договорах и условия самого договора, а нормы особенной части ГК РФ об отдельных видах обязательств могут применяться только по аналогии закона – в случае, если соответствующие отношения прямо не урегулированы законом или соглашением сторон (п. 1 ст. 6 ГК РФ).

Кроме того, стороны вправе заключить договор, в котором содержатся элементы

различных договоров, предусмотренных законом или иными правовыми актами (смешанный договор). К отношениям сторон по смешанному договору применяются в соответствующих частях правила о договорах, элементы которых содержатся в смешанном договоре, если иное не вытекает из соглашения сторон или существа смешанного договора (п. 3 ст. 421 ГК РФ).

При наличии спора относительно юридической квалификации отношений между сторонами суд будет оценивать договор исходя из его содержания и существа регулируемых им отношений (ст. 431 ГК РФ).

В случае, если условия размещенного на интернет-ресурсе договора определены в стандартной форме и могут быть приняты другой стороной не иначе как путем присоединения к предложенному договору в целом, такой договор будет считаться договором присоединения (п. 1 ст. 428 ГК РФ).

Изложенное позволяет сделать вывод, что договор может быть заключен путем размещения одной стороной публичной оферты в Интернете и совершения другой стороной

действий, указанных в этой оферте. При этом сторонами должны быть соблюдены требования ГК РФ к заключению договора. Сам по себе факт использования приведенного в вопросе способа заключения договора не влечет его незаключенности или недействительности. Такой договор вступает в силу, когда организация, согласившись с его условиями акцептом оферты, размещает на сайте заказ с информацией, а сайт осуществляет техническую возможность для такого размещения (допуск к услугам сайта) (смотрите, например, постановление Девятого арбитражного апелляционного суда от 27.12.11 № 09АП-32374/11).



www.garant.ru
Эксперты службы
Правового консалтинга ГАРАНТ

Юлия АНОСОВА, Артем БАРСЕГЯН



ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗА: ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА

Преферанская Нина Германовна

Доцент кафедры фармакологии фармацевтического факультета
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.фарм.н.

Окончание, начало в МАН^{№3/15}

Метода лекарственной профилактики остеоартроза практически не существует; врачи рекомендуют заместительную терапию эстрогенами, витамином D и применение антиоксидантов или биологически активных добавок к пище (БАД).

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ К ПИЩЕ

БАД улучшают состояние пораженных суставов, т. к. в состав таких препаратов входят стимуляторы регенерации хрящевой ткани, которые облегчают симптомы заболевания и уменьшают потребность в обезболивающих препаратах не только на ранних сроках заболевания. Препараты могут использоваться при комплексном лечении всех форм остеоартроза, т. к. нередко в их состав входят полезные для организма витамины, минералы, жирные кислоты, растительные экстракты, которые оказывают противовоспалительное, обезболивающее, антиоксидантное и общеукрепляющее действие. Среди огромного количества БАД, применяемых с этой целью, необходимо выделить следующие.

Артроцин содержит хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат, дигидрокверцетин, экстракты хвоща полевого, корня одуванчика, коры белой ивы, витамины С и Е. Улучшает функциональное состояние опорно-двигательного аппарата при артрозах, остеохондрозе и артритах.

Инолтра содержит хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат, 3 полиненасыщенные жирные кислоты, аспарат марганца, витамины С и Е, оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие. Инолтра имеет сложный состав: D-глюкозаминсульфат

166,7 мг, N-ацетил-D-глюкозамин 166,7 мг, эйкозапентаеновая кислота 133,3 мг, глюкозамин сульфат + хондроитинсульфат + омега 3 полиненасыщенные жирные кислоты + аспарат марганца, витамины С и Е. Применяется в комплексной терапии дегенеративных и хронических воспалительных заболеваний суставов и позвоночника.

Остеорон (20 таблеток шипучих в упаковке), содержащий строительный белок глюкозамин 1250 мг, быстро восполняет его недостаток в суставах и всех видах соединительной ткани. Растворяют 1 тб. в 1/2 стакана воды, курс приема 1 месяц. Побочных эффектов практически не возникает.

Важно! Противопоказан беременным, в период кормления и при индивидуальной непереносимости компонентов.

Хонда, Хонда форте являются источником глюкозамина и хондроитинсульфата, в состав БАД также включены растительные экстракты ивы белой коры и лопуха корней.

Суставит форте содержит хондроитин, глюкозамин, капсаицин, биостимулирующий комплекс витаминов, чаще всего применяется с профилактической целью у метеозависимых людей.

Улучшают подвижность и функции пораженных суставов, способствуют формированию костной мозоли при переломах костей, восстанавливают и поддерживают

недостающие биологически активные вещества такие препараты, как **Жабий камень**, – стимулятор регенерации хрящевой ткани, при этом облегчая симптомы заболевания и уменьшая потребность в обезболивающих препаратах.

Коллаген-Ультра – гидролизат коллагена (природный источник аминокислот), необходимого для обновления суставов, связок, сухожилий и синтеза внутрисуставной жидкости.

Артоактив, выпускаемый в форме таблеток и крема-бальзама, содержит в качестве действующих веществ экстракт смолы сухой босвелии (ладан), полифенолы корня куркумы и экстракт семян кедра, которые способствуют уменьшению процесса воспаления и болезненности в области сустава. БАД применяется при остеоартрозе и болевых синдромах в области спины и позвоночника.

Артолайт – крем для суставов, содержит хондропротекторные компоненты, способствует повышению эластичности тканей в области суставов, уменьшает боль, отек и воспаление в суставах и позвоночнике.

Хондромарин – БАД для коррекции и восстановления, в качестве средства профилактики и дополнения к лечению широкого спектра суставных заболеваний.

Бора-Бора (капс. 350 мг) – препарат, содержащий уникальную природную форму бора – фруктоборат кальция, рекомендован для профилактики и комплексной терапии артритов, остеоартрозов, остеохондроза. Основными фармакологическими свойствами бора являются формирование и поддержание нормальной структуры и функции костной и хрящевой ткани суставов и усиление синтеза нуклеиновых кислот. С этим свойством бора связывают его выраженное положительное влияние на процессы восстановления костной и хрящевой ткани, нормализацию метаболизма и структуры костной ткани через контроль паратгормона, основного регулятора обмена кальция и формирования костной ткани, укрепление структуры коллагенового матрикса путем удержания протеогликанов, торможение активности

коллагеназы, защищающей белковую основу хрящевой и костной ткани от преждевременного разрушения. Компоненты препарата обладают мощной противовоспалительной активностью и лишены побочных эффектов, характерных для синтетических лекарственных средств.

ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Диацереин (ТН «Артродарин», «Диафлекс») – противовоспалительное средство, обладающее симптомо-модифицирующим эффектом замедленного действия. Диацереин – производное антрахинолина, диацетилированное производное реина, ингибирует синтез и активность интерлейкина-1, который играет важную роль в развитии воспаления, дегенерации и последующем разрушении хряща при остеоартрозе. Диацереин ингибирует действие цитокинов, вызывающих воспаление, включая ИЛ-6, ФНО-альфа, замедляет образование металлопротеиназ (коллагеназа, эластаза), которые участвуют в процессе повреждения хрящевой ткани. В одной капсуле содержится диацереина 50 мг. Препарат показан при первичном и вторичном остеоартрозе.

Принимают по 1 капсуле 2 раза в день, утром и вечером, после еды. Курс – не менее 4 месяцев. Капсулы следует проглатывать целиком, не разжевывая, запивая водой. Эффект от лечения следует ожидать через 2-4 недели. **Важно!** При повышенной чувствительности к его компонентам могут отмечаться аллергические реакции различной степени.

Нанопласт форте – пластырь, изготовленный с помощью современных нанотехнологий на основе достижений традиционной и народной медицины. В состав пластыря входит магнитный порошок из редкоземельных металлов, нанопорошок – продуциатор инфракрасного излучения в далекой инфракрасной области спектра. Пластырь обладает обезболивающим, противовоспалительным и мышечно-расслабляющим действием, способствует восстановлению функции опорно-двигательного аппарата. Сочетанное воздействие инфракрасного

(теплового) излучения и магнитного поля приводит к улучшению местного (локального) крово- и лимфообращения. При этом исчезает застой крови, улучшается венозный отток, уменьшается воспалительная реакция, снимаются отек и болевые ощущения. Все это приводит к восстановлению функции опорно-двигательного аппарата. Применяют при артритах, артрозах, остеоартрозах, в т. ч. коленного, тазобедренного и плечевого суставов. Пластырь может быть использован в составе комплексной терапии, совместим с лекарственными препаратами, за исключением одновременного использования других наружных средств на одних и тех же участках кожи. Форма выпуска: запаянный пакет по три медицинских лейкопластыря 7×9 см

или 9×12 см. Необходимо снять с пластыря защитный слой и зафиксировать его на сухом участке кожи в беспокоящей области тела, срок действия 12 час. При остеоартрозе применение лекарственных препаратов и БАД позволяет укрепить мышечный каркас, снизить риск обострений, уменьшить скорость прогрессирования заболевания и поражения новых суставов. Однако этого недостаточно, если больной не будет следить за нормальной массой тела и при необходимости не будет бороться с тучностью. Избыточный вес повышает нагрузки на суставы и может являться причиной нарушения мышечного тонуса и разрушения хрящевой ткани. В дополнение можно использовать различные приспособления при ходьбе и внешние фиксаторы.



«ЖИВЕМ НА ОТШИБЕ, ДО АПТЕКИ КИЛОМЕТР ИДТИ»

Район Северное Медведково обращает на себя внимание, прежде всего, расположением в пойме реки Яузы рекреационной зоны – любимого места отдыха местных жителей. Асфальтированные дорожки петляют на протяжении всего Медведковского лесопарка, где даже в непогоду уютно и безопасно. Оборудованные детские площадки с лавочками, точка доступа в Интернет, пикниковая зона, многоголосие певчих птиц – главные достоинства лесопарка.

В Северном Медведково нет той скученности в размещении жилой зоны, что наблюдалась у ее южного соседа (МА №5/15 «В районе Южном Медведково есть аптеки на любой вкус». – Прим. ред.) С 60-х гг. прошлого века район вошел в состав Москвы, с этого времени началась его массовая застройка пятиэтажками, но району повезло, на сегодняшний день их почти не осталось.

Исследовано 23 аптечных предприятия:

аптеки АС «Норма» ОАО «Торговая сеть «Аптечка» (на ул. Широкой, д. 9 и Заревом пр-де, д. 14/2); аптеки ООО «Аптечная сеть 03» – № 1203 АС «Будь здоров» (ул. Широкая, д. 21), № 1100 АС «Ригла» (пр-д Шокальского, д. 41) и № 1203 АС «Ригла» (ул. Тихомирова д. 1); аптеки ГБУЗ «ЦЛО и КК ДЗ г. Москвы» АС «Аптеки Столицы» – № 26 (ул. Широкая, д. 13) и № 22 (ул. Молодцова, д. 2а); аптека АС «Столички» ООО «Нео-фарм» (ул. Грекова, д. 8), аптека ООО «Цефeya» (Студеный пр-д, д. 8), аптека ООО «Гармония» (ул. Грекова, д. 5), аптека ООО «Сэйвер» (ул. Грекова, д. 8, стр. 2); аптека ЗАО «Вегат плюс» АС «Мицар-Н» (пр-д Шокальского, д. 51а); АП ООО «Аструмфарм» (ул. Широкая, д. 31), АП № 49 АС «А5» «Торговая сеть «Аптечка» (ул. Широкая, д. 29), АП ООО «Варлей-М» (ул. Широкая, д. 12б), АП ЗАО «Вилард» (ул. Полярная, д. 28), АП ООО «ВДЛ-Фарм» (ул. Молодцова д. 2а), АП ООО «Фармат Т» (ул. Сухонская, д. 9а), АП ООО «Аптека-М+» (пр-д Шокальского, д. 26), АП ООО «Медфарм» (ул. Широкая, д. 11), АП ООО «Март» (ул. Широкая, д. 1, к. 1), АП ООО «Розация фарм» (Студеный пр-д, д. 7а), АП ООО «ЖА Аптека» (Студеный пр-д, д. 28).
Опрошено 208 человек, в т. ч. 126 женщин и 82 мужчин, из них людей молодого возраста (15-28 лет) – 27%, людей среднего возраста (28-50 лет) – 20%, людей пожилого возраста (старше 55 лет) – 43%.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий

МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ Важно для 89 человек.

Аптечные предприятия по территории района Северное Медведково расположены крайне неравномерно. Семь из них расположились в непосредственной близости от станции метро (в радиусе 300 м), причем

четыре – круглосуточные. Здесь ощущается острая конкуренция за покупателей. «Мой сосед-наркоман бежит с ул. Грекова в аптечный пункт напротив выхода из метро. Нам потом страшно выходить поздно вечером на лестничную площадку», – пожаловалась пенсионерка, не пожелавшая назвать свое имя.

Полностью лишены аптечных предприятий жители Полярного пр-да, Осташковско-

го ш., Чермянской ул. и одноименного проезда, а также ул. Северодвинской. *«Мы живем на отшибе. Мало того, что транспорта с трудом дождешься, у нас даже маршрутки не ходят, так и до ближайшей аптеки больше километра добираться»*, – рассказала студентка медицинского колледжа Лена П., жительница Северодвинской ул.

Большинство жителей района не желают мириться с этаким несправедливостью. *«Я не раз обращалась к своему участковому с просьбой, чтобы она походатайствовала об открытии в районной поликлинике аптечного киоска, такой киоск, например, функционирует в поликлинике на Полярной, где принимают рецепты от врачей этой поликлиники. У нас никакого результата»*, – пожаловалась инвалид II группы Наталья Григорьевна, 67 лет. Еще одна особенность аптечного бизнеса в районе – внезапное появление аптек и такое же внезапное закрытие. Так, закрылась аптека, функционировавшая в универсаме «Дикси» на Студеном пр-де, и этим фактом местные жители были очень расстроены, потому что другое аптечное предприятие, расположенное неподалеку, в доме № 28, у пожилых людей не в чести по причине обидной невнимательности к ним первостольников. Совсем недавно начал свою работу аптечный пункт в центре «Большая семья», представляющем собой рынок с детскими товарами; со слов охранника центра, «в аптеку заходят, в основном, случайные посетители». Женщина-фармацевт удивлена, что об их деятельности нет никакой информации, даже «ничего неизвестно в Интернете».

Пожалуй, здесь уместно пожелать местным властям внимательнее относиться к запросам местных жителей, чтобы тем было комфортно проживание в районе.

АССОРТИМЕНТ

Важен для 64 человек.

Выбор лекарственных средств в аптеках хороший, парафармацевтика представлена большим выбором медицинских изделий, медтехники, товаров для матери и ребенка

и мн. др. Товаровед Тамара Николаевна поделилась радостью: *«Раньше я приобретала требуемое для дачного сезона в аптеке на Таганке неподалеку от работы, а сейчас все необходимое могу приобрести в районе – в аптеке на ул. Широкой, д. 13»*.

Из эксклюзивных товаров можно выделить сибирские отруби с брусникой, черникой, клюквой, ядром кедрового ореха, предлагаемые покупателям в АП ООО «Март».

А вот молодая мама Ольга М. отмечает такую важную и приятную услугу аптеки, как наличие рецептурно-производственного отдела в «Аптеках Столицы»: *«У меня ребенок часто болеет ринитом, участковый врач выписывает нам 2% раствор протаргола, который я всегда могу приобрести здесь. Ради приобретения этого редкого лекарства я со Студеного проезда прихожу сюда – на Широкую»*.

В аптеке ООО «Сэйвер» имеются в продаже медицинские пиявки по цене 85 руб. за единицу, а также традиционное средство народной медицины – пчелиный яд известного бренда «Софья», охотно рекламируемый фармацевтами как препарат, практически не имеющий побочного действия. Медицинские пиявки имеются в продаже и в аптеке № 26 АС «Аптеки Столицы» по цене 78 руб.

В аптеке АС «Мицар-Н» ЗАО «Вегат плюс» реализуются сибирские чаи, скипидарные эмульсии, байкальские глины, хвойные экстракты «Золото леса». *«Я всегда посещаю нашу аптеку, когда бываю в универсаме «АБК», покупаю сибирские чаи. Мы с мужем пьем их в сырую, холодную погоду, чтобы не простужаться, помогает»*, – призналась пенсионерка Нина Викторовна.

В АП ООО «Фармат Т» в продаже солевая лампа с ионизирующим излучением: стоит не дешево, но ее применение постепенно избавляет человека от многих хронических простудных заболеваний.

ЦЕНА

Важна для 134 человек.

Этот фактор выбран как приоритетный для посещения аптечного предприятия

большинством респондентов. Жители района, в первую очередь, преклонного возраста, привыкли экономить на лекарствах. *«Непорядок, когда в аптечных ларьках вроде того, что расположен в «Билле», баночка для сбора анализов стоит не меньше 23 руб., в прошлом году мне пришлось купить ее там же за 50 руб. И только в аптеке «Столички» на ул. Грекова она стоит 8 руб. 50 коп., на той же ул. Грекова в круглосуточной аптеке, что напротив районной поликлиники, эта самая тара стоит 18 руб. Спраши-*

вается: почему?» – задается вопросом пенсионерка Мария Олеговна.

Разброс цен в аптечных учреждениях района на отдельные препараты достигает более 150 руб., весьма ощутимая сумма даже для людей, которые не прибегают к экономии. Так «обманывать» население позволяют себе мелкие аптечные пункты, арендующие помещение в торговом ритейле.

Если посмотреть разброс цен на препарат «Троксевазин», то разница составит 162 руб. (табл.)!

Табл. Сравнительная цена на ЛП

Аптечное предприятие	Троксевазин, капс. 100 шт., руб.	Арбидол, табл. 50 мг, № 20, руб.
Аптека АС «Столички» ООО «Нео-фарм»	576-00	239-00
Аптека № 1203 АС «Будь здоров» ООО «Аптечная сеть 03»	598-00	284-00
Аптека ЗАО «Вегат плюс» АС «Мицар-Н»	615-00	260-00
Аптека «Норма» ОАО «Торговая сеть «Аптечка»	612-00	266-00
Аптека № 1203 АС «Ригла» ООО «Аптечная сеть 03»	654-00	279-00
Аптека ООО «Гармония»	659-00	269-00
Аптека ООО «Сэйвер»	682-00	288-00
Аптека № 1100 АС «Ригла» ООО «Аптечная сеть 03»	695-00	289-00
Аптека № 26 АС «Аптека Столицы» ГБУЗ «ЦЛОиКК ДЗ г. Москвы»	719-00	284-00
АП ООО «Медфарм»	721-00	259-00
АП ООО «Фармат Т»	721-00	275-00
АП ООО «Розация фарм»	725-00	265-00
АП ООО «Аструмфарм»	738-00	262-00

СКИДКИ

Важны для 81 человека.

Процент скидки по «Социальной карте москвича» (СКМ) в аптечных предприятиях района варьируется от 2% в АП № 49 АС «А5» до 7,5% в аптеке № 26 АС «Аптеки Столицы». В аптечном пункте ООО «ВДЛ-Фарм» скидки по СКМ действуют в определенное время – с 9-00 до 14-00 ежедневно. *«А зачем мне скидки, если цены в любимой аптеке «Столички» низкие?»* – живо реагирует

на вопрос корреспондента инвалид по зрению Николай Петрович, 53 лет. Трудно не согласиться, цены на ЛС в «Столичках» низкие. Кроме этой аптеки, скидки по СКМ не предоставляют: аптека АС «Норма» на ул. Широкой, д.9, а также аптечные пункты – ООО «Розация фарм», ООО «Аструмфарм», ООО «Варлей-М» и ООО «Аптека-М+».

В АП ООО «Март» отмечаем скидки 30% для желающих приобрести витамины для диабетиков «Алфавит» (вместо 366 руб. они

стоят 266), БАД «Рационика» или разрекламированный бальзам «Лошадиная сила» (вместо 515 руб. – всего 400).

В аптеке ООО «Гармония» действуют «Скидка выходного дня 3%» на все препараты, приобретаемые строго с 11 до 15-00. В аптеке № 1203 АС «Будь здоров» и аптеке № 1203 АС «Ригла» ООО «Аптечная сеть 03» действуют скидки до 50% по бонусам карты «Спасибо». Кроме того, в вышеназванной аптеке «Ригла» существует система скидок (до 20%) по дням недели, информацию можно получить на сайте сети.

В АП ООО «Медфарм» при покупке глюкометра модели «Контур ТС» до 31 июля с. г. вручат 2 упаковки тест-полосок. В аптеке АС «Мицар-Н» ЗАО «Вегат плюс» предлагают в обмен на покупку охлаждающей пены «Бепантол» получить в подарок стильный рюкзак.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ РАБОТНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 75 человек.

Респонденты выбирают аптеки, где им вежливо ответят, помогут не ошибиться в выборе препарата. *«У меня пятилетний сынишка часто жалуется на животик. Так я предпочитаю обращаться в аптеку на ул. Широкой, д. 13 (об аптеке «Аптеки Столицы»). Там же изготовят лекарства для моего деда-инвалида. Главное, что там внимательно относятся к покупателям, предлагая широкий ассортимент лекарств от несварения, в отличие от аптеки «Столички» на ул. Грекова, где чаще всего мне предлагают «Смекту», –* рассказала молодая мама Светлана.

Многие жители отмечают, что душевное отношение к покупателям проявляют, в первую очередь, сотрудники аптек, свободных от соседства с крупными торговыми точками, в них заходят постоянные посетители, с фармацевтом общаются обстоятельно, а не забегают от случая к случаю по пути в универсам.

«У нас есть постоянные покупатели, всех их мы знаем в лицо и всегда готовы помочь», – подтвердила фармацевт с 20-летним стажем из аптеки ООО «Гармония». Эта аптека

выделяется из перечня аптечных учреждений Северного Медведково особенным правилом отпуска лекарственных средств, о чем имеется предупреждение на витрине аптеки. Постоянная покупательница аптеки «Гармония», одинокая женщина предпенсионного возраста, так прокомментировала это нововведение: *«Может, это и правильно, что детям до 14 лет лекарства отпускают только с запиской от родителей. Но как работники аптеки определяют «на глаз» возраст ребенка?»*

Такую распространенную в аптеках услугу, как измерение артериального давления, в Северном Медведково предлагают три организации: аптека АС «Норма» ОАО «ТС «Аптечка» на Заревом пр-де, аптека ООО «Цефея», расположенная неподалеку от Медведковского лесопарка и аптека № 1100 АС «Ригла» ООО «Аптечная сеть 03» на пр-де Шокальского, в них нашлось место для стула, столика и тонометра. Любезный фармацевт предлагает свою помощь, это особенно ценно для представителей преклонного возраста.

В аптеке АС «Норма» на Заревом пр-де существует и такая услуга гигиенического свойства, как наличие туалета для посетителей!

Почти во всех аптечных предприятиях района принимаются к оплате электронные карты; как исключение, 4 аптечных пункта – ООО «Розация фарм», ООО «Аструмфарм», ООО «Фармат Т» и ООО «ВДЛ-Фарм».

Все аптечные предприятия района принимают заказы на отсутствующие ЛП (в основном дорогостоящие), которые доставляются в течение 1-2 дней.

ИНТЕРЬЕР

Важен для 22 человек.

В рейтинге факторов внутреннее убранство аптечных учреждений заняло последнее место. Но самое главное, что все они светлые, чистые, т. е. с точки зрения санитарного надзора, чисто визуально в аптеках все в порядке и людям приятно в них заходить. В наше нелегкое время не до излишеств. Есть и такое мнение дорожного рабочего Вячеслава: *«Всякие там цветочки в горшоч-*

ках люди, приходящие в аптеку с бедой, просто не замечают. Была бы лавочка или стул на всякий случай, если окажется, что расстройство при отсутствии нужного препарата будет слишком сильным».

Минимальные удобства для уставших посетителей имеются в следующих аптечных предприятиях: ООО «Цефeya», ООО «Гармония», ООО «Сэйвер», «Столички» ООО «Неофарм», «Норма» ОАО «Торговая сеть «Аптека» в Заревом пр-де, «Аптеки Столицы», «Ригла» № 1100 ООО «Торговая сеть 03». В аптеке № 22 АС «Аптеки Столицы» три небольших уголка с комнатными растениями существуют и очень даже украшают интерьер. В маленьком торговом помещении АП ООО «Медфарм» на самом видном месте... баллон-гнетушитель, видимо, это обязательное условие для круглосуточно работающего предприятия, ну и чтобы посетители не забывали о возможных несчастных случаях по собственной забывчивости или разгильдяйстве...

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 68 человек.

В районе Северное Медведково круглосуточный режим работы у четырех аптечных

предприятий: ООО «Медфарм», ООО «Гармония», ООО «Сэйвер», «Столички» ООО «Неофарм». Много это или мало? Были у нас исследования в других районах, где местные жители радовались, что хотя бы одна аптека на весь район круглосуточно функционирует... Тут больше расстраивает другое. Все они расположены в непосредственной близости от метро, а что делать жителям районных окраин? «Понадобятся лекарства в два часа ночи, и что делать, если живешь на Студеном проезде?» – задается вопросом библиотекарь Галина.

Большинство аптечных учреждений района работают ежедневно с 9-00 до 21-00, арендующие помещение в торговом ритейле работают по их графику. Большую поблажку устроили себе фармацевты из аптечных пунктов ООО «ЖА Аптека» и ЗАО «Вилард», которые работают с 10-00 до 18-00. Сокращенный график работы на два-три часа по выходным дням в двух аптеках сети «Аптеки Столицы». В аптеке АС «Мицар-Н» ЗАО «Вегат плюс» практикуется ежедневный 15-20-минутный перерыв на обед.

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор	Кол-во набранных голосов
1.	Цена	134
2.	Месторасположение	89
3.	Скидки	81
4.	Профессионализм, доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	75
5.	График работы	68
6.	Ассортимент	64
7.	Интерьер	22

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

АП ООО «Аструмфарм» **1**

Покупатели, посещающие супермаркет «Билла», что на пересечении ул. Широкой и Северодвинской, могут только случайно заглянуть в неприметный аптечный пункт, работающий в торговом помещении. Бросается в глаза довольно скудный ассортимент, лекарственные средства разбросаны по витрине в беспорядке, а фармацевта сразу и не увидишь за первым столом. О часах работы можно только догадываться. Посетители супермаркета могут воспользоваться стоящим здесь банкоматом QIWI, и это единственный плюс.

АП № 49 АС «А5» «ТС «Аптечка» **1**

Это одно из восьми аптечных учреждений, функционирующих на ул. Широкой. Посетители его не жалуют, несмотря на работу в универсаме и установленные в торговом зале банкоматы QIWI и Московского кредитного банка, потому что и ассортимент скуден, и фармацевт на все вопросы, которые пытаются ей задать, отвечает: *«Не знаю. Я работаю первый день»*.

АП ЗАО «Вилард» **1**

В крошечном аптечном ларьке (даже пунктом назвать трудно) на «лобовом» стекле висит объявление: «Информация о наличии медикаментов в аптечном пункте выдается только при предъявлении рецепта». За более чем скромный ассортимент несет ответственность назначенный врач-методист. О часах работы предприятия ничего не сообщается, у сотрудницы удалось выяснить – с 10-00 до 18-00.

АП ООО «Медфарм» **2**

Аптечный пункт занимает маленькое торговое помещение, буквально в 20 метрах от метро, лишен даже минимальных удобств. За прилавком фармацевт, облаченная в спортивную форму одежды (возможно, не успела переодеться после ночного бде-

ния за прилавком, потому что предприятие работает круглосуточно). Местные жители стараются обходить пункт стороной.

Аптека ООО «Цефея» **2**

При входе в небольшое торговое помещение, расположившееся по соседству с продуктовым магазином «Импульс», установлен банкомат Московского кредитного банка. О здоровье посетителей здесь позаботились, на столике выложен тонометр для измерения давления, рядом стоит стул, т. е. минимум удобств обеспечен. А вот витрины в аптеке почти пустые, по словам фармацевта: *«Трудности с поставкой товара»*. Вместо лекарств выложено немного БАД.

АП ООО «Розация фарм» **2**

Недавно открывшийся аптечный пункт работает в детском центре «Большая семья», занимая крошечное торговое помещение. Как заметили редкие посетители, в течение дня бывает несколько внезапных 10-минутных перерывов, витрина не имеет указателей. У входа в аптечный пункт прилавок с очками.

АП ООО «ЖА Аптека» **2**

Третье аптечное учреждение, расположенное по Студеному пр-ду, соседствует с рестораном «Ассоль» и салоном красоты. Несмотря на вывеску «Дежурная аптека», часы работы с 10-00 до 18-00 (наверное, установлено на летнее время). Респонденты – местные жители отметили, что два фармацевта при одной работающей кассе могут целыми днями о чем-то увлеченно беседовать, а из-за прилавка их приходится звать. В торговом зале установлен банкомат по приему платежей.

АП ООО «Варлей-М» **2**

Аптечный пункт работает в торгово-развлекательном центре «Фортуна», расположенном рядом с выходом из метро, и работает с 9-00 до 21-00. Аптечный ассортимент не богат, но фармацевт пытается это компенсировать своим искренним желанием помочь всем, чем может.

Аптека № 22 АС «Аптеки Столицы» ГБУЗ «ЦЛО и КК ДЗ г. Москвы» **2**

В районе две аптеки этой сети, руководство вроде одно, а насколько по-разному настроены их посетители. Получается, что вторая аптека – в лидерах нашего исследования, а здесь вот незадача. Зато зелень комнатных растений радует глаз в интерьере! Местные жители, особенно пожилого возраста, отвечают однозначно: «Обходим аптеку за километр, все дорого, да еще и работница там по-хамски разговаривает». А вот родители с маленькими детьми не так категоричны, не хвалят, но и не ругают фармацевта, а ассортимент и цена их вполне устраивают, а главное, что рядом с домом.

АП ООО «Аптека-М+» **2**

Пункт расположен по соседству с ремонтом обуви и о людях с ограниченными возможностями здесь подумали, а вот в целом о привлечении покупателей – нет. Товара мало, а тот, который и разместился в витринах, без указателей. Фармацевт малоразговорчива, на вопросы отвечает с неохотой. В выходные дни позволяют себе сократить рабочий день на 2 часа – с 10-00 до 20-00. И то правильно, проходимости никакой.

АП ООО «Март» **3**

Небольшое торговое помещение находится рядом с универсамом «Продукты» и пунктом химчистки. Витрины заполнены не полностью, лекарственные средства разложены хаотично. В отделе «Оптика» сдается место. Фармацевт охотно отвечает на вопросы, это бальзам на душу посетителей преклонного возраста, зайти после посещения универсама и поговорить о наболевшем.

АП ООО «ВДЛ-Фарм» **3**

Аптечный пункт работает в универсаме, часы работы совпадают с его графиком работы с 9-00 до 21-00 ежедневно. Сразу его можно не увидеть за предложениями многочисленных услуг, но стоит только подойти к окошку, как доброжелательная фармацевт тут же среагирует: подскажет и предложит необходимый вам препарат или его аналог.

АП ООО «Фармат Т» **3**

Аптечный пункт совершенно не применен для посетителей универсама «Огни Столицы», в котором он функционирует. Ради привлечения внимания к товару, возможно, не пользующемуся спросом (солевая лампа и сухой шампунь), на них объявлена скидка – 11%.

В ассортименте – набирающее сейчас популярность биомороженое (правда, какие-то остатки его, наверное, не было завоза). Объявление сообщает о возможности заказа приспособлений и средств передвижения для инвалида: кресла-качалки, кресла-туалеты, насадки для туалета, костылей и главное, их доставке адресату.

Аптека ООО «Гармония» **4**

Круглосуточный режим работы аптеки, занимающей небольшое торговое помещение по соседству с салоном красоты, позволяет ей поддерживать постоянный интерес к себе. Ассортимент удовлетворяет потребности посетителей, есть все необходимое, но без излишеств, по причине малой площади. При входе в аптеку поставлен стул для отдыха и банкомат QIWI.

Аптека № 1203 АС «Будь здоров» ООО «Аптечная сеть 03» **4**

Одна из многочисленных аптечных организаций, что расположились по Широкой ул. В одноэтажной пристройке к жилому дому находится также универсам «Продукты». Клиентов стараются заинтересовать разнообразным ассортиментом по относительно невысоким ценам, традиционными для сети скидками на отдельные виды товара, возможностью сделать интернет-заказ.

Аптека ООО «Сэйвер» **4**

Аптека работает недалеко от станции метро, конкурируя с большим количеством других, потому что создается ощущение, куда ни кинь взгляд, везде аптеки. У этой аптеки свои плюсы, начиная с того, что график работы круглосуточный, а по соседству расположился ортопедический салон «Ле-

крус». Бонусом служит мерно работающий кондиционер, благодаря этому в торговом зале не жарко. Милая женщина-фармацевт любезно ответит на вопросы покупателя, если необходимый товар не найден на витрине. В продаже есть медицинские пиявки по цене 85 руб.

Аптека АС «Норма» ОАО «ТС «Аптечка» (Заревой пр-д, д. 14/2) 4

Местные жители преклонного возраста обходят эту аптеку стороной по причине дороговизны (со слов респондентов), а ведь именно для них, в первую очередь, подготовлен уголок для отдыха – стул, столик и на нем тонометр для проверки давления. Но у аптеки есть и постоянные посетители, которым нравится сочетание открытой и закрытой формы, красиво оформленные витрины, в одной из которых средства лечебной косметики под собственной торговой маркой – Biotox, Vanilla, Woshi Woshi.

Аптека № 1 100 «Ригла» ООО «Торговая сеть 03» 4

В аптеке большой выбор всевозможных лекарственных препаратов, товаров парфармацевтики, для больных – возможность проверить артериальное давление, заодно и узнать, что тонометр есть в продаже за 2655 руб. Вот если бы еще цены снизить – такие пожелания высказывались респондентами. Аптека ждет своих посетителей ежедневно с 9-00 до 22-00, у входа – банкомат Московского кредитного банка.

Аптека АС «Мицар-Н» ЗАО «Вегат плюс» 4

Минус, конечно, в том, что аптека затерялась в глубине универсама «АБК», но местные жители, вне зависимости от возрастной группы, молодые, пожилые, ее знают и приветствуют, потому что цены на весь ассортимент низкие, налажена и система скидок сети. Признаем, что выкладка товара плохая, без всякой системы, но спасает профессионализм фармацевта, который при случае подскажет все, что необходимо.

Аптека АС «Норма» ОАО «ТС «Аптечка» (ул. Широкая, д. 9) 5

Аптека в универсаме «Пятерочка» открылась недавно после ремонта, посетители не ленятся подниматься в ее торговый зал на второй этаж. Еще никто ни разу не пожалел об этом, вежливый персонал поможет в приобретении нужного лекарства, а на витринах порядок. Хотелось бы пожелать руководству подумать о пожилых посетителях, нужно просто поставить стул или лавочку для них. Часы работы совпадают с графиком работы универсама – с 9-00 до 21-00.

Аптека № 1203 «Ригла» ООО «Торговая сеть 03» 5

Местные жители с удовольствием посещают эту единственную на ул. Тихомирова аптеку, которая расположилась на первом этаже многоэтажного дома. Отмечаем разнообразный ассортимент, традиционную для этой сети большую систему скидок каждый месяц на разные виды товара, есть место для отдыха уставших посетителей. Есть одно пожелание для предприятия – задуматься о людях с ограниченными возможностями, аптека имеет два входа/выхода, и пандуса нет ни там, ни там.

Аптека АС «Столички» ООО «Нео-фарм» 7

Выгодное расположение аптеки, почти на пересечении ул. Грекова и Широкой, помогает продажам. Предприятие пользуется доброй славой, потому что, как замечают постоянные ее посетители, там все можно купить, а мы добавим – да еще и по низким ценам! Дополнительный плюс – круглосуточный режим работы, в торговом зале работают две кассы, с появлением очередей начинает работу и третья касса, все происходит оперативно. На витринах разнообразие ассортимента, создается ощущение, что есть все. Себя и детей можно порадовать, приобретя здесь биомороженое.

Аптека № 26 АС «Аптеки Столицы»
ГБУЗ «ЦЛО и КК ДЗ г. Москвы» **7**

Огромное торговое помещение аптеки поражает наличием разнообразного ассортимента, включая лекарственные препараты, парафармацевтику, в продаже и всевозможные средства ортопедии, и все необходимое из товарной группы «Мать и дитя». Самая главная ценность предприятия – наличие рецептурно-производственного отдела, к специалистам которого обращаются не только жители района, но и гости из других районов столицы. По рецепту (прописи) врача здесь изготовят индивидуальный препарат, причем в кратчайшие сроки.

Все витрины с указателями, имеется место для отдыха, фармацевты предельно вежливы в общении с покупателями. И в жаркий день в торговом помещении прохладно, благодаря кондиционеру. Имеется в продаже и эксклюзивный товар: медицинские пивки по цене 78 руб. Несмотря на средние цены, покупатели любят эту аптеку, и никто из них не дал негативного отзыва об ее работе, даже несмотря на то, что в воскресенье рабочий день сокращен до 18-00, в будние дни график работы аптеки – с 9-00 до 21-00.

Ольга ДАНЧЕНКО



ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ ДЛЯ ЛЕКАРСТВ

С 1 июля 2015 г. вступили в силу отдельные положения Федерального закона от 22.12.14 № 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств».

В частности, пункт 24 содержит информацию о «досудебном закрытии сайтов, содержащих информацию о розничной продаже дистанционным способом, предложении о приобретении дистанционным способом, доставке дистанционным способом и (или) передаче физическому лицу дистанционным способом лекарственных препаратов, наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов, за исключением случаев, установленных Правительством Российской Федерации».

По старой российской традиции, текст закона вызвал множество вопросов, хотя такого в принципе быть не должно. На то она и буква закона, чтобы все понимали, что можно делать, а чего нельзя. Досудебное закрытие сайтов, предлагающих дистанционную торговлю лекарствами, коснется вообще всех подобных сайтов или исключением являются сайты аптек, имеющие лицензию на ведение розничной фармдеятельности, а также сайты по поиску лекарственных средств, работающие с теми же лицензированными аптеками? Вопросы, вопросы... Какой федеральный орган исполнительной власти будет обладать правом закрытия сайтов? Что это за случаи, установленные Правительством РФ, указанные в тексте? Насколько правомерно ограничение граждан в получении дистанционным способом лекарственных препаратов (в случае болезни, отсутствия помощников и др. факторов)? Какие документы, помимо лицензии на право ведения фармацевтической деятельности, необходимо оформить аптеке, чтобы получить право на дистанционную доставку ЛС населению, для оформления соответствующего сайта? Как быть тем, кто не может приобрести лекарства непосредственно в аптеке по каким-либо причинам? Как будут поступать аптеки? Сворачивать дистанционную торговлю? Скрываться?

С этими вопросами МА обратилась в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), в ведении которого с 1 июля и должен был начать работу фармаконадзор, на сотрудников которого согласно закону возложена данная миссия... Но ведомство, уже заваленное подобными запросами, на настоящий момент ничего не может ответить, потому что «блокировка интернет-сайтов и их досудебное закрытие к компетенции Росздравнадзора не относится»... пока.



Прояснила ситуацию Елена Викторовна Неволина, исполнительный директор НП «Аптечная гильдия». Она подчеркнула, что именно «Аптечная гильдия» в свое время инициировала этот пункт закона. Еще в ноябре 2014 г. в интервью нашему изданию глава ассоциации сказала, что цивилизованным процесс

интернет-продажи лекарственных средств можно сделать только при одном условии: все нецивилизованное на законном уровне запрещать! Вот и сейчас мы обратились к ней за комментарием.

Елена Неволина: «Когда аптека имеет лицензию, когда есть юридический и фактический

адрес, где непосредственно осуществляется фармацевтическая деятельность, куда можно приехать и обратиться со своей претензией, – вот это цивилизованная площадка. Аптека просто предлагает дополнительную услугу работающим, одиноким людям, мамам, которые не могут в силу обстоятельств доехать до аптеки. Сегодня основным конкурентным преимуществом товара является его цена, поэтому да, предложение есть в любой аптеке, но потребитель ищет для себя приемлемую цену на этот товар. Но эта аптека не всегда в шаговой доступности, поэтому востребована бывает услуга по доставке лекарственного препарата по месту требования.

Отмахиваться от этого неправильно, это востребованно. Есть потребность, есть и предложение. На сегодняшний день, к сожалению, не все предложения являются официальными, потому что у нас много в Интернете предложений, где присутствует только номер мобильного телефона, никакой информации об аптеке нет и, по всей видимости, это просто предприниматели, которые знают, что потребность в такой услуге есть. Где они берут товар, установить невозможно, как они его хранят этот товар, проверить невозможно. Получается, сегодня рынок больше такими участниками переполнен, а запретить их тоже невозможно, потому что закрыть сайт можно по решению суда или следственных органов. Дело в том, что в возбуждении уголовного дела отказывается по определенным причинам: довести до конца расследование, кому принадлежит сайт, на каком основании производится торговля, следственные органы никогда не смогут. От НП «Аптечная гильдия» было внесено предложение, чтобы в Федеральном законе № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» появилось новое полномочие у федеральных органов исполнительной власти – досудебное закрытие сайтов, которые не принадлежат лицензированным аптекам».

Исполнительный директор НП «Аптечная гильдия» отметила, что «когда поправка внеслась, имелось в виду, что надо закрывать все те сайты, которые принадлежат нелегальным аптекам. Но когда юридический

департамент Государственной думы РФ рассматривал этот момент с точки зрения правоприменения, то формулировка изменилась, потому что у нас сегодня есть запрет на дистанционную торговлю лекарственными препаратами, таким образом, получилось, что все сайты, предлагающие лекарства, подлежат закрытию».

«Аптечная гильдия» вступила в дискуссию с законодателями, доказывая, что помимо маломобильности некоторых групп населения, немаловажен и экономический фактор. Если бы ситуация была как в советские времена, когда в любой аптеке можно было купить, к примеру, аспирин по одной низкой цене, но сегодня человек вынужден искать подходящую цену. К тому же аптека, где он найдет лекарство по приемлемой цене, и которая готова взять на себя доставку препарата, может находиться далеко, возможности добраться до нее в ее рабочие часы может и не быть.

«С нами согласились, что термин «доставка» применим к лекарственным препаратам, потому что аптека – это не совсем торговая, а социальная площадка, где обеспечиваются в т. ч. и такие группы пациентов, которым препарат необходим, а доехать до аптеки возможности нет. Поэтому приписали фразу, что «за исключением случаев, установленных Правительством РФ», – пояснила Е. В. Неволина. Она добавила, что сейчас отрабатываются правила доставки и правила интернет-информирования, что можно на сайте размещать, а что нет, цены на какие препараты указывать, чтобы информация не рассматривалась как реклама. Так что пока говорить о правоприменении поправки рано.

«Сейчас закон не будет применяться по одной простой причине, – отметила Е. В. Неволина. – Во-первых, должен быть четко определен федеральный орган исполнительной власти, которому это право дается. Скорее всего, это Росздравнадзор, потому что он компетентен в вопросе, какие сайты можно признать незаконными. Он дает предложение в Роскомнадзор, который непосредственно блокирует сайты».

Но это не единственная причина. Главное – нужно внести изменения в закон «Об информации» (Федеральный закон от 27.07.06 № 149–ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (с изменениями и дополнениями). – *Прим. ред.*), именно там приведены исчерпывающие данные о содержании сайтов, которые Роскомнадзор имеет право в досудебном порядке закрывать. «Туда надо внести пункт о сайтах, предлагающих дистанционную реализацию лекарственных препаратов.

Осенью Госдума РФ должна будет принять изменения в этот закон, потому что, как нам известно, они уже подготовлены; К тому же будет определен порядок доставки, который без изменений в законе работать просто не будет, без этого Роскомнадзор не сможет отключать сайты», – резюмировала Елена Викторовна.

РЕАКЦИЯ ОБЩЕСТВА

Очистить розничный фармрынок от сомнительных поставщиков лекарственных средств через Интернет – задача замечательная. Но, как часто бывает, пострадать могут потребители, причем самые незащищенные. Почему-то считается, что в ситуации маломобильности могут оказаться только инвалиды, многодетные семьи, престарелые люди, одинокие и даже трудоголики. Это может коснуться каждого из нас. Заболел человек или ногу сломал, родные живут далеко, все соседи на даче и т. п. , и все, дома он как в ловушке, за лекарствами ни самому не выйти, ни отправить некого. Да мало ли какие ситуации бывают! В таком случае запрет доставки не лишает ли человека его гражданских прав на доступное лекарственное обеспечение?

Представители фармацевтического сообщества, обсуждая поправки в законе, высказывались следующим образом. Пользователь Е.С.: «Почему нельзя оставить сайты, принадлежащие реально действующим аптекам, имеющим

лицензию? Это дополнительный сервис для аптеки и удобный и уже привычный сервис для клиента. А у нас же как всегда из крайности в крайность».

Пользователь Г.Х. уверен, что «лекарства должен продавать специалист в специализированном лицензированном помещении, а не курьер в подъезде. Но доставка ЛС нужна, для этого сейчас нет условий. В первую очередь нужны поправки в закон. Сейчас это незаконно, но контролировать некому, поэтому аптеки возят лекарства».

Еще один участник дискуссии считает: «А вообще тогда зачем нужны провизоры, фармацевты и аптеки? Пусть продают ЛС по Интернету и на рынке – это так удобно. Сколько приказов одних об условиях хранения ЛС, а нашему народу все по барабану – хоть грязными руками и с промоченной упаковкой, но неизвестно кто принесет ему лекарства домой».

Пользователь Р.П. обращает внимание, что «вопросы возникают не к торговле как таковой, а к процессу доставки заказанных лекарств к пациенту. Просто если курьер осуществляет доставку за деньги, то он оказывает услугу, подлежащую лицензированию, – транспортировку лекарственных средств. Это с формальной точки зрения. В этом случае должны соблюдаться требования в соответствующей сфере – температурный режим и пр. С другой стороны, если речь не идет о препаратах, требующих специальных условий транспортировки, то, скажем, официально оформленный экспедитор в организации, имеющей лицензию на фармдеятельность, вполне может этим заниматься...»

Но, повторюсь, в жизни чего только ни случается, никогда не надо зарекаться, что вы не окажетесь в ситуации, когда не сможете просто дойти до аптеки.

Анна ГОНЧАРОВА



ДРАМАТУРГИЯ ОТ ФАС: И ВОЛШЕБСТВО, И ТРАГИКОМЕДИЯ

На прошедшем в столице Всероссийском конгрессе «Фармацевтическая деятельность и производство лекарственных средств в РФ» начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы России Тимофей Нижегородцев рассказал об основных задачах, непосредственно связанных с фармрынком, которые сегодня решает ведомство.

Первая из этих задач – определение взаимозаменяемости уже зарегистрированных или находящихся в процессе регистрации лекарственных средств. Федеральная антимонопольная служба давно ведет дискуссию на эту тему и с Минздравом России, и с депутатами Госдумы РФ. У последних, по словам Т.В.Нижегородцева, была «слабая попытка переиначить нормы закона и подменить идеологию, которая касалась взаимозаменяемости».

«А идеология эта заключалась в том, что определение взаимозаменяемости лекарственных средств – это удовлетворение общественных интересов. Общество заинтересовано выбирать препараты по лучшей цене. И эта функция есть у власти, которая регистрирует ЛС», – сказал представитель ФАС России. Минздрав России также иначе, чем антимонопольная служба, понимал процесс определения взаимозаменяемости. Сотрудники министерства считали, что будут определять взаимозаменяемость конкретного лекарственного препарата по отношению к референтному ЛС определенного фармпроизводителя, который обратится в министерство с соответствующим заявлением и оплатит пошлину. Примерно треть фармкомпаний на российском рынке, особенно участвующие в государственных закупках, заинтересованы, чтобы вопрос о взаимозаменяемости их препаратов был рассмотрен в первую очередь.

ФАС России ставила другую задачу – экспертизу взаимозаменяемости должны пройти все зарегистрированные на территории РФ лекарственные средства. По итогам этой работы должны быть созданы агрегированные группы взаимозаменяемых препаратов, чтобы этими группами, размещенными в государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС), мог пользоваться неопределенный круг лиц: граждане, провизоры, врачи (особенно при проведении госторгов).

«В последнее время в нашей стране было зарегистрировано множество мусорных, терапевтически неоправданных лекарственных препаратов, их форм выпуска и дозировок. Все это делалось для недобросовестных целей, чтобы органы управления здравоохранения также недобросовестно могли использовать торги, – считает Т.В.Нижегородцев. – Побочная задача определения взаимозаменяемости – это глобальная чистка ГРЛС от такого мусора, чтобы реестр приобрел более-менее разумные очертания. Чтобы органы управления здравоохранения, потребители, а также другие заинтересованные лица могли сориентироваться и сделать разумный выбор без ущерба для себя в этом чудовищном многообразии лекарственных средств».

К 2018 г. процесс определения взаимозаменяемости должен быть завершен. Для этого Минздраву, по словам представителя ФАС, необходимо еще проанализировать полноту регистрационных досье на ЛС. В слу-

чае если в документах не хватает полноты исследований, ведомство должно направить соответствующие извещения в компании, чтобы те провели необходимые исследования, доказывающие, что обращающиеся на нашем рынке ЛС имеют сопоставимые объемы исследования, безопасны и качественны.

«ВСЕМ БУМАГАМ БУМАГА»

Вторая задача, стоящая перед ФАС, – процедура регистрации ЛС. «Это волшебный процесс, – считает Т.В. Нижегородцев. – Как его ни улучшай, он все время находится в тупике». Последние усовершенствования этого процесса коснулись не только уточнений по полноте регистрационного досье, требований к качеству и урегулированию рисков, но и разделения на простую регистрацию и на проведение клинического исследования, что, по выражению представителя антимонопольной службы, стало революционным моментом для нашего рынка, хотя для остальных рынков является обычным делом.

Проблемой для участников рынка остается нежелание Минздрава разъяснять, как пользоваться и применять требования по регистрации ЛС. Ведомство отказывается размещать подобные сведения на своем сайте, что, по словам Тимофея Витальевича, является недобросовестной историей. Антимонопольная служба видит своей задачей выработку единых требований и подходов ко всем фармкомпаниям в вопросе регистрации лекарственных препаратов. Он надеется, что на межведомственном совещании по этой проблеме будет выработан единый документ, «всем бумагам бумага».

Следующая задача – гармонизация национальных рынков в рамках Евразийского экономического союза. Т.В. Нижегородцев отметил, что переговоры о подписании документов второго уровня идут сложно. (Речь идет о документах технического характера, которые должны обеспечить гармонизацию государственных фармакопей государств-членов; единые принципы проведения доклинических и клинических исследований;

единые требования к регистрации и экспертизе, а также к реализации лекарств и их производству в соответствии со стандартами GMP, утверждаемыми Евразийской экономической комиссией. – Прим. ред.). По мнению чиновника, не все хотят, чтобы существовал общий рынок, и ставят преграды на пути к нему.

И еще одна важная задача – внедрение на нашем фармрынке стандартов GMP (с 1 января 2014 г. они должны функционировать повсеместно), что представитель ФАС назвал «всеобщей трагикомедией». В этом вопросе между регуляторными органами тоже есть расхождения. ФАС уверена, что обращение качественных препаратов на рынке – это задача государства, которая должна решаться уполномоченным органом на деньги налогоплательщиков. А Минпромторг уверен в том, что эта задача не уполномоченного органа, а производителей лекарственных средств. В ФАС задаются вопросом, а зачем тогда выстроенная Минпромторгом система инспектората, проверок. Министерство отвечает, что это услуга: те производители, кто хотят, пишут заявления, оплачивают, а сотрудники Минпромторга приходят на предприятие, проверяют и выдают заключение. «ФАС в принципе не может с этим согласиться, – сказал Т.В. Нижегородцев. – Если это платная инспекционная деятельность, тогда по-другому должны быть изложены требования, и они не должны быть обязательными при выполнении таких госфункций, как регистрация ЛС или внесение изменений в досье». В итоге дискуссии с антимонопольной службой Минпромторг пошел на компромисс в отношении российских производителей: инспекция будет производиться сотрудниками уполномоченного органа в рамках своих функций, т. е. бесплатно. А вот с иностранными компаниями «ситуация более трагичная». Предложение ФАС России заключается в следующем: если невозможно обеспечить госконтроль за иностранными фармкомпаниями (не хватает инспекторов, средств

и т. п.), то давайте признавать результаты проверок, произведенных уполномоченными лицами или органами стран, входящих в систему фармацевтического сотрудничества. «Не тратить свои деньги на проверки, а воспользоваться результатами чужих проверок», – сказал Т.В. Нижегородцев. Он также добавил, что GMP – это неотъемлемый

элемент процесса контроля качества лекарственных средств, а не процесс, который обеспечивает инвестиционный режим для фармотрасли внутри страны, как ошибочно, по мнению представителя ФАС, считают в Минпромторге России.

Анна ШАРАФАНОВИЧ ■



ЧТОБЫ ПАЦИЕНТ НЕ БОЯЛСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ

Основной целью развития отечественной фармпромышленности остается ее переход на инновационный путь развития. О том, какие приоритеты стоят перед ключевыми участниками рынка, об основных проблемах локализации производства как ведущего процесса импортозамещения, как раз и говорили эксперты фармрынка, представители профильных министерств и компаний-производителей на конференции, прошедшей в Москве 30 июня с.г.

Колобов Дмитрий Валерьевич
Заместитель директора Департамента фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России

За прошедшие три года основной капитал фармпромышленности вырос более чем в 5 раз (с 5 млрд. руб. в 2012 г. до 28 млрд. руб. в 2014 г.). В целом за этот период общий объем инвестиций, согласно данным Росстата, составил около 60 млрд. руб., что вместе с инвестициями в медицинскую промышленность говорит о значительном росте интереса инвесторов к размещению производств на территории Российской Федерации. Параллельно с инвестициями государство осуществляло и капитальные вложения в научно-образовательные центры при ведущих университетах страны в рамках государственной программы, что в перспективе обеспечит разработку новых продуктов

отечественными производителями. За прошедший период в рамках программы, реализуемой непосредственно Минпромторгом, заключено более 600 контрактов по дженериковым препаратам, по поддержке инновационных разработок в доклинических и клинических фазах. Говоря об импортозамещении в части инноваций могу отметить, что Минпромторгом поддержано более 300 проектов почти во всех нозологиях.

С 30 июня 2015 г. вступает в действие Федеральный закон от 31.12.14 № 488-ФЗ «О промышленной политике в Российской Федерации» (ФЗ-488). Согласно Закону Минпромторг получил право заключать инвестиционные контракты при организации производства на территории РФ. Субсидии на производство фармсубстанций и проведение клинических исследований Минпромторг предоставляет российским

производителям в текущей сложной экономической ситуации по номенклатуре предприятий фармацевтической и медицинской промышленности.

К основным проблемам при локализации производства в России я бы отнес изменение страны происхождения товара, доступ на локальный рынок как услуга, распределение капитальных расходов, выбор оптимальной схемы партнерства, релиз продукта на рынок. Производителям необходима государственная поддержка, а именно: 15% преференции в системе государственных закупок для локальных компаний стран Таможенного союза. Соответствующий приказ действует до 31 декабря 2015 г. В перспективе это должно составить 15-40% в зависимости от степени переработки лекарственных средств в России. Правило «третий лишний» – запрет участия в государственных торгах препаратов зарубежного производства в случае наличия двух и более зарегистрированных отечественных препаратов.

Со стороны поддержки экспорта у нас идет активное вовлечение всех российских производителей на уровне межправительственного взаимодействия. Мы взаимодействуем со странами Юго-Восточной Азии, Латинской Америки, Ближнего Востока, пытаемся всеми силами «продвигать» отечественных производителей, познакомить их с местными регуляторными органами, пытаемся наладить взаимодействие с институтами поддержки экспорта. Идет совершенствование российского рынка в части регистрации лекарственного препарата, включение его в стандарты лечения, перечень ЖНВЛП для того, чтобы российские медики начали использовать качественные и эффективные российские препараты.

ОПРЕДЕЛЕНА ГЛОБАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ: ПО СУБСИДИЯМ И НАЛОГОВЫМ ЛЬГОТАМ

Сергеева Вероника Александровна

Начальник отдела методологии контрактных отношений публично-правовых образований Минфина России, доцент кафедры

финансового менеджмента в госсекторе НИУ ВШЭ, к. э.н.

Статьи с 10 по 18 Федерального закона от 31.12.14 № 488-ФЗ «О промышленной политике в Российской Федерации» (вступают в силу начиная с 2016 г.) регламентируют меры поддержки предприятий фармпромышленности с учетом бюджетного и налогового законодательства, иных федеральных и региональных законов, актов представительных органов муниципальных образований.

Бюджетным законодательством определены формы поддержки фармпроизводителей – это, прежде всего, субсидии или бюджетные гарантии. В настоящее время изменения в Налоговый кодекс РФ только готовятся, меры поддержки определены Федеральным законом РФ от 05.04.13 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (вступил в силу с 1 января 2014 г. – Прим. ред.) и Федеральным законом от 18.07.11 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» (с изменениями и дополнениями).

Финансовая поддержка будет осуществляться на уровне актов высших исполнительных органов государственной власти, высших органов государственной власти субъектов Российской Федерации. Вопросы поддержки найдут отражение в актах местных администраций муниципальных образований. Эти акты будут определять порядок осуществления финансовой поддержки, они предусмотрены и принимаются бюджетным законодательством. Иная поддержка подразумевает передачу прав интеллектуальной собственности промышленным предприятиям, это право также может быть закреплено в дальнейшем в актах высших органов государственной власти.

Согласно ФЗ-488, для того, чтобы субъект получил поддержку, необходимо соблюдение двух условий: юридическое лицо или индивидуальный предприниматель должны осуществлять свою деятельность на территории РФ, континентальном шельфе или

исключительной экономической зоне, деятельность должна реализовываться в тех рамках, которые предусмотрены законом. Меры поддержки носят правовой, экономический или организационный характер и направлены на достижение целей промышленной политики.

Меры поддержки могут реализовываться как параллельно, так и последовательно. Вместе с финансовой поддержкой будут осуществляться организационно-консультационная поддержка, поддержка инновационно-технической деятельности (субсидирование), поддержка кадрового потенциала, кроме поддержки в области ВЭП предоставляется государственная муниципальная преференция.

К мерам стимулирования, которые реализуются путем предоставления финансовой поддержки, ФЗ-488 определены два глобальных направления: предоставление субсидий и определение налоговых льгот. Предоставление субсидий юридическим лицам (за исключением субсидий государственным (муниципальным) учреждениям), индивидуальным предпринимателям, физическим лицам реализуется в рамках ст. 78 гл. 10 Бюджетного кодекса РФ. Одновременно ФЗ-488 вводит еще одно направление: финансирование, создание и модернизацию промышленной инфраструктуры и освоение производства промышленной продукции. Отмечу, что Бюджетным кодексом РФ не предусмотрено такое направление, таким образом, вопрос о гармонизации двух законов сейчас прорабатывается Минфином России. В рамках статьи 78 (прим. 1) будут предоставляться субсидии государственным фондам развития промышленности (в случае, если это некоммерческая организация, на конкурсной основе).

В налоговом законодательстве будут предусмотрены специальные налоговые ставки участникам инвестиционных проектов, реализованных в рамках специальных инвестиционных контрактов, кроме того, законом предусмотрены гарантии неповышения налоговых ставок для участников инвестиционных контрактов, заключаемых исключительно

в рамках государственных инвестиционных программ. В связи с этим потребуются оценка эффективности расходов для включения этих положений в программу, также анализ доходов. Заявление инвестора вместе с материалами направляется в уполномоченный орган, который будет заключать контракт; далее оно будет рассмотрено межведомственной комиссией, с целью оценки возможностей инвестора. Если меры, которые предполагается включить в специальный инвестиционный контракт, требуют отдельного решения Правительства РФ, тогда они будут им обеспечены. В соответствии с ФЗ-488 максимальный срок заключения специального инвестиционного контракта составляет 10 лет. Теперь уточнения по особенностям закупок в сфере здравоохранения. Специфичен сам состав участников закупок, предмет которых является поставка лекарственных препаратов. У нас имеется два вида заказчиков: уполномоченные органы или уполномоченные учреждения, решения которыми приняты на уровне РФ и субъектов РФ, – это лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ). Вторая сторона или поставщик являются производителями или оптовыми организациями, осуществляющими розничную торговлю ЛС. Цели двух участников торговых отношений разъединены. У государственных заказчиков цель – осуществление в практике закупки тех принципов, которые изложены в ФЗ-44, производители и предприниматели (оптовые организации, осуществляющие розничную торговлю) стремятся к получению прибыли, которая будет им обеспечена в случае соблюдения всех стандартов экологического менеджмента. К особенностям финансового обеспечения ЛПУ или его структур, кроме материальных средств, относится предоставление лекарственных средств в «натуре», как за счет федерального бюджета, так и за счет бюджета субъекта РФ.

Федеральным бюджетом финансируются закупки Минздрава России, предусматриваются трансферты бюджетам субъектов. Получив их, субъект РФ самостоятельно

решает, каким образом будет проводить закупки. Кроме того, ЛПУ могут быть учтены средства, полученные при оказании им платных услуг. ФЗ-44 (ст. 33) утверждает нормы, согласно которым определяется максимальная цена контракта на закупку ЛС и правила, по которым в контракт могут быть включены ЛС с различными торговыми наименованиями. В рамках ФЗ-44 большое значение имеет предельная отпускная цена ЛС; в том случае, если поставщик предлагает продукцию с ее превышением, то контракт с ним не заключается. Вопросы регулирования предельно отпускной цены отражены постановлением Правительства РФ, в совместном приказе Минздрава и ФСКН РФ, точнее дано определение предельной отпускной цены как полученной от производителя.

ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ И БАРЬЕРЫ НА ЕГО ПУТИ

Дмитриев Виктор Александрович
Генеральный директор Ассоциации
Российских фармацевтических
производителей (АРФП)

Понятие импортозамещения разными аудиториями воспринимается совершенно по-разному. Важно, чтобы идеи импортозамещения были приняты пациентами, чтобы они не боялись переходить с импортных препаратов на отечественные. Крайне необходимо, чтобы эту тенденцию поддержали региональные чиновники и профессиональное сообщество. Основная составляющая российских фармкомпаний – препараты воспроизведенные, поэтому важно, чтобы каждый отечественный производитель претворял в жизнь все поставленные перед собой планы, через АРФП мы пытались донести важность этих процессов для государства, гарантируя лекарственную безопасность для потребителя, создавая рабочие места, снижая нагрузку на бюджет здравоохранения. В целом государство на импортозамещение выделяет 23 млрд. евро до 2020 г., эти вложения пойдут на реализацию 2000 проектов, которые поддержаны Минпромторгом. Среди

инновационных препаратов доля российских должна достичь 37,5%. Есть мнение, что полностью реализовать импортозамещение возможно не ранее, чем через 20 лет. За десять лет доступно заместить 100% импортных вакцинпрепаратов, 50-60% антибиотиков.

К мерам, необходимым для реализации стратегии импортозамещения относят: совершенствование процедуры регистрации ЛС, совершенствование методики ценообразования, совершенствование критериев взаимозаменяемости ЛС, борьба с недоброкачественными производителями и контрафактной продукцией, экономические государственные преференции, пропорциональные глубине локализации, совершенствование механизма использования финансовых инструментов, оптимизация системы государственных закупок, необходимость гарантированного сбыта.

Основную поддержку производители ожидают от государства через работу с врачами, пациентами, через снижение налогов, возможность субсидирования, как банковское, так и производственное, через ограничение закупок импорта. Мы должны позволить монополизировать рынок, должна существовать поддержка локального продукта. Импортозамещение полностью раскроется, когда отечественные производители станут ориентироваться на экспорт, а стало быть, будут помышлять не только о замещении конечного продукта, но и на импортозамещение всей технологической цепочки. Ради этого нужно создавать отечественное оборудование для производства лекарств. Когда все эти условия будут соблюдены, возникнет эффект синергии.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЫ

Искрянников Сергей Евгеньевич
Заместитель директора департамента
развития контрактной системы
Минэкономразвития России

В рамках контрактной системы задействованы три механизма: запрет, ограничения

и преференции. Отечественные производители не дремлют, постоянно атакуют с пожеланиями поддержки в их развитии. Особо подчеркну, контрактная система, сами госзакупки – не есть инструмент для ограничения деятельности иностранных компаний. Специальный инвестиционный контракт – механизм промышленной политики, один из примеров которого – закупка у единственного поставщика того товара, который производится в рамках инвестиционного контракта. Правительство РФ будет своими нормативными актами подтверждать, какой товар следует покупать. В документе должен быть определен конкретный инвестор и срок закупки. Последний может быть заключен на срок до 10 лет, при этом цена контракта

(товара) не будет меняться в течение всего этого срока.

Еще один важный критерий закупки – объем товара, который не может превышать 60% от объема закупок у заказчика. Любой законопроект, в первую очередь, баланс интересов, не исключено, что размер объема может быть пересмотрен в дальнейшем.

Напоследок хочется отметить: нормы инвестиционного контракта напрямую зависят от внесенных в ФЗ-44 изменений.

По материалам конференции «Локализация производства в фармацевтической отрасли»,
The Moscow Times Conferences

Ольга ДАНЧЕНКО ■



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА: НАИБОЛЬШИЙ СПРОС ВО II КВ. 2015 Г.

Наибольший спрос на лекарственные средства изучался по данным AptekaMos.ru – количество обращений составило 6 990 342.

Анализ потребительского спроса во II кв. 2015 г. показал, что лидерами являются следующие препараты – *рис. 1*.

На *рис. 2* показан наибольший спрос на лекарственные средства по фармакологическим группам.

Можно отметить, что, как и в I кв. 2015 г., лидируют биологически активные добавки к пище (21%). Второе место за средствами, стимулирующими регенерацию, и средствами с глюкокортикостероидной активностью (по 13%), на третьей позиции – блокаторы H1-гистаминовых рецепторов.

АСофт XXI

Рис. 1 ПРЕПАРАТЫ - ЛИДЕРЫ СПРОСА ПО ИТОГАМ II КВАРТАЛА 2015 г.

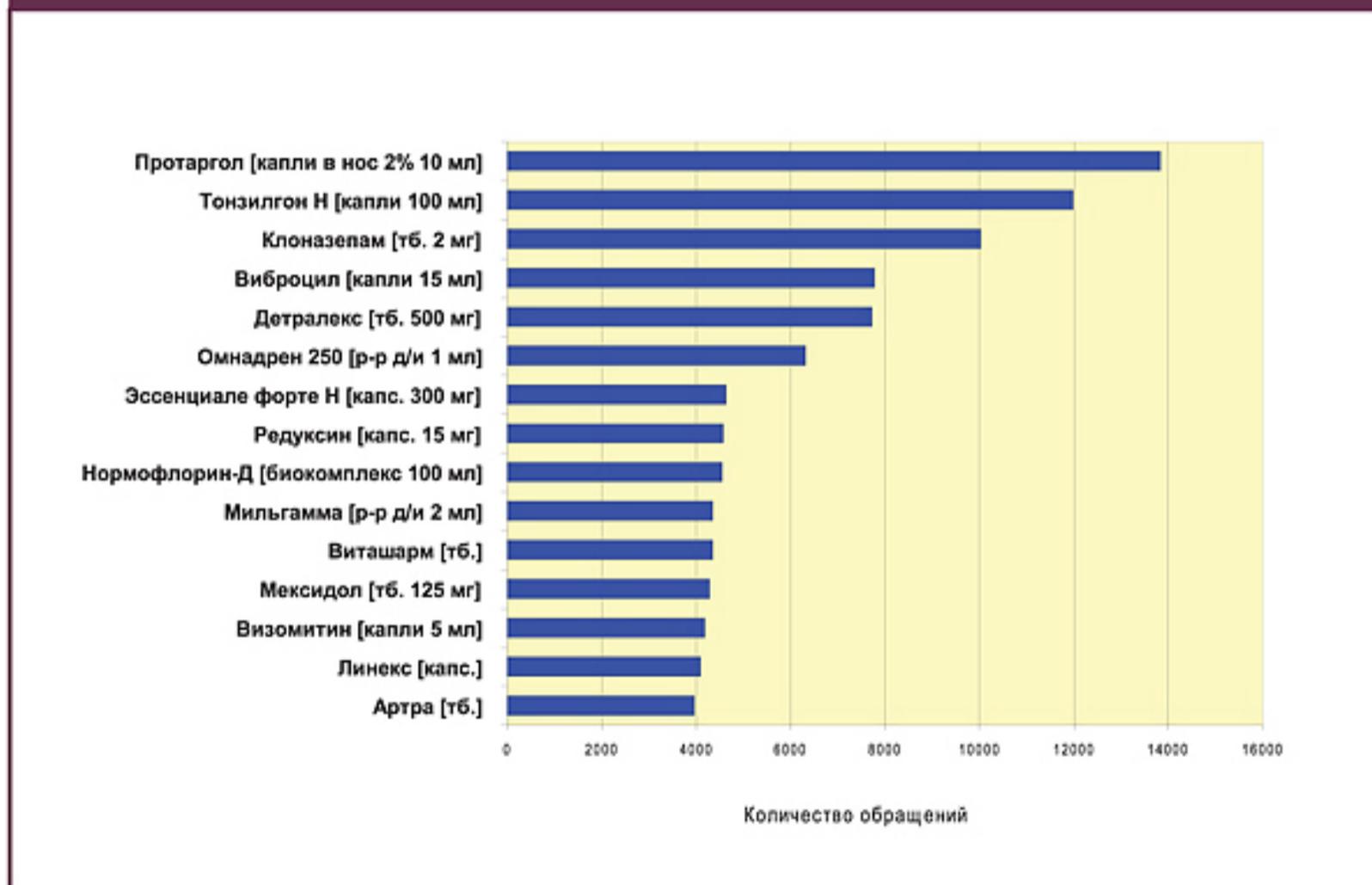


Рис. 2 **НАИБОЛЬШИЙ СПРОС НА ЛС ПО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ ГРУППАМ**
ВО II КВАРТАЛЕ 2015 г.





ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ФАРМАЦИЯ

Гандель Виктор Генрихович

Член-корр. Международной академии интеграции науки и бизнеса (МАИНБ), к.фарм.н.

Непредвзятая профессиональная оценка и концептуальный подход к перспективам лекарствоведения послужили основой для предположения, что эпоха фармакотерапии переживает системный кризис. И остро нуждается в разработке прорывных технологий, позволяющих переформатировать взаимодействия в системе врач – пациент – провизор (фармацевт).

Одним из новаторских направлений в этом аспекте стало появление персонализированной медицины и персонализированной фармации. Каковы шансы изменить с их помощью подходы к диагностике и лечению? Возможен ли успех их имплементации, и при чем здесь бизнес?

Говоря о подобных новациях, следует вспомнить, что еще во времена Гиппократы эскулапы обращали внимание на субъектность пациента: пол, возраст, происхождение, отношение к самому себе и пр. Однако добраться до молекулярного и геномного уровня им было не суждено. Сегодня наука позволяет вторгаться в наиболее сокровенные разделы биоса гомо сапиенса.

Персонализация диагностики и лечения помогает нам понять и оценить шансы организма восстановить поврежденные или

утраченные компетенции, спланировать рациональные направления соответствующих вмешательств, а также предсказать или приостановить развитие неблагоприятных тенденций. И если сегодня число инструментов врача ограничено – операция или фармакотерапия (или то и другое), то в недалеком будущем могут добавиться (а некоторые уже добавились!) еще несколько значимых опций: артропластика, регенерация и трансплантология, биопринтинг, применение клеточных технологий и, возможно, что-то такое, сегодня еще неизвестное или пока не состоявшееся (например, пересадка головы).

Преодолевая этические и клинические проблемы медицины доказательной, ориентация на уровень доказательности которой не должна носить императивный характер[1], медицина персонализированная,

действуя дедуктивно – от общего к частному, открывает перед врачом перспективы молекулярно-генетического тестирования с выходом на составление индивидуального цифрового продукта (кода) человека (индивидуального генома), сохраняющего свою информационную ценность на протяжении всей его жизни.

Не вдаваясь в архитектуру геномных и постгеномных технологий, к коим следует отнести, в частности, секвенирование, транскриптомику, протеомику, метаболомику как элементов этногеномики и др., необходимо отметить их предиктивный (предсказательный) совокупный характер, позволяющий выявить генетическую предрасположенность пациента к развитию социально значимых и генетически обусловленных заболеваний: сердечно-сосудистых, опухолевых различной локализации, артериальных и венозных тромбозов, сахарного диабета, ожирения, остеопороза, предрасположенности к нарушению течения беременности, возможным аномалиям развития плода и пр.

Становится возможной идентификация инфекционных угроз и мониторинг факторов патогенности и, в особенности, резистентности традиционных патогенов (возбудителей нозокомиальных инфекций, сифилиса, туберкулеза, возможно, СПИДа) для адекватного респонса средствами антибактериальной терапии и прогнозирования эпидемиологической ситуации.

Другое перспективное направление в рамках персонализированной медицины – фармакогеномика (генная терапия), открывающая дорогу персонализированной (персонифицированной) фармации. Назначая пациенту персонализированную дозу лекарственного препарата, мы можем, прежде всего, снизить количество осложнений, обычно возникающих в рамках проводимой терапии. Это направление имеет большое социальное звучание, поскольку помогает определиться с приемлемостью или неприемлемостью назначения ряда дорогостоящих лекарственных препаратов, избежать ненужных финансовых трат, сократить время фармакоэкспозиций.

Так, например, если фармакотерапию онкозаболеваний посредством традиционных подходов к диагностике и лечению можно сравнить с «ковровыми бомбардировками» организма больного, когда цитотоксическое воздействие лекарственного средства оказывается не только на злокачественные клетки, но и на здоровые, то генная терапия позволяет не только выявить соответствующие мишени, но и создать и применить индивидуальные (персонифицированные, персонализированные), т. н. таргетные, точечные препараты для конкретного больного, геномные характеристики которого занесены в его досье. Это колоссальная возможность снизить терапевтические дозы и, следовательно, возможные побочные эффекты и противопоказания, защитить от повреждающих воздействий здоровые клетки, снизить стоимость, а, возможно, и продолжительность терапии. Индивидуализация прописей позволит возродить порядком подзабытые производственные отделы аптек, но на новом, качественно ином технологическом и информационном уровне, уйти там, где это необходимо, от отлично организованного, но все же масштабного индустриального производства.

Отталкиваясь от очевидных преимуществ такого подхода к диагностике и лечению, президент Обама предусмотрел в инициированной им односторонней реформе здравоохранения выделение средств на персонализацию всей системы медицинской помощи населению США. Кстати, эту реформу одобрил Фидель Кастро в своей новой статье из цикла «Размышления» («Размышления команданте» традиционно появляются на сайте Cubadebate).

Паллиативные подходы (персонализированная медицина и персонализированная фармация), конечно, являются суперсовременным ответом на вызов времени, на какое-то время позволяют усовершенствовать и диагностику, и, наверное, лечение, но концептуально проблему сохранения здоровья все же не решат. И, прежде всего, потому, что при таком подходе фармакосоставляющая остается в прежней парадигме: опять

поиск или создание новых молекул, пусть уж совсем экзотических, но отнюдь небезопасных в плане отдаленных и сверхотдаленных последствий применения. Ведь недаром фармаколог А. Альберт в своем известном труде «Избирательная токсичность» подчеркивал, что лекарственная молекула «просто убивает возбудителя болезни раньше ее хозяина». А основоположник химиотерапии П. Эрлих считал, что лекарство от яда отличается лишь величина дозировки. Не следует также забывать, что предлагаемые технологии эффективны, в основном, для пациентов с состояниями, связанными с мутациями или изменениями в определенных генах; для всех остальных они пока недоступны.

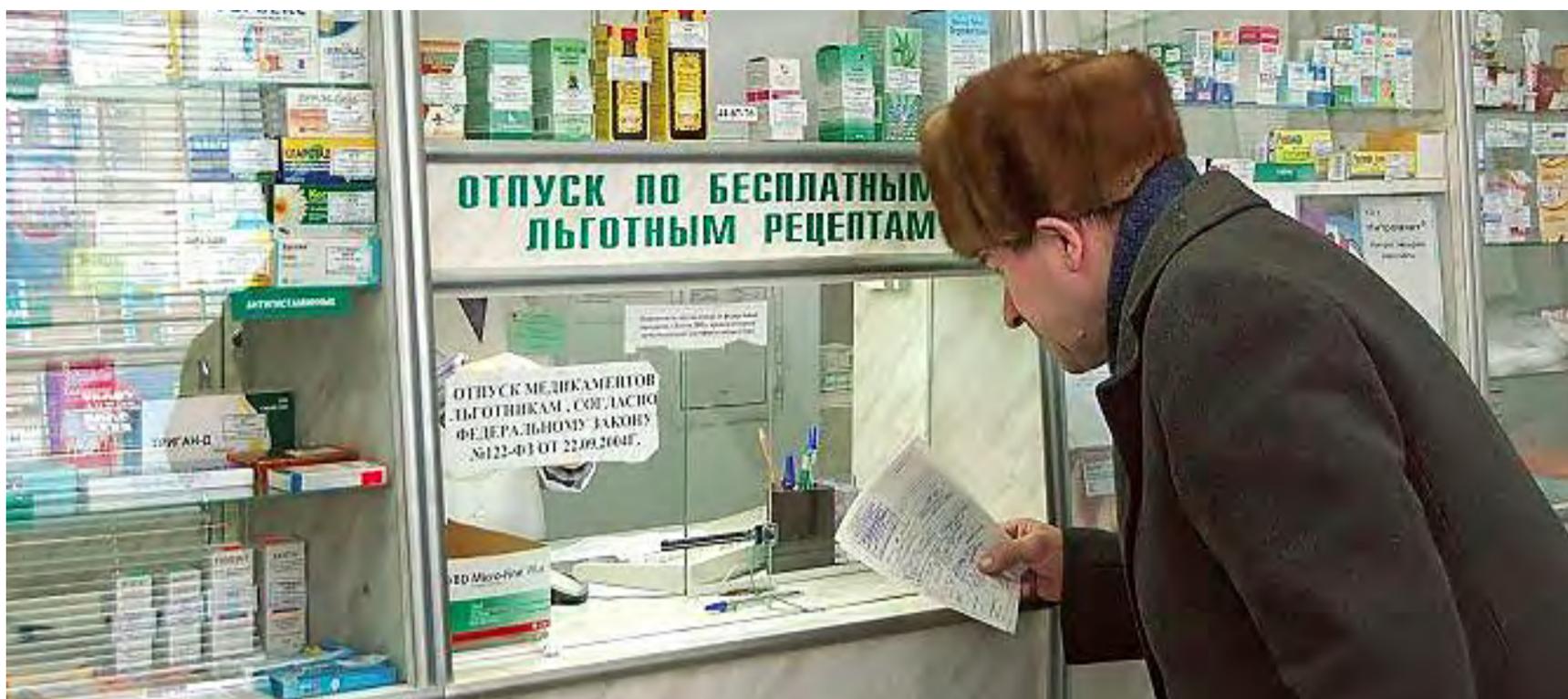
Кроме того, имплементация данных новаций потребует не только значительных инвестиций, но и существенных федеральных расходов на здравоохранение в целом, поскольку важнейшим станет вопрос не только о его технико-технологической и информационной составляющей, но и о профессиональной подготовке и переподготовке соответствующих медицинских, фармацевтических и иных соответствующих кадров, включая преподавательские. Фактически потребуются подлинный реинжиниринг высшего и среднего специального образования по целому комплексу причастных дисциплин, их стыков (интеллектуальных хабов) и сочетаний. Возможность появления дисциплинарных новаций при этом отнюдь не исключена.

И все это надо было делать как минимум вчера, а как максимум – позавчера.

Вернемся к бизнесу и его роли во всем вышеизложенном. Современный мировой фармацевтический бизнес – это примерно один триллион долларов. Как представляется, бизнес, заточенный на производство прибыли любым путем, не в обиду ему будет сказано, как показывает практика, с поставленной задачей или не справится или не очень захочет справляться: слишком велика венчурная компонента и не очевидна маржа.

Необходим новый бизнес-формат – бизнес социальной ответственности, которого пока нет, но ростки оно при желании все же можно обнаружить. Прежде всего, по моему мнению, это государственно-частное партнерство, где социальная роль государства является приоритетной, что легко может быть проверено референдумом или выборными технологиями: доверие к частному бизнесу, в особенности транснациональному, будет несравнимо меньше. Социум свое будущее вполне может взять в собственные руки: необходимы лишь мотивация, политическая воля, соответствующая пропагандистская работа и мощная поддержка власти.

[1] Фармацевтические компании стали использовать результаты систематических обзоров в качестве дополнительных аргументов для включения своих препаратов в национальные формуляры.



РЕЦЕПТ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: С АПТЕКИ НАЧИНАЕТСЯ... НЕ ВСЕ

Рецептурный и безрецептурный отпуск ЛС – сложнейшая головоломка для отечественной фармации. Если пациент пришел без документа от врача, любая разгадка «загадки с рецептами» будет небезопасной для аптеки. В каждом из вариантов ответа «крайний» участник фармацевтического рынка будет хоть в чем-то, да виноват. Быть может, в условия задачи вкралась ошибка?

В поисках ответа на вопрос корреспондент МА отправился к участникам аптечного сектора.

ПОЛНЕЙШИЙ КОНТРОЛЬ? НЕТ, ЭТО ФАНТАСТИКА!

«Врачи практически не выписывают рецептов на «обычные» препараты рецептурного отпуска, которые не являются сильнодействующими или ядовитыми... Строго по рецепту отпускаются лишь те лекарства, которые стоят на предметно-количественном учете. Но поставить на предметно-количественный учет весь ассортимент аптеки попросту невозможно! – объясняет директор ФГУП «Аптека № 21» (г. Электросталь) Ольга Викторовна Баранова. – Если требовать выполнения правил только от аптеки и при этом не обязать докторов должным образом оформлять рецепты... В каком положении тогда окажется больной, которому из-за каждой упаковки придется ходить в поликлинику?»

Действительно, ужесточить контроль над продажей ЛС по рецепту – это, скорее, фантастика: только представьте себе, как будет выглядеть постоянный надзор за каждым фармацевтом в каждой аптеке! А если подобное осуществимо на практике, то пациенту останется только посочувствовать. Особенно если он «живет на лекарстве» (а при сердечно-сосудистых заболеваниях подобное случается довольно часто) и в один далеко не прекрасный день оказывается без рецепта на спасительный препарат.

А РЕЦЕПТ В РУКАХ ПАЦИЕНТА – МЕЧТА АПТЕКИ

У врача (который к тому же трудится в условиях модернизации здравоохранения) – своя правда и свой взгляд на проблему. На общение с больным доктору отведено 10-12 мин.

А за дверью кабинета – очередь из людей, которым нужна помощь, и проверяющие чиновники, чтобы сделать отметку «а по записи ли прошел больной», правильно ли делается запись в карте, выписывается больничный и, конечно, заполняется рецептурный бланк... Вот здесь самое интересное. Если специалист пойдет за бланком, а потом озаботится необходимыми печатями и подписями, далеко не все пациенты успеют к нему на прием. Да и бланков в учреждении может не оказаться.

«Если все больные будут приходить с рецептом от врача, это настолько облегчит работу фармацевтов и провизоров, что мы о таком только мечтаем! – делится своим мнением Ольга Викторовна. – Ведь бывает, что пациент забывает названия своих лекарств! Подобное чаще происходит с препаратами безрецептурного отпуска, но все-таки...»

Даже с рецептами иной раз не обходится без курьезов: иногда приходится созывать целый консилиум из провизоров и фармацевтов, чтобы понять, что имел в виду врач, заполняя бланк своим «медицинским» почерком. К счастью, такие случаи редки.

КТО ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВРАЧЕЙ РЕЦЕПТАМИ?!

«Как выглядит проблема рецептурного отпуска с нашей точки зрения – с точки зрения работников аптеки? – задается вопросом заведующая аптекой ООО «Первый Мед» (г. Красногорск) **Любовь Валерьевна Жовнерчук**. – Во-первых, пациент не идет к врачу. Во-вторых, даже если он дошел до доктора... Не знаю, кто должен обеспечивать бумагами медицинских специалистов, но у них нет рецептов! Обыкновенных простых рецептов, не говоря уже о специальной учетной форме. В-третьих, если врачи все же выписывают рецепты, они не всегда выписывают их грамотно. Иногда медики не знают ни названий, ни дозировок. В-четвертых, если больному все же удалось получить рецепт, он может забыть его дома или где-то еще».

Рецепт, оформленный по всем правилам, редкость для современной аптеки. В лучшем случае провизоры довольствуются бланками медицинских центров, из которых пришли посетители. Но, как правило, «назначение врача» представляет собой обычный клочок бумаги. Сами больные не видят в этом ничего из ряда вон выходящего.

Любовь Валерьевна вспоминает недавний случай, попавший в книгу жалоб и предложений ее аптеки. Мужчина пришел за антибиотиком и в ответ ему сообщили, что лекарство продается только по рецепту врача. «Что вы мне рассказываете, любая другая аптека отпустит этот препарат без рецепта!» – закричал пациент. На всякий случай его спросили: «А какая Вам нужна доза?» Оказалось, что рассерженный покупатель не знал даже дозировки... «Не найдя понимания» у фармацевтов и не получив желанное лекарственное средство, возмущенный человек обратился к жалобной книге.

РЕЦЕПТЫ ДЛЯ РЕЦЕПТА

Почему самолечение столь популярно в нашей стране? Ответ на этот вопрос не трудно найти в любой поликлинике. Даже пара-тройка часов в очереди – еще не гарантия того, что вам выпишут рецепт. Одно

из возможных решений вопроса – создать общую электронную базу данных для медицинских и фармацевтических специалистов. В нее можно было бы внести сведения о пациентах, постоянно принимающих одни и те же жизненно важные препараты. Тогда при входе в аптеку больному понадобится не рецепт, а всего лишь паспорт (ведь и название лекарства, и его дозировка – уже в распоряжении провизора). А очереди к некоторым врачам заметно поредеют: ведь многие вынуждены записываться на прием только для того, чтобы получить заветный бланк!



Заведующая аптекой ООО «Первый Мед» предлагает свой способ защитить пациента и аптеку от сложностей рецептурного отпуска – организовать в каждой поликлинике специальный кабинет для выписки рецептов. Тогда пациенту, которому уже назначено лечение, не нужно будет приходить в поликлинику к семи утра и просить о записи на «ближайшее время приема врача». Больной придет в любую минуту рабочего времени и скажет в окошко регистратуры совсем другие слова: «Мне на выписку рецепта». Через несколько минут его медкарта окажется в кабинете, где специалист с медицинским или фармацевтическим образованием будет оформлять рецептурные бланки. Если вдруг выяснится, что врач выписал неправильную дозу, сотрудник поликлиники сможет позвонить ему и спросить: «У меня на приеме пациент Иванов, в карте указаны такие-то лекарства, но, к сожалению, немного перепутано с дозой. Какую дозировку

в данном случае дать?» Скорее всего, доктор предложит начать с меньшей.

Кстати, о дозах. В аптеке можно наблюдать и такое – провизор видит ошибку в рецепте, а пациент негодует: «Вы мне должны отпустить, мне выписал врач! Вы что, хотите сказать, что врач – необразованный?» Но как можно дать посетителю то, чего нет – лекарство в несуществующей дозировке?

Предположим, что больной вежлив и воспитан и фармацевту удастся объяснить ему, что дозировки, которая указана в рецепте, попросту нет. Но захочет ли посетитель снова идти к врачу, чтобы переписывать «письмо в аптеку»? Навряд ли. Представив еще несколько часов ожидания в коридорах поликлиники, больной начнет умолять: «Можно я лучше у вас проконсультируюсь и сразу же куплю?»

Кабинет выписки рецептов избавил бы от многих проблем и врача, и пациента, и аптеку. К сожалению, нынешние изменения в медицине – совсем другие: сокращают врачей, закрывают стационары.

ЖИЗНЬ СПАСТИ ИЛИ ПРАВИЛА СОБЛЮСТИ?

Может ли сотрудник аптеки отказать в помощи человеку, которому плохо? Конечно же, нет, социальную ответственность работника здравоохранения с него никто не снимал, и клятву Гиппократата он также принимал! Но и нарушать правила рецептурного отпуска фармспециалисту запрещается. В реальной жизни это неустрашимое противоречие выглядит так: до аптеки доковылял пациент с бронхиальной астмой. У него приступ. Он еле живой. Что делать провизору? Гнать несчастного к врачу за рецептом? Вызывать скорую? Предложить вызвать врача на дом и понадеяться, что больной доживет до его приезда? Дать рецептурный препарат для немедленного снятия приступа?

В любом случае фармацевтический работник обязан оказать пострадавшему медицинскую помощь. Для этого необходимо взять препарат, провести лечебные действия, а потом, когда человек немного придет в себя,

взять у него данные, чтобы в дальнейшем не пришлось объяснять, куда делось лекарство. Быть может, проще вызвать «03»?

«Недавно рядом с нами на лавочке стало плохо мужчине. Мы измерили ему давление: нижнее оказалось 40, верхнее – 90. Он немного полежал, и тогда верхнее давление упало до 70; 70 на 40 – практически труп. Естественно, мы позвонили в скорую, но ехала она примерно час. Пришлось мне из аптеки брать свои медикаменты и срочно оказывать человеку помощь, чтобы он только не умер, – вспоминает Любовь Валерьевна. – Куда он в таком состоянии пойдет, за какими рецептами? Скорая приехала, оказала ему первую помощь и увезла в больницу. Думаю, вряд ли он выйдет из стационара с рецептом. А мы в любом случае крайние: не отпустили без рецепта – виноваты, отпустили без рецепта – тоже виноваты. Не оказать помощь – виноват, оказать помощь – тоже виноват».

С подобными коллизиями сталкиваются не только аптеки, но и врачи. Больной выздоровел, но его лечили не по стандарту? Возможно, докторам придется долго объясняться. Скорая помощь спасла пациента без полиса? Тогда у «03» возникнут финансовые проблемы: с 2013 г. скорая включена в систему ОМС. Со всеми зарплатными последствиями.

А РЕЦЕПТОВ – ВСЕ БОЛЬШЕ И БОЛЬШЕ

Совсем недавно соблюдать правила рецептурного отпуска врачам и аптекам помогали медицинские представители. Они приносили докторам уже готовые и заполненные бланки: «энап, дозировка... принимать столько-то раз в день». Все, что оставалось сделать доктору, – написать в рецепте паспортные данные больного.

Сегодня рецепты по торговым маркам лекарств – уже история. Врач обязан выписывать лекарства по МНН, но как это сделать, когда даже беседовать с пациентом приходится в телеграфном стиле? Опыт медпредставителей мог бы оказаться весьма полезным: обеспечить докторов бланками с напечатанными МНН и тем самым упростить процесс соблюдения законодательства.

Выписка рецептов по МНН – еще одна коллизия сегодняшнего здравоохранения. Один из «аналогичных» препаратов входит в перечень ЖНВЛП, другой – нет. Один препарат отпускается строго по рецепту, другой – без рецепта врача. Впрочем, лекарства уравнивают в правах: при каждой новой перерегистрации в полку рецептурных ЛС прибывает. Обратный переход (из рецептурного статуса в безрецептурный) в наших условиях вряд ли возможен. Фармацевтические продукты чаще просто-напросто теряют статус лекарственных препаратов и перемещаются в сферу биодобавок.

«АДМИНИСТРАТИВНО ВО ВСЕМ ВИНОВАТЫ АПТЕКИ»

«Отсутствие рецептов на рецептурные препараты – наша боль! – с горечью констатирует исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей Нелли Валентиновна Игнатьева. – Увы, в аптеках скоро забудут, как выглядят рецепты: к нам приходят пациенты с торговыми наименованиями лекарств на листочках, а не на рецептах».

Что такое рецепт? Это письменное обращение врача к фармацевту с просьбой о выдаче лекарственного препарата пациенту, которое имеет в т. ч. юридическое и финансовое значение. Но, увы, сегодня отсутствие рецептурных бланков, начатое в 90-е гг., имеет свои негативные результаты. Рецепты просто уже не выписывают. Да, 90-е гг. – это был сложный этап для всех нас. Действительно был дефицит рецептурных бланков. И врачи вынуждены были прибегать к простым листочкам бумаги... Затем «на помощь» пришли компании-производители, предложив блокнотики с уже выписанным препаратом. Врачу оставалось поставить дату, подпись, печать и адрес учреждения. Но этот период уже прошел, а негативный опыт обходиться без рецептурного бланка, увы, остался.

Обыкновенный листок бумаги не несет никакой юридической силы и не возлагает ответственности за назначенный препарат. Сегодня рецепты выписываются только

на те ЛС, которые находятся на предметно-количественном учете (т. е. рецепты на них при отпуске остаются в аптеке). Это и есть истинная причина того, что рецептурные препараты сегодня отпускаются без рецептов.

Кто виноват? Административно во всем виноваты аптеки».

КАЖДЫЙ ДОЛЖЕН НАЧАТЬ С СЕБЯ

«Нас наказывают штрафами за неправильный отпуск рецептурных препаратов. Но и здесь аптеки – без вины виноватые, – резюмирует Нелли Валентиновна. – Что делать? Обязывать врачей выписывать рецепты! наших пациентов нужно учить более серьезно относиться к своему здоровью. Ведь любой, даже безрецептурный препарат должен изначально быть назначен врачом. Увы, сегодня и законодательством определено, что врач «рекомендует» лечение». Да-да, именно рекомендует, а не назначает!

Оправданий для массового самолечения можно найти множество: всем известные очереди в поликлиниках, нехватку времени... Но результат все равно печален. *«Наш пациент обращается к врачам, когда уже бывает поздно, и опять виновата система здравоохранения, которая не может вылечить. Много проблем создает и информация в Интернете. Все научились лечить себя сами. Каждый из наших сограждан уже*

считает себя профессионалом в политике, в футболе, в здравоохранении. Но так ли это? – размышляет исполнительный директор РААС. – Я не оправдываю аптечные организации. Только все вместе: пациент, врач и фармацевт способны изменить эту ситуацию!

А сегодня каждый из нас должен начать с себя! Пациент – обращаться к врачу и требовать рецепт, врач – его выписывать, фармацевтический специалист – отпускать препарат по рецепту».

Н.В. Игнатьева надеется: все расставит по своим местам долгожданное лекарственное страхование. Возмещение пациенту расходов на фармпрепараты невозможно без учета медикаментов. А где учет, там и рецепты. Но сколько времени пройдет, пока программа возмещения из темы для дискуссий превратится в реальность? Старт лекарственного страхования откладывают год за годом...

«Одни не идут к врачу и не берут талончик, другие идут им навстречу, – подводит итог Любовь Жовнерчук. – В результате крайним оказывается тот, кто оказал медицинскую помощь». Таково сегодняшнее положение дел, но оно исправимо...

Екатерина АЛТАЙСКАЯ ■



«НА КАЖДОМ НАШЕМ ЗАСЕДАНИИ ПРИСУТСТВУЮТ ПАЦИЕНТЫ И ВРАЧИ...»

Как сделать медицину доступной для пациента и в то же время рациональной для государства? Совместить спасение жизней с экономией бюджетов – задача не из простых. Поиски ее решения год за годом откладывают внедрение программы лекарственного возмещения, которая не может стартовать без ответа на вопрос: за какие же препараты нужно платить?

За все, которые находятся в обращении? Такой вариант абсолютно верен с этической точки зрения (право на жизнь не должно зависеть от кошелька), но неприемлем для стесненного в средствах государственного бюджета.

Только за эффективные и качественные? Но как тогда отличить хорошие лекарства от всех остальных (которые директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов не так давно назвал фармацевтическим мусором)? Здесь уже не обойтись без оценки технологий здравоохранения. Процедуру, которую, как правило, вспоминают, когда заходит разговор о составлении перечня ЖНВЛП...



Эксперты отмечают: методы оценки технологий здравоохранения в нашей стране нуждаются в доработке. Чтобы усовершенствовать их, не лишним будет проанализировать зарубежный опыт. Начнем с примера английского: сегодня в гостях у МА дирек-

тор научного совета Национального института совершенствования здравоохранения Великобритании (NICE) **Елизавета Осипенко**.

ВСЕ НАЧИНАЕТСЯ С...

Елизавета, что, на Ваш взгляд, подтолкнуло британское здравоохранение к созданию Вашего института?

Институт NICE был основан в 1999 г., когда система осознала: доступ инновационных ЛС к пациенту – не таков, как хотелось бы. Люди, живущие неподалеку от какой-нибудь больницы в Лондоне, могли получить новый препарат против рака, а те, кто живет, например, в деревне на севере страны, доступа

к лекарству, увы, не имеют. Это являлось очень большой проблемой для Великобритании, где частным здравоохранением пользуются лишь 15% населения и даже эти 15% время от времени обращаются к государственной медицине.

Получается, с финансированием медицинской помощи дела в стране обстоят очень неплохо...

Бюджет британского здравоохранения действительно не так уж мал – 120 млрд. фунтов стерлингов. Однако в него входят абсолютно все составляющие медицинской помощи – от пипетки до зарплаты нейрохирурга. Естественно, если фармацевтическая компания выводит на рынок новый продукт, система здравоохранения должна где-то найти деньги и оплатить его. И если приобрести этот препарат, не будет возможностей оплатить что-то другое. Случаи, когда новое лекарство в одночасье заменяет старое, крайне редки, и система в течение какого-то времени платит дважды.

Когда новое, очень дорогое онкологическое средство попадает на рынок, орган, который

должен выделить на него деньги, рассуждает примерно так: «Хорошо, мне нужно где-то найти три миллиона на следующий год, чтобы оплатить лечение рака для этих пациентов. Где мне взять эти три миллиона? Получается, я должен уволить столько-то медсестер, убрать вот такую-то программу, сделать то-то, то-то и то-то». Каждый день система здравоохранения принимает подобные решения. Они очень и очень сложны, ведь, если вдуматься, под вопросом – жизни людей. Если вы откажете в лечении одной группе пациентов, то на следующий день перед вашим офисом будут демонстрации с лозунгом «нам запретили лекарство».

Вот почему было необходимо сделать принятие таких решений, во-первых, максимально прозрачным, во-вторых, научно подтвержденным. В третьих, нужно было обеспечить доступ инновационных продуктов на рынок и при этом добиться того, чтобы фармкомпании тоже регулировали свои цены.

Почему для решения этих задач недостаточно работы Европейского медицинского агентства?

Европейское медицинское агентство (EMA), расположенное в Лондоне, принимает регуляторные решения: одобряет выход лекарств на рынок ЕС или же запрещает их обращение. Его вердикты обязательны для 28 участников Евросоюза, но на финансовый вопрос (купить или не купить одобренный Агентством препарат) страны отвечают сами. То есть когда EMA разрешает выпуск препарата, препарат становится доступен в стране для прямой оплаты, но не будет оплачен государственной системой, пока не получит национальное одобрение.

Для Европейского медицинского агентства важны критерии эффективности и безопасности: работает ли средство, обладает ли оно тем действием, которое указано в инструкции? Насколько данное средство безопасно? Агентство ответственно за оценку соотношения пользы и риска препарата. Дальше – не только в Великобритании, но и в очень

многих странах – встает вопрос: «Стоит ли платить за это лекарство, стоит ли платить за ту пользу, которую оно дает по сравнению с тем лечением, которое предоставляется системой на данный момент?»

Безусловно, Агентство должно исследовать абсолютно все лекарства, которые попадают на рынок. NICE не может выполнять такие объемы работ, и мы изучаем лишь те препараты, которые серьезно меняют картину лечения, т. е. инновационные, очень дорогие ЛС. Дженерики и биоаналоги институт не оценивает. Именно с программы по оценке инновационных препаратов и начался в 1999 г. наш Институт. Это направление работы – самое известное, о нем и сегодня чаще всего рассказывают в новостях. NICE также разрабатывает клинические рекомендации, рекомендации по медицинским приборам и диагностике, по хирургическим процедурам, стандарты качества для больниц и поликлиник...

Является ли Институт государственным учреждением?

Да, мы являемся государственным учреждением и работаем с британским министерством здравоохранения, но при этом не подчиняемся ему. Минздрав не может заблокировать решение NICE.

Что такое Научный совет в NICE?

Отдел научного консультирования был создан в 2009 для сотрудничества с компаниями разрабатывающими инновационные препараты и приборы. Это коммерческое подразделение внутри госструктуры. Мы сотрудничаем с компаниями на ранних стадиях разработки продукта. Обычно производители приходят к нам перед основной фазой клинических испытаний. Не так давно одна компания обратилась к нам ДО первой фазы, что в нашей практике – редкость! Чаще всего компании начинают работать с нами перед третьей фазой.

ПРОФЕССИОНАЛЫ БОЯТСЯ ОЦЕНКИ
Наверное, к Вам обращаются абсолютно все фармпроизводители, так

или иначе присутствующие на английском лекарственном рынке...

Сказать, что все компании приходят и пользуются такой возможностью, нельзя. Этот рынок далеко не развит даже у нас: фармкомпании очень боятся оценки технологий здравоохранения. Хотя их опасения – совершенно неоправданные. Наша цель – ни в коем случае не «предотвратить» выдачу лицензии, а, напротив, довести препарат до пациента как можно быстрее. Наша задача – помочь компании разработать лекарство таким образом, чтобы в течение второй и третьей фазы клинических исследований они собрали все данные, чтобы удовлетворить и регулятора, и тех, кто будет оплачивать препарат. Оценка технологий здравоохранения – это процесс создания оптимальной доказательной базы – то есть тех данных, которые должны быть собраны сверх сведений для лицензии, чтобы предоставить информацию для нашего рынка. Как только компания приходит к нам за советом, мы даем ей консультацию исключительно с точки зрения английской системы лечения и английских пациентов. Хотя клинические подходы и отличаются – методологические и научные принципы работы ОТЗ в Великобритании и других странах Европы похожи – поэтому мы участвовали и в проекте, где давали фармпроизводителям советы по работе с 13 агентствами по оценке технологий здравоохранения из разных европейских государств.

То есть у каждой страны – участницы Евросоюза – свое агентство?

У многих стран есть либо отдельное агентство, – либо какой-то тип системы, позволяющий ОТЗ на уровне Минздрава, – у каждой страны – свое решение. Несмотря на то, что существует Европейское медицинское агентство, которое выдает лицензии, европейского агентства по оценке технологий здравоохранения нет и, скорее всего, не будет. Потому что даже в Европе, даже с евро, в разных государствах – разные системы здравоохранения и разные возможности оплачивать медицинскую помощь для своих пациентов.

Но даже если единую систему нельзя создать, стремление к ней есть: ведется большая методологическая работа, призванная сблизить научные подходы разных стран.

«ВСЕГО ЛИШЬ ДВА ВОПРОСА» Каков алгоритм работы института с инновационными препаратами?

Заседания NICE по инновационным препаратам проходят каждую неделю и открыты для публики. Одно и то же лекарство может возвращаться в наш институт несколько раз. Компания предоставляет полное клиническое досье и экономическую модель с подробным описанием. Для производителя это очень серьезная подготовка.

На самом деле, вся процедура сводится к ответу на два простых вопроса. Первый из них: насколько хорошо работает технология по сравнению с тем, что сейчас делается в английской системе здравоохранения? Второй: сколько стоит результат, который достигается. Стоит ли за это платить? Всего лишь два вопроса, но чтобы на них ответить, необходима очень серьезная доказательная база – и клиническая, и экономическая. Когда фармацевтический производитель приходит в NICE на ранних стадиях развития продукта, у него есть возможность задать нам все необходимые вопросы, чтобы через 3-6 лет подготовить качественное досье и вновь прийти в наш институт. Уже на оценку.

По каким критериям NICE «измеряет» качество препарата?

Институт не подвергает сомнению решения Европейского медицинского агентства: выдача лицензии является для нас первым шагом, которому мы верим на 100%. Если ЕМА не выдает лицензию, то процесс в NICE прекращается. Но само по себе получение лицензии на препарат не обязывает NICE рекомендовать это лекарство для английских пациентов. Прежде всего, необходимо определить пользу ЛС по сравнению со стандартом лечения в Англии на данный момент. Для этого мы применяем оценку QALY (quality-adjusted life year – год жизни с поправкой

на ее качество), индекс, основанный на комбинации продолжительности жизни и качества жизни.

Любой инновационный препарат должен либо улучшать качество жизни (если он ее не может продлить), либо продлевать жизнь (желательно и улучшая ее качество), либо и то, и другое одновременно. Если лекарство не продлевает и не улучшает жизнь, то наш институт не будет его оценивать.

Естественно, каждая компания считает, что если их продукт лучше, то они будут брать максимальные деньги за свой препарат. Перед экспертами ставится очень сложный вопрос: насколько это лекарство должно быть лучшим, чтобы за него стоило платить такую цену?

Почему NICE использует QALY?

Система принятия решений и для таких заболеваний, как рак, и для тех болезней, от которых люди умирают редко, одна – индекс QALY. Есть много литературы, критикующей этот подход. Концепция QALY, насколько я помню, была изобретена в 1950-е или 1960-е гг., однако это не означает, что не ведется научной или методологической работы, которая направлена на ее развитие и улучшение. Наш институт постоянно ведет различные научные проекты – и постоянно обновляет методологические пособия по изучению новых подходов к ОТЗ.

Насколько важна цена препарата?

Она является очень важным параметром, особенно для компании, но для нас она порой гораздо менее значима, потому что стоимость лечения пациента – важнее. Препараты могут быть очень дорогими, но при этом иметь потрясающий эффект и давать, например, возможность не находиться в больнице в процессе лечения. Необходимо сравнивать «пути» лечения пациента со старым и новым препаратом, а не цену старого препарата с ценой нового.

Как в итоге принимаются решения?

Институт рассчитывает стоимость одного «QALY» на пациента. Если эта цифра – меньше

20 тыс. фунтов, для нашего здравоохранения она приемлема. Считается, что это эффективное использование ресурсов системы. Если же получившаяся сумма превышает отметку в 20 тыс., то возникают вопросы. При стоимости выше 30 тыс. фунтов принятие решения становится еще сложнее. Но есть и примеры, когда препараты выше 57 тыс. фунтов за «QALY» все-таки получили свое финансирование.

Хотела бы отметить, что работники института решений не принимают. Принятие решений возложено на независимые комитеты, участники которых не получают вознаграждения от кого бы то ни было. Им оплачивают лишь билеты на поезд или самолет до Лондона или до Манчестера. Учитывая возможные конфликты интересов, мы составляем документы, фиксирующие ход заседаний комиссии и основания принятых решений. На нашем веб-сайте публикуются сведения по всем документам, которые предоставляют фармацевтические компании, и все данные о ходе заседаний. Посетитель сайта может увидеть абсолютно все – вплоть до переписки по электронной почте между компаниями и нашим институтом. Конечно, есть и конфиденциальная информация: ценовая составляющая может быть скрыта, но описание того, почему комитет принял то или иное решение, представлено в подробностях по каждому пункту. Для производителей это очень интересно, особенно когда они могут изучить сведения о препарате, с которым будут сравнивать их продукт.

То есть самое главное – цифры?

Нет, математический подход применяется лишь на начальной стадии работы. Если бы вся система функционировала на уровне файлов Excel, все экономисты только бы и подгоняли данные под «19999 фунтов за QALY» – и все было бы легко и просто. Но жизнь гораздо сложнее этого.

Комитеты NICE оценивают так называемые «неоцифрованные параметры», которые нельзя выразить математически. На каждом нашем заседании присутствуют пациенты и лечащие врачи, которые знакомы

с обсуждаемым препаратом. Они делятся с комитетом своими впечатлениями о лекарстве и отвечают на вопросы. Также NICE рассматривает другие критерии – социальные принципы, инновационность, качество данных, уровень неопределенности в предоставленной доказательной базе. У нас есть академические центры, которые тщательно проверяют всю информацию поданную компанией, и предоставляют свое заключения комитету. Процесс принятия решений – не только прозрачный, но и всеобъемлющий.

Хотелось бы спросить о временных рамках этого процесса...

Все начинается за год-полтора до того, как препарат получает лицензию: тогда компания уже готовит досье в наш институт, чтобы у нас были полные данные. Если с лицензией что-то происходит, мы приостанавливаем процесс, если же с ней все в порядке, мы стараемся назначить первое заседание на день получения лицензии. Все сведения, представленные

фармкомпанией, проверяют независимые академические группы. Затем начинается открытая консультация: в Интернете публикуются оценка академической группы и информация, которую дал производитель, чтобы любой человек и организация имели возможность предоставить свои сведения и свою оценку технологий здравоохранения. После этого через 8 недель назначается второе заседание, на котором выносят окончательное решение. В редких случаях окончательное решение может быть принято на первом заседании. Если компания посчитает, что наш институт нарушил процессуальный кодекс, она может подать апелляцию через суд.

NICE старается в среднем выдать заключение через 4-6 месяцев после получения лицензии – система здравоохранения обязана предоставить финансирование препарата в течение 3 месяцев после публикации рекомендации NICE.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ



Нелли Игнатьева: «НЕ ДЕЛАЙТЕ ИЗ АПТЕК АКУЛ БИЗНЕСА»

Продолжаем тему профессионального фармацевтического образования, которая стала центральной в майском номере нашего издания. Мы обратились к исполнительному директору Российской ассоциации аптечных сетей (РААС), к.фарм.н. Нелли Игнатьевой с просьбой высказать свое мнение о том, в каком состоянии находится сегодня система образования, какие проблемы нужно решать и что для этого нужно сделать.

Нелли Валентиновна, что, по Вашему мнению, необходимо сегодня менять в системе фармацевтического образования?

Совершенствование системы профессионального фармацевтического образования – это постоянный процесс. В настоящий момент уже с учетом наработанного опыта за период становления рыночных механизмов и сформированными требованиями со стороны работодателей это становится более прозрачным, но и следует осознавать, что многое хорошее утрачено из советской фармацевтической школы образования и практики.

Пример – школа аптечного производства. Считать экстенпоральное производство нерентабельным и невостребованным неверная позиция. Проблема в том, что, увы, нет уже специалистов для ее масштабного возрождения.

Опыт каких стран может стать ориентиром?

Мы настолько особенные и со своей историей развития фармации как науки и практики, что слепо ориентироваться на опыт отдельной конкретной страны не представляется, на мой взгляд, возможным. Поскольку, в первую очередь, необходимо сравнивать системы здравоохранения стран. И нет ни одной похожей на нашу модель. Мы находимся на начальных этапах становления страховых механизмов в здравоохранении, и пока нет определенных позитивных моментов ее

реализации, но, сохраняя при этом оптимизм, будем и дальше работать над этими задачами. На перспективу считаю правильным перенять опыт стран, в которых главным ориентиром в профессиональных дисциплинах является клиническая фармакология. Остается необъяснимым то, что в нашей модели фармацевтического образования фармакология не является таковой, нет специализации по клинической фармакологии и на этапах постдипломного образования, у нас это прерогатива врачебного дела.

Я напомним наш опыт: в России аптекари, в отличие от работников всех других торговых учреждений, пользовались особыми привилегиями. В 1807 г. министр внутренних дел Кочубей писал: «Торговля аптекарей есть отлична от прочих родов торговли по важности вещей, оную составляющих. Она, состоя под ближайшим надзором правительства, не обложена никакими податями и повинностями, но имеет, напротив, разные привилегии и права, отличные от купеческих, и аптекари, как и прочие ученые звания, пользуются на основании Городового положения правом именитых граждан».

Аптекарей, которые весьма часто имели высшую фармацевтическую степень, по праву относили к числу самых образованных людей в России, а аптеки занимали почетное место среди других медицинских учреждений. Эти привилегии и льготы аптечного дела, определяющие деятельность фармацевтов, были отражены во многих юридических документах.

Какие специалисты фармотраслью будут востребованы в ближайшее время?

При позитивном направлении развития локального фармацевтического производства увеличивается и востребованность специалистов для фармацевтической промышленности. И в настоящий момент эта специальность уже развивается в наших вузах. Со специалистами же для аптечного направления сохраняются прежние ориентиры, однако они также требуют совершенствования. Много лет обсуждается модель двухуровневого образования. В настоящий момент позитивные шаги предприняты. Если еще несколько лет назад студенты фармацевтических факультетов и вузов не имели права работать в аптеках, то в настоящий момент, сдав экзамены, еще на этапе обучения они уже могут получить это легальное право работать в качестве фармацевта. Как бы мы ни оспаривали своевременность двухуровневой модели образования, она у нас уже есть. В настоящее время в вузах имеется фармацевтическая специальность по программе образования колледжа, начало положено.

От подготовки кого, напротив, уже стоит отказаться?

Отказываться от своего опыта не считаю верным решением. Все специалисты будут востребованы, другой вопрос – в каком количестве. В вопросе подготовки специалистов с узкой специализацией нужен рациональный и взвешенный подход и совершенствование этой специализации согласно требованиям времени. Как можно отказаться от специализации технолога, аналитика или управленца? Гильотина не средство от перхоти.

Как заинтересовать выпускников вузов работать по полученной специальности?

Отказ от специальности по диплому имеет место быть во всех сферах деятельности, фармация не исключение. Перед нашим профессиональным сообществом стоит серьезная задача по работе над повышением престижа фармацевтического специалиста, в этом направлении работа ведется и ее необходимо усиливать. Многое зависит от практики. Ап-

тека должна всегда быть и оставаться учреждением здравоохранения, прежде всего, в сознании практических работников и владельцев аптечного бизнеса, несмотря на то, что аптека – организация торговая. Нет необходимости искать для аптеки место либо в торговле, либо в здравоохранении.

С момента зарождения нашей специальности к фармацевтическим специалистам одновременно предъявлялись требования по знанию растений, химии и коммерции. И даже в монополистической модели советского периода аптека сохраняла статус хозяйственной организации. В этом особенность нашей профессии: сочетать в себе и неотъемлемого участника системы здравоохранения, и работника торговли! Особое обращение к СМИ, ко всем, кто очерняет лицо аптеки, обвиняя ее во всех проблемах рынка и при этом совершенно забывая и не приводя в пример порядочных ее представителей. А это и есть причина ухода наших выпускников в первую очередь из аптек! Не нужно делать из аптек «акул бизнеса», по сути «без вины виноватых» участников фармацевтического рынка. Непрофессионалы есть всюду, но есть и ориентиры на позитивных и ответственных представителей нашей специальности, следует больше внимания уделять достойным аптекам.

Фармацевтический специалист – это гордая и ответственная профессия! Верю, что приобретение нами своего профессионального праздника поспособствует повышению нашего престижа!

Фармацевтической специальности нужны, как воздух, социальная поддержка и реклама. Все обвиняют аптеки в желании заработать, но опускают тот момент, что реализация 90% лекарственных препаратов из Перечня ЖНВЛП не приносит аптекам никакого дохода. Однако аптеки поддерживают эти государственные механизмы регулирования торговых надбавок пока не предложено других, более действенных механизмов доступности лекарственных препаратов для нашего населения. Да, все надежды связаны с внедрением механизмов лекарственного страхования, но это не произойдет сегодня-завтра.

Как научить молодых специалистов строить свою профессиональную карьеру не по принципу «все и сразу»?

Увы, на моем опыте нет примеров успешных карьер по принципу «все и сразу», но допускаю, что краткосрочно случается «все», которое почти «сразу» и уходит. Можно многое делать в совершенствовании системы образования, но нет возможности в учебных пособиях передать и дать практический опыт; практические навыки – да, но для истинного профессионализма нужна практика. Есть логичные этапы развития в профессии, как и в самой жизни. Не бывает истинных побед без поражений, такова жизнь. Неудачи и ошибки делают нас сильнее, опытнее, мудрее, ответственнее. Словом, привносят свой вклад, делая нас успешными.

Какие предложения вносит РАА по изменению системы подготовки кадров?

Я – преподаватель высшей школы по фармацевтической специальности с 16-летним стажем, имею также опыт работы заведующего учебной частью кафедры «Организация и экономика фармации», автор методических пособий, что дает основание резюмировать, что мы в системе подготовки кадров участвуем постоянно. Ассоциация принимает участие в оценке профессиональных стандартов и выдвигает свои предложения по их совершенствованию. На практике наши аптечные сети внедряют свои подходы коучинга и наставничества, корпоративные академии, образовательные тренинговые центры, обеспечивая непрерывное образование практических работников и дополняя обязательные курсы повышения фармацевтических специалистов. Наши аптечные сети – базы практик для наших выпускников.

Какие дополнительные программы подготовки специалистов Вы считаете эффективными в аптечном звене?

Как я понимаю, это вопрос о дополнительных тренинговых программах подготовки, а не об отдельных стандартах специализации... Но, не исключая первого, считаю

логичным и продолжение рождения отдельных специализаций фармацевтических специалистов по отпуску лекарств населению с обязательными навыками психологии и усиленной подготовкой по курсу фармакологии. Актуальны отдельные направления по курсам фармацевтического маркетинга и мерчандайзинга, управления аптечной организацией, клинической фармакологии, фармацевтического порядка.

Задача каждого представителя нашей профессии: постоянное совершенствование своих знаний, чувство ответственности и гордости!

«В руках невежды лекарство – яд, и по своему действию может быть сравнимо с ножом, огнем или светом. В руках же людей сведущих оно уподобляется напитку бессмертия». Эта древнеиндийская мудрость точно отражает главные морально-этические принципы профессии фармацевта. В России аптекари всегда пользовались особыми привилегиями и уважением. В аптеке человек получал не только лекарство, но и совет, моральную и психологическую поддержку. Само слово «фармация» происходит от египетского слова «фармаки», что означает «дарующий безопасность».

Российская аптека в XIX – начале XX в. была центром, где больной получал не только лекарства, но и рекомендации, облегчающие его страдания. Больной должен выйти из аптеки и с необходимым лекарством, и с уверенностью в его эффективности, возможности исцеления недуга. Умение поддерживать больного, не оставлять без внимания его запросы, заботиться, в первую очередь, о каждом отдельном человеке, обратившемся за помощью в аптеку, – в этом высокая миссия фармацевтического специалиста.

Уважаемые коллеги, любите и цените каждый день своей жизни – в семье, в профессии, на отдыхе. Отношение и уважение к фармацевтической профессии со стороны наших сограждан обеспечиваем мы и только мы!



СОЦИАЛЬНЫЕ ИННОВАЦИИ ЕСТЬ, НЕОБХОДИМА ИХ СИСТЕМАТИЗАЦИЯ

5–6 июня 2015 г. в Омске прошел Форум социальных инноваций регионов, в котором приняли участие делегации почти 70 субъектов РФ. Форум стал презентационной площадкой для новых социальных проектов и практик.



За последние 10 лет в стране сложилась достаточно стабильная и слаженно функционирующая система социальной защиты населения, отметил на состоявшейся по итогам мероприятия пресс-конференции председатель

Комитета Совета Федерации по социальной политике **Валерий Рязанский**. За эти годы появилось немало инноваций в социальной сфере и, соответственно, появилась потребность в их систематизации. В двери социальных служб все чаще стали «стучаться» различные коммерческие и некоммерческие организации, желающие приложить свои усилия в этой сфере. А государственная система социальной защиты не может обойтись без привлечения новых сил, в особенности творческих, инновационных, подчеркнул сенатор.

С учетом всех этих изменений и был разработан новый детализированный Федеральный закон от 28.12.13 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ-442), который вступил в силу с 1 января 2015 г.

После его принятия все регионы в 2014 г. приступили к приведению в порядок своей законодательной и нормативно-правовой базы в сфере социального обслуживания. В полной мере законодательство субъектов РФ соответствует упомянутому закону и насколько закон отразил ожидания регионов, нужно было проверить на практике, отметил В.В. Рязанский. Поэтому в течение прошлого года параллельно шла проверка готовности нормативно-правовой базы регионов, включая Республику Крым и Севастополь.

В начале текущего года было проведено несколько парламентских мероприятий, позволивших определить степень готовности субъектов РФ к внедрению ФЗ-442. Под эгидой

партии «Единая Россия» в феврале этого года в Ярославле состоялся форум социальных работников, который выявил интересные социальные новации, развивающиеся в регионах, а также ряд проблем. Недавний форум в Омске, заметил Валерий Владимирович, – это продолжение той цепи событий, которые последовали вслед за принятием закона об основах социального обслуживания граждан.

На форуме были представлены лучшие региональные социальные практики, причем не только во время выступлений, но и на выставке, в которой приняли участие в т. ч. и предприниматели, давно сотрудничающие с государственными учреждениями в социальной сфере. Среди представленных проектов – частные детские сады, частные дома для престарелых, проекты государственно-частного партнерства (ГЧП) в области медицины, новейшие практики реабилитации инвалидов, их обучения и создания для них новых рабочих мест. Также были представлены центры инновации социальной сферы – инфраструктурные центры, которые поддерживают социальное предпринимательство в регионах. И это не полный перечень.

Нельзя выделить какого-то безусловного лидера социальных инноваций среди регионов. У многих, по образному выражению В. В. Рязанского, есть своя изюминка.

Каждый регион стремится выработать свои подходы к решению социальных проблем. К примеру, центры инновации социальной сферы есть только в 15 регионах.

В Пермском крае все социальные услуги домашнего характера осуществляются частным сектором, причем оплата услуг со стороны государства соответствует государственным тарифам. То есть частные компании берутся за оказание этих услуг по государственным расценкам и весьма неплохо справляются.

Смоленская обл. представила опыт мобильных бригад по оказанию социальных услуг в отдаленных населенных пунктах.

Воронежская обл. представила интересный опыт создания малокомплектных

домов-интернатов для людей старшего возраста. Пожилые люди селятся в современные домакоттеджного типа с хорошей инфраструктурой, просторным земельным участком вокруг, на котором можно не только проводить досуг, но и работать: ухаживать за цветами и т. п. Форум в Омске получился весьма представительным. В нем приняли участие представители Минтруда, Минздрава, Минпромторга, Минэкономразвития; о своем опыте рассказали губернаторы Пермского края, Вологодской, Ленинградской и Псковской обл., Ханты-Мансийского автономного округа.

В рамках форума прошло несколько круглых столов, посвященных реализации ФЗ-442, опыту регионов и муниципалитетов в инновационном обновлении социальной сферы, разработке законодательства в сфере ГЧП и социального предпринимательства. На последнем из них обсуждались два потенциальных закона: о государственно-частном партнерстве и о социальном предпринимательстве. Основным разработчиком законопроекта о ГЧП является Министерство экономического развития РФ, а тематика законопроекта о социальном предпринимательстве находится на стыке нескольких министерств.



Причем, пока еще идет обсуждение, нужен ли какой-то отдельный закон о социальном предпринимательстве, или следует вносить изменения в уже имеющиеся законодательные акты. На круглом столе шел обмен мнениями, каким образом

следует построить законодательство, чтобы оно оказывало реальную помощь социальным предпринимателям, рассказал на пресс-конференции по итогам форума участник данного круглого стола, заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике **Александр Борисов**. А также были выработаны рекомендации по поиску новых подходов для развития социальной сферы в партнерстве с бизнесом

– в соответствии с требованием Президента РФ о привлечении частных инвестиций в социальную сферу, чтобы граждане могли получать более качественные услуги за счет развития конкуренции.

Что касается законопроекта о ГЧП, то он уже, что называется, перезрел. Это подтверждает и статистика: на сегодняшний день 72 региона приняли собственные законы о ГЧП – при отсутствии федерального документа. Однако это может повлечь различное толкование государственно-частного партнерства в регионах. По мнению А. А. Борисова, федеральный закон нужен, поскольку государство является одной из сторон ГЧП, и оно обязано выработать общие правила на федеральном уровне. Важное дополнение – в законопроекте говорится не только о государственно-частном, но и о муниципально-частном партнерстве. На уровне муниципалитетов также можно привлекать к сотрудничеству предпринимателей, ведь большое количество социальных услуг оказывается именно на муниципальном уровне.

На Форуме социальных инноваций регионов был обозначен и ряд других проблем, многие из которых требуют законодательного решения.

Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» изменил основополагающий принцип предоставления социальных услуг – перешел от категорий граждан к понятию нуждаемости. Это привело к тому, что некоторые категории, например, инвалиды и участники Великой Отечественной войны могут выпадать из числа имеющих право на бесплатную социальную помощь. Если среднедушевой доход в семье ветерана превышает прожиточный минимум в регионе, то он должен оплачивать ее частично. А вот уровень частичной оплаты определяет регион. И тут возникают проблемы, связанные с тем, какие выплаты включать в доход, а какие – нет. Например, ежемесячная выплата, которую получают инвалиды; компенсационная выплата в связи с оплатой жилищно-коммунальных услуг.

Неловко, что такая проблема возникла в год 70-летия Победы, заметил В. В. Рязанский. Социальная поддержка ветеранов должна быть бесплатной. Но вопрос пока открыт, он остается в повестке дня и его следует законодательно четко прописать.

Одним из ключевых с точки зрения привлечения бизнеса в социальную сферу является подушевой норматив финансирования государственных и негосударственных учреждений. И здесь возникает вопрос: должен ли он быть единым или может различаться? Некоторые регионы практикуют два норматива – для государственных услуг и для частных. Правильно это или нет? Ответ должно дать Министерство труда и социальной защиты РФ.

Но, по мнению А. А. Борисова, должно быть два норматива, и по-другому быть не может. Если для предпринимателя не учитывается инвестиционная составляющая в нормативе (необходимость аренды или строительства зданий, покупок различных средств и др.), то для них этот сектор становится попросту нерентабельным.

В ФЗ-442 никак не прописана деятельность мобильных бригад комплексной социальной помощи в сельской местности, тем не менее практика показывает, что это достаточно востребованная услуга.

На сегодняшний день закон требует предоставления справок гражданином фактически только на бумажном носителе. Современные формы передачи информации через Интернет или же возможность получить эти услуги в «одном окне» пока в новинку. Нужно изменить нормативно-правовую базу, чтобы дать возможность наиболее продвинутой части граждан получать услуги по Интернету, в т. ч. через порталы госуслуг.

Потребуется законодательного регулирования вопрос периодичности перерасчета платы за социальные услуги. Закон требует делать это ежеквартально в связи с изменением прожиточного минимума. Однако некоторые регионы делают это один раз в году, а есть и такие, кто предлагает осуществлять перерасчет еще реже – раз в два года, потому что

процедура перерасчета достаточно громоздкая. Каждый субъект РФ выплачивает более 60 социальных пособий. Естественно, перерасчет требует много времени. Как быть? Этот вопрос также был адресован Минтруду России.

Не очень прозрачно в ФЗ-442 прописаны вопросы отказа от предоставления социальных услуг. Как оформлять отказ? Если гражданину отказали в бесплатном предоставлении соцуслуг, то требуется ли детальное обоснование отказа во избежание судебных разбирательств в будущем?

Социальное сопровождение семьи является проблемой междисциплинарного характера. В сопровождении семьи участвуют учреждения здравоохранения, социальной защиты, а в ряде случаев – и учреждения образования. В этом разрезе не хватает межведомственных приказов, которые четко определяли бы, где заканчивается зона ответственности одного министерства и начинается зона ответственности другого.

Не решена и проблема защиты от недобросовестного предоставления услуг. Само по себе попадание в список организаций, которые могут предоставлять соцуслуги населению и которые по закону пользуются льготами по НДС и налогу на прибыль, не дает соответствующих гарантий. В рекомендациях по итогам форума было предложено решить эту проблему. Лицензирование посчитали излишним, но сочли необходимым проработать механизм недопущения в социальную сферу недобросовестных «партнеров».

На форуме также поднималась тема отечественного производства технических средств реабилитации. Здесь как нельзя остро стоит проблема импортозамещения, которая сейчас у всех на слуху. Западные компании, которые занимаются подобного рода бизнесом, в технологическом развитии опережают нашу страну... Но это не повод для паники.

В решении этой проблемы можно двигаться в двух направлениях. По итогам форума Минпромторгу России было дано поручение активизировать работу в регионах, изучить имеющуюся там базу, а также опыт поддержки производства технических

средств реабилитации на местах с тем, чтобы выбрать лучшие практики и попытаться их развивать. И второе – локализация производств на территории России западными партнерами. Несмотря на введенные против России санкции, существуют зарубежные компании, занимающиеся техническими средствами реабилитации, которые готовы взаимодействовать с нашей страной.

Отечественные производители тоже не сидят сложа руки. Например, в Псковской обл. есть ГУП, разработавший проект создания небольших мастерских, которые занимались бы доработкой технических средств реабилитации. К сожалению, получаемые инвалидом протез или коляска не всегда учитывают его особенности и требуют доведения их до ума. Одновременно такие мастерские – это еще и бизнес, и создание рабочих мест. Отечественные предприятия изготавливают кистевые протезы, специальные подушки и даже экзоскелеты (это устройство, которое посредством своего каркаса увеличивает силы носящего его человека; помогает делать необходимые движения – ходить, садиться, подниматься), т. е. помогают встать на ноги человеку, прикованному к инвалидному креслу или постели и др. И здесь главная проблема – перейти от штучного изготовления таких технических средств к производству в промышленных объемах.

В нынешних непростых для страны условиях не может не беспокоить проблема финансирования социальной сферы. 2015-2017 гг. будут достаточно сложными в силу ограничений доходов бюджета. Предположительно в этом году он недополучит почти 2,5 трлн. руб. Повышение доходов пока является проблематичным, для оптимизации расходов возможностей не так много. Но, тем не менее, социальная сфера должна найти возможности оптимизировать свои расходы, не нанося ущерба качеству оказания социальных услуг и тем категориям граждан, которые по закону обязаны получать меры социальной поддержки, считает В. В. Рязанский. Экономия окажется возможной за счет введения показателя адресной нуждаемости. Достаточно

большое количество социальных льгот по разным причинам оказываются невостребованными, а это достаточно весомая часть бюджета социальной сферы.

Кроме того, нужна оптимизация структуры бюджетных учреждений. К примеру, в одном из детских домов Курской обл. на 65 детей приходится 89 человек педагогического состава. Учитывая, что в следующем году останется всего 24 ребенка, а еще через год – 15, налицо проблема нецелесообразности такого большого педагогического коллектива. И подобных примеров по всей стране немало.

Так что оптимизация нужна, но разумная, технологичная. И при этом она должна осуществляться в т. ч. и за счет управленческого аппарата. А сэкономленные средства будут

направлены на выполнение социальных обязательств региона.

Необходимо искать способы повышения заинтересованности людей, которые приходят работать в социальную сферу. Сейчас как раз то время, когда надо развивать государственно-частное партнерство, считает А. А. Борисов.

Прошедший в Омске форум явился своеобразной ярмаркой новых социальных проектов и практик, на которой субъекты РФ могли и себя показать, и на других посмотреть. Такой обмен опытом позволит регионам более эффективно строить свою работу в социальной сфере.

Инга ЛОПАТКА



В РЕЖИМЕ ОДНОЙ ТАБЛЕТКИ: БОРЬБА С ВИЧ ПЕРЕШЛА НА НОВЫЙ ЭТАП

Вирус иммунодефицита проявляет чудеса сообразительности: он вырабатывает устойчивость и при монотерапии, и при комбинации из нескольких ЛС – когда пациент нарушает лечебный режим.

Человек, который болен ВИЧ, как правило, принимает несколько препаратов одновременно и каждый день должен соблюдать сложный график приема лекарств. Любое «забыл» или «не успел» помогает вирусу приспособиться к лечению и, несмотря на все медикаменты, исправно выполнять свою разрушительную задачу. Один из способов защитить пациента и уберечь других людей от инфицирования STR (single tablet regimen, или «терапия в одной таблетке»).

ЭКОНОМИЯ ВРЕМЕНИ, СИЛ И... ДЕНЕГ

Все лекарства от ВИЧ-инфекции уничтожают вирус на той или иной стадии его жизненного цикла. Например, один из известных препаратов «бьет» по ферменту, который называется ревертаза, и помогает микроорганизму выжить внутри клетки. Другие средства атакуют другие ферменты. Как уже было сказано, лечение только одним препаратом приводит к резистентности.

Насателлитном симпозиуме «Преимущества назначения STR в особых группах пациентов, включая женщин детородного возраста», прошедшем в рамках Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку», были

представлены результаты фармакоэкономического исследования, проведенного в этом году в нашей стране (Куликов А. Ю., Бабий В. В., 2015). Предметом изучения стал как раз STR-метод лечения.

Данные эксперимента показали – у нового медицинского подхода есть ряд серьезных «плюсов». В сравнении с широко применяемыми схемами в нашей стране (на основе лопинавира или эфавиренза) он уменьшает и вероятность новых случаев заражения, и частоту госпитализаций пациентов, и смертность среди ВИЧ-положительных больных.

Кажущаяся дороговизна лечения, большие расходы на помощь пациентам вне стационаров уравниваются сокращением затрат на предотвращение вторичных случаев

инфицирования. Таким образом, «режим одной таблетки» сберегает государственные бюджеты: благодаря ему меньше людей теряет трудоспособность, что уменьшает и потери ВВП.

ПОРЯДОК – ПРЕЖДЕ ВСЕГО!

Дисциплинированность, приверженность, комплаентность... Все эти слова характеризуют поведение больного человека во время лечения. В силу многих причин наши соотечественники нарушают лечебный режим довольно часто и, по некоторым данным, слынут самыми недисциплинированными пациентами в мире. Однако важный принцип борьбы против ВИЧ-инфекции заключается именно в том, что при антиретровирусной терапии (АРТ) необходимо многие месяцы и многие годы, ежедневно и далеко не один раз в день принимать большое количество препаратов. Любое отклонение от графика создает весьма благоприятные условия для появления новых штаммов вируса, устойчивых к антиретровирусным ЛС.

Если пациент пропустит один или несколько приемов лекарств, и терапия перестанет быть эффективной, врачу придется полностью пересматривать схему лечения. В лучшем случае достаточно будет заменить один препарат, в худшем – абсолютно все препараты, которые до этого принимал пациент. Эффективных новых медикаментов может и не оказаться.

Чем проще режим лечения, тем выше приверженность больного к нему. Этот очевидный факт подтвердил и ряд медицинских исследований. Например, наблюдение за группой из 1436 пациентов, проведенное в 2001-2011 гг. в Португалии, показало: в группе, которая принимала лекарства один раз в день, приверженность больше 90% отмечалась чаще, чем у тех, кто «пил таблетки» дважды в течение дня. Приверженность превышала 90% и в группе пациентов, которым были назначены фиксированные комбинации доз. Самая высокая частота приверженности выше 90% оказалась среди больных, принимавших лишь одну таблетку в день.

А при анализе 886 наивных ВИЧ-пациентов было установлено, что пациенты с приверженностью более 95% добились наибольшей эффективности антиретровирусной терапии. Снижение «таблеточной нагрузки» увеличивает продолжительность пребывания пациента на 1-й линии антиретровирусной терапии. Этот самый простой режим лечения позволяет максимально увеличить время нахождения пациента в рамках одной линии АРТ.

Кроме того, меньшее количество таблеток в сутки уменьшает и частоту госпитализаций среди больных, получающих лечение: у тех, кто принимает лишь одну таблетку в день, вероятность попасть в стационар на 24% ниже, чем у пациентов, которые получают 3 и более «пилюль» в течение суток.

Таким образом, «режим одной таблетки» обеспечивает высокую приверженность пациентов лечению – и поэтому повышает эффективность терапии, предоставляет больному возможность длительного нахождения на одной схеме лечения и обладает экономическими преимуществами.

ПРИНЦИП ПРОСТОТЫ КАК ГЛАВНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ

Всемирная организация здравоохранения и UNAIDS рекомендуют пациентам с ВИЧ-инфекцией, получающих АРТ первой и второй линии, применять наименее токсичные антиретровирусные препараты и придерживаться при этом принципа простоты приема. Соблюдать этот принцип помогают комбинированные ЛС с фиксированными дозами – в т. ч. «режим одной таблетки». В некоторых странах метод STR применяется достаточно широко: так, в Евросоюзе в 2013-2014 гг. среди пациентов, начавших антиретровирусное лечение, 44% получали именно «терапию в одной таблетке».

В нашей же стране... Как вы думаете, сколько в РФ зарегистрировано препаратов, соответствующих режиму «одна таблетка один раз в день»? По иронии судьбы, один. И то с декабря 2013 г. Этот препарат, названный «Эвиплера», применяется для лечения ВИЧ-1 инфекции в качестве терапии первой

линии у взрослых пациентов (как у тех, кто ранее не получал АРТ, так и у тех, кто нуждается в смене лечебной схемы из-за непереносимости предыдущего режима или же с целью повышения приверженности). Принимают его... 179 наших соотечественников. С STR-препаратом, пока что первым и единственным в стране, работают ведущие российские центры по профилактике и борьбе со СПИДом: в Москве, Московской обл., Санкт-Петербурге, Ленинградской обл. и др.

И СНОВА ДНК

На примере первого и пока единственного в России STR-препарата попробуем объяснить механизмы действия ЛС, применяемых в лечении ВИЧ-инфекции. Эвиплера представляет собой сочетание двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) (эмтрицитабин и тенофовира дизопроксил фумарат) с ненуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы (ННИОТ) (рилпивирин гидрохлорид).

Типы препаратов, известные как НИОТ и ННИОТ, действуют на организм по-разному. НИОТ – это аналоги нуклеотидов или нуклеозидов (из нуклеотидов образуется ДНК, а сами нуклеотиды – из нуклеозидов), которые блокируют синтез ДНК, встраиваясь в формируемую цепочку ДНК и нарушая ее дальнейшее удлинение. ННИОТ же блокирует синтез ДНК

путем прямого торможения активности обратной транскриптазы и нарушения ее функций.

Обратная транскриптаза – это фермент ВИЧ, который и атакуют все компоненты препарата. После того, как происходит слияние наружной оболочки вируса с клеточной мембраной, вирусное ядро высвобождается в цитоплазму клетки-мишени. Размножаться самостоятельно ВИЧ не может и поэтому ему необходимо «вписать» свою генетическую информацию в человеческую клетку. Генетическая информация у вируса хранится в РНК, а у человека – в ДНК. Благодаря обратной транскриптазе ВИЧ и «переписывает» свою генетическую информацию с РНК на ДНК. На матрице одноцепочечной РНК создается двуцепочечная ДНК. Этот процесс – обратный физиологической транскрипции (во время которой генетическая информация переходит от ДНК к РНК и далее от РНК к белку). После этого двуцепочечная ДНК перемещается в ядро и встраивается в хромосомную ДНК клетки-хозяина.

Ингибиторы обратной транскриптазы тормозят активность этого фермента и тем самым предотвращают синтез ДНК и встраивание генома вируса в хромосомную ДНК человеческой клетки.

Чтобы ретро-вирус не воспроизводил себе подобных.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ



АПТЕЧКА ДЛЯ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ – ВСЕГДА С СОБОЙ

Чтобы контролировать сахар в крови и решать другие проблемы, связанные с диабетом, понадобятся определенные принадлежности, которые в большинстве своем можно приобрести в аптечном предприятии, правильные продукты питания и соблюдение диеты.

Прежде всего, придется скомплектовать набор, который будет включать в себя самое необходимое:

- глюкометр;
- ручку с пружиной для прокалывания пальца (скарификатор);
- пакетик со стерильными ланцетами;
- герметичный флакон с тест-полосками для глюкометра;
- немного нестерильной ваты.

Все эти составляющие удобно хранить в футляре или чехле.

Тест-полоски – это основные расходы, поэтому прежде чем приобретать глюкометр, лучше сравнить цены на тест-полоски для разных моделей.

Однако необходимо помнить, что на них не стоит экономить и покупать прибор с низкой точностью измерений. Показатели сахара

в крови нужны больному с тем, чтобы продлить жизнь и предотвратить осложнения.

Как показывает практика, лучше покупать тест-полоски в большой упаковке, а не в индивидуальной, это своеобразная стимуляция регулярного измерения уровня сахара. В противном случае тест-полоски испортятся. Более частые измерения позволят успешно контролировать заболевание и не допускать различных осложнений (снижение зрения, проблемы с ногами, почечная недостаточность).

Глюкометр – прибор для самостоятельного контроля уровня сахара в крови, для коррекции диеты, физических нагрузок, дозировки инсулина и лекарств. Иногда измерения приходится делать очень часто (по 5-6 раз в день). Прибор можно заказать в интернет-магазине, онлайн-аптеке или рядом с домом. Ориентируйтесь на недорогой анализатор, простой в использовании, от известного мирового производителя.

Перед покупкой обговорите с продавцом вопрос о проверке глюкометра на точность и узнайте, какую гарантию на свой товар дает производитель.

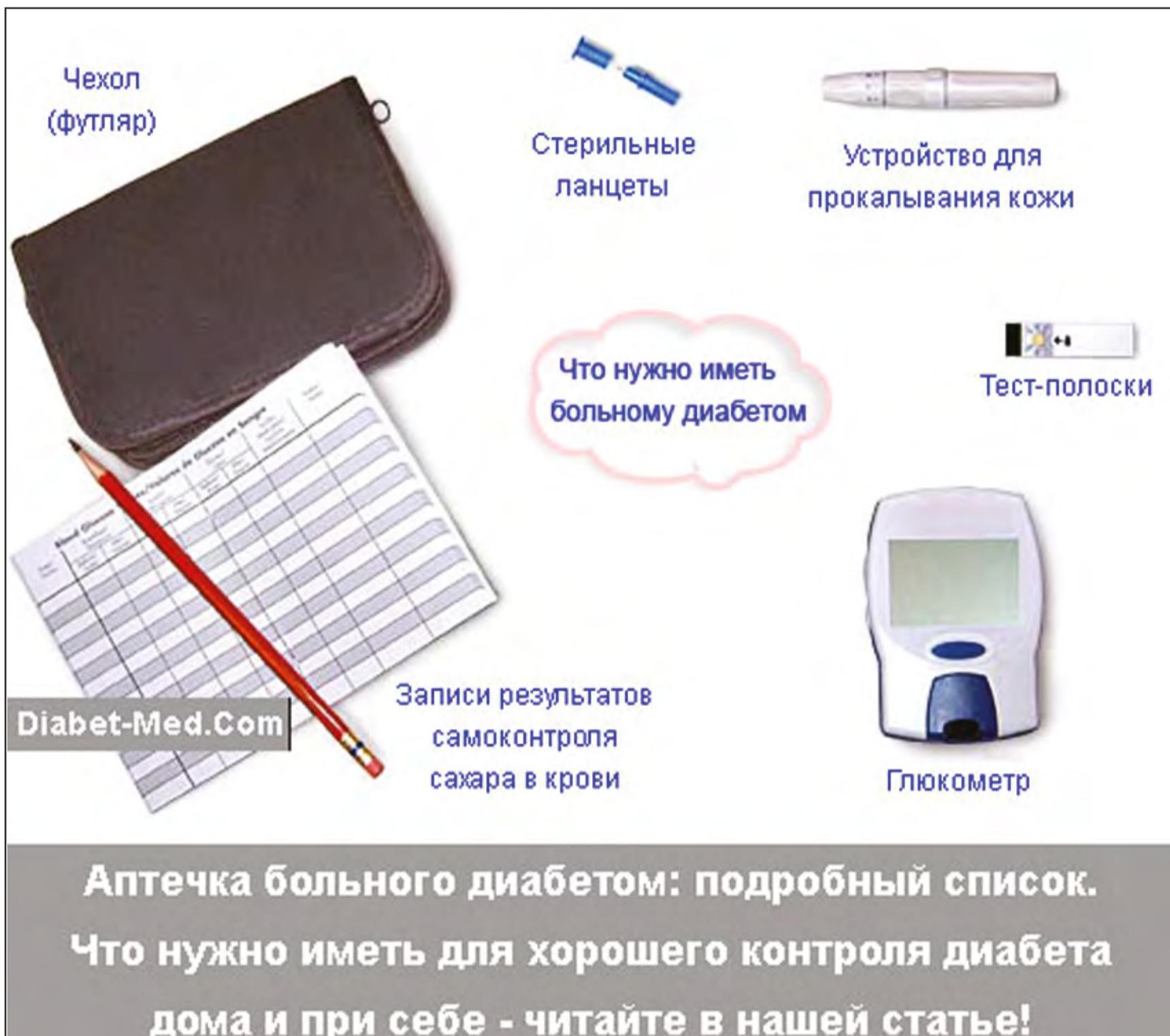


Фото: <http://diabet-med.com/>

Дополнительные функции глюкометров:

- встроенная память на результаты прошлых измерений;
- звуковое предупреждение о гипогликемии или выходе значений сахара крови за верхние границы нормы;
- возможность связаться с компьютером, чтобы перенести в него данные из памяти;
- глюкометр, совмещенный с тонометром;
- «голосовые» приборы – для людей с ослабленным зрением;
- аналоги, измеряющие не только сахар в крови, но и холестерин и триглицериды.

Ланцет вставляется в скарификатор, чтобы проколоть кожу и взять кровь для анализа. Это позволит использовать ланцет несколько раз, заменяя по мере необходимости.

Если глюкометром пользуется кто-то еще, необходимо обязательно менять ланцет перед и после использования другим человеком, чтобы избежать инфекций.

ПРОВЕРКА НА ТОЧНОСТЬ

В первую очередь, испытать будущую покупку, проведя быстро измерения крови на глюкозу три раза подряд. Позволительная погрешность между результатами может отличаться не более чем на 5-10%.

Другой способ – предварительно сдать кровь на сахар в лаборатории. Если лабораторный анализ покажет уровень глюкозы в крови менее 4,2 ммоль/л, то допустимая ошибка домашнего глюкометра – не более 0,8 ммоль/л («плюс»/«минус»). Если сахар окажется выше 4,2 ммоль/л, то анализатору позволительно ошибаться не более чем на 20%.

ДНЕВНИК ДИАБЕТИКА

Большинство современных моделей глюкометров оснащены функцией встроенной памяти на множество измерений. Прибор вычисляет результат уровня сахара в крови, а также дату и время. При желании эти данные можно переносить в компьютер, вычислять их средние значения, смотреть тенденции и т. д.

Но на самом деле для снижения сахара в плазме крови и поддержания его в норме, встроенная память бесполезна, потому что она не регистрирует сопутствующие обстоятельства.

Что именно и в какое время ел больной (в т. ч. сколько граммов углеводов или хлебных единиц)?

Какая была физическая нагрузка?

Какую дозировку инсулина или таблеток от диабета получил, и когда это было?

Переживал ли сильный стресс, простуду или другое инфекционное заболевание?

Чтобы действительно поддерживать сахар в крови в норме, придется вести записи, в которых будут досконально отражены все эти нюансы, их анализ и вычисления своих коэффициентов. К сожалению, возможности глюкометра ограничены, и записывать всю нужную сопутствующую информацию не получится. Необходимо вести дневник в тетради/блокноте или в смартфоне. Мобильный телефон намного удобнее для того, чтобы вести индивидуальный «дневник диабетика». К тому же он всегда с собой у современного человека.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ СРЕДСТВ

Перекись водорода для удаления пятен крови с одежды, которые могут появиться

при измерении сахара в крови глюкометром или инсулиновой инъекции.

Важно помнить! После открытия флакон с перекисью водорода теряет герметичность. По этой причине раствор станет неактивным примерно через месяц и потом полностью превратится в воду.

Растворы электролитов для лечения обезвоживания помогут восстановить баланс жидкости и электролитов в организме. Желательно иметь в домашней аптечке 1-2 пакетика. Обратит внимание на то, чтобы препарат содержал хлорид калия.

Средство от диареи при диабете также необходимо, чтобы остановить обезвоживание.

При сильной рвоте нужно немедленно отвезти человека в больницу.

Средства для быстрого повышения сахара в крови (купирования гипогликемии). Рекомендуется применять таблетки глюкозы, заранее узнав с помощью глюкометра, насколько каждая таблетка поднимает уровень сахара в крови.

Шприц-тюбик с глюкагоном нужно иметь при себе на тот случай, если больной диабетом потеряет сознание в результате тяжелого приступа гипогликемии (пониженного сахара в крови). Если у диабетика есть риск тяжелой гипогликемии, то следует научить не только близкое окружение больного (членов семьи, друзей), но и коллег по работе, как использовать шприц-тюбик с глюкагоном, чтобы оказать человеку первую помощь до прибытия скорой помощи.

Тщательный уход за ногами – неотъемлемая часть комплексной программы лечения диабета. Сухую кожу стоп нужно регулярно увлажнять, смазывая кремом для ног.

При диабете важно иметь термометр для ванной, поскольку у многих больных снижена чувствительность, вызванная нарушениями нервной проводимости.

Краткий список необходимого для инсулин-зависимых больных:

- инсулин (как минимум по 2 флакона каждого из видов инсулина, которые используются);
- инсулиновые шприцы;

- средства для купирования гипогликемии и остальные лекарственные препараты нужны обязательно, но проблему выбора инсулина и лекарств от диабета каждый больной решает со своим эндокринологом. Эти вопросы требуют индивидуального подхода.

ВИТАМИНЫ ПРИ ДИАБЕТЕ

- Магний – успокаивает нервы, облегчает симптомы ПМС у женщин, нормализует артериальное давление, стабилизирует ритм работы сердца, при диабете повышает чувствительность тканей к действию инсулина.
- Пиколинат хрома – отбивает тягу к сладкому и мучному, которая у больных диабетом слишком сильна. Если начать прием препарата по 400 мкг в день, то через 4-6 недель эта зависимость исчезает. Считается, что альфа-липоевая (тиоктовая) кислота останавливает развитие диабетической нейропатии, а в некоторых случаях от нее вообще можно избавиться.
- Действие альфа-липоевой кислоты хорошо дополняют витамины группы В. Благодаря эффективности этого компонента у мужчин восстанавливается потенция (если улучшится проводимость нервов).
- Витамины для глаз при диабете останавливают развитие диабетической ретинопатии, катаракты и глаукомы – комплексы с бета-каротином, лютеином и зеаксантином, витаминами С, А, Е, цинком, селеном, таурином, экстрактом черники, марганцем, комплексом витаминов В.
- L-карнитин и кофермент Q10 – натуральные полезные вещества, присутствующие в организме человека, поэтому они не имеют побочных эффектов. И, хотя к лечению диабета они имеют лишь косвенное отношение, диабетикам стоит взять их на вооружение, поскольку они дарят ощущение бодрости и молодости.

ЗАМЕНИТЕЛИ САХАРА

Большинство **натуральных подсластителей**, кроме стевии, калорийны, поэтому они не рекомендуются больным с ожирением и диабетом 2-го типа.

Ксилит изготавливается из отходов деревообработки и сельскохозяйственного производства (кукурузных кочерыжек). Его энергетическая ценность – 3,67 ккал/г (достаточно калорийный). Хорошо растворим в воде. Обладает желчегонным, слабительным, а для диабетиков и антикетогенным действием. На начальном этапе применения и при передозировке может вызывать побочные явления в виде тошноты, диареи и т. п. Считается безвредным при максимальной суточной дозировке – 45 г (разовая – 15 г).

Сорбит – в природе содержится в ягодах и фруктах. В производстве получают методом окислением глюкозы. Хорошо растворим в воде и устойчив к кипячению. Энергетическая ценность – 3,5 ккал/г (калорийный сахарозаменитель).

Сорбит обладает желчегонным и слабительным действием. При вводе в рацион питания снижает проявления кариеса. На начальной стадии использования и при передозировке может стать причиной метеоризма, тошноты, диареи. Суточная доза потребления, как у ксилита.

Фруктоза – фруктовый сахар, в натуральном виде содержится в плодах, фруктах, меде, нектаре. Ее калорийность 3,75 ккал/г, она хорошо растворима в воде, но частично меняет свои свойства при нагревании. Замечено, что ее употребление ведет к снижению развития кариеса. Из побочных явлений изредка отмечается метеоризм. Фруктоза разрешается в количестве до 50 г в сутки больным с компенсированным диабетом или при склонности к гипогликемии для ее купирования.

Крайне редко встречается дефицит фермента фруктозодифосфатаальдозы, что проявляется у больных тошнотой, рвотой, гипогликемическими состояниями, желтухой. Таким больным фруктоза категорически противопоказана.

Стевия – порошок из листьев стевии (сахарол), хорошо растворим в воде, устойчив к нагреванию. 1 г стевии равен по сладости 300 г сахара. Не повышает уровень сахара в крови, не имеет энергетической ценности, не обладает побочными действиями.

Из других положительных воздействий: снижает артериальное давление, оказывает легкий диуретический эффект, обладает антимикробным, противогрибковым действием и др.

К искусственным заменителям сахара относятся:

Аспартам – хорошо растворим в воде, но нестойкий в процессе гидролиза (теряет сладкий вкус). Аспартам слаще сахарозы в 150-200 раз, имеет очень низкую калорийность, поэтому безопасные суточные дозы составляют до 50 мг/кг массы тела. Применение аспартама препятствует развитию кариеса зубов.

Противопоказан при фенилкетонурии. У больных болезнью Паркинсона, а также у страдающих бессонницей, гиперкинезами, гипертонзией, прием аспартама может провоцировать возникновение различных неврологических реакций.

Сахарин хорошо растворим в воде, по сладости 1 г сахарина соответствует 450 г сахара. Считается, что больные без патологии печени и почек могут употреблять сахарин до 150 мг/сутки.

Цикламат – хорошо растворим в воде. Безопасные дозы составляют 5-10 мг в сутки.

Это наиболее распространенные сахарозаменители, но их появляется все больше и больше и многие из них могут использоваться в лечении диабета низкокалорийной или низкоуглеводной диетой. Из всех перечисленных заменителей сахара первые позиции занимает стевия, затем таблетки со смесью цикламата и сахарина. При этом аналоги сахара не являются жизненно необходимыми, их главная задача – улучшить вкус пищи, приблизив ее максимально к питанию здоровых людей.

ДИЕТА ПРИ ДИАБЕТЕ

Основу питания при диабете составляют мясо, птица, яйца, рыба, морепродукты, зеленые овощи, некоторые молочные продукты, орехи (некоторые виды, понемногу).

Многие диетологи и врачи советуют отказаться от яиц и красного мяса, мотивируя

тем, что эти продукты повышают уровень холестерина в крови. Но давно известно, что холестерин делится на «хороший» и «плохой», и именно жирное мясо и яйца повышают уровень «хорошего» холестерина, защищая от инфаркта и инсульта. В то время как отказ от пищевых углеводов снижает уровень «плохого» холестерина в крови.

Молоко и молочные продукты

Молоко содержит лактозу, которая быстро повышает сахар в крови, и уже 1/4 стакана молока ощутимо повысит сахар в крови у любого взрослого больного сахарным диабетом 1-го или 2-го типа.

Поэтому на низкоуглеводной диете молоко рекомендуется заменять сливками (1 ст. л. жирных сливок содержит всего 0,5 г углеводов). Единственно, следует избегать порошковых сливок для кофе (часто содержат сахар).

Разрешаются любые сыры, кроме фета.

Творог допускается не более 1-2 ст. л. в день (обязательно протестируйте скачок сахара в крови).

Йогурт из цельного молока (без сахара и фруктовых добавок) можно использовать понемногу для заправки салатов.

Избегайте любых обезжиренных молочных продуктов, в т. ч. обезжиренных сыров, потому что чем меньше жира, тем больше лактозы (молочного сахара).

В сливочном масле лактозы практически нет, оно подходит при диабете, но категорически не рекомендуется употреблять маргарин, потому что он содержит особые жиры, вредные для сердца и сосудов.

Овощи для низкоуглеводной диеты:

- капуста (любая);
- морская капуста (без сахара);
- свежая зелень (петрушка, укроп, кинза, зеленый лук);
- кабачки и баклажаны (протестируйте кровь на сахар);
- огурцы;
- шпинат;
- грибы;
- зеленая стручковая фасоль;

- лук репчатый (только сырой в малых количествах для вкуса);
- помидоры (в сыром виде, в салат, 2-3 кусочка);
- томатный сок (до 50 г, протестируйте);
- острый перец.

Другие продукты:

- соевые продукты (сыр, заменители мяса, соевое молоко и мука) допускаются в небольшом количестве;
- соль и перец не влияют на показатели сахара в крови;
- большинство кулинарных трав и специй содержат ничтожное количество углеводов и поэтому не повышают уровень глюкозы в крови. Но бывают комбинации, которых

- нужно опасаться (корица и сахар в порошке);
- майонез лучше готовить в домашних условиях;
 - для низкоуглеводной диеты при диабете подходят фундук и бразильские орехи. Не подходят арахис и кешью. Грецкие орехи и миндаль можно съесть не более 10 штук в день;
 - подсолнечные семечки – до 150 г в день;
 - кофе, чай, минеральная вода и «диетическая» кола – разрешаются, если напитки не содержат сахара;
 - суповые концентраты категорически не подходят больным диабетом.

Ольга ЛУПАНИНА



ЖАРА. КОГДА НЕ ВЫДЕРЖИВАЕТ СЕРДЦЕ

Каждая погода – благодать? А если вспомнить жару лета 2010 года?.. Тогда в 31 регионе страны от изнуряюще высоких температур не было отдыха даже ночью, а вдохнуть полной грудью не позволяли горящие торфяники. Аномальная погода оказалась очень опасной для самочувствия. Медики поняли: надо срочно учить россиян спасаться от пекла. И прежде всего особые рекомендации должны получить люди, которые не могут похвастаться здоровым сердцем.

Об этом предупреждает Фаиль Таипович Агеев, д. м.н., проф., руководитель научно-диспансерного отдела Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова.

ПРОГНОЗ НА ЭТО ЛЕТО

Эта тема актуальна еще и потому, что ученые обещают нам всеобщее потепление на планете. И в ближайшие пять лет температура поднимется на 4 градуса.

Температура июля-августа будет выше средней отметки и предполагается несколько так называемых «волн жары». Это дни, когда среднесуточная температура воздуха (не дневная и не ночная, а именно средняя) превышает привычную для данной широты температуру. Например, на параллели Москвы волна жары фиксируется при среднесуточной температуре более 23,9 градуса. Именно в этот момент происходят многие неприятности по части здоровья.

ПЕЧАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА

В лето 2010 г. в Москве насчитали 55 дней повышенной температуры. Началась засуха.

От лесных и торфяных пожаров, возникших в области, в город потянулся дым. Плотная мгла из сажи, гари, токсичных веществ укутала город. В Москве концентрация оксида углерода превысила предельно допустимые в 3,8 раза, диоксида азота – в 3,3, а в Коломне, Электростали, Серпухове и Подольске – соответственно в 4 и 7 раз. Тогда на всей территории температурной аномалии прирост смертности по сравнению с аналогичным периодом прошлого года составил 55%, т. е. можно предполагать, что 44 тыс. человек ушли из жизни из-за жаркой погоды. Чаще всего смерть случалась от болезней системы кровообращения. Уже потом было созвано правительственное совещание по этому печальному поводу. Все пытались понять, можно ли было предотвратить тяжелые последствия и как врачам защитить пациентов от подобных климатических условий в будущем.

В ЕВРОПЕ ТОЖЕ БЫВАЕТ ЖАРКО

Справедливости ради надо сказать, что эпизоды супержары знакомы и другим странам, которые не привыкли к пеклу. Например, лето 2003-го было признано самым жарким в Европе за последние 500 лет. 11 дней мучились от экстремально высоких температур Париж и Лондон. И тогда тоже произошел всплеск смертности, связанный с жарой. На 60% больше ушло из жизни французов, чем за тот же период в предыдущем году (причем в 70% случаев умирали пожилые). В Англии смертность увеличилась на 17%. 2015 г. не стал исключением, в большинстве стран Европы с июня стоит жара, температура перевалила за 35 градусов.

СПАСЕНИЕ ОТ ПЕРЕГРЕВА

Пережить жару без последствий легче, если помнить о таких рекомендациях.

- **Помнить: кондиционер лучше вентилятора.** Конечно, последний дешевле и доступнее. Но вентилятор лишь гонит горячий воздух – словно в аэрогриле, прохлады он не дает. Если в квартире жарко – нужно искать в мегаполисе «островки прохлады»: парки, скверы, а также музеи, торговые центры с установленными кондиционерами. Даже 2-3 часа в прохладе помогут избежать обострения сердечно-сосудистых проблем.
- **Принимать прохладный душ или ванну.** Можно делать холодные компрессы или обтирать тело прохладной водой.
- Избегать интенсивных физических нагрузок или переносить их на более прохладное время дня. Если есть возможность, то сделать себе «тихий» час после обеда днем.
- **Утолять жажду простой питьевой водой (не менее 2 литров в сутки).** Образно говоря, в жару бутылочка с водой должна стать продолжением руки. Не расставаться с ней. В жаркую погоду человек должен пить, даже если не испытывает жажды. Весьма популярно заблуждение, что нужно употреблять подсоленную воду. Восполнять солевой баланс в жару стоит лишь спортсмену, бегущему марафонские дистанции, или работнику горячего цеха, стоящему у мартена.

Стоит отказаться от сладких напитков (даже диетических), они способствуют обезвоживанию организма, поскольку удерживают жидкость внутри желудочно-кишечного тракта, не давая ей всасываться в клетки ткани. Кроме того, они дают организму дополнительные калории, которые совершенно не нужны в жару. Не поможет и пиво, которое действует как мочегонное, лишь нагружая дополнительной работой сердце и сосуды. Опасен и кофе – особенно сладкий – жажду не утолит, но зато вызовет тахикардию и усилит обменные процессы.

- **Избегать тяжелой пищи, богатой белком.** Хороши свекольники, окрошка с несладким квасом или на кефире, салаты и другие холодные, легко усвояемые блюда. Ограничить употребление сладкого и жирного (эти продукты дают много тепла), а также соленого, чтобы не изводила жажда.

ДЛЯ КОГО ЛЕТО – ОПАСНОЕ ВРЕМЯ

От солнцепека и духоты страдают все. Но для некоторых такие погодные сюрпризы особо опасны.

- Больше всех рискуют одинокие люди, которых никто не навещает, чаще всего пожилые женщины. Старики вообще плохо переносят жару, поскольку у них происходит возрастное обезвоживание организма и нарушение системы терморегуляции. Наверное, многие замечали, что пожилые люди меньше потеют. А ведь испарение жидкости с поверхности тела приводит к охлаждению – пот защищает организм от перегрева внутренних органов.
- Уязвимы малыши в возрасте до 4 лет. Они активней взрослых, ни минуты не сидят спокойно, больше проводят времени на открытом воздухе, а их легкие более чувствительны к загрязненному воздуху.
- Любопытно, но худые люди переносят жару тяжелее, нежели полные. Объяснение такое: жировая клетчатка защищает организм от перегревания (как, впрочем, и от переохлаждения) словно узбекский стеганый халат. Но не стоит путать полноту и абдоминальное ожирение (когда жир

концентрируется на животе), при такой проблеме высокая температура на улице – существенный фактор риска.

- Конечно, в загазованной среде жара становится невыносимой, потому счастливчик – тот, кто проживает в зеленой зоне, а не вблизи автотрассы. Обычно сравнивают город и село. Но сейчас грани между ними стираются. И если через деревню проходит оживленная магистраль, то сельчанин оказывается в гораздо более печальном положении, нежели горожанин, живущий рядом с парком. Понятно, что жару тяжелее переносить в высотном бетонном здании, особенно на верхних этажах, ближе к раскаленной крыше. Возникают как бы «островки тепла» – микрорайоны городской застройки, которые нагреваются сильнее окружающей местности и не остывают за ночь, удерживая накопленное за день тепло.

- И, конечно, тягостнее всего приходится людям, страдающим хроническими недугами: сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемической болезнью сердца, гипертонией, сердечной недостаточностью), бронхолегочными заболеваниями, диабетом, нарушениями мозгового кровообращения, психическими нарушениями, в т. ч. депрессией.



КАК ПРИНИМАТЬ ТАБЛЕТКИ

Для людей с хроническими заболеваниями доктора приготовили особые рекомендации. И, прежде всего, они касаются лекарств, которые принимает больной человек.

✓ **Во-первых**, хранить их надо на стенке холодильника, а не в тумбочке у кровати.

Медикаменты могут изменить свои свойства при высокой температуре.

✓ **Во-вторых**, ни в коем случае нельзя самостоятельно отменять препараты. Дело в том, что в жару происходит некоторое снижение уровня артериального давления – таким способом организм защищается от высоких температур. И адаптационная гипотония безобидна, если не сопровождается головокружением и выраженной слабостью. Но если симптомы появились – срочно к врачу. Помните, гипотония становится опасной, если гипертоник, обрадовавшись нормальному давлению, устраивает себе «лекарственные каникулы». А вдруг в этот момент наш непредсказуемый климат даст похолодание, и артериальное давление тут же подскочит? Результат – криз, инфаркт, инсульт. Именно с этим связан наплыв пациентов в поликлиники после окончания дачного сезона. В очередях перед кабинетами докторов – те, кто летом никаких таблеток не принимал. Поэтому в жару человеку с хроническими болезнями нужно обязательно обратиться к врачу, тот внесет коррективы в лекарственную терапию – назначит правильные таблетки и дозы.

✓ **В-третьих**, в жару прием некоторых лекарств становится просто опасным. Наиболее вредные летом препараты – диуретики и аспирин, вызывающие самые разные осложнения. Поэтому сердечники ни в коем случае не должны назначать сами себе эти лекарства. Их может прописать только врач! Обратиться к доктору придется, если пациент принимает и другие препараты. Например, симпатомиметики и антигистаминные препараты, которые нарушают теплоотдачу, подавляют работу потовых желез. Седативные и обезболивающие средства тоже снижают бдительность в восприятии тела. Даже парацетамол не стоит принимать, когда на улице плюс 30°. Но как только жара спадет – в конце сентября-октября, надо опять посетить врача – провести коррекцию лекарственной терапии и получить другие рекомендации.

ЛЕКАРСТВА ОТ ЖАРЫ

Оказывается, есть и такие. Пережить высокие температуры помогут т. н. адаптогены. Среди них – препараты, восполняющие дефицит магния и калия, который испытывает организм в жару. Потеря калия – прямая дорожка к нарушениям ритма сердца, к судорогам. Если нехватку ликвидировать – риск

сердечно–сосудистых проблем уменьшается. А магний – элемент, который возвращает нам спокойствие, убирает тревожность. Жара – это большой стресс для организма, именно магний поможет его пережить.

Татьяна АГУШИНА

20-я международная специализированная выставка
Примите участие в международной выставке
ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.
Казань, 2015

14-16
октября

В программе выставки:

- Международный Форум по формированию здорового образа жизни
- Коллегия Министерства здравоохранения Республики Татарстан
- Тематические конференции, семинары, круглые столы по основным направлениям здравоохранения

19 ЛЕТ УСПЕХА

КАЗАНСКАЯ РИМА ФРА

Тел./факс: (843) 570-51-16, 570-51-11
e-mail: exprokazan7@mail.ru, pdv@exprokazan.ru
420059, Республика Татарстан, г. Казань, Оренбургский тракт, 8

12+

РЕК

8-Й ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР
СОЧИ — СЕНТЯБРЬ
«Репродуктивный потенциал России:
версии и контраверсии»
5–8 сентября 2015 года

МАРС

18+

СтатусPraesens

Тел./факс: +7 (499) 346 3902;
info@praesens.ru; www.praesens.ru;
группа ВКонтакте: vk.com/praesens

Земный театр

Группа Диска
ЖЕМЧУЖИНА

РЕК

МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА В ЯЛТЕ

2015

ЗДОРОВЬЕ
КРЫМ 2015

ГК «ЯЛТА-ИНТУРИСТ»

ОРГАНИЗАТОР

ЭКСПОКРЫМ
группа компаний

5-7 НОЯБРЯ

РЕК

Тарификация звонков согласно тарифов Вашего оператора.

тел.: +7 (978) 900 90 90 • www.exposcrimea.com



XVI Всероссийский
научный форум

22–25 сентября, 2015

Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

Мать и Дитя



ufi
Approved
Event

**XVII Международная
специализированная
выставка оборудования,
лекарственных препаратов
по акушерству, гинеколо-
гии и неонатологии**

**«Охрана здоровья матери
и ребенка – 2015»**



Министерство здравоохранения
Российской Федерации
ФГБУ «Научный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени
академика В.И. Кулакова»

Российское общество акушеров-
гинекологов

Лига акушеров России

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

www.mediexpo.ru

www.mother-child.ru

М+Э МЕДИ Экспо



Тел./факс: +7 (495) 721-88-66

E-mail: expo@mediexpo.ru

РЕК

22-я Международная специализированная выставка

аптека

2015

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7-10
ДЕКАБРЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

реклама

Москва
ЦВК «Экспоцентр»
павильон № 7

16+

РЕК

www.aptekaexpo.ru

Организатор:

ЕВРОЭКСПО



EUROEXPO

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7–11 декабря 2015



ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

25-я международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

9-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоровительные технологии и товары для здорового образа жизни»



 **ЭКСПОЦЕНТР**
МОСКВА

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-
информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru,
экспоцентр.рф



РЕК

Организаторы:

- Государственная Дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- ЦВК «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Всемирной организации здравоохранения в РФ

12+
реклама

Вся информация в издании предназначена **только для специалистов здравоохранения и сферы обращения лекарственных средств** и не может быть использована пациентами для принятия решения о применении описанных методов лечения и продуктов. Информация в издании не должна быть истолкована как призыв к неспециалистам самостоятельно приобретать или использовать описываемые продукты.

Авторские позиции, выраженные в тематических материалах, являются частными, не отражают официальную точку зрения уполномоченных государственных органов или других субъектов здравоохранения (если прямо не указано обратное), могут не совпадать с мнением редакции и публикуются с целью ознакомления специалистов с широким спектром мнений по указанным проблемам и о представляемых продуктах.

Ответственность за достоверность сведений в рекламе и объявлениях несет рекламодатель. Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Использование материалов газеты в любом виде, включая электронные, разрешается только с письменного согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Все рекламируемые товары подлежат обязательной регистрации и декларированию соответствия.

Материалы со знаком **РЕК** печатаются на правах рекламы.

Учредитель

Некоммерческое партнерство
«Редакция газеты «Московские аптеки»

Издатель

Некоммерческое партнерство
«Редакция газеты «Московские аптеки»

Адрес редакции

109456, Москва, ул. Яснополянская, д. 3, к. 1
8 (499) 170-93-20
info@mosapteki.ru

Главный редактор

Лактионова Е. С.

Заместитель главного редактора

Стогова Н. М.

Подписка на электронное издание на сайте MosApteki.ru

Реклама

ООО «Алеста»
8 (499) 170-93-04
adv@alestagroup.ru

Периодичность

Газета выходит 1 раз в месяц

Интернет-версия газеты

MosApteki.ru

Свидетельство о регистрации

№ 019126 от 21.07.1999

Государственного Комитета Российской Федерации по печати