

ТЕМА НОМЕРА



ОТРАСЛЬ И ОБРАЗОВАНИЕ: РАЗНЫЕ ОЖИДАНИЯ

Специалист начинается с образования. Сняв противоречия между теорией и практикой, можно значительно облегчить решение кадрового вопроса. Сегодня фармацевтический сектор активно движется в этом направлении.

АНОНС



ВРАЧ И ПРОВИЗОР ПО НОВЫМ СТАНДАРТАМ

В середине апреля 2016 г. в Центре международной торговли состоялся ежегодный Всероссийский конгресс «Человек и лекарство». Особое внимание на нем было уделено поднятию профессионального уровня молодых специалистов на основе гармонизации высшего медицинского образования.



ГЛАВНОЕ В НАШЕЙ ПРОФЕССИИ – ТЕРПЕНИЕ И ЛЮБОВЬ К ЛЮДЯМ

Фармацевта аптеки сети «Доктор Столетов» на Скобелевской ул., д. 4 Наталью Анатольевну Тарасову знает не одно поколение жителей Южного Бутово. Многие молодые посетители доверительно называют ее просто тетей Наташей.

ТЕМА НОМЕРА

	ОТРАСЛЬ И ОБРАЗОВАНИЕ: РАЗНЫЕ ОЖИДАНИЯ»	3
---	--	---

АПТЕКА

	ИССЛЕДОВАНИЕ АПТЕК РАЙОНА ЯКИМАНКА	23
---	---------------------------------------	----

	ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА НА ОСНОВЕ БАКТЕРИОФАГОВ	30
---	---	----

	ВОПРОС – ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ	33
--	--------------------------------	----

	ЛЮБЯТ РАБОТУ ТЕ, КТО ОСОЗ- НАННО ВЫБРАЛ ПРОФЕССИЮ	35
---	--	----

	ЦЕМЕНТИРУЮЩИЙ ЭЛЕМЕНТ	40
---	-----------------------	----

ФАРМРЫНОК

	БЕЗ ДОБРОСОВЕСТНОЙ КОНКУРЕНЦИИ НЕВОЗМОЖНО СТРОИТЬ ПЛАНЫ	43
---	---	----

	ОТСТАИВАТЬ ИНТЕРЕСЫ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА ЦИВИЛИЗОВАННОЙ ОСНОВЕ	45
---	---	----

	У СЛОВА «ХОРОШО» ЕСТЬ ТОЧНЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ	48
---	---	----

	ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА: НАИБОЛЬШИЙ СПРОС В I кв. 2016 г.	53
---	--	----

	XXI ВЕК.: УДАТСЯ ЛИ РАЗРАБО- ТАТЬ ЛЕКАРСТВО ОТ СТАРОСТИ?	55
---	---	----

	ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ В ФАРМЕ	60
---	-----------------------------------	----

	ЖЕЛАНИЕ СРАВНИВАТЬ ЦЕНЫ С КОНКУРЕНТАМИ НИКТО НЕ СКРЫВАЕТ	63
---	--	----

	ГЛАВНОЕ В НАШЕЙ ПРОФЕССИИ – ТЕРПЕНИЕ И ЛЮБОВЬ К ЛЮДЯМ	65
---	---	----

	РОЗА ЯГУДИНА: «МЫ РАБОТАЕМ С УНИКАЛЬНЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ»	70
---	---	----

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

	ВРАЧ И ПРОВИЗОР ПО НОВЫМ СТАНДАРТАМ	74
---	--	----

	СИСТЕМА НМО – НАШЕ БУДУЩЕЕ!	78
--	--------------------------------	----

	СДЕЛАТЬ НЕЛЬЗЯ, А НЕ ДЕЛАТЬ НЕВОЗМОЖНО	82
--	---	----

	ИМЕТЬ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЫЙ ВИД... АКНЕ НЕ СТАНЕТ ПРЕПЯТСТВИЕМ	85
--	--	----

	ЧТО МОЖНО СЧИТАТЬ ПОБЕДОЙ СТОЛИЧНЫХ ЭНДОКРИНОЛОГОВ	91
--	--	----

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

	ЗДОРОВЫЙ ПОЗВОНОЧНИК: СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ПРОБЛЕМ	96
---	--	----

СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ

	ПЛАН НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ОРГАНИЗУЕ- МЫХ РНМОТ В 2016 г.	100
--	--	-----

	ПЛАН НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ОРГАНИЗУЕМЫХ РОДВК В 2016 г.	100
--	---	-----

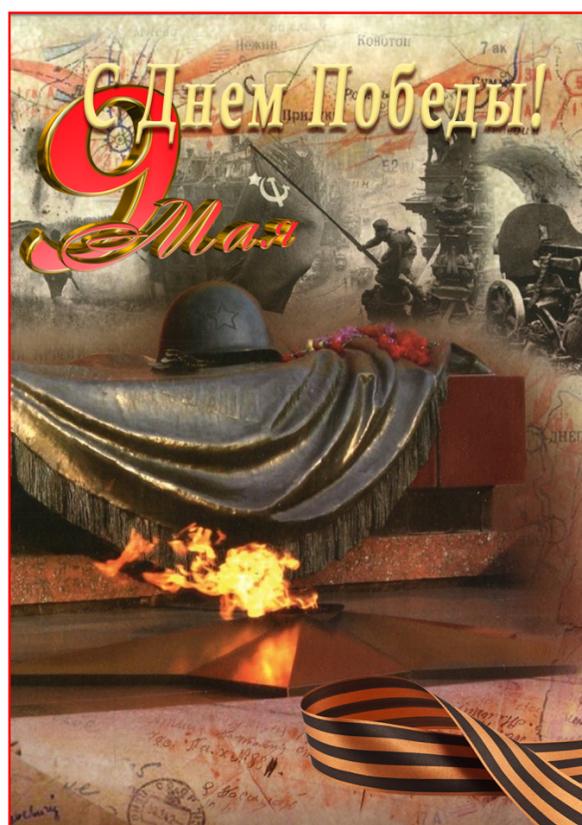
	ЦИКЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СЕССИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИК	101
--	---	-----

	XIIE ЖЕГОДНАЯ МЕЖРЕГИО- НАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ	101
--	--	-----

	IV МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ФОРУМ «МЕДИЦИНА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»	102
--	---	-----

	I НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ОНКОЛОГИЯ РЕПРОДУКТИВ- НЫХ ОРГАНОВ»	102
--	--	-----

	MEDIMA MEDSIB	103
--	---------------	-----





ОТРАСЛЬ И ОБРАЗОВАНИЕ: РАЗНЫЕ ОЖИДАНИЯ

Специалист начинается с образования. Сняв противоречия между теорией и практикой, можно значительно облегчить решение кадрового вопроса. Сегодня фармацевтический сектор активно движется в этом направлении. И дело не только в том, что в федеральный закон «Об образовании» внесены изменения, и теперь образовательные стандарты будут разрабатываться не с учетом стандартов профессиональных, а на их основе.

Знания – лишь половина успеха. Они дают ответ на вопрос: подходят ли кадры отрасли? Оставшиеся 50% успеха – ответ на вопрос, подходит ли отрасль кадрам, во многом обязанность работодателя. Причины «кадрового голода», по мнению эксперта темы Настасьи Ивановой, управляющего директора компании «Интер-С Групп», – низкая зарплата профессорско-преподавательского состава вузов, отток квалифицированных кадров за рубеж, слабая материально-техническая база, низкая ориентированность на новые технологии и любые изменения, происходящие в сфере здравоохранения и фармации, да и в целом потеря многолетнего опыта и традиций высоких стандартов образования

Спрос на фармацевтических и медицинских специалистов достаточно высок – и, что вероятно, останется высоким в ближайшие несколько десятилетий. Одна из главных

причин сложностей в кадровом вопросе – неумение договориться. Фармацевтические предприятия не вполне устраивают те знания, которые получает большинство выпускников. Ожидания же молодых специалистов часто не совпадают с реальностью, особенно когда речь идет о зарплате.

Как замечает эксперт темы номера А.В. Солонина из Пермской ГФА, являющаяся ведущим специалистом вуза в области непрерывного фармообразования, «особого разрыва между образованием и отраслью, нет – есть разные ожидания у работодателей, представителей государства, потребителей. И у выпускников разные ожидания, в числе которых обучение в аспирантуре с последующей работой в вузе, работа в должности представителя фармацевтической компании, фармацевтический бизнес, работа в должности руководителя фармацевтической организации и др.».

Другой эксперт темы Виктор Дмитриев, генеральный директор АРФП, убежден, что «подготовка специалистов для фармы оказалась «между двух огней». Минздрав отвечает за обучение провизоров. Минобр – за обучение технологов. Готовить технологов не дает фармация. Готовить фармацевтов не дает технология».

КАКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ НУЖНЫ?

В 2014 г. Минобрнауки России обратилось к фармацевтическим предприятиям с простым вопросом: *какие специалисты вам нужны?* Представители фармацевтических заводов звонили и извинялись: у нас зарплата – десять тысяч, мы будем рады любым специалистам и не можем выдвигать никакие требования. В результате ведомство разработало и запустило контракты на создание образовательных программ и модулей, где университеты обязаны сами опрашивать работодателей. Диалог – важная часть решения проблемы, но вопросы образования могут стать еще одним фактором конкуренции на фармацевтическом рынке.

Крупные фармацевтические предприятия и раньше охотно предлагали вузам сотрудничество. Некоторые проекты стартовали задолго до 2014 г. К запущенной в 2012 г. компанией Pfizer программе «Больше, чем образование» в 2016 г. уже присоединились студенты из других стран – участниц ЕАЭС: Беларуси и Казахстана.

Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова не только сотрудничает с фармпредприятиями, но и возглавляет группу по разработке профессиональных стандартов в области фармации.

Высшая школа находится перед выбором: теория или практика, академичность или открытость. Открытость как возможность диалога и с той отраслью, для которой она готовит кадры, и с самими кадрами – желательно еще до того, как они станут студентами. В Санкт-Петербургской химфармакадемии (СПХФА) открытым стал весь учебный процесс: конкурсы для школьников,

фармацевтический класс – пока еще в одной из петербургских школ, стажировки на различных фармацевтических заводах, присутствие представителей промышленности на экзаменах...

Специалист формируется задолго до того, какого начинают переучивать на работе. Жизненные приоритеты, которые в дальнейшем определяют и приоритеты профессиональные, складываются еще до получения школьного аттестата. И фармпромышленность вместе с фармообразованием идут навстречу своим будущим кадрам. Пример СПХФА – не единственный. По аналогичному пути идет и Калужский государственный университет. Там, где работает множество отечественных и зарубежных фармпредприятий (имея в виду Калужский фармкластер), у студентов должна быть возможность познакомиться с профессией задолго до диплома. В 2013 г. в регионе создан Научный образовательный центр. Партнерами проекта становятся химический факультет МГУ, Санкт-Петербургский технологический университет, Казанский государственный университет, ряд научно-исследовательских институтов. Компании включаются в обучение будущих специалистов. Профессионалы преподают своим завтрашним коллегам, руководят их выпускными работами, участвуют в приеме экзаменов и, конечно же, приглашают студентов на стажировку.

Есть и отечественные примеры работодателей, идущих навстречу образованию; так, компания «Верофарм» активно сотрудничает с университетами в различных регионах: Белгороде, Владимире, Иваново.

Но существуют сложности в обучении – невозможность присутствия студентов-стажеров на производственных линиях фармацевтического завода, что диктуется GMP. Будущие специалисты имеют право увидеть все этапы работы с лекарством – кроме, собственно, производства.

Добавляет трудностей и процесс слияния, развернувшийся в вузах и хорошо знакомый многим по ситуации с медицинскими учреждениями. Старейшие учебные

заведения, где готовили высококлассных фармацевтических специалистов, превращаются в филиалы. А это приводит к сокращению числа будущих кадров.

Стратегия «Фарма-2020» отмечает – в настоящее время в России не более 10% кадрового ресурса имеют необходимую квалификацию, и даже из этого небольшого числа около 10 тысяч специалистов нуждаются в переподготовке и повышении квалификации.

Проблемные дела с кадрами для фармфармпроизводства: образовательные программы не успевают за развитием производства и технологий настолько, что вопрос «Кто будет делать лекарства?» правомерно задается на недавно прошедшем в медиацентре «Российской газеты» круглом столе.

В рамках «Фармы-2020» ведущие вузы нашей страны разрабатывают учебные курсы, соответствующие всем этапам жизненного цикла препарата, но процесс этот далек от завершения. К тому же оказалось, что не хватает дисциплин по клиническим исследованиям, фармаконадзору, фармакоэкономике. «Пробелы» на этих этапах отмечают не только вузы – разработчики программ, но и сами фармацевтические производители. Потребность в специалистах по фармаконадзору сильна, возможности подготовить их ограничены.

Здесь есть проблески: 14% слушателей Центра образовательных программ Научного центра экспертизы средств медицинского применения Росздравнадзора получают знания как раз по фармаконадзору, 21% – по клиническим и доклиническим исследованиям, 27% – по регистрации и сертификации. Очень многие участники курсов и семинаров Центра – молодые специалисты, работающие в компаниях-производителях.

«Сегодня у работодателей есть уникальная возможность получить необходимого специалиста, который будет максимально соответствовать требованиям фармацевтической отрасли. Для этого необходимо разработать профессиональный стандарт, наиболее полно описывающий ту или иную профессиональную деятельность. При

наличии профессионального стандарта федеральные учебно-методические объединения внесут необходимые изменения в федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования или разработают новые. Эта схема позволит оперативно изменять содержание образовательных программ и выпускать компетентных и востребованных профессионалов», – рассказывает заместитель директора департамента государственной политики в сфере высшего образования Минобрнауки России Сергей Пилипенко.

Сотрудничество отрасли и образования становится правилом игры для всего фармацевтического сообщества. Это мы сейчас говорим о профессиональных стандартах, один из них – «Провизор» – был в апреле зарегистрирован в Минюсте. Скажем сразу, не продуманный местами стандарт.

Нелли Игнатьева, исполнительный директор РААС, предлагает считать его базовым, но предполагает, что дополнения или изменения будут впереди. Потому что уже вызывает недоумение тот факт, что знаний по фармацевтической химии, как равно и по другим химическим дисциплинам, он не содержит. «Мы что, подписываем приговор под тем, что специалисты-аналитики в профессии не нужны? Контроль качества уже не про нас? Или нет уже необходимости специалистам ориентироваться в химических названиях лекарственных препаратов?» – искренне возмущена руководитель РААС.

Саму организацию учебного процесса в постдипломном образовании она всецело поддерживает, как и большинство участников фармотрасли. Это транслирование имеющих школ коучинга и наставничества как позитивное слияние базовой профессиональной школы с практикой.

Ответ на вопрос, подходят ли кадры отрасли, частично найден. Частично, потому что даже крупные фармацевтические компании замечают: сложнее всего научить человека размышлять и слушать собеседника – каким бы профессионалом он ни был. Как считает ректор СПХФА Игорь Наркевич,

специалист должен представлять себе не только свою профессиональную, но и свою жизненную позицию. Понимать, каким человеком он хочет быть.

Что касается второго вопроса, подходит ли отрасль кадрам – даже небольшие аптечные сети находят время, желание и способы поддержать сотрудников и заинтересовать студентов-практикантов: оплатить обучение, предложить хороший соцпакет, включающий ДМС, помочь в аренде жилья. С карьерным ростом своих сотрудников каждый решает в меру своих возможностей. Но одно для всех едино – если сотрудник перспективный и думающий, то работодатель найдет способы его удержать.

Один из способов занять амбициозного молодого специалиста, которому в данный момент невозможно дать повышение, – привлечь его к преподавательской деятельности. Более того, на предприятиях можно открывать базовые кафедры университетов, где преподавателями могут быть высококлассные сотрудники данных предприятий, а образовательный процесс проходить с максимальным погружением в практику и специфику конкретного производства. Такое предложение было выдвинуто референтом

Департамента государственной политики в сфере высшего образования Дмитрием Семиразумовым в рамках прошедшего в медиацентре «Российской газеты» круглого стола «Кадры для фармацевтической промышленности. Кто будет делать лекарства?». Чем больше точек соприкосновения у высшей школы и отрасли, тем эффективнее работают оба участника этого взаимодействия. Кроме того, они учатся друг у друга...

И все-таки – как быть государственной медицине, небольшим аптекам и маленьким фармпредприятиям? Закон разрешает брать на работу студентов медицинских и фармацевтических специальностей. Студенты охотно сдают экзамены на допуск к профессиональной деятельности и начинают знакомиться с профессией. Но этой возможности мало. Фармпромышленность во многом поддерживает импортозамещение, а вот медицинское и аптечное дело...

Остается надеяться на систему непрерывного медицинского и фармацевтического образования с последующей аккредитацией специалистов, что является перспективной формой поддержания профессиональной квалификации специалистов. И начать думать над своим развитием самостоятельно.

ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ОБУЧЕНИЕ ПО «СЕТЕВОЙ ФОРМЕ»

Солонина Анна Владимировна

Заведующая кафедрой управления и экономики фармации Пермской государственной фармацевтической академии, проф., д.фарм.н., ведущий специалист вуза в области непрерывного фармообразования

Уже давно принят и работает нормативный правовой акт (в соответствии с ч. 5 ст. 69 Федерального закона от 2.11.11 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ФЗ-323) и приказом МЗиСР РФ от 19.03.12 №239н возможен допуск к осуществлению фармацевтической деятельности на должностях среднего фармацевтического персонала лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим фармацевтическим образованием. Для получения допуска соискателям необходимо сдать экзамен в форме тестового контроля, собеседования и демонстрации практических навыков. К экзамену допускаются лица, освоившие основную образовательную программу высшего фармацевтического образования по специальности «Фармация» в объеме 4 курсов и более или имеющие диплом о высшем профессиональном образовании по специальности «Фармация».

Особого разрыва между образованием и отраслью, на мой взгляд, нет – есть разные ожидания у работодателей, представителей государства, потребителей. В настоящее время разрабатываются и утверждаются профессиональные стандарты, в соответствии с которыми будут формироваться образовательные стандарты и образовательные программы. Если работодателей что-то не устраивает в нынешних выпускниках, они всегда могут совместно с образовательными организациями разработать и реализовать (в т.ч. с использованием сетевой формы) те программы, которые необходимы для их профессиональной деятельности, и обучить своих специалистов.

Исходя из роли фармацевтического работника как эксперта по лекарствам, принятой во всем мире и подтвержденной решениями многочисленных совещаний о роли и месте фармации и фармацевтов, проводимых Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Международной фармацевтической федерацией (МФФ), а также резолюциями Всемирной ассамблеи здравоохранения, необходимо расширение содержания образовательных программ в части овладения компетенциями оказания фармацевтической помощи, фармацевтического консультирования, фармацевтического информирования, профилактической работы с населением.

У выпускников разные ожидания, в числе которых обучение в аспирантуре с последующей работой в вузе, работа в должности представителя фармацевтической компании, фармацевтический бизнес, работа в должности руководителя фармацевтической организации и др.

Конечно, при обучении очень важна практическая подготовка. В ФГОС (федеральные государственные образовательные стандарты) предусмотрены разные виды практик (учебные и производственные) и проводятся на основании договора о практической подготовке обучающихся. Кроме того, многие студенты старших курсов работают в аптеках на должностях среднего фармацевтического персонала, получив допуск на основании нормативных актов, выше перечисленных мной.

Наряду с этим считаем целесообразным проводить обучение по т.н. «сетевой форме», привлекая к обучению различные фармацевтические организации и организации – производители лекарственных средств.

В настоящее время в России внедряется система непрерывного медицинского и фармацевтического образования с последующей аккредитацией специалистов, что является перспективной формой поддержания профессиональной квалификации специалистов.

При этом целесообразно шире использовать современные информационные технологии – с элементами дистанционного обучения, вебинары на актуальные темы, онлайн-лекции ведущих специалистов и др.

НАЧИНАТЬ НУЖНО С ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРЕСТИЖА ПРОФЕССИИ

Шульга Ярослав

Руководитель консалтинговой компании Shulga Consulting Group



На мой взгляд, проблема эта, что называется, из «глубины веков». Четверть века назад прекратил свое существование Советский Союз, а роль наследницы приняла на себя Российская Федерация. Мы оказались в абсолютно новых и абсолютно не знакомых ни простым гражданам, ни руководству страны политических, социальных и прочих реалиях. И далеко не все институты власти, далеко не все отрасли, проекты и направления оказались легко интегрируемы и быстро адаптируемы под указанные выше реалии после десятилетий плановой экономики.

А с медициной и фармацевтикой все оказалось на порядок сложнее и печальнее, чем во многих иных сферах. И последствия, включая кадровые, организационные проблемы, как ни странно, во многом базируются на событиях в т.ч. 25-летней давности. Давайте будем откровенны – за последние четверть века в России не слишком много уделяется внимания программам по культивированию престижа и социального признания медицинских и фармацевтических работников.

Пользуясь случаем, хочу акцентировать внимание на том, что у нас полностью

отсутствует даже минимальная программа по популяризации профессии фармацевтика. Сколько вы с ходу назовете фильмов о самоотверженном труде фармацевтиков в годы Великой Отечественной войны? И если с медиками ситуация еще, как говорится, «полбеда», то кто для общества сотрудник аптеки? Продавец, «наживающийся на больных и несчастных»! И молодые специалисты, особенно со средним профессиональным образованием, не горят желанием во все это погружаться, изыскивая иные возможности профессионального трудоустройства.

Более того: в «девяностые» и в «нулевые» наблюдалось, на мой взгляд, реально страшное явление – во-первых, по своей сути, а, во-вторых, по своему масштабу! Люди, отучившиеся в медицинских университетах, окончившие клиническую ординатуру, а нередко еще и защитившие кандидатскую диссертацию, стройными колоннами уходили из практической медицины и из реальной науки в фармацевтические компании на позиции медицинских представителей, – по сути, меняя медицину на торговлю. Указанное явление носило массовый характер, и «вымывались» очень достойные, молодые и перспективные кадры. Подобная ситуация по определению не могла «закончиться» хорошо. Последствия

мы сегодня пожинаем, и, кстати, еще продолжим пожинать.

Обратите внимание еще на один интересный факт. Многие и многие годы основной проблемой медицинской и фармацевтической отрасли декларировалось хроническое недофинансирование. На фоне хронического недостаточного финансирования все остальные проблемы даже как-то и упоминались вскользь и постольку-поскольку. А позже мы получили «холодный душ в виде томографов». Здесь я имею в виду то, что закупленное и поставленное дорогостоящее оборудование в значительном количестве лечебно-профилактических учреждениях местный персонал даже не смог включить – не говоря уже об эффективной работе на подобном оборудовании. И мы в очередной раз получили возможность убедиться в истине – «кадры решают». А приведенный пример вскрыл не количественный аспект, а самый что ни на есть качественный.

Тотальная проблема заключается в том, что российские государственные образовательные учреждения отличаются весьма неплохим уровнем теоретической подготовки, но абсолютно проигрывают с точки зрения формирования практических навыков и адаптированности выпускников под нужды реальных производственных площадок, под нужды реальных лечебно-профилактических учреждений и под нужды аптечных сетей.

Да, в последнее время руководство ряда образовательных учреждений реализует программы по взаимодействию, к примеру, с современными производственными площадками на очень глубоком уровне, вплоть до подготовки молодых специалистов под индивидуальные потребности конкретного предприятия, есть и иные весьма перспективные программы сблизиться с суровой реальностью. Тем не менее, если вести диалог об общей ситуации, то все-таки сегодня

и подготовка медицинских кадров, и особенно подготовка специалистов для фармацевтической отрасли существует в некой параллельной реальности и оторванности от истинных нужд «реального сектора». Производственные площадки, аптечная розница, лечебно-профилактические учреждения сегодня, по сути, вынуждены «доводить до ума» вчерашних выпускников, и это не «тонкая шлифовка», а порою даже и «не переучивание», а обучение с нуля отдельным знаниям и навыкам.

Что можно предпринять в сложившихся условиях и как необходимо решать кадровую проблему? Это очень масштабный и сложный вопрос, предполагающий очень много практических действий, описать и изложить которые в рамках настоящей статьи попросту невозможно. У нашего государства есть опыт восстановления масштабных проектов буквально из пепла. Вооруженные Силы буквально вчера пребывали в плачевном состоянии, а служба в них в глазах общества была равнозначна тяжкому наказанию. Сегодня – все иначе. Проведенная реформа и решение кадровой проблемы в кратчайшие сроки однозначно впечатляют. Медицина и фармацевтика, в т.ч. с точки зрения кадровой составляющей, нуждаются в чем-то подобном.

В рамках настоящей публикации я не буду акцентировать внимание на финансировании, на усилении качественной подготовки специалистов, на необходимости соответствия уровня специалистов реальным запросам и потребностям отрасли – все это упомянут и без меня. На мой взгляд, первое, с чего стоит начать решать кадровую проблему в медицине и фармацевтике – это восстановление престижа профессии. Это и в какой-то степени и информационная программа, и социальные гарантии и многое, многое иное.

ОТРАСЛЬ СДЕЛАЛА БОЛЬШОЙ ШАГ ВПЕРЕД

Наркевич Игорь Анатольевич

Ректор Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии (СПХФА), проф. д.фарм.н.



Реализация федеральной целевой программы «Фарма-2020» стала серьезным стимулом развития системы фармацевтического образования. Отрасль сделала большой шаг вперед: в регионах России открываются новые производственные площадки, ведущие фармацевтические компании локализуют свое производство, происходит трансфер передовых технологий. СПХФА начинает работать также и с потенциальными студентами – абитуриентами и школьниками, которые еще только выбирают, куда пойти учиться после школы. Таким образом, будущие студенты уже со школьной скамьи могут оценить свой интерес к отрасли и представить, куда пойти учиться и чем заниматься в жизни. А студенты, которые проходят обучение в данный момент, уже в рамках учебного процесса, благодаря дополнительным программам, например, таким как программа «Больше, чем образование», могут более подробно узнать о своей будущей специальности и пройти стажировку на предприятиях отрасли.

Одна из задач федеральной целевой программы «Фарма-2020» – кадровое обеспечение отечественной фармотрасли. Для ее решения были разработаны специальные мероприятия по подготовке образовательных программ для фармацевтической отрасли. В 2011 г. в Министерстве образования и

науки РФ была создана рабочая группа, которую возглавила замминистра образования и науки Людмила Михайловна Огородова. В рамках данной рабочей группы был реализован ряд образовательных проектов, направленных на подготовку специалистов высших учебных заведений и средних профессиональных учебных заведений для отечественной фармацевтической промышленности. Были разработаны образовательные программы, обеспечивающие дополнительные компетенции выпускникам фармацевтических факультетов, особенно в области современной технологии лекарственных форм. Появились профили бакалавриата и магистратуры по таким специальностям, как химическая технология, биотехнология, а также программы подготовки кадров высшей квалификации – аспирантура, ординатура по фармацевтическим специальностям. В классических университетах и в медицинских вузах есть фармацевтические факультеты, которые существенно расширили спектр образовательных программ и добавили к традиционным специальностям компетенции именно в области фармацевтики и лекарствоведения. В результате на сегодняшний день мы имеем достаточно большой спектр программ, которые нацелены на повышение профессиональной компетенции специалистов фармацевтической отрасли. И эти программы, по нашему опыту, востребованы.

СТАНДАРТ «ПРОВИЗОР» НЕ СОДЕРЖИТ ЗНАНИЙ ПО ФАРМХИМИИ

Игнатьева Нелли

Исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей



Не соглашусь с формулировкой «разрыв между образованием и отраслью». То, что процесс взаимодействия додипломного образования и практики постоянно требует усовершенствования – это то состояние, которое

будет и должно быть всегда в цепи «образование и работодатель»! Работодатель формирует спрос, а спрос, в свою очередь, предложение. Так было и так будет всегда!

И образовательный стандарт, и программы фармацевтического образования всегда должны иметь предложения по совершенствованию от работодателей. Заметьте, не критику, а реальные предложения, которые должны обсуждаться с фармацевтическим сообществом. И от фармсообщества оценку должны проводить эксперты, которые имеют и фармообразование, и практический опыт на тех рабочих местах, которые требуют фармацевтического образования. А вот окончательные решения должны принимать специалисты от образования.

Увы, кто у нас высказывается против образования, – тот, кто не знаком ни со школами фармацевтического образования, ни со стандартами.

Мы реформируем все, и образование в том числе. Я приведу пример результата реформирования школьного образования, или к чему приводит ЕГЭ. Студент фармацевтического факультета на третьем курсе, анализируя рецепт, выписанный ИОВ (инвалиду Отечественной войны), делает вывод, что этот рецепт выписан *исполняющим обязанности врача*. Это не анекдот, это реальность.

В настоящий момент мы на этапе кардинальных изменений в системе фармацевтического образования, поскольку в этом году

запускается замена процедуры сертификации на аккредитацию, внедрение профессиональных стандартов.

С переходом на аккредитацию и настоящие модели постдипломного образования непрерывного фармацевтического образования также претерпят изменения, на пороге которых мы сегодня.

Организацию учебного процесса в постдипломном образовании я всецело поддерживаю. Это транслирование имеющихся школ коучинга и наставничества как позитивное слияние базовой профессиональной школы с практикой.

Первый профессиональный стандарт «Провизор», назовем его базовым, принят, 7 апреля он зарегистрирован в Минюсте России. Вот только знаний по фармацевтической химии, как равно и по другим химическим дисциплинам, он не содержит. Мы что, подписываем приговор под тем, что специалисты-аналитики в профессии не нужны? Контроль качества уже не про нас? Или нет уже необходимости специалистам ориентироваться в химических названиях лекарственных препаратов?

И согласно первому стандарту, у нас в обучении должна быть только одна дисциплина: «управление и экономика фармации», в крайне усеченном варианте. А как работает препарат, как он сочетается или не сочетается с другими препаратами, или с продуктами питания – этого, получается, не нужно знать?

Я преподаватель с 18-летним стажем, мне знакомы ожидания выпускников от профессии. Если ориентироваться, что дипломированные специалисты – это работники оптовых и розничных фармацевтических компаний, которые и осуществляют фармацевтическую деятельность согласно нашему законодательству, то наши студенты даже и не владеют этой информацией до старших курсов.

Поэтому видят они себя в большинстве, увы, на позициях медицинских представителей и др. рабочих мест, т.е. где не нужны дипломы фармацевтических специальностей, а не в аптеках, где эти дипломы необходимы. Ожидания большего количества выпускников получаются не совсем в профессии.

Практика, которая сегодня есть в программе, она вполне взвешенна и рациональна. А вот работодатель сегодня на базах практики не вселяет в студентов большого желания оставаться в профессии. Это правда.

Инициатива о работе студентов в качестве среднего персонала – это разрыв между работодателем и действующими нормами, это уже разрешено. Студенты сдают экзамены и могут работать в качестве фармацевтов.

В настоящий момент выдвинута еще одна инициатива – о выписке рецептов на русском языке.

У каждой профессии в каждой сфере есть свой понятийный аппарат и профессиональный язык, и в здравоохранении это ее величество латынь, господа! Хватит убивать профессию!

И теперь один вопрос, и он основной: какова цель выписки рецепта не на латыни, а на русском языке? Рецепты выписываются по МНН, химическому или группировочному наименованию. Международное непатентованное наименование (МНН) – уникальное наименование действующего вещества лекарственного средства, рекомендованное ВОЗ.

Что даст пациенту то, на каком языке будет написано в рецепте МНН? Метилфенилтиометил-диметиламинометил-гидроксидроминдол карбоновой кислоты этиловый эфир или Methylphenylthiomethyl-dimethylaminomethyl-hydroxy-bromindol carbonic acid ethyl ester – «Арбидол»?

МЕЖДУ ДВУХ ОГНЕЙ

Дмитриев Виктор

Генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей



Образовательные программы не успевают за развитием производства и технологий. Такой разрыв есть не только в фарме, но и в любой другой отрасли. Производство развивается, а финансов для того, чтобы организовать

современные классы в вузах, не хватает.

Мы обсуждали вопрос стажировки, но стандарты GMP не позволяют допускать на производство стажеров. Студентам показывают лаборатории, классы, но это не производство в его чистом понимании. «Вживую» попробовать, как прессуется таблетка, можно только в учебном классе.

Хороший пример того, как выйти из положения – мини-установки в компании «Фарм-Эко», где отрабатывают технологии производства. Технологів высокого класса – по

пальцам перечесть и, естественно, они востребованы. А разрыв между вузом и производством – болезнь не только фармы, но и других высокотехнологичных областей промышленности.

Подготовка специалистов для фармы оказалась «между двух огней». Минздрав отвечает за подготовку провизоров. Минобр – за подготовку технологов. Готовить технологов не дает фармация. Готовить фармацевтов не дает технология.

Проблему усложняет и фактическое сокращение вузов. Пятигорскую медицинскую академию, которую превратили в филиал, теперь репрофилируют. Специалистов для фармы она будет готовить меньше. Пермская фарм-академия вот-вот станет частью Пермского университета... Возможно, слияния вузов хороши с точки зрения управления, но хороши ли они для подготовки кадров?

В СОТРУДНИЧЕСТВЕ ВУЗА И ФАРМЫ ЛЕГЧЕ АДАПТАЦИЯ ВЫПУСКНИКА

Новикова Ирина

Заместитель генерального директора ОАО «Агентство инновационного развития – центр кластерного развития Калужской области», исполнительный директор НП «Калужский фармацевтический кластер»



Основная причина кадровых сложностей в области фармации, на мой взгляд, состоит в том, что в настоящее время в России отсутствуют утвержденные федеральные образовательные стандарты по направлению «Промышленная фармация». Введены только профили в направление подготовки «Материаловедение и технологии материалов», «Химия, физика и механика материалов». Выпускников даже профильных вузов приходится длительное время доучивать на производстве.

В основном все фармацевтические производства в Российской Федерации сегодня соответствуют требованиям GMP, что существенно повышает требования работодателей к квалификации выпускников. Еще одной острой проблемой является фрагментарность системы среднего профессионального образования, ее устаревшая материальная база, отсутствие распространенной практики «дуального обучения» и навыков практической работы на современном оборудовании высокотехнологичных фармацевтических производств.

Для решения этой задачи в Калужском фармацевтическом кластере на принципах государственно-частного партнерства был создан Центр практического обучения работников фармацевтической промышленности на площадке филиала НИЯУ «МИФИ» в Обнинске. Центр оснащен современным «дуальным» технологическим и аналитическим оборудованием, «чистыми помещениями» класса 3 по ISO, что позволяет эффективно

сочетать процесс обучения с работой на современной приборной базе в условиях, максимально приближенных к реальным производственным процессам фармацевтических предприятий. Использование в процессе обучения современного технологического оборудования снижает затраты инвесторов на адаптацию персонала, а близкое размещение к производственным площадкам обеспечивает возможность обучения без отрыва от производства.

Привлечение к преподавательской деятельности в центре ведущих специалистов – членов Калужского фармацевтического кластера, таких как компании ООО «Хемофарм», ЗАО «Обнинская химико-фармацевтическая компания», ООО «Бион», ООО «Берахим», ООО «НПК Медбиофарм» АО ГНЦ РФ ФЭИ им. А.И. Лейпунского, АО НИФХИ им. Л.Я. Карпова, МРНЦ им. А.Ф. Цыба, позволяет максимально учесть требования инвесторов к качественной подготовке персонала.

Такое тесное сотрудничество с работодателями позволяет существенно сокращать срок адаптации выпускников на предприятиях, что значительно повышает удовлетворенность работодателей качеством выпускников. Ведущие специалисты и руководители фармацевтических компаний – участников кластера руководят выпускными квалификационными работами наших студентов, являются членами аттестационных комиссий. Создание кафедры «Фармацевтическая и радиофармацевтическая химия» на базе филиала НИЯУ «МИФИ» в Обнинске, расширение перечня лицензированных программ по профилю бакалавриата «Наноматериалы для биологии и медицины», «Фармацевтическое

и радиофармацевтическое материаловедение», магистратуры по направлению «Перспективные технологии в фармацевтическом материаловедении» при прямом участии предприятий-инвесторов в разработке, реализации и мониторинге программ позволили создать эффективную систему подготовки и повышения квалификации кадров с максимальным учетом потребностей работающих в Калужской обл. фармацевтических предприятий.

Концентрация на территории Калужской обл. значительного количества современных фармпроизводств и отсутствие профильного вуза, безусловно, создают напряженность на региональном рынке труда. Только в 2015 г. у нас открылись заводы полного цикла таких лидеров отрасли, как «АстраЗенека», «Ново-Нордиск», «НИАРМЕДИК ФАРМА», в 2016 г. откроются заводы компаний «Фарм-Синтез» и «Сфера-Фарм». Сегодня на предприятиях кластера трудятся более 8 тыс. сотрудников. Поэтому руководство региона и кластера эффективно решают проблему с возможным дефицитом кадров за счет системной профориентационной работы со школьниками, сотрудничества с ведущими профильными вузами, частичному субсидированию программ переподготовки и повышения квалификации, которые реализуют компании. Вместе с тем наиболее востребованными в регионе являются исследователи, технологи и аналитики фармацевтической и радиофармацевтической направленности, специалисты отдела контроля качества, химики-аналитики, радиобиологи, экологи, медицинские физики.

Возможность подготовки до 150 чел. одновременно по всем перечисленным направлениям в Центре практического обучения работников фармацевтической промышленности позволяет существенно выравнивать спрос и предложение на региональном рынке труда.

Для создания студентам калужских вузов возможности совершенствовать свои навыки работы на современном оборудовании в 2013 г. на базе Регионального центра инжиниринга в области фармацевтики и биотехнологий был создан Научно-образовательный центр (НОЦ), учредителями которого выступили АО «Агентство инновационного развития – центр кластерного развития Калужской области» и Калужский госуниверситет. В качестве партнеров к участию в проекте присоединились химический факультет МГУ им. М.В. Ломоносова, Санкт-Петербургский технологический университет, Казанский госуниверситет и 14 научно-исследовательских институтов, входящих в содружество НП «Орхимед». Формирование партнерской сети научно-исследовательских, образовательных организаций позволило стимулировать развитие научно-исследовательской и предпринимательской активности студентов высших учебных заведений Калужской обл. Только в 2015 г. практику и обучение работе на оборудовании инжинирингового центра прошли 56 чел., 11 стали победителями конкурса «Умник-2015» Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере. Интересен опыт активной работы с фармацевтическими компаниями в филиале НИЯУ «МИФИ» в Обнинске. Ведущие специалисты и руководители фармацевтических компаний – участников кластера руководят выпускными квалификационными работами наших студентов, являются членами аттестационных комиссий. Примечательно, что предприятия фармкластера не только участвуют в разработке образовательных программ, но и преподают некоторые дисциплины, закладывая в будущих выпускников именно те знания, которые требуются на их предприятиях. Соответственно, и практику студенты кафедры проходят на базах компаний, участвующих в их подготовке.

НАКАЧАТЬ ЗНАНИЯМИ НЕ ПРОБЛЕМА, ВАЖНА МОТИВАЦИЯ

Дергачев Дмитрий

Президент фармацевтической компании «РИА «Панда»



Молодые специалисты приходят в компанию регулярно, и для этого есть программа сотрудничества с профильными вузами. По перспективе карьерного роста достаточно показателен тот факт, что за 5–7 лет человек может подняться на 2–3 ступени по карьерной лестнице. Например, из медицинского представителя стать сначала старшим медпредставителем, затем региональным менеджером; нередки случаи, когда человек в процессе работы, без отрыва, получает дополнительное образование и становится руководителем отдела ВЭД или руководителем отдела клинических исследований. В среднем люди работают в компании не менее 5–7 лет, около 20% – более 10 лет.

Есть две категории вакансий – первая, когда нужен человек с опытом, и тогда для нас важнее всего послужной список и специалитеты. Вторая – это когда мы заранее идем на то, чтобы взять людей без опыта и обучать их, сложнее всего в них разглядеть будущих карьеристов в хорошем смысле этого слова.

Молодые специалисты, еще по сути не являющиеся специалистами, прежде всего, хотят сразу хорошо зарабатывать, и не все готовы идти на начальную ставку, зарекомендовать себя и затем уже выставлять завышенные требования. Гораздо реже попадают молодые люди, которые понимают, что первая работа по профессии – это не деньги в первую очередь, а шанс заявить о себе. Если у новичка хорошая образовательная база и живой ум – накачать его любыми

дополнительными опциями не проблема, важна его мотивация. Так, зачастую люди из глубинки, без папы и мамы под боком и родительской финансовой подушки, дадут фору любому «золотому» студенту, сделают быстрее карьеру и будут во всех отношениях успешнее, это факт. Наверное, поэтому у нас так много иногородних.

Система тренингов для каждой категории работников ранее была ежеквартальной, с усложнением финансовой ситуации на рынке теперь тренинги проводятся раз в полгода. Но существует наставничество – можно назвать это перманентным on job тренингом!

Высшее и последипломное фармацевтическое и медицинское образование должно быть однозначно обязательным, человека нужно допускать к работе с людьми только когда они действительно к этому готовы. Сейчас раздаются идеи не давать выпускникам вузов права поступать в интернатуру или ординатуру, если они три года не работают в поликлиниках или аптеках на рядовых должностях, полагая, что таким образом решится проблема нехватки кадров. Но если этот номер пройдет, считайте, мы потеряем этих людей!

Мы всегда принимали студентов, начиная с 4-го курса, сначала как промоутеров, потом как медпредставителей, могу на память перечислить 10 человек, занимающих высокие должности в разных фармацевтических компаниях. Они прошли весь путь с самого низа, у них все хорошо, в частности, потому, что в их CV написано, как они выросли в нашей компании. Это рекомендация для любого дальнейшего работодателя.

В БЛИЖАЙШИЕ ДЕСЯТЬ ЛЕТ ПРОБЛЕМА С КАДРАМИ БУДЕТ ПРЕОДОЛЕНА

Иванова Настасья

Управляющий директор компании «Интер-С Групп»



Очевидно, что все непростые задачи, которые поставлены перед российской фармацевтической отраслью, удастся осуществить, лишь опираясь на высококвалифицированные кадровые ресурсы. Мы говорим о реализации «инновационного этапа» в развитии фарминдустрии страны, в рамках которого должен произойти переход на новые стандарты производства, должны усилиться процессы создания и запуска современных медицинских препаратов. Стратегия инновационного развития, которая медленно, но все же целенаправленно реализуется, предполагает наличие сильного кадрового потенциала, в первую очередь в сферах индустриальной науки и новых технологий. Еще совсем недавно спроса на таких специалистов со стороны промышленности в России не было и потому в течение двух десятков лет практически отсутствовала полноценная подготовка квалифицированных кадров, необходимых для современного фармпроизводства.

Развитие научно-технического потенциала фармацевтической промышленности требует экстренной модернизации системы подготовки специалистов, в т.ч. в области разработки и производства лекарственных препаратов. Отрасль нуждается в создании новых исследовательских кадров практически с нуля, как с привлечением западных специалистов, так и создавая условия для возвращения российских профессионалов, уже получивших опыт работы за рубежом; кроме того, следует более широко использовать переподготовку и стажировку молодых специалистов. Хорошо зарекомендовали себя система

образовательных грантов, модульное обучение, поддержка и совершенствование программ образования с учетом передовых знаний и технологий, а также производственная практика студентов на фармпредприятиях. К примеру, учащиеся Санкт-Петербургской химико-фармацевтической академии проходят стажировку на более чем 50 производственных площадках в различных регионах страны.

В Стратегии «Фарма-2020» отмечается, что на текущий момент в отечественной фарминдустрии занято более 65 тыс. человек (некоторые эксперты увеличивают этот показатель до 100 тыс.), но даже с учетом этого нехватка кадров оценивается в 30 тыс. специалистов. Реально ли в ближайшее время погасить этот кадровый дефицит? Согласно данным Росстата, в среднем ежегодное количество выпускаемых молодых специалистов составляет 13 тыс. человек с высшим образованием и 5 тыс. – со средним специальным. Однако опросы общественного мнения показывают, что не более трети выпускников вузов начинают работать по своему профилю. Да и они еще не скоро наберутся опыта и освоят сложные производственные процессы, а на первых порах работы по специальности их ожидает невысокая оплата труда, предстоит адаптация на производстве и множество других проблем. В Стратегии «Фарма-2020» отмечено, что сегодня в России имеется не более 10% кадрового ресурса необходимой квалификации, из них порядка 10 тыс. специалистов нуждаются в переподготовке и повышении квалификации, в т.ч. научные исследователи (химики, биологи) – 3500 человек, индустриальные научные специалисты – 450, фармакологи – 800, клиницисты – 750, технологи – 2000, управленцы – 2000,

инновационные менеджеры в фармацевтической отрасли – 1500. Дефицит сегодня ощущается практически на всех направлениях работы, например, средний возраст технолога на производстве составляет 60 лет, а фармкомпания вынуждены перекупать друг у друга как топ-менеджеров, так и иных высококлассных специалистов. Мы прекрасно знаем основные проблемы «кадрового голода» – это низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава, отток квалифицированных кадров за рубеж, слабая материально-техническая база, низкая ориентированность на новые

технологии и любые изменения, происходящие в сфере здравоохранения и фармации, да и в целом потеря многолетнего опыта и традиций высоких стандартов образования. Тем не менее, даже с учетом стратегической задачи подготовки и переподготовки кадров можно предположить, что в ближайшие десять лет проблема в целом будет преодолена, а образовательные учреждения в области фармацевтики и биотехнологий смогут подготовить достаточно специалистов для пополнения кадрового резерва, который необходим российской фармпромышленности.

ПРОФЕССИОНАЛАМИ СТАНОВЯТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАБОТЫ НАД СОБОЙ

Кадыкова Софья

Директор по персоналу компании Pfizer в России и Украине



В компании Pfizer нет практики массового набора молодых специалистов (mass recruitment), как делают некоторые международные компании из других индустрий. Но состав наших медицинских представителей очень молодой: их средний возраст от 29 до 31 года. Средний возраст по компании в целом – 36 лет. Независимо от возраста, перспективы карьерного роста есть у всех коллег, приходящих в Pfizer. Средний срок работы в подразделении медицинских представителей составляет от 2,5 до 4 лет в зависимости от позиций – естественно, у руководителей он несколько больше. Сейчас мы отмечаем, что в последние два года у нас значительно снизился отток кадров: мы имеем устойчивые показатели ниже среднеиндустриальных. В компании есть немало коллег, которые работают очень давно, – 10 лет и больше.

При приеме на работу мы обращаем внимание на ряд критериев: высшее образование, аналитические и коммуникационные способности, способность понимать инструкции. Когда речь идет о руководящих позициях, особое внимание уделяется лидерским компетенциям, опыту работы в стратегических проектах и кросс-функциональных группах. И, конечно, самое главное – насколько у человека развито чувство ответственности. За себя, свое дело, свою команду. Это чувство не зависит от возраста кандидата.

Как ни странно, сложнее всего развить у человека аналитические способности и умение слушать собеседника. Эти качества важны в любой сфере деятельности, и особенно в работе с клиентами. Алгоритму действий и знанию продукта можно научить, но профессионалами люди становятся только в результате кропотливой работы над собой и благодаря стремлению учиться на своих ошибках и успешных примерах своих коллег. Этому нельзя научить, но на это необходимо

обратить внимание в самом начале работы в компании.

В компании Pfizer существуют программы обучения для всех коллег, они разные, в зависимости от сферы деятельности. Недавно мы анализировали статистику и поняли, что наименьшее количество «классных» часов обучения у руководителей, и это неудивительно – их развитие проходит в основном во время стратегических сессий, встреч с руководителями региона, кросс-функциональных встреч и т.д. А это значит, что нет единой успешной формы обучения для всех – коллеги, которые хотят развиваться, используют для этого любую возможность. Например, абсолютно все могут подать заявку на участие в проектах по программе Talent Marketplace и получить опыт работы в проекте другой функции, расширить свою компетентность в разных областях бизнеса.

Мы работаем над программами развития не только сотрудников отдела медицинских представителей, но и сотрудников офиса. Формы обучения самые разные – на корпоративном сайте много онлайн-программ, курсов и учебных материалов. Мы все время

ищем новые формы, привлекательные для молодежи и удобные в использовании в любом месте – даже в метро.

В течение многих лет мы регулярно приглашаем определенное количество студентов на летнюю практику или стажировку. Например, в рамках нашей образовательной программы «Больше, чем образование», которую с 2012 г. мы проводим в Санкт-Петербургской химико-фармацевтической академии, лучшие студенты программы имеют возможность пройти летнюю стажировку на предприятиях Pfizer по всему миру. В этом году мы также планируем предоставить несколько мест для стажеров и интернов в московском офисе. Мне кажется, что сейчас, в непростых экономических условиях, очень важно дать молодежи возможность первого опыта работы, помочь составить свое резюме, показать свои сильные стороны. Дать представление о том, как организована работа крупной международной корпорации и, конечно, познакомиться с миссией Pfizer как одной из ведущих инновационных фармацевтических компаний мира – вместе создавать здоровый мир.

СОЗДАЕМ КАЧЕСТВЕННЫЙ КАДРОВЫЙ РЕЗЕРВ

Гадецкая Ольга

Директор по работе с персоналом «Санофи Россия и Евразия»



Уже более трех лет «Санофи Россия» реализует комплексный проект по работе с лучшими вузами России с целью привлечения молодых, амбициозных, целеустремленных и талантливых студентов, заинтересованных в работе в фармацевтической отрасли.

Специально для студентов вузов с высоким потенциалом разработана программа

стажировок Sanofi Health Force, целью которой является создание качественного кадрового резерва и привлечение наиболее перспективных молодых сотрудников в команду компании. В рамках программы Sanofi Health Force 3 раза в год (март, июнь, сентябрь) проводится набор стажеров по нескольким направлениям: маркетинг, бизнес-анализ, финансы, информационные технологии, регистрация и др. Целеустремленные и талантливые студенты из лучших вузов России

присоединяются к Sanofi Health Force, чтобы пройти бизнес-обучение и испытать свои силы на практике, совмещая реализацию проектов компании с учебой в вузе.

После успешного прохождения программы Sanofi Health Force стажеры становятся первыми кандидатами на вакантные позиции в компании. Они уже хорошо ориентируются в задачах и бизнес-процессах, а также понимают корпоративную культуру компании, проникаются ее ценностями и осознают свою сопричастность к глобальной миссии «Санофи». Они обладают необходимыми компетенциями успешных сотрудников, такими как инновационность и готовность меняться, у них есть высокая мотивация к работе. По результатам 2015 г. 15 стажеров поступили на работу в штат компании.

Мы с удовольствием работаем со студентами очных отделений старших курсов с хорошим средним баллом, владеющих английским языком. При собеседовании обращаем внимание на обучаемость, хорошие коммуникативные навыки и умение работать с большим объемом информации. Опыт ведения проектов в университете или в рамках волонтерской работы, а также участие в чемпионатах по решению бизнес-кейсов будут серьезными плюсами. Благодаря нашей программе студенты получают возможность работать в одной из ведущих фармацевтических компаний мира, самостоятельно реализовывать крупные проекты. При этом их менторами, которые будут курировать работу стажеров и давать им ценные советы по ходу программ, могут выступать как руководители отделов или бизнес-подразделений, так и представители высшего руководства компании.

Мы планируем набрать 10 стажеров в июне 2016 г.

Проходящие у нас стажировку молодые специалисты получают актуальные знания о фармацевтической отрасли и бизнес-процессах компании, а также хороший опыт

работы с проектами. При индивидуальной поддержке ментора из числа экспертов «Санофи» стажеры развивают ключевые бизнес-навыки, а также компетенции – от личностных до технических. Помимо этого компания организует различные тренинги и мастер-классы для стажеров на актуальные темы, например, навыки публичного выступления или подготовки презентаций.

Организуя стажировки для студентов вузов, мы учитываем, что стажерам необходимо совмещать работу с учебой так, чтобы учеба при этом не страдала. Мы предлагаем гибкий график и оплачиваем их работу. По окончании учебы стажеры могут определиться, в каком направлении они хотят строить карьеру, и участвовать в конкурсе на штатные позиции «Санофи».

За все время работы программы Sanofi Health Force более 220 студентов прошли стажировку в различных бизнес-подразделениях компании. В 2015 г. 13 из них были приняты в штат компании, проходят стажировку в среднем 45 стажеров.

ЧТО ГОВОРЯТ САМИ СТАЖЕРЫ:

Антон Шалиско, стажер медицинского департамента: «Когда я окончил Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, то мечтал найти интересную работу, связанную с медицинской сферой, которая бы позволяла мне параллельно проходить интернатуру. Я не ошибся. Стажировка в «Санофи» оказалась прекрасной возможностью получить опыт работы в крупной фармкомпании с мировым именем, не прерывая обучения. Здесь есть возможность попробовать себя в деле на разных позициях, в разных отделах. Главное – желание!»

Петр Толочков, стажер в подразделении маркетинга: «Когда я еще только искал стажировки и изучал компании, понял, что «Санофи» идеально подходит мне по духу. В моей работе много ярких, творческих моментов, и они связаны не только

с праздниками: мы постоянно обсуждаем новые идеи, придумываем, какие еще интересные и полезные проекты можем реализовать. Больше всего мне нравится то, что мне доверяют действительно сложные и серьезные проекты, а я могу предлагать свои идеи и воплощать их в реальности».

Владислав Тищенко, стажер отдела финансового контроля: «В курс дела меня вводил ментор. Поначалу от избытка информации

гудела голова, но при этом было очень интересно. У нас всегда много заданий и важных проектов, причем менеджеры доверяют стажерам самые ответственные задачи. Например, я вел собственный проект и при поддержке своего менеджера усовершенствовал одно из ключевых звеньев в цепи бизнес-процессов. Здесь крутая команда и рабочая атмосфера – это очень способствует развитию».

СПЕЦИАЛИСТ, «ВЫРАЩЕННЫЙ С ПЕЛЕНОК», – БОЛЕЕ ЗАИНТЕРЕСОВАН

Игнатюк Наталия

Генеральный директор аптечной сети «МЭТР»



Наша аптечная сеть работает на фармрынке уже 20 лет – это 140 аптечных учреждений в 11 регионах Центрального ФО (в основном Брянская обл. – доля присутствия 100 аптек), более 900 человек персонала. Мои сотрудники – это ценные кадры! Лично я в сети работаю с 2003 г. Когда пришла работать юристом 13 лет тому назад, аптечная сеть насчитывала 8 аптек и 50 человек персонала. Не было даже отдела кадров. В течение нескольких лет все вопросы персонала (подбор, юридическое оформление трудовых отношений, защита всех профессиональных интересов, сопровождение студентов по ученическому договору) были на мне.

Даже в те времена к фармацевтическому персоналу мы относились трепетно, уважали, ценили, поддерживали в каждой мелочи. На предприятии действовала система социальных поощрений: оплата найма жилья, оплата повышения квалификации. С годами росла

сеть, выростали требования и спрос с фармацевтов, но и шкала льгот и поощрений также динамично росла. В определенное время на нашем предприятии действовала доплата за выслугу лет: если специалист проработал в компании более 3 лет, он получал доплату к окладу в размере 10%. Каждые три года прибавляли 5%. Благодаря этим мерам компания вырастила свой костяк кадров, сохранила многих специалистов.

В 2005–2010 гг. напряжение в подборе, даже правильнее сказать, «отборе от конкурента» ценного специалиста достигло своего апогея! Каждый фармацевт был на вес золота. Фармацевтический колледж не справлялся с растущей тенденцией развивающегося рынка фармацевтической розницы. И так было по всей центральной России. Времена меняются, кадры теперь готовят в т.ч. медицинские училища. И появилась новая проблема: специалист приходит настолько «сырой» по знаниям, но с завышенной самооценкой – «все равно уеду в Москву на 50 тысяч, не меньше!».

В связи с этим хочу обозначить, что самое главное – мы стараемся формировать персонал каждой аптеки в процентном соотношении: 80% – «старые» кадры и 20% – молодые. И вот здесь готова вам ответить на вопрос о молодых кадрах, студентах. Конечно, берем студентов на работу! У нас налажены многолетние отношения с колледжами – медицинским и фармацевтическим. Ежегодно менеджер по персоналу аптечной сети посещает третьи и четвертые курсы учебных заведений, проводит беседу со студентами, заинтересовывает их, разъясняет «секреты» выбранной их специальности, приглашает активных студентов на практику в аптеки, а затем и на работу.

Осознаем, что наше предприятие стало огромным в Брянской обл. И если не мы, то кто поможет молодому специалисту найти себя, разобраться в тонкостях профессии, реализовать свой талант? Студентов мы берем на работу во время прохождения ими практики. Оформляем это как практику. Соответственно, работу организовываем без материальной ответственности и допуска к работе с кассой. Практикант полностью осваивает все процессы: прием товара, его разбор, отслеживание сроков и мест хранения, отпуск товара, замену препарата аналогом, работу с покупателем в едином стандарте обслуживания, который действует в нашей компании: как правильно провести продажу, допродажу, как оставить клиента довольным. Студент получает все эти знания, навыки и умения.

Практикант полностью работает смену (примерно 7 час. 20 мин.), чтобы понимать важность и трудность работы, учиться решать конфликтные ситуации, знакомиться с фармпорядком.

После такой интенсивной практики студенты обычно принимают решение прийти работать в нашу аптечную сеть. В течение месяца проходит стажировка, а затем они самостоятельно работают с полной материальной ответственностью. Считаю важным отметить,

что такие работники, «выращенные с пеленок», более преданны организации, более заинтересованы в карьерном росте, более инициативны и ответственны. Поэтому считаю, что работа со студентами важна, ответственна, отнимает силы и средства, но приносит хорошие результаты.

В продолжение темы хотела бы отметить, что затем многие специалисты поступают в вузы и продолжают обучение без отрыва от работы. Компания предоставляет отпуск для сессии, относится с пониманием. Нам важно через три-четыре года получить специалиста с высшим образованием. За это время сотрудник вырастает, получает огромный опыт и с радостью берет на себя ответственность – либо занять место заведующей аптечным учреждением, либо прийти работать в команду офисных менеджеров. Самое главное отличие высшего образования от среднего – это получение знания экономики, умений и навыков налаживания бизнес-процессов на предприятии.

Нужно осознать, что специалист с высшим образованием – это сотрудник инициативный, ответственный, умеющий анализировать, делать правильные выводы, выявить ошибки в организованном процессе и найти возможности их устранения. К сожалению, часто специалист просто получает диплом и не осознает, как приложить знания и умения на практике. Продавать и обслуживать клиента он уже умеет, а что можно делать еще, вузы не учат. Масса знаний просто хранится в учебниках, которые студент не успевает за частую даже прочитать, т.к. практически все получают высшее образование заочно.

Вот теперь и стоит сказать о том обучении, которое налажено в нашей компании. Огромное спасибо производителям, которые проводят различные фармкружки. На таких обучающих семинарах первостольник обычно получает знания не только о препаратах, но и о возможностях их продаж, допродаж, о возможностях нарастить прибыль аптеки.

В нашей компании имеется учебный центр. Обучение проходит каждый специалист – и за время работы не один раз. Вначале проводится лекция на определенную тему, затем обыгрываются ситуации, разбираются конфликтные вопросы, разбор ошибок. После этого обычно – мастер-класс по продажам от специалистов.

«Фишкой» нашего обучающего центра является то, что каждая ситуация записывается на камеру и затем сотрудник видит себя со стороны. Практически все видят свои ошибки и после такого обучения говорят: «Меняется сознание». Лично я вижу, как многие сотрудники после обучения понимают, что работа – это важное ответственное дело.



АПТЕКИ В РАЙОНЕ ЯКИМАНКА ТРУДНОДОСТУПНЫ ДЛЯ АВТОМОБИЛИСТОВ

Район Якиманка является одним из старейших в Москве. Его название проистекает от деревянной церкви Иоакима и Анны, построенной еще в 1493 г. Храм располагался на месте пересечения ул. Малая Якиманка и современного Якиманского пр-да.

В Средние века население Якиманки было достаточно пестрым. В его состав входили татары, здесь располагалось поселение иностранных наемных работников, поселение поляков, оставшихся после Смутного времени, казахи и стрелецкие слободы, а также Голутвинская слобода коломенского Голутвина монастыря. Важной составляющей Якиманки была большая Кадашевская слобода, которую населяли купцы, ткачи, бондари-кадаши, рабочие монетного двора, а спустя некоторое время и слобода царских переводчиков-толмачей.

В состав этого района ЦАО входит западная часть исторического Замоскворечья (граница с районом Замоскворечье проходит по ул. Большая Ордынка) в пределах Садового кольца, а с востока граница района проходит по Москве-реке и включает территорию от Нескучного сада до Софийской наб. и Большого Москворецкого моста. В район вошел и ряд кварталов в районе ул. Шаболовки и Ленинского просп.

Численность проживающего здесь населения составляет порядка 27 тыс. человек.

В исследовании приняли участие 105 человек, в т.ч. 63 женщины и 42 мужчины, из них большая часть людей среднего трудоспособного возраста (75%).

Исследовано 14 аптечных предприятий:

аптеки ООО «Аптеки А.в.е.»: №537 АС «36,6» (ул. Шаболовка, д. 10, к. 1), №1171 АС «А5» (ул. Большая Якиманка, д. 32) и №1052 АС «Горздрав» (ул. Шаболовка, д. 24);

аптеки ООО «Аптечная сеть 03»: АС «Ригла» – №1010 (ул. Крымский Вал, д. 6) и №1013 (ул. Большая Полянка, д. 4/10);

«Аптека на Октябрьской» ООО «Самсон-Фарма» (1-й Спасоналивковский пер., д. 19), аптека №1/7 АО «Столичные аптеки» (ул. Большая Полянка, д. 65/74), аптека №282 ООО «Нео-фарм» (ул. Большая Якиманка, д. 52), аптека ООО «Сиджам» (ул. Большая Полянка, д. 28, стр. 1), аптека ООО «Диасфарм» (ул. Большая Полянка, д. 30), аптека ООО «Фармацевтическая компания «Белый лотос» (ул. Шаболовка, д. 2), аптека ООО «Аптечная сеть «Эвалар» (Калужская пл., д. 1, к. 1), аптека ООО «Форте» (Ленинский просп., д. 3–5, к. 1), аптека ООО «Адонисфарм» (Ленинский просп., д. 2).

Большинство из опрошенных (75%) не являются жителями района, среди респондентов свыше 60% составляют женщины среднего и молодого возраста.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий

МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

Важно для 23 человек.

Район Якиманка довольно большой. Его характеризуют хорошо развитая инфра-

структура и транспортная доступность. И еще две особенности – отсутствие объектов массового назначения и низкая плотность населения. Подавляющая часть исторических зданий на территории района, особенно внутри Садового кольца, занята офисами и различными учреждениями, поэтому ежедневно сюда

на работу прибывают тысячи людей из других районов города.

С учетом вышеперечисленного аптеки размещены равномерно друг от друга по территории района. Опрос показал, что такое размещение удобно как для покупателей, так и для самих аптек, которым достается своя гарантированная часть «фармпирога».

Центрами притяжения для аптек являются, конечно, станции метро (№1013 АС «Ригла» и «Адонисфарм» у ст. м. «Октябрьская»), универсамы и торговые центры (АС «36,6» – в ТЦ «Конкордия», «Сиджам» – в магазине «Молодая гвардия», АС «А5» – рядом с универсамом «Азбука вкуса»).

Респонденты, в первую очередь те, кто участвовал в опросе у аптек «Горздрав», «36,6», «Белый лотос», «Форте» и «Эвалар», оказались коренными жителями района. Они в первую очередь отмечали фактор удачного месторасположения аптеки, будь то размещение в универсамах и торговых центрах, по соседству с остановками общественного транспорта или просто поблизости от дома.

Единственная аптека, расположение которой удачным не назовешь, ООО «Самсон-Фарма», спряталась в глубине двора между подъездами, вывески со стороны улицы не видно. Но и ее знают местные жители, либо те, кто приехал, уточнив дорогу в Интернете.

И снова одним из факторов, существенно влияющих на посещаемость аптек, функционирующих во всех районах ЦАО, становятся особенности организации дорожного движения в центре столицы. Район Якиманка – не является исключением. Платные парковки, на которых свободное место найти трудно даже в выходные, выделенные полосы для общественного транспорта и многочисленные знаки «Остановка запрещена» делают труднодоступными аптеки для автолюбителей.

Виктор, 37 лет, служащий страховой компании: *«Я оформил интернет-заказ в аптеке «Самсон». Поначалу меня смущало, что данная аптека находится в самом центре. Однако забрать заказ я решил в воскресенье, посчитав, что будет меньше машин, и я смогу без труда подъехать по адресу. Но свободных*

мест не оказалось не только у аптеки, но и в радиусе почти 500 метров. На поиски места я потратил почти 15 минут, да еще и пришлось идти до аптеки почти полкилометра. Согласитесь, как-то некомфортно. Конечно, в следующий раз буду искать другой, более удобный в плане доступности вариант».

Как это ни странно, но для автомобилистов безнаказанно посетить аптеки в Якиманке почти невозможно. Многие из опрошенных рискуют, оставляя машину в неполюженном месте или на аварийке.

АССОРТИМЕНТ

Важен для 28 человек.

Проведенный опрос показывает, что ассортимент уверенно удерживает одно из первых мест в рейтинге факторов успеха аптечного бизнеса. Конечно, впечатление покупателей об ассортименте аптеки находится в прямой зависимости от размеров занимаемой площади торгового зала, от наличия и наполненности витрин и стеллажей. Во всяком случае, многие респонденты подчеркивали, что им порой проще сразу найти глазами на стеллажах необходимое, чем стоять в очереди, чтобы спросить у фармацевта о наличии препарата.

Аптеки сетей «36,6», «Ригла», «Горздрав» и «А5» традиционно отличаются богатым ассортиментом, и к такому положению вещей потребитель уже, кажется, привык. Особенно поразили богатством выбора аптеки «Ригла». Просторные помещения и открытая форма торговли с заполненными «до потолка» стеллажами производят впечатление даже на бывалых посетителей. А вот АО «Столичные аптеки» в этот раз неожиданно разочаровало: полумрак и полупустые стеллажи. Да и к фармацевту очереди не было. Интересно, почему...

В аптеке ООО «Эвалар» с размахом представлена собственная продукция.

В аптеках «Адонисфарма», «Белый лотос» и «Форте» отмечен неплохой ассортимент ортопедических товаров и лечебного трикотажа. В «Адонисфарме», кроме всего прочего, работает небольшой отдел оптики.

Валентина, домохозяйка (возле аптеки «Эвалар»): «Собираюсь на майские праздники на дачу. Зашла купить кое-что из лекарств на всякий случай, и была приятно удивлена! Во-первых, очереди не было. Во-вторых, консультант в зале очень помогла с подбором лекарств и даже не пыталась «всучить» дорогие препараты, а сама рекомендовала более доступные аналоги. Купила на пробу пару солнцезащитных кремов собственной марки. Надеюсь, они ничем не уступят по качеству маркам, которые я обычно покупаю. В любом случае, я осталась довольна!»

ЦЕНЫ

Важны для 19 человек.

С тех пор, как произошла девальвация рубля, отношение покупателей к данному фактору несколько изменилось. Большинство выражает недовольство не просто высокими ценами на импортные препараты и отсутствие отечественных недорогих лекарств, а ценовой чехардой, которая все еще

наблюдается в аптеках. И больше всего людей раздражает то, что теперь трудно найти однозначно недорогую или наоборот дорогую аптеку. Например, цена на 12 свечей «Вибуркол» в разных аптеках района отличалась почти вдвое (!).

Как и прежде, более высокий уровень цен отмечают посетители в сетевых аптеках «Ригла», «36,6» и «А5». А довольны ценой на лекарственные препараты больше всего посетители сетей «Горздрав», «Диасфарм» и «Самсон-Фарма».

Ирина Никандровна, пенсионерка, 69 лет (возле аптеки «Горздрав»): «Я давно страдаю сахарным диабетом и регулярно вынуждена покупать тест-полоски и ланцеты для измерительного прибора. Для интереса, пыталась сравнивать цены. Пока самое выгодное предложение делает мне «Горздрав». Мне повезло, что я сама живу на Шаболовке. Да и фармацевт здесь всегда обходительна. И поможет, и подскажет».

Табл. Сравнительная цена на ЛП

Аптека	Цены на препарат	
	Вибуркол №12, свечи	Тест-полоски Акку-Чек Актив, 50 шт.
«Горздрав»	398	750
«Диасфарм»	390	890
«Форте»	638	–
«Самсон-Фарма»	429	817
«Сиджам»	460	950
«Эвалар»	465	985
«Белый лотос»	492	1098
«Нео-фарм»	523	1200
«А5»	666	–
№1010 «Ригла»	683	–

СКИДКИ

Важны для 7 человек.

«Перед походом в аптеку не забудьте взять «Социальную карту москвича»! Этот совет теперь не актуален. Но теперь рассчитывать на скидку в аптеке – плохая примета. Наличие скидок – верный признак завышенных цен (во всяком случае так считают многие респонденты). Да, они уже давно поняли, что в 95% случаев размер скидки заложен в цене на препарат. Так что примерно половина аптек в районе Якиманка работают вообще без скидок.

«Социальная карта москвича» по-прежнему котируется при покупке лекарственных препаратов в аптеках АО «Столичные аптеки», где размер скидки снизили с 7,5 до 5%, а также с уже меньшим процентом – в АС «Ригла», «36,6», «Нео-фарм», «Форте» и «Эвалар».

Плавающий размер скидки предоставляется в аптеке «Самсон-Фарма», однако итоговую скидку покупатель может узнать лишь после покупки. Неудобство компенсируется тем, что цены здесь и так невысокие, а ассортимент очень хороший. Кроме того, в данной аптечной сети действует и собственная дисконтная программа, как, впрочем, и в других сетях.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 13 человек.

Большинство фармацевтов, по отзывам посетителей, показали себя грамотными специалистами. Почти везде посетители получали исчерпывающие консультации по приему препаратов, а фармацевты проявили отличное знание ассортимента. Однако довелось услышать и один негативный отзыв.

Ирина, молодая мама: *«Недавно зашла в одну известную аптечную сеть. Передо мной в очереди стояла девушка, которая спросила у фармацевта какую-то мазь. Фармацевт открывала витрины, пыталась найти нужную коробочку, но тщетно. Девушка психанула и ушла без покупки. А когда я спросила капли для носа, в ответ услышала: «А у меня нет сдачи»! Я тоже*

разнервничалась и вышла из аптеки. Осадок остался неприятный. Неужели руководство сети не следит за тем, какие специалисты представляют их аптеку? Ведь они оказались совершенно не готовы к такой банальной ситуации».

Что касается дополнительных услуг, то наиболее популярной оказалась услуга бесплатного измерения давления в аптеках «Горздрав», «Эвалар», «Адонисфарм» и «Белый лотос».

В сетевых аптеках существует услуга интернет-заказа.

В аптеке «Адонисфарм» работает консультант по оптике.

Можно упомянуть также услугу, не имеющую прямого отношения к фармацевтическому бизнесу, – это наличие в ряде аптек платежных терминалов и банкоматов, что также нравится клиентам.

ИНТЕРЬЕР

Важен для 9 человек.

Многие из опрошенных полагают, что от того, насколько комфортно чувствует себя покупатель в аптеке, во многом зависит успех аптечного предприятия на рынке. Тем более когда речь идет об аптеках района с многочисленными офисами преуспевающих компаний. Соответственно, у офисных деятелей спрос на комфорт выше. Правда, понятие комфорта у респондентов оказалось разным. Посетители преклонного возраста комфортным для себя, а значит и дополнительным плюсом для аптеки считают наличие мебели в торговом зале, пусть и на уровне минимализма – стул, столик, лавочка, где можно присесть, перевести дух, проверить правильность чека и совершенной покупки. А если еще есть и возможность измерить давление, выпить воды из кулера, то комфорт будет полный для тела и души.

Аптеки, которые занимают большие просторные помещения, используют дополнительные площади по-разному. Где-то организуется открытая форма торговли и в торговом зале устанавливаются

дополнительные стеллажи с товаром. В других, наоборот, предпочитают оставлять больше простора покупателям. И в этом есть определенный смысл. Особенно, если аптека находится в многолюдном месте, а значит в аптеке большая проходимость.

Открытая форма торговли традиционна для сетей «Ригла», «А5» и «36,6», к ним в районе присоединилась и аптека «Эвалар».

Явный аутсайдер по интерьеру – «Столичные аптеки». Просторное помещение используется неэффективно: полки полупустые, а часть зала вообще не функционирует. Надеемся, что это временное явление, пока

компания переходит на новые рельсы руководства и организации работы.

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 7 человек.

В районе Якиманка в круглосуточном режиме работают три аптеки: №1010 АС «Ригла», «Эвалар» и «Форте», причем две последние друг от друга отделяет примерно 100 м. А от них и до «Риглы» метров 500.

Правда, только 7 человек из опрошенных заявили, что ориентируются на график работы при выборе аптек, остальные не придают данному фактору значение.

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор	Кол-во набранных голосов
1	Ассортимент	28
2	Месторасположение	23
3	Цена	19
4	Профессионализм, доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	12
5	Интерьер	9
6	Скидки	7
7	График работы	7

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

Аптека №1/7 АО «Столичные аптеки» 5

Вход в аптеку расположен на углу здания со стороны Садового кольца. Помещение очень просторное, торговый зал оборудован темно-коричневой ретромобелью – витринами и шкафами с многочисленными стеклянными дверцами и ящичками. Однако пока помещение не освоено на 100%, работает лишь один отдел, где посетителей обслуживают через закрытое окно. Просторные витрины и стеллажи также заполнены

не полностью, поэтому спросить о наличии нужного препарата можно только отстояв небольшую очередь к единственному фармацевту.

Аптека №537 «36,6» ООО «Аптеки А.в.е.» 5

Аптека расположена на цокольном этаже торгового центра (нужно просто спуститься вниз по эскалатору), поэтому ее отмечали в первую очередь посетители ТЦ. Помещение небольшое, форма торговли открытая, покупателей обслуживают через 2 кассы за открытым прилавком. Предоставляется небольшая скидка по СКМ.

Аптека №1013 АС «Ригла» ООО «Аптечная сеть 03» **6**

Большая аптека занимает просторное помещение на 1-м этаже 6-этажного «сталинского» жилого дома в самом начале ул. Большая Полянка. В аптеке два зала: готовых лекарственных форм и лечебной косметики. При открытой форме торговли работают 2 кассы за открытым прилавком. В целях соблюдения порядка и, вероятно, для поимки аптечных воришек в торговом зале постоянно находится охранник. Порой внимание с его стороны настолько навязчиво, что сбивает с мысли при выборе лекарства.

Аптека ООО «Сиджам» **6**

Аптека – член ААУ «СоюзФарма» – занимает отдельное скромное помещение справа от входа в магазин «Молодая гвардия». Форма торговли закрытая, отпуск ведется через 2 окна. При входе в торговый зал установлен небольшой лоток с тростями. Скидок нет.

Аптека №1171 «А5» ООО «Аптеки А.в.е.» **8**

Аптека функционирует рядом с универсамом «Азбука вкуса», неподалеку от остановки общественного транспорта. Несмотря на скромные размеры помещения, в торговом зале установлены открытые стеллажи, покупателей обслуживают через открытый прилавок. Существует скидка владельцам СКМ – 3%.

Аптека ООО «Диасфарм» **9**

Помещение аптеки достаточно просторное, в центре торгового зала установлен двухсторонний стеллаж. Покупателей обслуживают через 4 окна, из которых в день опроса работало лишь одно. Скидок здесь не предоставляют. Из дополнительных услуг популярностью пользуется возможность бесплатно измерить давление.

Аптека №282 ООО «Нео-фарм» **9**

Открывшаяся недавно аптека занимает просторное помещение в торговой пристройке к жилому дому. В честь открытия вход украшен воздушными шарами. Форма торговли открытая, покупателей обслуживает 1

фармацевт за открытым прилавком. Ассортимент очень хороший, и по ценам, вполне умеренным, средним по району. Скидка по СКМ составляет 5%.

Аптека №1010 АС «Ригла» ООО «Аптечная сеть 03» **11**

Аптека занимает просторное помещение на 1-м этаже жилого дома, вход – со стороны Садового кольца. Место очень удачное, ведь здесь проходит оживленный людской поток в сторону ЦДХ и «Музеона». При открытой форме торговли покупателей обслуживают два фармацевта за открытым прилавком. За порядком следит сотрудник охраны. В торговом зале установлен банкомат.

Аптека №1052 АС «Горздрав» ООО «Аптеки А.в.е.» **11**

Аптека расположена на первом этаже в торговой пристройке к жилому дому. Форма торговли закрытая, из 3 окон функционирует одно, предлагая широкий ассортимент препаратов и товаров для здоровья по вполне умеренным ценам, а по ряду наименований стоимость почти вдвое отличается в лучшую сторону. Из дополнительных услуг отметим возможность бесплатно измерить давление.

Аптека ООО «Фармацевтическая компания «Белый лотос» **12**

Аптека принадлежит одноименной аптечной сети госпитальных аптек. Занимает помещение на первом этаже 4-этажного административного здания. Непосредственно торговый зал расположен ниже уровня земли, но это респонденты не считают неудобством. Отпуск ведут два фармацевта через закрытые окна. В разнообразии ассортимента помимо лекарственных препаратов широко представлена медицинская техника, средства гигиены и по уходу за больными, лечебный трикотаж и ортопедия. Желающие могут бесплатно измерить давление.

Аптека ООО «Аптечная сеть «Эвалар» **14**

Эта круглосуточно работающая аптека расположилась на первом этаже админис-

тративного здания. Чтобы попасть в нее после входа с улицы необходимо подняться чуть-чуть вверх по лестнице. Форма торговли открытая. Покупателей обслуживают на 2 кассах за открытым прилавком, а также фармацевты-консультанты в торговом зале. В ассортименте богатый выбор препаратов из растительного сырья собственной марки, а также всевозможной парафармацевтики, средств гигиены и товаров для лежачих больных.

Аптека ООО «Форте» 15

Аптека предлагает широкий ассортимент ортопедии и лекарственных препаратов. В торговом зале установлен терминал. Сладкоежкам предлагают биомороженое. Скидка по СКМ составляет 5%.

Аптека ООО «Самсон-Фарма» 19

Вход в аптеку, которая буквально спряталась в глубине двора между подъездами, вывески со стороны улицы не видно, находится как раз посередине здания. Помещение очень небольшое, но работают 2 окна

безрецептурного и рецептурного отпуска, а также окно выдачи интернет-заказов. При входе установлено два терминала: платежный и информационный.

Аптека ООО «Адонисфарм» 21

Аптека удачно расположена на первом этаже административного здания, рядом с выходом из ст. м. «Октябрьская» и возле остановок общественного транспорта; рядом принимает пациентов одноименный медицинский центр. Помещение не назовешь просторным, но отпуск ведут 2 окна, справа от входа функционирует отдел оптики. Форма торговли закрытая. Из «благ цивилизации» – тонометр для бесплатной проверки уровня артериального давления. Ввиду большой проходимости данная аптека пользуется огромной популярностью, причем не только у местных жителей, но и у работников расположенных рядом офисов.

Елена САВЧЕНКО ■



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА НА ОСНОВЕ БАКТЕРИОФАГОВ

Продолжение, начало в МА №3/16

Преферанская Нина Германовна

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

Препараты, созданные на основе бактериофагов, не вызывают формирования развития резистентности патогенной микрофлоры. Фаговая терапия применима для лиц с аллергией к антибиотикам, не вызывает тератогенного действия, и ее можно использовать во время беременности.

Кроме этого, подобные препараты положительно влияют на состояние местного иммунитета. При местном использовании фаги имеют особое преимущество в том, что они продолжают размножаться и проникать глубже до тех пор, пока присутствует инфекция. Одна из основных причин низкой эффективности или полного отсутствия лечебного эффекта заключается в неумелом подборе фагов для лечебных целей. Одна и та же болезнь, например, дизентерия, может вызываться различными видами дизентерийных бактерий. Фаги, активные против одних дизентерийных бактерий, совершенно не влияют на другие. Это не всегда учитывалось в должной мере при приготовлении фаговых препаратов для лечения определенных заболеваний. Фагопрофилактика бактериальных инфекционных болезней в эпидемических очагах заключается в применении бактериофагов лицам с высоким риском заражения. Убедительно показано, что при появлении в детских садах, яслях, школах дизентерийной инфекции использование препаратов фага предотвращает заболевание детей, имевших контакт с заболевшими. В настоящее время готовят сухие препараты фагов в виде драже. Есть специальные коллекции типовых фагов, активных против патогенных микроорганизмов. Фаги помогли выяснить

источники многих заболеваний. При помощи специфических фагов можно установить наличие определенных патогенных и непатогенных форм микробов в различных средах.

СЕГОДНЯ В РОССИИ ПРОИЗВОДЯТСЯ:

- моновалентные бактериофаги – стрептококковый, стафилококковый, синегнойный, дизентерийный, колифаг, протейный, холерный, брюшнотифозный, псевдотуберкулезный, сальмонеллезный, клебсифаг и др.;
- комбинированные препараты поливалентных бактериофагов – колипротейный, пиобактериофаг комплекс жидкий, пиополифаг, секстафаг, интести-бактериофаг и др.;
- косметические гели с бактериофагами: фагодент, отофаг, фагодерм, фагогин и др.

БАКТЕРИОФАГ СТРЕПТОКОККОВЫЙ

Бактериофаг стрептококковый выпускается в виде раствора (бутылочка 20 мл). В растворе не допускаются никакие примеси или осадок. Для консервации препарата используется хинозол в количестве 0,01 мг на мл раствора. Стрептофаг обладает способностью лизировать стрептококковые бактерии, выделенные при гнойных инфекциях.

Назначается стрептококковый бактериофаг для терапии и предупреждения

гнойных поражений, спровоцированных стрептококками. Препарат используют при карбункулезе и др. поражениях кожи, а также в терапии эндометрита, остеомиелита, уретрита, цистита, пиелонефрита, кольпита, лор-заболеваний и мн. др.

Можно использовать его и для предупредительной обработки свежих ран, особенно хирургических разрезов при оперативном вмешательстве. Препарат рекомендуется использовать только после проведения анализа на микрофлору раны. Чем быстрее начинается лечение бактериофагом, тем оно эффективнее. Причем желательно обрабатывать бактериофагом именно то место, которое является центром распространения инфекции.

Препарат используют для обработки ран или слизистых оболочек, можно ввести подкожно вокруг пораженного участка кожи. Такие уколы делаются один раз в 1–2 суток по рекомендации врача-специалиста.

БАКТЕРИОФАГ СТАФИЛОКОККОВЫЙ

Противостафилококковый бактериофаг выпускается в форме раствора, суппозиторий, мази и таблеток. Стафилофаг обладает способностью лизировать стафилококковые бактерии, выделенные при гнойных инфекциях. Применяют местно в виде мази, примочек, орошения или тампонирования пораженных участков.

Бактериофаг стафилококковый рекомендуется назначать для лечения и профилактики гнойных инфекций кожи, слизистых оболочек, заболеваний, вызванных стафилококковыми бактериями, а также при дисбактериозе кишечника.

БАКТЕРИОФАГ ПСЕВДОМОНАС АЕРУГИНОЗА (синегнойный)

Бактериофаг синегнойный представляет собой раствор (бутылочка 20, 50 и 100 мл). Бактериофаг обладает способностью специфически лизировать бактерии *Pseudomonas aeruginosa* и обладает иммуностимулирующим действием. Назначается при воспалительных процессах, проходящих с

образованием гноя и локализующихся в самых разных местах, при заболеваниях органов дыхательной системы, в отоларингологии, хирургических, урогенитальных, энтеральных, септических заболеваниях, гнойно-воспалительных заболеваниях новорожденных.

Препарат используют для нормализации микрофлоры внутренних сред организма и с профилактической целью для обработки послеоперационных и свежеинфицированных ран, для профилактики внутрибольничных инфекций. Эффективно используется практически при любых заболеваниях, спровоцированных синегнойной палочкой. Наиболее эффективным является комбинирование орального местного применения препарата (делать примочки на больные места, полоскать горло, закапывать в уши и т.п.).

Для лечения заболеваний органов мочевыделительной системы препарат вливают непосредственно в пораженный орган – в мочевой пузырь, в почечную лоханку. Процедуру проводят один или два раза в день. Если необходимо лечить заболевания женских половых органов, то препарат вливают в матку один раз в день по 5–10 мл.

КЛЕБСИФАГ

Бактериофаг клебсиеллезный, выпускаемый в виде раствора (амп. 5 и 10 мл, фл. 20 мл), эффективен против клебсиелл озеи, пневмонии и риносклеромы. Назначается этот препарат для лечения недугов, спровоцированных клебсиеллами, таких как риносклерома, воспалительные процессы в области носовых пазух или среднего уха, воспалительные процессы в мягких тканях и внутренних органах, в т.ч. пищеварительной системе, генерализованных септических заболеваний, гнойно-септических заболеваний новорожденных. Препарат используют в виде ингаляций, клизм, аппликаций, а также орально. Применяют лекарство от 1 до 3 раз в сутки, в зависимости от заболевания. Курс лечения от 10 до 40 дней.

Для лечения риносклеромы и озеи назначают орошение полости носа, ингаляции; по

окончании процедуры необходимо закрыть носовые ходы ватными шариками, намоченными лекарством, вытащить которые следует только через час. Такое лечение нужно проводить дважды в сутки в течение 3–4 недель. Если инфекция распространена на область горла, кроме орошения полости носа нужно еще проводить ингаляции.

Для ингаляции лучше всего использовать небулайзер, т.к. нежелательно подогреть раствор выше 40°C. Противопоказаний к использованию препарата не существует, возможно в сочетании с ЛС, в т.ч. с антибиотиками и БАД.

БАКТЕРИОФАГ КОЛИ

Колифаг – бактериофаг коли жидкий (фл. 20, 100 мл, амп. 2, 10 мл; уп. – 10 шт.) для приема внутрь, местного и наружного применения. Колифаг обладает способностью специфически лизировать энтеропатогенные кишечные палочки (*Escherichia coli*), наиболее значимые в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний. Препарат применяют для лечения и профилактики инфекций кожи и внутренних органов, вызванных кишечной палочкой, включая гнойно-септические заболевания, гнойно-осложненные раны, ожоги, абсцессы, флегмоны, фурункулы, карбункулы, холецистит, проктит, цистит и др. (см. инструкцию).

Применяется колифаг в профилактике колиинфекций и для профилактической обработки послеоперационных, свежее инфицированных ран, а также внутрибольничных инфекций по эпидемическим показаниям.

При энтероколите и дисбактериозе кишечника вводят 3 раза в день за 1 час до еды. При терапии гнойно-воспалительных заболеваний с локализованными поражениями применяют местно в течение 7–20 дней. Гнойные раны обрабатывают в виде орошения, аппликаций, повязок, введения через дренаж не менее 1 раза в день.

При абсцессах после вскрытия и удаления гнойного содержимого препарат вводят в количестве, меньшем, чем объем удаленного гноя. В дренированные полости ежедневно 1 раз в день 20–200 мл.

Для профилактики сепсиса и энтероколита при внутриутробном инфицировании или опасности возникновения внутрибольничной инфекции у новорожденных детей колифаг применяется в виде клизм 2 раза в день в течение 5–7 дней.

Важно! Бактериофаг коли жидкий не пригоден для использования при помутнении раствора и наличии хлопьев.

БАКТЕРИОФАГ ПРОТЕЙНЫЙ

Протейный бактериофаг, выпускаемый в виде раствора, используется для предупреждения и лечения недугов, спровоцированных протеом различных разновидностей. Используется этот препарат для лечения недугов лор-органов, бронхов и легких. Назначается лекарство также и для лечения ран, гнойных процессов кожи и мягких тканей самого разного характера и локализации. Кроме этого, используется он для лечения гнойных процессов, локализующихся в костной ткани, в суставах. Эффективен при лечении инфекций мочевыводящих органов, органов желудочно-кишечного тракта, при лечении заражения крови, воспалительных процессах слизистых оболочек глаз. Широко применяется и для лечения заболеваний маленьких детей.

Протейный бактериофаг можно использовать в лечении пациентов всех возрастов и с любыми сопутствующими заболеваниями. У препарата практически нет побочных эффектов и противопоказаний. Его используют для компрессов, полосканий, и ставят ватные шарик, пропитанные препаратом. Единичная доза препарата может варьировать от 5 до 200 мл. При лечении абсцесса используется введение в полость ватного шарика, пропитанного препаратом.

Продолжение в МА №5/16



ВОПРОС – ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

В организации (диспансер) есть специалист – заведующий аптекой, который занимается приобретением лекарств, контролем срока их годности. Производства в аптеке нет (лекарства не изготавливаются, все закупается). Сейчас продолжительность рабочей недели у заведующего аптекой составляет 39 час. В 2015 г. проведена специальная оценка условий труда на рабочем месте данного работника, по результатам которой им присвоен 2-й класс (допустимые).

Есть ли право у заведующего аптекой на сокращенный рабочий день и продолжительность рабочей недели 36 час., на дополнительный отпуск за вредные условия труда в количестве 12 рабочих дней? Какие должны быть для этого основания?

РАССМОТРЕВ ВОПРОС, МЫ ПРИШЛИ К СЛЕДУЮЩЕМУ ВЫВОДУ:

Заведующему аптекой должна быть установлена 40-часовая рабочая неделя. Предоставление ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска в связи с работой именно по должности «заведующий аптекой» законом не предусмотрено.

Поскольку по результатам специальной оценки условий труда на рабочем месте работника условия труда допустимые (2-й класс), права на гарантии и компенсации, предусмотренные за работу с вредными условиями труда (в частности сокращенную продолжительность рабочего времени и дополнительный отпуск), работник не имеет.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

В силу части 2 ст. 91 Трудового кодекса РФ (далее ТК РФ) нормальная продолжительность рабочего времени не может превышать 40 час. в неделю. Для некоторых категорий работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени. Так, медицинским работникам установлена сокращенная 39-часовая рабочая неделя (часть 1 ст. 350 ТК РФ). Однако на фармацевтических работников положения ст. 350 ТК РФ не распространяются.

Законодательство также не содержит норм, предоставляющих право на ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск в связи с работой именно по должности «заведующий аптекой».

Таким образом, сама по себе работа в этой должности не дает работнику права на сокращенную продолжительность рабочего времени и дополнительный отпуск.

В этой связи отметим, что Списком производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, утвержденным постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25.10.74 №298/П-22 (далее – Список), для заведующего аптекой лечебно-профилактического учреждения предусмотрены 36-часовая рабочая неделя и ежегодный оплачиваемый дополнительный отпуск продолжительностью 12 рабочих дней.

Вместе с тем положения Списка могут применяться лишь в той мере, в какой они не противоречат ТК РФ (ст. 423 ТК РФ).

Согласно ТК РФ сокращенная продолжительность рабочего времени не более 36 час. в неделю предусмотрена для работников, условия труда на рабочих местах которых по результатам специальной оценки условий труда отнесены к вредным условиям труда

3-й или 4-й степени или опасным условиям труда (часть 1 ст. 92 ТК РФ), а предоставление ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска – работникам, условия труда на рабочих местах которых по результатам специальной оценки условий труда отнесены к вредным условиям труда 2, 3 или 4-й степени либо опасным условиям труда (ст. 117 ТК РФ).

В соответствии с частью 1 ст. 219 ТК РФ каждый работник имеет право на гарантии и компенсации за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, установленные в соответствии с ТК РФ, коллективным договором, соглашением, локальным нормативным актом, трудовым договором, если он занят на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

Для установления работникам предусмотренных ТК РФ гарантий и компенсаций за работу во вредных и опасных условиях труда применяются результаты проведения специальной оценки условий труда либо результаты проведенной до 1 января 2014 г. аттестации рабочих мест по условиям труда – до истечения срока действия таких результатов (ст. 7, ч. 4 ст. 27 Федерального закона от 28.12.13 №426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» – далее – Закон №426-ФЗ).

В случае обеспечения на рабочих местах безопасных условий труда, подтвержденных результатами специальной оценки условий труда или заключением государственной экспертизы условий труда, гарантии и компенсации работникам в силу ч. 4 ст. 219 ТК РФ не устанавливаются.

Таким образом, в силу действующего законодательства основанием для предоставления работникам компенсаций в связи с работой во вредных или опасных условиях труда являются конкретные условия труда на рабочих местах, определяемые по результатам специальной оценки условий труда (решение Верховного суда РФ от 14.10.14 №АКПИ14-918, письмо Минтруда России

от 21.03.14 №15-1/В-298, п. 12 Информации Минтруда России от 29.10.14 «Типовые вопросы и ответы по специальной оценке условий труда»), либо результаты аттестации рабочих мест по условиям труда, проведенной в соответствии с действовавшим до 1 января 2014 г. порядком (ч. 4 ст. 27 Закона №426-ФЗ).

Если по результатам аттестации рабочих мест или специальной оценки условий труда установлены оптимальные или допустимые условия труда, относящиеся к безопасным, положения Списка не могут применяться как противоречащие законодательству РФ.

В приведенной ситуации по результатам специальной оценки условий труда условия труда работника, занимающего должность «заведующего аптекой», признаны допустимыми (2-й класс). Соответственно, права на гарантии и компенсации, предусмотренные ст. 92 ТК РФ, ст. 117 ТК РФ за работу с вредными условиями, такой работник не имеет.

Таким образом, в приведенной ситуации продолжительность рабочей недели заведующего аптекой должна составлять 40 час., предоставление ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска в связи с работой именно по этой должности законом не предусмотрено. Включение должности в Список не является основанием для установления работникам таких гарантий и компенсаций.

Такого же мнения придерживаются и представители Роструда (Информационный портал Роструда «Онлайнинспекция.РФ», сентябрь 2015).

www.garant.ru



Эксперт службы
Правового консалтинга ГАРАНТ

Наталья ПАНОВА



ЛЮБЯТ РАБОТУ ТЕ, КТО ОСОЗНАННО ВЫБРАЛ ПРОФЕССИЮ

Группа компаний «ЭРКАФАРМ» работает на рынке фармацевтического ритейла с 1994 г., и на сегодня в российских регионах представлены бренды компании, самый известный из которых «Доктор Столетов», а также «Аптека №1», «Народная аптека» и «Хорошая аптека».

В Москве, в районе метро «Кузьминки», на Зеленодольской ул., д. 32, есть «Хорошая аптека». Если бы вы не прочитали, а услышали такое название, то и не сразу бы поняли, что это именно название аптечной организации, а не ее краткая характеристика.

Заведующая аптекой Елена Короткова рассказала МА, чем хороша аптека для постоянных клиентов, поделилась своим представлением о том, каким должен быть фармацевт, а также категорически отказалась считать себя бизнесвумен и с сожалением отметила, что аптечных работников теперь относят к категории продавцов.



Елена Викторовна, расскажите, пожалуйста, об аптеке, которой Вы заведуете. Чем она отличается от других аптечных организаций?

По этому адресу наша аптека открылась в 2002 г. под брендом «Доктор Столетов» и работали мы так достаточно долго, оставаясь единственной крупной аптекой в этом районе. Со временем стали открываться другие аптечные организации, небольшие дискаунтеры с

более низкими ценами. Нашими постоянными клиентами всегда были в основном люди со средним уровнем дохода, поэтому руководством компании было принято решение сделать ребрендинг аптек, находящихся в спальных районах Москвы, и дать им название «Хорошие аптеки», снизив при этом цены на весь ассортимент.

Какой посыл несет в себе название аптеки?

Сначала название звучало непривычно, сами долго привыкали. Когда, например,

отвечали на телефонные звонки, по привычке говорили: «Аптека «Доктор Столетов», здравствуйте». После смены названия и изменения ценовой политики бывшие клиенты стали приходить к нам и в «Хорошую аптеку». Одни из-за того, что были недовольны качеством обслуживания в других аптеках, другие были недовольны качеством лекарственных препаратов, приобретаемых там. 80–90% наших постоянных покупателей остались с нами уже в «Хорошей аптеке».

Какие дополнительные услуги оказывает аптека?



Самое главное в нашей работе – удовлетворить потребности клиента. Если у нас отсутствует какой-либо лекарственный препарат, и мы не смогли подобрать замену, мы всегда предлагаем оформить индивидуальный заказ. Покупатель оставляет свои координаты, мы как можно быстрее заказываем необходимую фармацевтическую продукцию, изделие медицинского назначения, лечебную косметику или что-то другое и сообщаем ему о поступлении.

Чего может не оказаться в ассортименте аптеки?

Даже если так случается, это абсолютно рабочий момент, который разрешается довольно оперативно. Непродолжительное время в ассортименте могут отсутствовать и определенные виды медикаментов, и лечебное

белье, и косметика. Иногда размер белья сложно подобрать, к примеру. Или покупательница выбрала для себя крем, а в очередной ее приход именно этой марки временно не оказалось на полках. У нас также есть услуга интернет-заказа, но она централизована по сети и есть ограничения по доставке заказов. Осуществляется же доставка только парафармацевтической продукции, БАД и ИМН, согласно законодательству.

А как Вы в целом относитесь к возможности продавать лекарства в Сети, доставлять их потребителю?

Думаю, если разрешат такую форму отпуска лекарств, доставкой должен заниматься не курьер, как в обычном магазине, а специалист, который понимает, что он везет, кому, как лекарство должно транспортироваться, храниться, использоваться и, в случае необходимости, проконсультировать при доставке, как правильно принимать препарат, какие есть противопоказания и пр. Я не против доставки, действительно часто бывают ситуации, когда это необходимо, например, редкий препарат понадобился срочно, а времени искать его по аптекам нет. Единственное, не надо отпускать интернет-торговлю в бесконтрольное плавание, здесь должен быть четкий контроль. Любой интернет-заказ должен быть привязан к определенной аптеке с адресом (это должна быть или конкретная аптека с большим стажем работы и авторитетом, или крупная сеть), т.е. к организации, которую можно проконтролировать.

Проблем с кадрами и их квалификацией у Вас нет?

Как я говорила, коллектив практически полностью сохранился со дня основания в 2002 г. Бывает, конечно, люди уходят, но в основном специалисты у нас работают долго.

Что касается молодых специалистов, очень многое зависит от человека. Нас учили, что в обязанности фармацевта входит все, начиная от чистоты в торговом зале и

заканчивая консультацией клиента и отпуском лекарственных средств. Именно такой подход мы стараемся прививать нашим сотрудникам, в особенности начинающим.

Как поддерживает коллектив руководство компании «ЭРКАФАРМ»?

Без трудностей не обходится, но если они случаются, то мы никогда не остаемся без поддержки головного офиса. Если возникают какие-то экстремальные ситуации в жизни, компания оказывает поддержку. Одна из сотрудниц нашей аптеки попала в больницу после серьезной автомобильной аварии, и ей оказали финансовую помощь.

Компания оплачивает обучение сотрудников аптек на курсах повышения квалификации, прохождение медицинских осмотров. Что касается зарплаты сотрудников, она зависит практически напрямую от индивидуальных результатов сотрудника: есть базовый оклад и премиальная часть, которая зависит от личных показателей.

Нет ли здесь противоречия: ваши клиенты небогатые в основном люди, нужно и сотрудникам заработать, и людей не разорить.

Рецептурные лекарственные препараты отпускаются нашим клиентам по рецепту врача, в котором указано химическое название препарата. Как правило, предлагается оригинальный препарат, но оговаривается, что есть выбор – его аналоги по выгодной цене, дженерики. К оригинальному препарату у нас обычно есть 2–3 существующих дженерика. Клиент практически всегда сможет найти подходящий препарат, в т.ч. и исходя из стоимости продукта. Также в нашей аптеке хорошо продается парафармацевтическая продукция. Если мы видим, что покупатель заинтересовался какой-то косметической маркой, мы обязательно его проконсультируем, если у него есть на это время и желание, а также сможем предложить каталог продукции и тестеры.



Как аптека пережила эпидемию гриппа и ОРВИ в январе этого года? Были проблемы с поставками противовирусных лекарств?

По моим личным ощущениям, ажиотажный спрос был необоснованным, он был создан искусственно. Да, эпидемия была, люди болели. У нас был наплыв посетителей, было больше покупателей, чем обычно, многие покупали противовирусные препараты впрок. При этом больших проблем с препаратами не было, потому что мы к каждому сезону готовимся заранее. Уже осенью у нас потихоньку увеличивается объем заказываемых препаратов, так что стратегический запас противовирусных препаратов в аптеке есть всегда.

Насколько, на Ваш взгляд, была обоснованной критика в адрес аптек во время эпидемии?

На мой взгляд, критика была не обоснована. Просто имело место определенное паническое настроение у населения, что вызвало повышенный спрос на противовирусные препараты. В результате шестимесячный запас противовирусных препаратов был продан за один месяц. Даже в те несколько дней, что в нашей аптеке не было в наличии Тамифлю, можно было бы спокойно обойтись другими препаратами, например, Ингавирином, который точно так же эффективен при лечении «свиного гриппа».

Аптеки еще обвиняли в том, что они отпускали рецептурные препараты без рецептов...

Мы не нарушаем законодательство и всегда спрашиваем назначение врача. В ассортименте нашей аптеки достаточно большой список безрецептурных препаратов, БАД, поэтому всегда есть альтернатива. Хотя проблема, конечно, существует и с ней должно разбираться государство.

Вообще, в последнее время в средствах массовой информации в адрес аптек звучит очень много негатива, много недостоверной информации, которая, мягко говоря, подрывает авторитет аптек и аптечных работников. Нас не воспринимают как организацию здравоохранения, нас воспринимают как предприятие торговли, что кажется неправильным. Да, мы отошли от привычного стандарта аптеки: теперь нет производства лекарственных средств, у нас продается больше препаратов, которые зарегистрированы как БАД и могут встретиться в любом крупном магазине, но 70% нашего ассортимента – это лекарственные средства.

Какие основные проблемы в работе аптеки и фармотрасли в целом Вы бы назвали?

Основная проблема аптеки в том, что некоторых специалистов, которые к нам приходят на работу, приходится доучивать или переучивать на месте. Они не до конца подготовлены, им порой не хватает знаний по фармакологии. С первого дня работы в нашей компании молодые специалисты проходят всевозможные обучающие тренинги, мы учим их, как работать с клиентами, как правильно общаться. Аптека – место достаточно специфическое, к нам люди приходят с определенным настроением, нездоровые люди иногда капризны и раздражены.

Задача фармацевта состоит в том, чтобы не только выявить потребность нашего клиента, но и оказать профессиональную помощь и дать грамотную консультацию.

А проблемой аптечного рынка я бы назвала нерегулируемое количество открывающихся аптек. Зачастую бывает так, что в одном доме могут открыться две аптеки в соседних подъездах.

Как Вы смотрите на создание Национальной фармацевтической палаты?

Пока создание палаты каких-то изменений не принесло, по крайней мере, для нашей аптеки. Но я бы поучаствовала в работе съезда НФП, это интересно – побывать среди коллег, послушать их мнение.

Что скажете о проверках в аптеке?

Любая проверка – это небольшой стресс. Всегда волнуешься, но проблем, как правило, у нас не возникало. В нашей компании достаточно регулярно проводится обучение, направленное на систематическое повышение профессионального уровня сотрудников, мы в курсе всех последних изменений в законодательстве и строго их соблюдаем.

В принципе, и раньше, еще во времена Советского Союза, которые я застала, было много плановых и внеплановых проверок в аптечных организациях, но воспринимались они нормально, нас это держало в тонусе, приучало к дисциплине. Я считаю, что проверки должны проводиться обязательно, именно они обеспечивают соблюдение законодательства.

Аптечная деятельность считается сегодня бизнесом. Вы ощущаете себя бизнесвумен?

Бизнесвумен – это деловая женщина-предприниматель, к которой я себя не отношу. Конечно, если бы я себя таковой ощущала, тогда у меня, возможно, была бы своя частная аптека, но у меня такой идеи нет. Мне очень комфортно работать в нашей компании.

Как давно Вы в профессии?

В 1991 г. я окончила Московское фармацевтическое училище №10 и начала свою профессиональную деятельность. С тех пор

ее не прерывала. Когда ребенок был маленьким, работала в справочной службе муниципальной аптеки, расположенной рядом с домом, а в 2002 г. пришла в «ЭРКАФАРМ», где и работаю по сей день.

Фармацевт (провизор) – востребованная профессия, всегда можно найти работу с удобным графиком и даже рядом с домом. Я очень люблю свою работу и никогда не сомневалась в правильности выбора профессии.

Я знаю людей, которые поработали в аптеке какое-то время, потом принимали решение перейти в другую отрасль, а затем возвращались обратно. Тянет к любимой работе тех, кто осознанно выбрал свою профессию и не считает себя просто продавцом.

Каким должен быть фармацевт (провизор) в лучшем своем проявлении? Что бы Вы могли сказать будущим фармацевтам?

Я бы хотела видеть молодых специалистов хотя бы с начальным уровнем подготовки, с



пониманием того, куда они пришли, и желанием работать и развиваться. Работа в аптеке – это общение с людьми. Наши клиенты – это люди разные, требовательные к своей проблеме, надо уметь выслушать, разобраться и быть готовым оказать профессиональную помощь и дать грамотную консультацию, ведь именно за этим приходят в аптеку.

Анна ГОНЧАРОВА ■



ЦЕМЕНТИРУЮЩИЙ ЭЛЕМЕНТ

Соединительные ткани после ожогов, травм или операций не всегда успешно восстанавливаются. Такая проблема знакома не только пациентам с длительно незаживающими ранами, но и с выраженной контрактурой суставов, артритом, а также больным инфильтративным туберкулезом и имеющим офтальмологические проблемы, например, ретинопатию.

Российская фармацевтическая компания «Самсон-Мед» выпускает рецептурный препарат «Лидаза», содержащий фермент гиалуронидазу. Специфическим субстратом гиалуронидазы служит гиалуроновая кислота, обладающая высокой вязкостью. Ее биологическое значение заключается главным образом в том, что она является цементирующим веществом соединительной ткани.

ЛИДАЗА С ФЕРМЕНТОМ ГИАЛУРОНИДАЗЫ

■ **Лидазу** применяют при рубцах после ожогов и операций, преимущественно недавнего происхождения, контрактуре суставов, склеродермии, при гематомах, подготовке к кожнопластическим операциям по поводу рубцовых стяжений, а также для ускорения всасываемости противовоспалительных препаратов, местных анестетиков, мышечных релаксантов, изотонического раствора.

Препарат также назначают больным:

- туберкулезом легких – с преимущественно продуктивным характером воспаления для повышения концентрации антибактериальных препаратов в очагах поражения;
- туберкулезом верхних дыхательных путей и бронхов с продуктивным характером воспаления (для предупреждения развития избыточного фиброза и формирования грубой рубцовой ткани);
- с осложненным неспецифическим поражением бронхов;

■ а также для уменьшения воспалительных явлений, разжижения бронхиального секрета, восстановления бронхиальной проходимости.

Лидаза – это специально очищенное ферментное лекарственное средство для подкожного и внутримышечного, а также ингаляционного применения, которое получают из семенников крупного рогатого скота.

И ДРУГИЕ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Исследования воздействия ферментных препаратов подтверждают их эффективность в различных областях медицины. Так, врачи Государственного военно-клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко считают, что в лечении хронических заболеваний урогенитального тракта важную роль играют именно ферментные препараты. При воспалении предстательной железы в выводных протоках ацинусов образуются слизисто-гнойные, эпителиальные «пробки». Отток секрета из долек нарушается, в результате чего образуются микроабсцессы или кисты. Именно в этих закрытых полостях скрывается микрофлора, санация которой возможна только при налаженном дренаже этих образований. Учитывая, что **ферментные препараты оказывают выраженное противовоспалительное, противоотечное, фибринолитическое действие, способствуют уменьшению вязкости продуктов воспаления**, облегчая

отток секрета предстательной железы, в комплексной терапии простатитов показано назначение ферментных препаратов.

Кроме того, **ферментные препараты «Трипсин», «Химотрипсин» улучшают проникновение антибиотиков в ткани и клетки, тем самым повышая концентрацию лекарств в очаге поражения на 20–40%.**

Специалисты, занимающиеся лечением больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области, отмечают, что на развитие послеоперационных гнойных осложнений при комбинированном лечении таких пациентов влияет содержимое ротовой полости, обладающее обильной агрессивной микрофлорой. Для уменьшения сроков рубцевания, ускорения процессов регенерации поврежденных тканей используют протеолитические ферменты **Трипсин, Химотрипсин**. Профилактика и комплексная терапия послеоперационных инфекционных осложнений у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области позволяют снизить процент послеоперационных инфекционных осложнений и сократить сроки реабилитации пациентов.

Стоматологи подчеркивают избирательное воздействие протеолитических ферментов на некротические ткани. Протеолитические ферменты широко применяют при язвенно-некротических поражениях слизистой оболочки рта. При местном воздействии они расщепляют некротизированные ткани и фибринозный налет, разжижают вязкий секрет, экссудат, сгустки крови, не повреждая при этом здоровые ткани, обладают противовоспалительным и противоотечным действием.

Врачи, занимающиеся восстановительным лечением военнослужащих, получивших травматические повреждения в ходе локальных военных конфликтов, применяют ферментные препараты для размягчения соединительнотканых образований.

Огнестрельные ранения и травматические повреждения конечностей в ряде случаев

требуют их длительной иммобилизации, которая чревата развитием мышечных атрофий и контрактур (тугоподвижности).

Помимо парафиновых аппликаций, способствующих снятию повышенного мышечного тонуса, развитию активной гиперемии, повышению трофики тканей и уменьшению болевых ощущений, для лечения активно применяется физиотерапия и массаж, активизирующий лимфоток и улучшающий дренажную функцию глубоких сосудов. В этот же период лечения назначают электрофорез с использованием ферментных препаратов (в т.ч. **Лидазы**).

Ферментные препараты: **«Лидаза», «Трипсин», «Химотрипсин»** зарекомендовали себя в различных областях применения: офтальмологии, урологии, гинекологии, пульмонологии, косметологии, ортопедии и хирургии.

Продукцию российской фармацевтической компании «Самсон-Мед» можно приобрести в аптечной сети России.

СПРАВОЧНЫЕ АПТЕК:

AptekaMos.ru	(495) 775-79-57
«Самсон-Фарма»	(495) 587-77-77
«Нео-Фарм»	(495) 585-55-15
«Ригла»	(495) 730-2-730
«Горздрав»	(499) 653-62-77
«Дежурные аптеки»	(495) 374-94-21
«Столичные аптеки»	(495) 450-61-29
«А5»	(495) 120-12-85

ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

ДЛЯ МЕСТНОЙ И СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЛИДАЗА

ГИАЛУРОНИДАЗА
(HYALURONIDASE)

Показания к применению:

- Хирургия (рубцы после ожогов и операций)
- Ортопедия (контрактуры суставов, артриты, гематомы)
- Офтальмология (рубцы роговицы, ретинопатия)



РУ № Р N000820/01 ОТ 29.05.2009

РЕК



ООО «САМСОН-МЕД»

196158, г. Санкт-Петербург, Московское шоссе, д. 13
Отдел сбыта тел.: (812) 326-36-44 факс: (812) 702-45-92
e-mail: sb@smmed.ru, med2@smmed.ru

ТРИПСИН ХИМОПСИН ХИМОТРИПСИН

Показания к применению:

- Хирургия (гнойные раны, трофические язвы, ожоги, пролежни)
- Пульмонология (юронхиты, пневмония, абсцесс легких)
- Стоматология (пародонтоз, перидонтиты, пульпиты)



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ
РУ № ЛС-000125 ОТ 18.02.2010, № ЛС-000130 ОТ 18.02.2010, № ЛС-000403 ОТ 05.05.2010

www.samsonmed.ru



БЕЗ ДОБРОСОВЕСТНОЙ КОНКУРЕНЦИИ НЕВОЗ- МОЖНО СТРОИТЬ ПЛАНЫ

Об этом напомнил на VIII Всероссийском съезде работников фармацевтической и медицинской промышленности **Тимофей Нижегородцев**, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы.

В рамках своего выступления на съезде он рассказал о ситуации с конкуренцией на фармрынке, которая по-прежнему остается сложной. Особенно это заметно в вопросе установления взаимозаменяемости лекарственных препаратов. «Этот процесс мы с трудом запускаем последние 8 лет», – сказал Т.В. Нижегородцев. Речь идет о том, являются ли лекарственные препараты, содержащие одно и то же международное непатентованное наименование (МНН) в качестве активного вещества в эквивалентной лекарственной форме и дозировке, взаимозаменяемыми или нет?

Минздрав России, когда регистрирует воспроизведенный лекарственный препарат, напомнил представитель ФАС России, отвечает на этот вопрос утвердительно, потому что процесс регистрации воспроизведенного препарата – это и есть установление эквивалентности, т.е. взаимозаменяемости. «Но в связи с тем, что эквивалентность – это вопрос профессиональный, а взаимозаменяемость – термин, которым пользуется большинство населения, то в эту щелочку небольшую лезут очень большие дяди из крупных фармацевтических холдингов, которые начинают нам повсюду объяснять разного рода антинаучные истории, связанные с тем, что препараты да, эквивалентны, но не взаимозаменяемы. Потому что у них эквивалентность по определенным точкам определяется, а по другим не определяется. И вообще вопрос взаимозаменяемости не вопрос утверждения тех же самых показаний по применению, а это должен каждый раз устанавливать врач

в индивидуальном порядке. Это ужасный бред, непрофессиональный, но тем не менее этим бредом залито все медицинское информационное пространство», – считает Т.В. Нижегородцев. Он добавил, что таким образом вводят в заблуждение не только потребителей, которых вынуждают покупать дорогостоящие лекарственные препараты, уровень патентной защиты которых давно уже упал, этим пытаются манипулировать и давить на руководство страны и Минздрава России.

После того, как ФАС удалось договориться с Минздравом о формировании соответствующего перечня взаимозаменяемых лекарственных средств на основе международных непатентованных наименований, после внесения в законодательство понятия «взаимозаменяемость лекарственных препаратов» и решения других вопросов, истории взаимозаменяемости, по выражению Т.В. Нижегородцева, теперь угрожает общий рынок стран ЕАЭС. Представитель ФАС пояснил, что при подготовке наднациональных документов, регулирующих работу общего рынка ЕАЭС, именно вопрос взаимозаменяемости лекарственных препаратов встречает сопротивление у коллег из Казахстана, Киргизии, Армении и Беларуси. Очевидный, по словам Тимофея Нижегородцева, для любого химика, биолога, фармаколога, фармацевта факт – если воспроизведенный лекарственный препарат регистрируется на основе биоэквивалентности и эквивалентен, то утверждаются те же самые показания к применению в инструкции по применению и противопоказания, а значит для неопределенного круга лиц

утверждается, что лекарственный препарат может применяться для той же группы больных по тем же самым показаниям с сопоставимым или эквивалентным терапевтическим эффектом.

Аргументов против этого утверждения у коллег нет, сказал представитель ФАС, но они все равно против. Основной причиной такого сопротивления Т.В. Нижегородцев назвал преобладающую долю России в общем рынке (95%).

«Наши иностранные коллеги хотят отбросить наш рынок в архаичное состояние 15-летней давности, когда у нас одни и те же лекарственные препараты не признаются эквивалентными и взаимозаменяемыми, когда мы вынуждены покупать дорогостоящие лекарства, на которые патентная защита давно упала, когда производители воспроизведенных лекарственных препаратов не могут всерьез рассчитывать, что система закупок в РФ поддержит их продукцию», – сказал представитель Антимонопольной службы.

Но по вопросу взаимозаменяемости есть консолидированная позиция Правительства РФ, ФАС, Минздрава и Минпромторга, которая поможет не только поддержать российских производителей, но и поможет республикам стран общего рынка защитить права своих производителей, а бюджетам этих стран сэкономить десятки миллиардов рублей.

ЧТО МЕШАЕТ КОНКУРЕНЦИИ

Второй проблемой, мешающей развитию конкуренции и снижению цен на лекарственные препараты, Тимофей Нижегородцев назвал необоснованное патентование, когда крупные фармацевтические компании-производители, создатели оригинальных лекарственных средств, после истечения срока патентной защиты не хотят уходить с рынка, придумывая селективное патентование разного рода свойств и качеств лекарственного средства. Такое бесконечное патентование препятствует российским производителям воспроизводить сложные молекулы.

ФАС России ставит перед собой решить задачу восстановления баланса в патентовании между экономическими правами производителей, правами на жизнь и экономическими правами компаний, которые приходят на рынок после истечения срока патента. Один из пластов этой проблемы – механизм принудительного лицензирования. Представитель ФАС напомнил, что ведомство выступает за принудительное лицензирование в качестве исключительной меры в случае, если обычными мерами невозможно обеспечить лекарствами граждан в период острых и опасных эпидемий, когда существует угроза популяции в целом. Российские производители получили бы по решению суда возможность в таких случаях воспроизводить молекулы препаратов, патентная защита которых еще не закончилась. В ближайшее время в Правительство РФ будет внесен соответствующий законопроект.

Т.В. Нижегородцев упомянул еще об одной проблеме – конкуренции на торгах. Для наведения порядка в этой сфере представитель ФАС предложил ввести типовые контракты, которые должны содержать правильно написанное техническое задание по закупке инсулинов, например, или инвентаря. Такие документы находятся в стадии разработки в Минздраве.

«Надеемся, что в этом году нам удастся окончательно вопрос взаимозаменяемости институализировать и в российском, и в национальном законодательствах, удастся создать долгосрочные условия для добросовестной конкуренции, чтобы вы могли планировать инвестиции в производство и понимали бы правила попадания в бюджетные закупки», – сказал, обращаясь к участникам съезда, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России.

Анна ШАРАФАНОВИЧ



ОТСТАИВАТЬ ИНТЕРЕСЫ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА ЦИВИЛИЗОВАННОЙ ОСНОВЕ

На VIII Всероссийском съезде работников фармацевтической и медицинской промышленности, прошедшем в апреле в Москве, были подведены итоги работы отрасли за прошлый год, определены конкретные направления деятельности и меры, необходимые для ее дальнейшего развития.

В числе первоочередных задач были названы: поддержание благоприятного инвестиционного климата, совершенствование нормативно-правового регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий, а также осуществления контроля за проведением их государственных закупок.

Присутствовавший на съезде помощник председателя Правительства РФ **Геннадий Онищенко** согласился, что успехи отечественной фармпромышленности очевидны, и посвятил свое выступление теме вакцинации. По его словам, большую роль в обеспечении национальной биобезопасности играет российская фармпромышленность, т.к. Национальный календарь прививок в основном обеспечен именно за счет российских производителей вакцин. Сейчас перед практическим здравоохранением стоят задачи расширить Национальный календарь, а вакцины создать поликомпонентными. Серьезное внимание уделяется возможностям

российской фармы по реализации масштабного государственного проекта – лечению ВИЧ-инфицированных больных. В перспективе государство ставит также задачу ликвидировать гепатиты. В течение последних 10 лет остановлена острая фаза распространения гепатита В, благодаря национальному проекту и отечественной вакцине, напомнил Г. Онищенко.

Помощник председателя Правительства РФ напомнил, что сегодня именно фармацевтическая и медицинская промышленность – самый емкий потребитель научных достижений. «В любой цене на вакцину должны быть несколько рублей на науку, потому что это перманентный процесс. Мы должны находить место науке. Без нее нашему съезду дальше шага нет», – подчеркнул Г. Онищенко. Он также добавил, что никто из представителей властных структур не против создания отечественной фармпромышленности. Политическое руководство страны, Президент РФ

постоянно занимаются этим вопросом. «Надо жестко отстаивать интересы отечественной промышленности, но на цивилизованной и хорошо проработанной основе», – сказал Г. Онищенко.

КОНТРОЛЬ И ГОСЗАКУПКИ

Основной темой, которая прозвучала практически во всех докладах, стал анализ правоприменительной практики Федерального закона от 05.04.13 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» №44 (ФЗ-44) и имеющих нарушений со стороны региональных властей – госзаказчиков.

Именно этот фактор сдерживает более высокие темпы роста продукции при наличии в стране соответствующего потенциала и ресурсов. Мощности отечественного производства используются далеко не полностью, отразил общую ситуацию Ю. Калинин.

Сдерживающим фактором, по его словам, здесь по-прежнему является не всегда оправданная ориентация лечебно-профилактических учреждений и органов здравоохранения на продукцию импортного производства. Многие виды продукции при наличии конкурентоспособных отечественных аналогов закупается у зарубежных компаний, несмотря на то, что впоследствии из-за отсутствия расходных материалов не используются. При этом при государственных закупках заказчики нередко необоснованно отказывают отечественным производителям в участии в торгах, включают в состав одного лота продукцию различных видов, излишне конкретизируют лоты, технические задания и условия исполнения контракта прописываются под конкретного поставщика. Показательным примером, отметил Ю. Калинин, может служить электронный аукцион на право заключить контракт на поставку цифрового маммографа для нужд Воронежского областного клинического диспансера.

Аргументируя важность решения проблемы, Ю. Калинин отметил, что в 2015 г. государственные закупки лекарств и медицин-

ских изделий превысили 600 млрд руб. Если удастся избежать нарушений требований Федерального закона о контрактной системе, а также постановлений Правительства РФ №102 от 05.02.15 («третий лишний») и №1289 30.11.15, то экономия при госзакупках может достигать десятков миллиардов рублей, которых так не хватает сегодня.

Президент ассоциации «Здравмедтех» **Александр Ручкин** коснулся темы контролирующей отрасли органов. Кто наблюдает и контролирует: Росздравнадзор или Роспотребнадзор? Требования их во многом разнятся. «Давайте одного регулятора оставим», – сказал он, обращаясь к представителю Минздрава **Елене Максимкиной**.

Вообще же, промышленникам хотелось бы заранее знать, по каким методикам будут учиться инспекторы. А. Ручкин отметил, что отрасль готова дать свои предложения по разработке программ обучения, чтобы знать и понимать особенности требований при проверке предприятий.

Генеральный директор ГК «Герофарм» **Петр Родионов** констатировал, что только треть закупок проводятся российскими регионами в соответствии с буквой закона, оставшиеся же идут с нарушениями. Региональные власти используют старые схемы, не допускают или ограничивают производителей и конкуренцию. Есть регионы, по словам П. Родионова, которые по старинке объявляют конкурс по торговому наименованию, не считая нужным следовать нормам ФЗ-44 о закупках.

«Разнообразные трактовки и подходы к закону о закупках возможны в отсутствие четкой позиции ФАС и единого понимания территориальными органами ФАС одной и той же нормы закона», – убежден глава ГК «Герофарм». Опасной тенденцией предприниматель считает не только нарушение ФЗ-44, но и под разными предлогами уход от выполнения его норм. Ярким примером такого опасения П. Родионов считает решение Законодательного собрания Нижегородской обл. о передаче государственной функции своего субъекта – ГУП – на предоставление услуг. Он попросил Федеральную антимонополь-

ную службу проверить это решение на соответствие законодательству РФ.

П. Родионов также предложил ввести изменения в КоАП, касающиеся ответственности госзаказчика, нарушающего требования ФЗ-44, а именно такую меру, как дисквалификация заказчиков на 1–2 года. Сегодня другого наказания, кроме штрафа, нет. Глава компании «Герофарм» уверен, что после введения дисквалификации нарушений при проведении госторгов станет меньше.

Основательный анализ нормативно-правового обращения лекарственных средств и медицинских изделий и мер, принимаемых государственными регуляторами, был представлен в выступлении руководителя Росздравнадзора **Михаил Мурашко**. Он напомнил о процедуре выборочного контроля, которая обязывает производителя в случае обнаружения повторного брака переходить на посерийный контроль (если допущено до 3 бракованных серий, производство приостанавливается), а также об уголовной ответственности за брак. О том, что это уже реально действующая норма, свидетельствует уголовное дело, завершившееся пятилетним приговором и штрафом в 8 млн руб. человеку, подделавшему регистрационное удостоверение Росздравнадзора.

«Твердо стою на позиции, что если дается преференция, то в обмен на обязанность, а обязанность – это качество. Проблемы по качеству еще существуют в производстве, и без контроля этого качества не обойтись», – сказал М. Мурашко. В 2016 г. уже выявлено недоброкачественных лекарств на 150 серий больше, чем в прошлом году, при этом в 2 раза снизилось число незарегистрированных медизделий на рынке, чему способствовало, по словам М. Мурашко, «появление кнута в виде уголовной ответственности».

Цены за лекарства и медизделия также требуют внимания и контроля регулятора. Глава Росздравнадзора считает, что «наш рынок не должен так активно реагировать на колебания курса валют». Особенно бурно

отреагировал сегмент лекарственных препаратов до 50 руб., показав максимальный рост практически на 16%.

НОВИНКА ОТ МИНПРОМТОРГА

На съезде также выступил заместитель министра промышленности и торговли РФ **Сергей Цыб**. Он рассказал о новых видах господдержки, над которыми работает министерство. Поддерживая идею о проведении всех госзакупок в рамках ФЗ-44, замминистра отметил, что в настоящее время идет активное обсуждение вопроса о предоставлении дополнительных преференций для производителей полного цикла лекарственных препаратов, включая синтез субстанций. Здесь главная идея – сформировать **трехступенчатую конструкцию государственных закупок**. «То есть, – пояснил С. Цыб, – предлагается, чтобы изначально преференции получали производители препаратов полного цикла, включая синтез субстанций. Если таковых нет, то предпочтение будет отдано производителям готовой лекарственной формы. Если и их не будет, то к аукциону будут допущены все остальные производители».

По данному вопросу в рамках поручения Правительства РФ проводится работа с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти (ФОИВ). Если удастся нормативно закрепить такой механизм, он будет существенным стимулом для развития компаний, уже производящих готовую лекарственную форму, в т.ч. по реализации ими проектов по синтезу субстанций. «Такая тенденция уже активно набирает обороты, – отметил замминистра. – Через Фонд развития промышленности, например, уже финансируются компании, которые организуют производство субстанций на территории России».

При участии пресс-службы Центра корпоративных коммуникаций S-Group

Анна ГОНЧАРОВА



У СЛОВА «ХОРОШО» ЕСТЬ ТОЧНЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ

Техническая документация – это документы, регламентирующие конструкцию медицинского изделия, устанавливающие технические требования и содержащие данные для его разработки, производства, применения, эксплуатации, техобслуживания, ремонта, утилизации или уничтожения.

Никифорова Лариса Юрьевна

Начальник отдела экспертизы ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора

Содержание документа должно соответствовать этому понятию: должна предоставляться вся информация по применимости по отношению к конкретному медицинскому изделию (далее – МИ). Также необходимо учитывать требования п. 11 Правил государственной регистрации о том, что информация, предоставленная на иностранном языке, должна сопровождаться переводом на русский язык в установленном законом порядке.

Какую информацию должна содержать техническая документация?

Прежде всего, сведения, регламентирующие конструкцию МИ, технические требования к нему, данные для разработки и производства, данные о применении и

эксплуатации, данные для технического обслуживания и ремонта МИ, при утилизации или уничтожении.

Техническая документация для отечественного производителя

Это технические условия или технологический регламент. Остановимся подробнее на технических условиях, т.к. именно этот документ является основным техническим документом у отечественного производителя.

Например, в соответствии с ГОСТ 2.114-95 «ЕСКД. Технические условия» (п. 5.12) технические условия утверждают, как правило, без ограничения срока действия. Ограничения срока действия устанавливаются при необходимости по согласованию с заказчиком и потребителем. Ранее в сфере обращения

МИ действовал отраслевой стандарт, который устанавливал срок действия технических условий – 5 лет, а в отдельных случаях – 10 лет. Сегодня срок действия технических условий законодательно не ограничен, однако производитель самостоятельно может ограничить срок действия технических условий. При этом необходимо помнить, что даже если технические условия не имеют ограничения срока действия, все ссылочные нормативные акты и документы в этих технических условиях (ТУ) должны в обязательном порядке постоянно актуализироваться и заменяться.

Относительно согласования ТУ в испытательных организациях необходимо отметить, что прямые нормативные требования об обязательности согласовывать ТУ отсутствуют в действующих нормативных документах. Но в то же время ТУ, содержащие требования, относящиеся к компетенции органов государственного контроля и надзора, подлежат согласованию с ними. При проведении технических испытаний испытательная организация проверяет как технические требования, так и методы проверки. Таким образом, согласование ТУ обеспечит отечественным производителям солидарную ответственность вместе с испытательной организацией за полноту технических требований и правильность выбранных методов.

Также к техническим документам относятся документы по валидации процессов стерилизации.

Техническая документация для зарубежного производителя

Это технический файл или выписка из него, а также документ по валидации процесса стерилизации, сертификат по системе менеджмента качества, юридические документы, подтверждающие наличие у производителя официальной регистрации в стране производства.

Сведения для технической документации

Какие сведения регламентируют конструкцию медицинского изделия?

Прежде всего, это состав изделия. Под составом изделия надо понимать не только перечень его составных частей, чем нередко ограничиваются производители в своей документации, но и в некоторых случаях перечень веществ, из которых состоит изделие. Также важно указать в технической документации сведения о покупных изделиях, в т.ч. упаковке, материалах, из которых изготовлено изделие. К таким сведениям могут относиться сведения о технических характеристиках покупных изделий, а в некоторых случаях – о конкретных марках и изготовителях. В технической документации важно описать взаимосвязь всех частей, принадлежностей и комплектующих МИ. Часто в технической документации отсутствуют не только технические характеристики всех составляющих, перечисленных в заявлении в качестве необходимых для применения МИ по назначению, но и описание того, каким образом эти составляющие взаимодействуют с основным МИ, а также, при необходимости, между собой.

Для понимания порядка работы МИ в технической документации приводится описание его конструктивных особенностей. Например, габариты, масса, наличие движущихся частей. Также в технической документации важно указать взаимосвязь с другими МИ, если таковая имеется.

Пример: МИ, содержит электрическую часть – необходимо описать особенности управления в технической документации. Например, при помощи специального программного обеспечения, встроенного в изделие или поставляемого на электронном носителе. Если программное обеспечение, которое не установлено на производстве, поставляется отдельно, то оно должно поставляться как на физических

электронных носителях (диски, флеш-карты), так и на виртуальных (ссылки на интернет-ресурс производителя). Довольно часто в технической документации отсутствуют какие-либо сведения о свойствах и характеристиках встроеного программного обеспечения, о порядке и правилах инсталлирования того, что поставляется на отдельных электронных носителях. В том случае, если программное обеспечение заранее инсталлировано в изделие на производстве, оно не подлежит отдельной регистрации, а программное обеспечение, поставляемое на электронных носителях, может регистрироваться как в составе МИ, так и в качестве самостоятельного медицинского изделия, что также определено Федеральным законом от 21.11.11 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (п. 1 ст. 38).

Очень важно вписать в техническую документацию все имеющиеся потенциальные опасности, связанные с надлежащим применением МИ, например, сообщить о различного рода излучениях: рентгеновском, лазерном и др. Необходимо написать и об опасностях, которые могут возникнуть в случае нарушения порядка применения МИ. Нередко такие сведения просто отсутствуют в технической документации.

Характеристики и описания

Что представляют собой технические требования к медицинскому изделию?

Одно из самых главных составляющих технической документации – это технические требования, определяющие функциональные характеристики, характеристики качества и безопасности. К функциональным характеристикам относятся требования, влияющие на его способность действовать по назначению, например, нельзя просто написать «медицинское изделие хорошо растяжимое». Необходимо указать точные технические составляющие слова «хорошо».

Нередко в технической документации приводится только часть функциональной характеристики, а необходимо указать их все. Например, если МИ предназначено для низкочастотной импульсной электростимуляции, то указывается не только частота следования импульса, но и длительность, амплитуда и др.

Некоторые функциональные характеристики содержат международный и национальный стандарты качества. В таком случае техническая документация должна содержать в характеристиках ссылки на стандарты. Довольно странно выглядит перечень российских стандартов в технической документации зарубежного производителя. Каждый производитель придерживается стандартов, принятых в его стране. Это не значит, что само изделие, которое планируется к обращению на территории РФ, может не соответствовать российским стандартам, даже если они не упомянуты в технической документации.

Несмотря на то, что к функциональным характеристикам нельзя отнести маркировку МИ, она должна быть описана в технической документации. Описание может представлять собой как проект макета маркировки, так и словесное описание того, что должно наноситься на изделие и его упаковку. Также не следует забывать о характеристиках безопасности, которые должны содержать все требования, определяющие степень опасности изделия, а также классификационные сведения в части безопасности. Такую классификацию имеют все электрические МИ независимо от сферы применения.

Для разработки и производства МИ должны быть в наличии документы, содержащие сведения, прежде всего, подтверждающие право разработчика на разработку конкретных видов медизделий, регистрационное свидетельство страны-разработчика, где довольно часто прописываются виды деятельности предприятия, сертификат соответствия системе менеджмента качества.

Для зарубежных предприятий это очень показательно, потому что нередко бывает, когда в сертификатах указано только «продажа и производство» или «продажа», а заявлено, что это еще и разработчик.

Должно быть указано, что разработчик имеет право делать дизайн МИ; необходима и декларация соответствия системе менеджмента качества, в которой сам производитель декларирует, каким действующим международным и национальным стандартам системы менеджмента качества соответствует его производство. Приводятся номера конструкторской или технологической документации, чтобы в дальнейшем можно было идентифицировать, действительно ли было зарегистрировано то изделие, которое выпускается по конкретной конструкторской документации. В технических условиях в обязательном порядке указываются эти номера, предоставляются результаты квалификационных испытаний МИ. Опытные образцы не регистрируются, только МИ серийного производства.

Регистрационное удостоверение дает право на обращение МИ и реализацию, применение и эксплуатацию сразу после получения. Особенностью МИ отечественных производителей является то, что они, в отличие от зарубежных, к моменту их регистрации еще не обращаются на рынке. Таким образом, акт и протоколы квалификационных испытаний конкретного регистрируемого изделия являются важной информацией о готовности производства к серийному выпуску этого изделия, а также о том, что производитель берет на себя ответственность, заявляя, что его производство полностью и качественно подготовлено к пуску медизделия.

Что можно считать данными для применения и эксплуатации медизделия?

Описание условий и особенностей применения, порядок применения. В большинстве случаев эксплуатации подвергаются те изделия, которые сколько-нибудь

продолжительное время применяются для определенных медицинских целей. Порядок такой эксплуатации должен быть приведен в технической документации. Сведения эти не должны противоречить сведениям, приведенным в эксплуатационной документации. Должны быть указаны возможные риски при использовании МИ по назначению, в условиях, предусмотренных производителем. Медизделия – та продукция, которая изначально всегда имеет классификацию риска медицинского применения (4-й класс риска).

Должны быть указаны требования к условиям эксплуатации, в т.ч. устойчивость к климатическим, механическим воздействиям. Это важная оставляющая: условия хранения, транспортировки и пр. очень сильно влияют на МИ. Оно может потерять свои изначально заявленные свойства, например, в ненадлежащих условиях транспортировки.

Должны быть указаны места применения МИ – только в ЛПУ или включая самостоятельное по рекомендации врача. Обязательно указание сроков эксплуатации, годности, хранения. Все подвергается старению и имеет конечный срок жизненного цикла.

Необходимо указать кратность применения и др. сведения, которые относятся к применению и эксплуатации МИ. **Важно!** Техническая документация не должна содержать медицинскую часть – каким образом и при каком диагнозе применять. Все, что касается технической части, должно быть указано и не противоречить эксплуатационной документации.

■ *Данные для технического обслуживания и ремонта изделия* – это необходимость и возможность технического обслуживания. Не все изделия могут подвергаться техническому обслуживанию, особенно однократного применения.

Должен быть указан порядок техобслуживания, указан регламент периодичности обслуживания, в т.ч. проверки и калибровки. Это часто упускают и отечественные, и

иностранные производители. Указать необходимость ремонта, ремонтпригодность. Есть части МИ, которые не подвергаются ремонту, а заменяются, все это должно быть указано и описано в технической документации. А также сведения об организациях, имеющих право проводить ремонт.

▪ *Данные для утилизации и уничтожения* должны быть приведены для всех без исключения МИ: это сведения об особенностях и порядке утилизации или уничтожении самих МИ или их частей и принадлежностей, особенностях утилизации, если изделие нельзя утилизировать в качестве бытового, а также сведения обо всех опасностях, которые

могут возникнуть при нарушении правил утилизации. На территории РФ для утилизации МИ существует порядок, определенный санитарными нормами и правилами. Необходимо придерживаться этих правил. Несмотря на то, что это в большей части относится к потребителю, постановление правительства требует, чтобы в технической документации также были приведены сведения об утилизации.

По материалам семинара Росздравнадзора
«О порядке подготовки и оформления документов
для государственной регистрации
медицинских изделий»

Анна ГОНЧАРОВА ■



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА: НАИБОЛЬШИЙ СПРОС в I кв. 2016 г.

Наибольший спрос на лекарственные средства изучался по данным AptekaMos.ru – количество обращений составило 7 472 662.

Анализ потребительского спроса в I кв. 2016 г. показал, что лидерами являются следующие препараты – *рис. 1*.

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

Можно отметить, что лидируют противовирусные средства разных групп (18%). Второе место за биологически активными добавками к пище (15%), на третьей позиции – средства, стимулирующие регенерацию (14%).

Рис. 1 ПРЕПАРАТЫ – ЛИДЕРЫ СПРОСА ПО ИТОГАМ I КВАРТАЛА 2016 г.

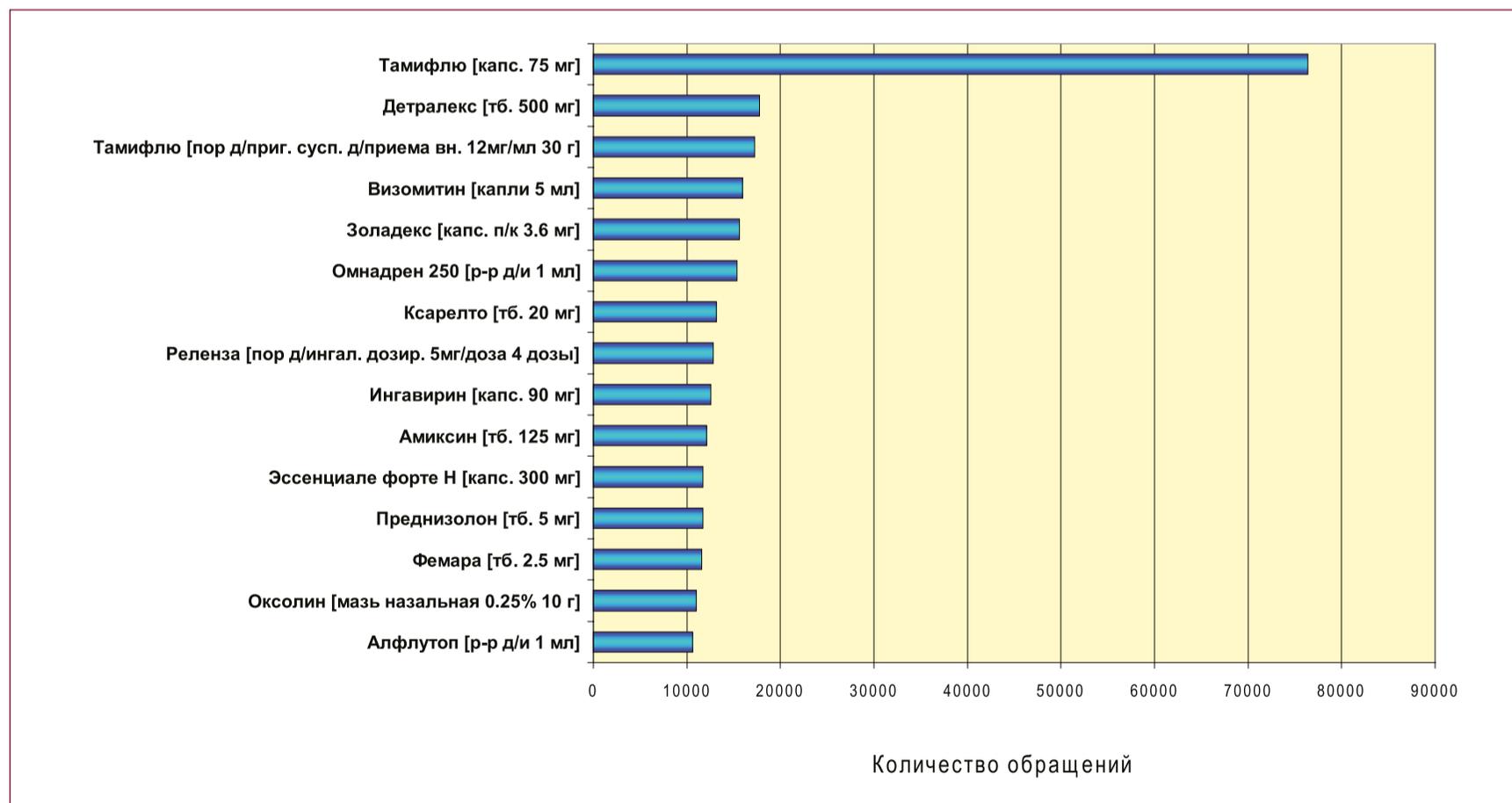
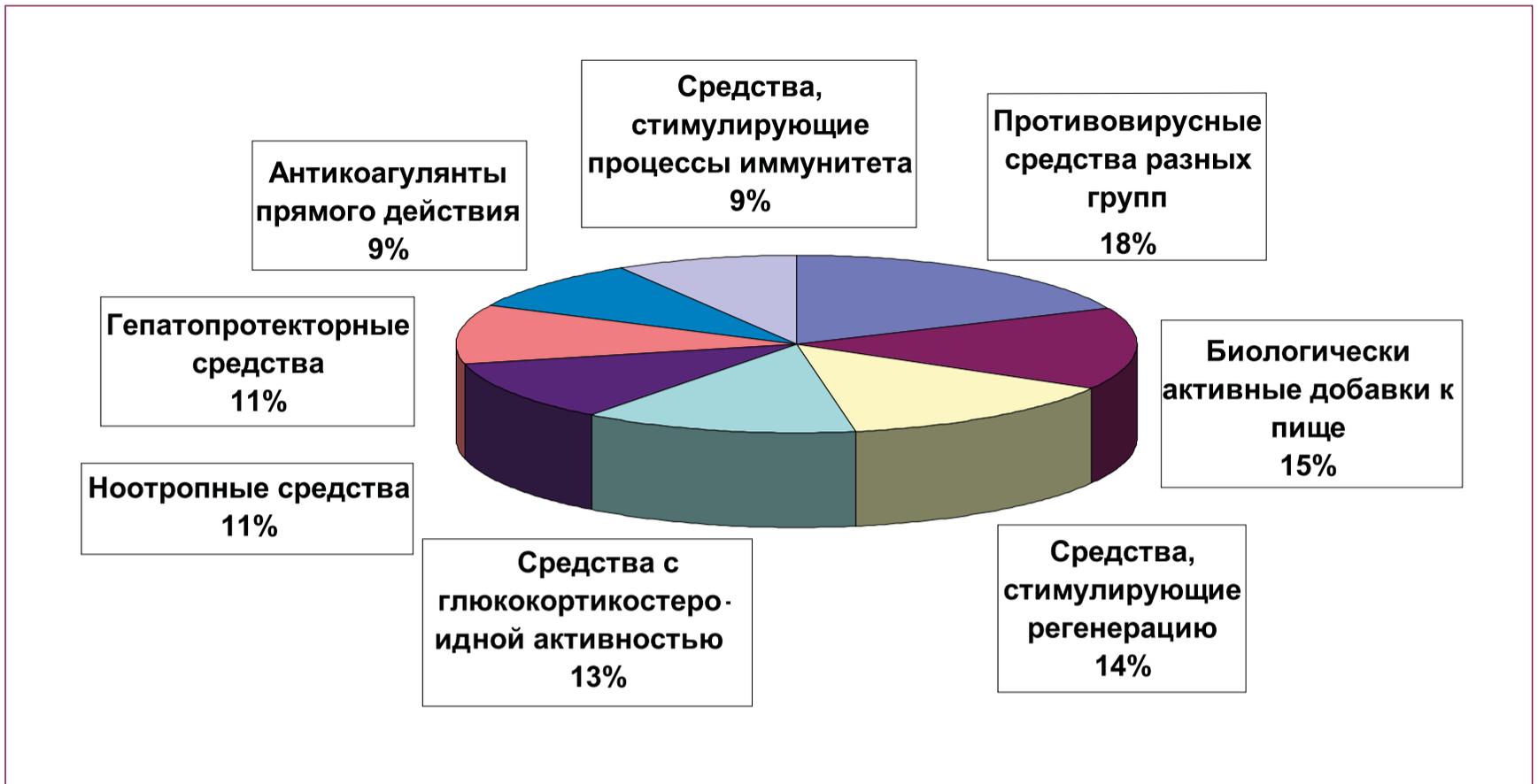


Рис. 2 **НАИБОЛЬШИЙ СПРОС НА ЛС ПО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ ГРУППАМ**
В I КВАРТАЛЕ 2016 г.





XXI ВЕК: УДАСТСЯ ЛИ РАЗРАБОТАТЬ ЛЕКАРСТВО ОТ СТАРОСТИ?

Гандель Виктор Генрихович

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

В середине октября 2015 г. в Москве прошел очередной ежегодный двухдневный форум «Россия зовет!», который уже 7 лет организует для инвесторов инвестиционный банк «ВТБ Капитал». Среди участников – ведущие эксперты, главы министерств, представители крупнейших российских и зарубежных компаний. Как всегда, живая и откровенная дискуссия, интересные выступления представителей бизнеса, содержательные концептуальные ответы Президента Владимира Путина на вопросы присутствующих. Основная цель форума – обсуждение наиболее острых проблем мировой экономики, анализ основных тенденций на рынках, выявление проблемных секторов. К сожалению, представители фармацевтического бизнеса не выступали, не известно, находились ли они среди участников.

Наряду с другими на форуме высказал свою точку зрения основной владелец «Магнита», крупнейшей розничной сети по торговле продуктами питания в России, а также футбольного клуба «Краснодар», **Сергей Галицкий**: «Рост (экономики. – Прим. авт.) зависит от потребностей, а единица потребления в экономике – это человек». «Увеличение продолжительности жизни приведет к росту спроса, но в это почти никто не инвестирует», – добавил он. И далее: **«Я бы обратил внимание на то, как мы относимся к человеческой жизни, человеческая жизнь в XXI веке – это главный ресурс».**

Меня, наблюдавшего за выступлением Галицкого по телевидению, особенно привлекли его мысли: мысли, нечасто, мягко говоря, звучащие на подобного рода мероприятиях.

С точки зрения провизора, месседж Галицкого – это, прежде всего, человеческая жизнь, ее продолжительность и, видимо, обустроенность. Это благо для гражданина, его семьи, государства, бизнеса, это лучшее и наиболее объективное мерило качества жизни, состояния общественной среды, авторитета страны.

С экономических позиций – это растущий индекс внутреннего потребления.

Понятно, что страны с высокой продолжительностью жизни, как правило, отличаются повышенным вниманием к здоровью своих граждан: это современный уровень здравоохранения, его надлежащее финансирование, признанный профессионализм медицинских и фармацевтических работников, достойная оплата их труда, доступность медицинской и фармацевтической помощи, применение новейших технологий и технических достижений в диагностике и лечении, разнообразные программы социальной поддержки населения, современные стандарты труда и отдыха и т.д.

С чего следует начинать или как продолжать действовать в этом вопросе нам?

Общеизвестно, что здоровье нельзя купить. Но зато его можно выгодно продать, продать, например, государству. Не так давно президент Обама «купил» здоровье у американцев за 2 трлн долл., подписав одобренный Конгрессом закон о реформе здравоохранения. Что это означает? Это означает, что на данную сумму государство гарантирует оказание

медицинской помощи, включая аборт и контрацепцию, застрахованным гражданам при условии, что страховку приобретет каждый американец (вместе с детьми). Верховный суд США признал конституционной проведенную Обамой реформу – *Obamacare*, как называют этот закон в Америке.

Средняя продолжительность жизни в США, по данным ВОЗ¹, составляет 79,8 лет (77,4 у мужчин и 82,2 – у женщин). Для сравнения: Япония – 84,6 (81,9 и 87,3 соответственно), Швейцария – 82,8 (80,4 и 85,8), Германия – 81 (78,5 и 83,5), Финляндия – 81 (78 и 84), Куба – 79,4 (77,4 и 81,4), Болгария – 74,5 (71 и 78), Россия – 71,2 (65,8 и 76,6)², Украина – 68 (63 и 73).

Если верить статистике, наибольшая средняя продолжительность жизни в СССР отмечалась в 1964–1965 гг. – 70,4 (66,1 и 73,8)³.

Как видите, женщины везде живут дольше, потому что, как правило, больше трудятся в семье и имеют более устойчивые сердце и сосуды. Социальными факторами женского долголетия являются также удовлетворенность сексуальной жизнью, наличие семьи и детей: здесь им нет равных. С научной точки зрения, присутствие двух X-хромосом, а также эстрогена как природного антиоксиданта, по-видимому, создают «слабому полу» дополнительные преимущества в форме «запасной» хромосомы и нейтрализации токсичных радикалов как инициаторов клеточного стресса.

Отмечено, что женщины составляют не только лучшую, но и более дисциплинированную часть человечества, что касается посещения врача, аптеки и применения лекарственных средств. Они столь же активно агитируют своих мужчин не пренебрегать медицинской помощью. И, наконец, дамы являются основными потребителями (покупателями) медикаментов, продовольствия, товаров и услуг, что немаловажно для экономики, особенно нашей страны, которая в ближайшее время, несомненно, должна и будет развиваться за счет растущего внутреннего потребительского спроса.

Интересно, что в сфере услуг женщины являются не только их основными потребителями,

но и главными «продавцами»: ежедневно в мире десятки миллионов дам стоят или у прилавка, или у плиты, т.е. проводят большую часть сознательной жизни на ногах, что, откровенно говоря, не очень способствуют продлению их активной жизни.

От популярного в советские времена лозунга «Берегите мужчин», обращенного, по-видимому, к женщинам, я бы порекомендовал обществу перейти к более актуальному – «Берегите женщин», и не менее актуальному, но уже к властям – «Берегите россиян».

По данным ВОЗ, здоровье человека зависит на 49–53% от образа жизни, на 18–22% – от наследственности, на 17–20% – от качества окружающей среды и лишь на 8–10% – от уровня медицинского обслуживания.

Хотя и считается, что здравоохранение охватывает не более 10% участия в поддержании здоровой жизни, тем не менее, его роль в обеспечении продолжительности жизни, в особенности в пожилом и старческом возрасте, исключительно велика. Сердечно-сосудистые заболевания, онкология, инфекционные болезни и травмы – вот основное место приложения его достижений, прежде всего, в области лекарственной терапии.

Идея создать фармацевтический продукт, который позволил бы радикально продлить здоровую жизнь, бродит в умах человечества с незапамятных времен. Изобретением эликсира бессмертия занимались ученые и алхимики, медики и знахари, короли и простолудины, жрецы и поэты, даосские монахи и индийские гуру – множество энтузиастов всех времен и народов. Тайна подобного снадобья волнует и наших современников: слишком заманчивой представляется сама идея, а идеи, как известно, бессмертны!

Провизор (фармацевт) невольно становится крайним в этом непростом марафоне: сам продукт называют не иначе, как «лекарство от старости», «эликсир молодости», или более научнообразно – «геропротектор». А кто у нас отвечает за лекарство, эликсир или протектор? Конечно, наш брат (или сестра) – провизор (фармацевт).

Так можно ли создать такое лекарство? Лекарство ли это в точном понимании данного термина? И провизорское ли это дело?

Разберемся и разложим по полочкам.

Человеческая жизнь, как и жизнь вообще, – это способ существования белковых тел. Помните автора этой мысли? Правильно – Ф. Энгельс («Анти-Дюринг»).

Есть и другое определение: «Жизнь – это смертельная болезнь, передающаяся половым путем». Есть даже фильм с таким названием, снятый известным польским режиссером, сценаристом и продюсером Кшиштофом Занусси.

На самом деле жизнь – это то, чему невозможно дать простое определение. Как в свое время сетовал Нобелевский лауреат Нильс Бор, жизнь есть «основной постулат биологии, не поддающийся дальнейшему анализу»⁴. Корректным и консенсусным можно признать разъяснение авторов фундаментального труда «Биология» К. Вилли и В. Дитье (Claude A. Villee Jr., Vincent G. Dethier) – «...характерные черты жизни – рост, движение, обмен веществ и приспособление»⁵.

Не менее убедительными выглядят и воззрения В. Вернадского, рассматривавшего жизнь как часть биосферы, где «живое вещество развивается в реальном пространстве, которое обладает определенной структурой, симметрией и дисимметрией»⁶.

Опираясь на не чуждые фармацевтическому работнику постулаты физической химии, можно высказать предположение, что **жизнь – это самовоспроизводящийся катализатор диссипации энергии, т.е. ее перехода с потенциально более высокого уровня на более низкий или тепловой уровень с последующей аннигиляцией (самоликвидацией) материи, именуемой смертью.**

Перейдем к старости. Болезнь это или нет? Если болезнь, то флаг в руки провизорам, если нет – остальным искателям абсолютной истины. Нелегко дать простое и понятное определение старости, но попробуем.

С современных научных позиций, старость можно рассматривать как

многофакторный, многопричинный, многоочаговый процесс, развивающийся по определенной программе, контролирующей непрерывное постепенное отторжение живого с учетом эволюционного перепрограммирования.

В природе существует (функционирует) и прямо противоположный процесс, препятствующий старению, – витаукт, направленный на стабилизацию уровня жизнеспособности организма в биологических видовых пределах.

Оба этих процесса ответственны за непрерывное поддержание и, возможно, совершенствование жизни на планете по когда-то «заявленной» программе: «родился – умер – родился...», и так до бесконечности. Известно, что в ее основе лежат генетические законы (коды) наследственности, эволюционно сформировавшиеся с учетом особенностей окружающей среды на нашей планете (в иных условиях они могут быть принципиально иными). Принято считать, что молекула ДНК имеет неразрывную связь с магнитным полем Земли и космосом: именно они способны регулировать заложенную в ней программу. Изменить что-либо в таком мироустройстве или невероятно сложно, или невозможно (пока).

К примеру, лекарство от рака не удастся разработать уже более 70 лет. Отдельные удачные решения общей картины не меняют: проблема в целом остается нерешенной. До сих пор не удалось даже точно установить истинные причины и механизмы развития этой патологии. В то же время возникновение мутаций генома клетки – вероятных источников многих подобных и возможных в будущем болезней, никто не отменял. Более того, все возрастающая антропогенная активность на планете является дополнительным риском их появления: одно электромагнитное излучение чего стоит! Тем не менее некоторые надежды подаются исследования, например, в области иммортализации – продления времени жизни клетки и увеличения числа ее делений без трансформации в опухоль за счет

введения различных защитных генетических конструкций.

Проблема старения по сравнению с проблемой онкологических заболеваний несоизмерима по своей сложности. Вот и судите сами, насколько мы приблизились к решению загадки бессмертия.

Но любые поиски – это всегда путь в правильном направлении, даже если они пока не приносят видимых результатов. Человеческая любознательность неистова и неистощима – она самый мощный мотиватор движения к прогрессу в конкурентной среде.

Борьба со старостью, за продление человеческой жизни сверх видовых пределов, обозначенных Творцом, – это выдающийся вызов интеллекта XXI в., брошенный как самой природе, так и возможно чему-то (кому-то) еще, не менее могущественному и неизведанному.

«Мы не можем ждать милостей от природы, взять их у нее – наша задача», писал во вступлении к третьему изданию своих признанных трудов выдающийся селекционер Иван Мичурин, гордость советской биологии тридцатых годов прошлого столетия⁷.

Сегодня этот призыв трактуют как избыточный, навеянный революционным энтузиазмом того времени и небезопасный для экологии. Тем не менее активная деятельность именно в этом направлении продолжается с не меньшей настойчивостью и упорством. С позиций современного провизора поход за «бессмертием» можно рассматривать как подвижничество вполне компетентных и бесстрашных исследователей, представляющих различные науки, где выдающаяся роль принадлежит скорее биологии и биотехнологии, чем фармации. Количество работ множится с каждым днем, что объясняется как возросшей мотивацией исследователей, так и невиданным ростом их интеллектуальных, информационно-аналитических и технологических возможностей.

Четкого разграничения профессиональных компетенций участников здесь выстроить не удастся: тысячи специалистов самых разных профессий трудятся в указанных направлениях.

Полагаю, что и жизнь, и старость – это не болезни. Это выдающееся творение Природы, недвусмысленно сигнализирующее нам о вечности созидания, обновления, совершенствования, преемственности и отторжения. Это апофеоз мироздания в том виде, в каком он достался нам в награду за то, что существуем. Сегодня мы находимся лишь в самом начале бесконечного пути Разума во Вселенной и должны за это постоянно благодарить наших родителей, перед которыми мы всегда в неоплатном долгу.

Так удастся ли разработать лекарство от старости? Мнение провизора: именно лекарство – скорее всего, нет. А вот создать комплексную систему (комплексное «лекарство»), способную продлевать жизнь за пределы видовой продолжительности, – скорее да, чем нет. Эта система будет базироваться на стыке уже свершившихся выдающихся достижений биотехнологии (включая клеточные технологии), микро- и наноэлектроники, информатики в ее суперсовременной ипостаси, технологии искусственного интеллекта (клетка-на-чипе, мозг-на-чипе, человек-на-чипе и пр.) и т.д.

Если же будет признано необходимым придать такой «системе» какую-либо лекарственную форму (если таковое вообще возможно), то лучше провизора это не сделает никто, даю слово!

Стремительное развитие научных исследований в рассматриваемой области знаний выдвинуло на первый план проблему, о которой ранее не подозревали: вернее, подозревали, но не относились к ней серьезно.

Дело в том, что если биологические, биотехнические, биотехнологические и технико-технологические подходы к продлению видовой продолжительности жизни соматического субстрата в принципе понятны и ожидают своего практического воплощения, то проблемы нейробиологии только начинают проявляться во всем своем величии: функционирование, развитие, генетика, биохимия, физиология, патология нервной системы, поведенческие реакции – все это становится актуальным именно с возрастным развитием индивидуума.

Речь идет, прежде всего, о нейродегенеративных расстройствах (изменениях), начинающих проявляться, по оценкам специалистов, с 50–60 лет жизни. Это комплекс медленно развивающихся наследственных или приобретенных заболеваний нервной системы, общим для которых является прогрессирующая гибель нервных клеток, ведущая к различным неврологическим симптомам – прежде всего, к деменции, нарушению движений (паркинсонизм), памяти (болезнь Альцгеймера) и др.

Следовательно, делая упор на технологиях продления жизни *homo sapiens*, следует помнить и о нервно-духовной составляющей, апробированным подходом к которой сегодня владеет, пожалуй, лишь религия.

И еще одна мысль об искусственном долголетии. Природное устройство Земли, Космоса, темной материи, темной энергии и многого другого удивительно целесообразно. Антропогенная деятельность человека, особенно в последние сто лет, привнесла в эту гармонию немало серьезных проблем. Очевидно, что наша планета, ставшая домом пока для 7 млрд человек, уже достигла некоторого цивилизационного дисбаланса и принять дополнительно еще несколько миллиардов желающих вряд ли сможет.

Реальный прорыв в деле неограниченного продления жизни наступит, по-видимому, лишь тогда, когда человечество найдет возможность обитать в околоземном и более отдаленном пространстве на естественных и искусственных планетных образованиях в условиях неограниченных возможностей жизнедеятельности, не ранее!

Размышляя о продолжительности жизни, нельзя тем не менее забывать и о таком грустном событии, как уход из нее. Наряду с общеизвестным понятием «качество жизни», в мире существует также скромное понятие «качество смерти», указывающее на возможность спокойно и безболезненно умереть, например, на руках близких или в иных достойных условиях, не исключая больницы, хосписы и дома престарелых. Так вот, по этому показателю Россия занимает сегодня 48-е место

из обследованных 80 развитых стран в соответствии с рейтингом независимой аналитической компании Economist Intelligence Unit (EIU)⁸, в котором неизменные лидеры – Великобритания, Австралия и Новая Зеландия⁸.

Завершить краткий экскурс в проблему долголетия и «бессмертия» хотелось бы следующей мыслью: **длительная здоровая и активная жизнь человека является выдающимся примером (образцом) положительной самоидентификации, веры в свои силы и возможности, доверия к власти, ни с чем не сравнимым резервом внутреннего потребления, самым благоприятным образом сказывающимся на экономике страны, благосостоянии ее граждан, перспективах роста могущества и независимости государства** – прав Сергей Галицкий.

[1] 'Global Health Observatory Data Repository: Life expectancy – Data by country' (CSV). Geneva, Switzerland: World Health Statistics 2015, World Health Organization, WHO. 2015. Retrieved 2015-05-21. 'The technical health information is based on data accurate with respect to the year indicated (2013).

[2] По данным Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России и предварительной оценке Росстата за 12 месяцев 2015 г.

[3] Охрана здоровья в СССР. Стат. сб. Госкомстат СССР. М.: «Финансы и статистика», 1990. С. 20.

[4] Бор Н. Атомная физика и человеческое познание. М.: Иностранная литература, 1961. 151 с.

[5] Biological Principles and Processes. Claude A. Villee, Vincent G. Dethier. The American Biology Teacher, 10/1977; 39(7):447-447. DOI: 10.2307/4446011.

[6] Вернадский В.И. Биосфера и ноосфера. М.: Айрис-пресс, 2012. 576 с. (Библиотека истории и культуры). 3000 экз. ISBN 978-5-8112-4512-3.

[7] Мичурин И.В. Итоги шестидесятилетних трудов по выведению новых сортов плодовых растений. Изд. 3-е. М., 1934.

[8] Источник: <http://www.rbc.ru/economics/06/10/2015/5613b81b9a7947ea43c7368d>



ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ В ФАРМЕ

Фармацевтические информационные системы (ФИС) предназначены для формирования информационной основы управления деятельностью фармацевтических организаций, для информационного взаимодействия между различными медицинскими и фарморганизациями, для информационной поддержки процессов оказания фармацевтической помощи конечным клиентам и поддержки принятия управленческих решений.



На симпозиуме в рамках прошедшего в Москве XXII Международного форума MedSoft-2016 **Николай Георгиевич Преферанский**, д.ф.н., руководитель отдела разработки медицинских и фармацевтических информационных систем МИАЦ РАМН,

проф. кафедры телемедицины и информатизации здравоохранения, поделился своим видением того, какой должна быть современная информационная система фармацевтического профиля.

Н.Г. Преферанский напомнил историю внедрения информационных систем в нашей стране. Началась она в 1977 г. с выхода письма Главного аптечного управления Минздрава СССР, посвященного созданию кабинетов фармацевтической информации. Тогда она еще не была компьютеризирована: в лечебных

учреждениях выделялось помещение со столом, стулом и пишущей машинкой, а аптечная организация выделяла специалиста для ведения 9 информационно-поисковых систем. Эти системы были посвящены вопросам ознакомления врачей ЛПУ с новыми лекарственными средствами, синонимической заменой, уточнением показаний и противопоказаний и др. Эксперт рассказал, что в последние годы существования Советского Союза специалисты в подобных кабинетах занимались не столько фармацевтической информацией, сколько регулированием фармрынка, следя, чтобы врачи не выписывали лекарственные препараты, которые были в ограниченном количестве в аптеках.

Сегодня все информационные массивы, поисковые системы обеспечиваются наличием на рынке информационных изданий, в т.ч. и в электронной форме (ГРЛС, РЛС, XIII Государственная фармакопея).

Н.Г. Преферанский отметил, что не все информационные ресурсы, которые используются организациями в процессе создания, производства, регистрации, таможенной очистки ЛС, могут быть отнесены к фармацевтическим информационным системам.

«Говорят, давайте комплексно автоматизируем предприятие, но будет один только производитель программного продукта, и он сделает для аптеки все. Это заблуждение. Есть финансовые программы, которые успешно разрабатываются и сопровождаются, есть офисные программы, системы документооборота, телефонии и пр. Но ФИС – это самостоятельное программное обеспечение», – подчеркнул эксперт.

Он напомнил, что более трех лет ведутся разговоры о создании концепции мониторинга движения лекарственных средств от производителя до конечного потребителя. «С технологией штрих-кодирования жить будет проще, она позволяет зарегистрировать еще до момента упаковки производимую серию товара и мониторить движение упаковки от производителя через таможеню, оптовиков до конечного потребителя. Ее надо внедрять», – уверен эксперт. Н.Г. Преферанский предложил поддержать разработку и реализацию модели сквозного мониторинга движения ЛС с использованием QR-кода и разработку пакета единых федеральных стандартов, протоколов информационного обмена в системе лекарственного обеспечения. «Это должно положительно сказаться на системе обмена информацией при оформлении заказов, отпуска, перемещения и приема аптечных товаров от производителя через оптовика и аптеку до потребителя», – заметил Н.Г. Преферанский.

РАЗНОЧТЕНИЯ В СПРАВОЧНИКАХ

Начиная с 1992 г., времени проведения первого конгресса «Человек и лекарство», медицинское и фармацевтическое сообщество говорит о необходимости создания единого информационного пространства в сфере обращения ЛС.

Об отсутствии такого пространства свидетельствует хотя бы тот факт, что, по словам эксперта, описание препарата «Кардионат» (действующее вещество мельдоний), вернее, его взаимодействие с другими лекарственными препаратами, в различных справочниках отличается по непонятным эксперту мотивам.

«В ГРЛС есть информация и описание взаимодействия с другими препаратами, в справочнике Видаль заголовки рубрики уже другой – лекарственное взаимодействие, внутри текст один в один повторяющий то, что есть в ГРЛС, а в РЛС вообще ничего нет по взаимодействию этого препарата. В аптеке покупаю упаковку, читаю и не понимаю следующего: производитель, который дал в ГРЛС определенную информацию при регистрации, при печати инструкции внутри упаковки поменял местами предложения в абзаце. Зачем? Не понимаю», – рассказал Н.Г. Преферанский. Эксперт напомнил, что ранее в ГРЛС размещались типовые клинико-фармакологические статьи на действующее вещество. Характерно, подчеркнул он, что описание взаимодействия для действующего вещества мельдоний в этом справочнике такое же, как для препарата «Кардионат», а в РЛС и справочнике Видаль описание по смыслу похоже, но передано иначе. «Читается как роман. Я называю это структурной фармакологической лингвистикой. Есть специалисты, которые переделывают один и тот же текст, думая, что он лучше будет доходить до сознания людей, но это некий мерчендайзинговый ход. Это, с моей точки зрения, неправильно», – поделился Николай Георгиевич.

Эксперт также просил поддержать его предложение об обращении в Минздрав России с просьбой исключить из процесса регистрации лекарственных средств использование дополнительных символьных обозначений товарных зарегистрированных знаков и марок как элементов маркетингового позиционирования регистрируемых товаров. Сейчас в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС) появляются записи об аналогичных препаратах с

аналогичными действующими веществами, производимых одними и теми же компаниями, зарегистрированными в одну и ту же дату, с одним и тем же регистрационным номером, но одна запись делается с зарегистрированным знаком, другая – без.

ПОРА ОТОЙТИ ОТ ЛАТЫНИ

Н.Г. Преферанский также затронул тему классификатора аптечных товаров. В 2001 г., обобщив опыт законодательной базы, реально сложившейся практики на рынке и образовательных стандартов по дисциплинам «фармакология», «фармакогнозия», «медицинское и фармацевтическое товароведение», «управление экономикой фармации», «аптечная технология», был сформирован для аптечных предприятий обобщенный классификатор аптечных товаров, включающий в себя 14 главных разделов, первый из них – смешанный классификатор лекарственных препаратов. Под классификатором аптечных товаров, как пояснил эксперт, нужно понимать смешанную классификацию товаров, реализуемых через аптеки любой формы собственности и административного подчинения, регулируемых нормативными документами, формируемых рыночными отношениями и не противоречащих профессиональным образовательным стандартам. А классификация ЛС, включенных в состав классификатора аптечных товаров, это также смешанная классификация, объединяющая фармакологическую и фармакотерапевтическую классификации, отражающая химическую и физическую природу биологически активного соединения, их происхождение, способы производства, состав и цели применения.

К сожалению, как заметил Н.Г. Преферанский, классификатор аптечных товаров до сих пор не включен в перечень информационных

ресурсов федеральной НСИ (нормативно-справочная информация), хотя это был бы большой шаг вперед, по мнению эксперта.

Еще одно предложение от эксперта, прозвучавшее на симпозиуме, – упростить систему регистрации назначений и выписку рецептов и накладных требований в ЛПУ, исключив использование латиницы или латинского языка, и полностью перейти на национальный стандарт выписывания лекарственных средств по тому виду, как они зарегистрированы в кириллическом представлении.

«Мое мнение – хватит выписывать рецепты на латинском языке и заставлять медсестер выписывать в аптеки стационара требования на латинском языке», – сказал эксперт. В свое время он опубликовал статью, которая стала официальным обращением к тогдашнему министру здравоохранения Татьяне Голиковой (была опубликована в МА №5/11. – *Прим. ред.*), в которой привел результаты исследования общественного мнения на предмет того, что думают люди по поводу выписывания рецептов на латинском языке. Из почти 500 опрошенных 10% ответили, что рецепт на латыни выписывается, чтобы доктор не забыл латынь, 20% считают, что если доктор выпишет на латыни, то пациент может по этому рецепту получить препарат за границей, 25% отметили, что выписывается такой рецепт специально, чтобы пациент не понял, что ему прописал доктор, и 45% уверены, чтобы фармацевт понял, что ему написал доктор (хотя в 35% случаев аптечный работник не понимает, что написано рукой доктора, только если это не напечатано с использованием автоматизированных систем). Ответа от Минздрава так и не последовало.

Анна ГОНЧАРОВА



ЖЕЛАНИЕ СРАВНИВАТЬ ЦЕНЫ С КОНКУРЕНТАМИ НИКТО НЕ СКРЫВАЕТ

Аптечной организации всегда интересно знать, каковы максимальные, средние и минимальные цены на позиции своего прайс-листа, и сравнивать их с ценами конкурентов. Такой интерес вызван желанием понимать процесс ценообразования, делать его более гибким и предлагать определенные преференции своим покупателям.

Об ИТ-решениях для аналитиков фармацевтического рынка и специалистов здравоохранения, и в первую очередь для руководителей аптечных организаций и аптечных сетей на XII Международном форуме MedSoft-2016 в рамках симпозиума «Фармацевтические информационные системы» рассказал заместитель директора по ИТ Группы компаний «Московские аптеки» **Василий Лактионов**.

Компания «АСофт XXI», входящая в ГК «Московские аптеки», занимается разработкой специализированного программного обеспечения в области фармбизнеса с 1995 г. Многим участникам фармрынка хорошо знаком ресурс AptekaMos.ru

Падение курса рубля по отношению к доллару и евро привело к росту цен на лекарственные препараты (по данным В. Лактионова, согласно ресурсу AptekaMos.ru, цены на лекарства за последние полгода выросли в аптеках в среднем на 70%) и приостановлению производства ряда лекарств, а также к удорожанию кредитов для фармпроизводителей и дистрибуторов, росту закупочных цен на импортные лекарства и рассрочке платежей для аптек. Для участников фармрынка еще более актуальной стала задача мониторинга и анализа рынка в контексте цен.

«На протяжении 2015 г. мы боролись с тем, что ведущий наш проект – сайт AptekaMos – подвергался атакам и нападкам, у нас попросту крали данные. Для этого есть определенные причины, поскольку других информационных систем, откуда можно было бы взять данные для анализа цен, не так много.

И мы одни из них», – отметил такую тенденцию В. Лактионов. Далее он поделился сведениями об источнике, на котором основаны продукты компании, – это справочник лекарств ЕГК, наиболее полно описывающий аптечный ассортимент. Ведется он с 1996 г. В ЕГК представлены лекарственные средства, БАД, лечебная косметика, медицинская техника и изделия медицинского назначения, лекарственные растения. ЕГК содержит всевозможные классификации медикаментов: международные непатентованные наименования, фармакологические группы, международный классификатор болезней (МКБ-10), анатомо-терапевтические-химические группы (АТХ), перечень ДЛО и др. списки согласно законодательству. Информация в ЕГК вносится бесплатно. А сам справочник доступен в виде DBF-файлов – для использования в информационных системах, а также на CD-диске вместе с программной оболочкой – для использования в качестве электронного справочника лекарств.

В. Лактионов отметил, что справочник ЕГК достаточно широко используется для решения вопросов написания приложений как для аптек, так и сайтов, мобильных приложений.

Целый отдел квалифицированных специалистов проверяет информацию, прежде чем внести ее в ЕГК. «У нас представлено порядка полутора тысяч аптек и около 5,5 млн позиций из всех прайс-листов этих аптек. Отмечу, что эти показатели за полтора года выросли на 50%. Аптеки видят пользу от сотрудничества именно с нами, с ресурсом AptekaMos»,

– подчеркнул представитель компании. Он добавил, что среднемесячная посещаемость ресурса составляет сегодня порядка 700 тыс. посетителей, а те аптеки, которые по каким-то причинам отключаются от ресурса, в итоге все равно возвращаются.

РЕСУРСЫ ДЛЯ АНАЛИТИКОВ

Компанией были разработаны два ресурса для специалистов по ценообразованию и мониторингу в первую очередь. Первый – это «АптекаРос.Мониторинг». При этом разработчики старались учесть важный момент для специалистов – наличие графического интерфейса, в котором они могли бы видеть информацию о минимальных, средних и максимальных ценах на определенные медикаменты.

«АптекаРос.Мониторинг» – профессиональный инструмент для анализа данных о наличии и ценах на лекарства в аптеках, предназначен для маркетологов, специалистов по ценообразованию и закупкам, предоставляет возможность создания собственных списков аптек и медикаментов (есть возможность даже распечатать отчет), доступ к информации из любого места и с любого устройства: компьютер, планшет, смартфон, не требуя установки дополнительного программного обеспечения. Также на ресурсе используются фильтры для поиска информации: для медикаментов – это производитель, для аптеки – территориальное расположение.

Второй ресурс «АптекаМос АПИ» (API – application programming interface) – полная

копия «АптекаРос.Мониторинг». В. Лактионов пояснил, что для определенного рода пользователей, которым необходимо, к примеру, решать задачи построения графиков, нужны так называемые чистые данные (информацию, представленную на слайде в виде интерфейса, можно получить в виде чистых данных), лучше воспользоваться именно этим ресурсом.

«Никто из заказчиков не стеснялся, что хочет сравнивать свои цены с ценами конкурентов, и мы поддержали их и представили мониторинг в удобном для пользователя формате», – отметил В. Лактионов.

На перечисленных ресурсах можно получить фактически ту же информацию, что и на Aptekaros.ru, с которого, по выражению представителя компании, «все начинается». Он подчеркнул, что все сервисы компании основаны на справочнике ЕГК и дают возможность получать информацию о количестве аптек в Москве и Подмосковье и позициях лекарственных препаратов в них, о ценах на конкретную упаковку в аптеке и статистическую информацию, например, ТОР запрашиваемых лекарств в аптеках за последнюю неделю. «Иногда людям интересно знать, как элементарно меняется спрос на тот или иной лекарственный препарат с точки зрения потребности в нем», – сказал В. Лактионов. Интересна эта информация и для клиентов сервиса, таких крупных аптечных сетей, как «Самсон-Фарма», «Нео-фарм», «Диасфарм», «Е-Аптека» и др.

Анна ГОНЧАРОВА ■



ГЛАВНОЕ В НАШЕЙ ПРОФЕССИИ – ТЕРПЕНИЕ И ЛЮБОВЬ К ЛЮДЯМ

Фармацевта аптеки сети «Доктор Столетов» на Скобелевской ул., д. 4 **Наталью Анатольевну Тарасову** знает не одно поколение жителей Южного Бутово. Многие молодые посетители доверительно называют ее просто тетей Наташей. И главное даже не в том, что более двадцати лет своей жизни она отдала одной горячо любимой аптеке. А в особом таланте найти подход к самому, казалось бы, взыскательному клиенту, умении окружить теплом и заботой, дать квалифицированный совет и просто в нужный момент сказать доброе слово.

Наталья Анатольевна, расскажите, как все начиналось для Вас в профессии?

Я родилась в городе Октябрьске – это на Волге, в Самарской области. На фармацевта я училась в Пензенском фармацевтическом училище, которое в те годы было третьим в СССР после московского и ленинградского фармучилищ и лидировало по количеству выпускников и уровню образования. После окончания училища в 1976 г. по направлению (по-другому тогда было нельзя) поехала в Курган, где начала работать в аптеке ассистентом, занимаясь изготовлением лекарственных форм, а затем трудилась в должности рецептара-контролера и стояла за первым столом, принимала номенклатуру и делала химический анализ. В 1980 г.

приняла на себя руководство аптекой при обкомовской поликлинике с правом приготовления лекарственных форм.

Трудилась в должности заведующей аптечным пунктом первой категории – сама принимала и отпускала готовые лекформы и готовила по прописям в производственном отделе.

Невероятно сложный, но интересный период у меня начался через два года, когда я приступила к обязанностям начальника аптеки одной из воинских частей нашего контингента в Германии и получила звание прапорщика медицинской службы. Меня поставили временно исполняющей обязанности начальника медицинской службы батальона, и пришлось совмещать две



должности сразу. В моем ведении была медсанчасть с аптекой, стационаром на 8 коек и перевязочная. За два с половиной года единственное, наверное, что я не делала – это не вырывала зубы и не принимала роды, а так – резала, делала уколы, перевязывала, сопровождала рожениц до роддома (как сейчас помню, в моем гарнизоне их было пятнадцать). На учениях мы разворачивали полевой госпиталь, и мне тоже приходилось лечить.

Выйдя потом замуж и уехав с супругом в Эстонию, какое-то время я побыла домохозяйкой, а возобновила свою фармацевтическую деятельность уже в Москве, куда приехала с семьей, было это в 1995 г. Я пришла на работу в эту аптеку в августе (она тогда еще была государственной – №428), а уже в конце года предприятие выкупила компания «ЭРКАФАРМ», и аптека стала работать под брендом «Доктор Столетов». Я попала сюда случайно, прочитав объявление о приеме на работу, но, как говорится, «все случайности не случайны».

Что изменилось за эти 20 лет работы?

За эти годы изменилось многое, в первую очередь инфраструктура района. Когда начинали работать, здесь было два жилых дома, недостроенная детская поликлиника и аптека. И довольно долгое время она

оставалась единственной, поэтому изначально все жильцы домов шли к нам.

Коллектив у нас всегда был замечательный, многие фармацевты набирались опыта и уходили через какое-то время на повышение, и я их всех поддерживала в их решении. Но сама осталась трудиться здесь, т.к. очень люблю аптеку, прикипела сердцем. Тем более, когда видишь, как она меняется, развивается, растет вместе с районом, ведь мы же без посетителей не сможем быть успешными.

Десять лет назад аптека перешла на открытую форму торговли, за это время и номенклатура увеличилась до 16 000 наименований: появилось много элитной косметики, большая линейка БАД, открылся отдел ортопедии и расширился ассортимент средств по уходу за лежачими больными.

А какие еще плюсы работы в сети Вы видите?

Работа в составе сети, тем более такой большой и известной, как «Доктор Столетов», привлекает стабильностью, что, согласитесь, в наших реалиях важно. Мы обслуживаем огромное количество клиентов, потому что проходимость большая, постоянно получаем новый опыт продаж. У нас очень развита взаимозаменяемость, взаимовыручка внутри коллектива.

Многие склонны сравнивать, как было тогда, и как плохо стало сейчас...

Даже не знаю, как сравнивать... Разные эпохи, развитие технологических процессов. Тогда жизнь была более размеренная, ассортимент был поменьше, зато мы сами готовили очень сложные препараты по прописям. К нам даже приходили люди с народными рецептами, старались всем помочь!

Сейчас наша жизнь вся... бегущая, все спешат и все летит вперед с невероятной скоростью, благодаря и внедрению современных

информационных технологий и какой-то трансформации мышления, но это здорово! Мне в современном мире комфортно, интересно жить!

Я счастлива, что в начале моего профессионального пути получила очень хороший опыт, повезло с прекрасным наставником, который делился со мной своими знаниями. Три года я занимала первое место в Курганской области по специальности «рецептар-контролер» (у меня даже сохранилась вырезка из газеты).

Очень много моментов из того периода действительно вспоминается с ностальгией. Мы выполняли разные задания. Например, нужно было написать об аптеке или своей специальности в стихах. Было очень много сложных вопросов, мы готовили интересные доклады. Помню, в Кургане, в ботаническом саду, проходили необычные выставки. Каждая аптека представляла свою композицию из лекарственных трав, придумывала названия. Например, роза в крапиве называлась «Красота в плену». Я была экскурсоводом, рассказывала о лекарственных травах, и это был очень интересный и необычный опыт. Раньше в аптеке травы мы заготавливали сами. Нам давали план, сколько килограммов крапивы, бессмертника, сосновой почки, пижмы, зверобоя нужно собрать. И мы собирали, сушили и фасовали.

Как Вы думаете, нужны ли сейчас производственные отделы?

Я часто слышу, что люди предпочитают препараты промышленного производства, наверное, многие и не понимают, что это значит – лекарства, приготовленные по индивидуальным прописям. И для аптек производственные отделы становятся убыточными, да и с субстанциями стало сложнее. На сегодняшний день очень редко можно встретить индивидуальную пропись, не каждый врач может выписать правильный рецепт, многие из них стараются

переходить на выписку препаратов готовых форм.

А что Вы можете сказать об уровне фармообразования? Как Вам молодежь?

Мне часто приходилось работать с молодыми специалистами и хочу отметить, что они грамотные, пытливые, уровень начальных знаний у них хороший. В любом случае только на практике можно подтверждать этот уровень!

Я часто слышу о том, что теперь за первым столом могут работать и медсестры. Думаю, вот это как раз неправильно. Необходимы знания фармпорядка, фармакологии, а этих знаний у них нет, поэтому и появляются жалобы от населения, когда такой «горе-фармацевт» просто стоит продавцом у компьютера, а ответить на элементарные вопросы не может. Необходимо знать, как работает тот или иной препарат, какое действующее вещество есть, недостаточно просто прочитать инструкцию, и какой аналог или синоним предложить в случае отсутствия определенного ЛП; да и много еще чего необходимо знать работнику первого стола!

В нашей аптеке очень много лекарств, клиенты приходят образованные, поэтому я думаю, что консультации должны быть грамотными и исчерпывающими. Конечно, не все молодые специалисты готовы к такому общению, здесь нужны опыт и знания. И если человек пришел в профессию случайно, из него не получится грамотного специалиста. Очень важно желание учиться, любовь к профессии. Нужно уметь выслушать, искренне посочувствовать, посмотреть человеку в глаза, одним словом, нужно просто любить людей и быть немного психологом. Иногда можно услышать, как фармацевта называют продавцом. Это нас очень задевает! Да, мы стоим за кассой, но это не значит, что мы продавцы. Мы – специалисты здравоохранения, хотя и занимаемся продажами.

А что значит заявленный формат – торговый дом «Все для здоровья»?

Сразу отмечу, что у нас большой ассортимент лекарственных препаратов, включая рецептурные, но остальных позиций в ассортименте предостаточно, в первую очередь средств, предназначенных как раз для профилактики здоровья, косметики для поддержания красоты.

Мы учли, что рядом с аптекой находятся детская поликлиника, травмпункт, и создали замечательный детский отдел: одних только подгузников в ассортименте около 10 видов – богатый выбор! Молодые мамочки часто задают вопросы, например, как лечить диатез, как правильно купать ребенка, и мы всегда стараемся помочь, дать квалифицированный совет. Тесно сотрудничаем и с тремя поликлиниками, и с коммерческим центром «Практика здоровья».

В аптеке представлен большой ассортимент лекарственных трав. Часто посетители, а среди них много пожилых людей, знают только народные названия трав, и их нужно доходчиво информировать о фармацевтических названиях, не зря же травы называются лекарственными. Мне, например, в этом случае очень помогают знания в области ботаники и фармакологии, полученные еще в училище.

Из фитнес-клуба посетители заходят к нам по пути за мазями, различными препаратами, ведь на тренировках случается всякое.

Очень приятно, что у нас представлена собственная линейка «Доктор Столетов», которую уже знают и любят посетители. Собственная торговая марка насчитывает более 200 наименований, и я этим горжусь.

А насколько важны навыки консультирования в торговом зале?

По своему опыту могу сказать, общение с посетителями в торговом зале необходимо: выслушать человека и, по возможности,

оказать помощь... Я часто замечаю, что в некоторых аптеках фармацевты отмахиваются от клиентов, когда те просят показать тонометры. Мы обязательно открываем упаковку, показываем, как работает прибор, и можем потратить на это столько времени, сколько требуется клиенту, чтобы разобраться, – это 15–20 минут. Люди от нас уходят удовлетворенными.

Ваш постоянный посетитель. Какой он?

В нашей аптеке жизнь кипит! Каждый специалист за смену обслуживает до 100 человек. Да, трудно, и физически, и психологически! Но я бы не смогла работать в тихом месте, мне было бы просто не интересно!

Мы стараемся найти подход к каждому посетителю – с кем-то нужно поговорить с юмором, у кого-то спросить о здоровье, кого-то отправляем немедленно к врачу или сдать анализы.

Не секрет, что чаще больные идут сразу в аптеку, не очень хотят сидеть в очередях в поликлинике. Сотрудники аптеки понимают, в какой ситуации можно дать совет – например, порекомендовать препарат от простуды или головной боли, чтобы снять симптоматику, но если что-то серьезное, настоятельно рекомендуем обратиться к врачу.

У нас много постоянных клиентов, которые приходят именно ко мне, и это очень приятно. Многие выросли на моих глазах. Сейчас это взрослые, состоявшиеся люди, а ведь я помню их детишками! Они заходят ко мне, вместе вспоминаем какие-то забавные случаи. А молодые мамочки приходят ко мне за советом и часто по-домашнему называют просто «тетя Наташа». Думаю, стоит пройти такой большой путь в профессии, чтобы услышать искренние слова благодарности.

Какой-то интересный случай из жизни первостольника вспоминается?

Случаев было очень много, и комичных, и не очень. Но самое главное для фармацевта

– быть нужным, вовремя оказать помощь! Однажды в аптеку зашла женщина и пожаловалась на головокружение, слабость. Я померила ей давление и предложила вызвать скорую, причем срочно. Женщина долго отказывалась, говорила о том, что ей нужно на работу, и тогда я спросила: «Что для вас важнее? Здоровье, ваша жизнь или работа?» Согласилась со мной, а через месяц пришла со словами благодарности, потому что помощь была оказана вовремя, у нее был диагностирован инсульт.

Что бы Вы посоветовали молодым фармацевтам, которые приходят в профессию?

Я бы пожелала терпения, терпения и еще раз терпения. Клиенты сейчас непростые, нужно уметь с каждым найти общий язык. А опыт придет, если есть желание. Ведь главное в нашей профессии – это терпение и любовь к людям.

Елена ПИГАРЕВА ■



«МЫ РАБОТАЕМ С УНИКАЛЬНЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ»

Центр образовательных программ, подразделение федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России (ФГБУ «НЦЭСМП»), обнародовал данные проведенного им исследования об образовательных потребностях специалистов сферы обращения лекарственных средств, изучив мнение 523 слушателей курсов повышения квалификации и тематических семинаров, которые проходят на базе Центра.

Директор Центра образовательных программ ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России, д.фарм.н., проф. **Роза Ягудина** рассказала МА об особенностях рынка образовательных услуг и необходимости поддержки преемственности знаний.

Согласно данным исследования, 27% респондентов заняты в области регистрации и сертификации лекарственных средств, 21% слушателей – в сфере доклинических и клинических исследований ЛС, 14% участников в качестве своей деятельности отметили фармаконадзор. Остальные респонденты вовлечены в процессы контроля качества и валидации, производство ЛС и администрирование. Основная группа обучающихся – молодые специалисты (менеджеры), работающие на предприятиях-производителях и в компаниях-представительствах с медицинским, фармацевтическим или химико-технологическим образованием.

Ключевая мотивация опрошенных при посещении образовательных программ – повысить профессиональный уровень. В числе других причин обучения респонденты отмечают необходимость повышения квалификации один раз в 5 лет в связи с требованиями надлежащих практик (GXP).

В тройку лидирующих критериев успешного обучения в Центре, по мнению респондентов, вошли: актуальность тем семинаров (43%), умение изложить материал логично и доступно (30%) и обеспечение методическими материалами (25%).

Роза Исмаиловна, какова цель проведенного исследования?

Цель – выявить образовательные потребности слушателей курсов Центра образовательных программ, оценить динамику развития программ дополнительного профессионального образования в разрезе фармацевтической отрасли и интегрировать результаты в работу Центра. На протяжении последних шести лет мы проводим мониторинг образовательных потребностей специалистов сферы обращения лекарственных средств. У нас нет поводов для удивления, мы владеем ситуацией, картина достаточно предсказуема. Прекрасно осознавая, что рынок образовательных услуг достаточно конкурентный, с высоким

уровнем требований, мы стараемся делать так, чтобы максимально удовлетворить потребности слушателей – специалистов сферы обращения ЛС – в тех продуктах и услугах, которые мы предоставляем, а именно в образовательных программах, формах и методах их подачи.

Образовательная деятельность – очень тонкий вид деятельности. Здесь нужно действовать очень аккуратно, чтобы оправдывать ожидания слушателей и готовить их к грядущим изменениям. Мы работаем с уникальными специалистами: это высококвалифицированные люди, которые занимаются разработкой, испытанием, производством ЛС. Российская фармацевтика развивается интенсивно, государство многое делает для того, чтобы поднять ее уровень, поэтому

естественно, что в отрасль приходят новые кадры, которые нуждаются в обучении.

Динамичные изменения законодательной базы, гармонизация процессов с международными тенденциями, создание нового правового поля, например, в рамках Евразийского экономического союза, – все это предполагает постоянное обновление знаний, и не только обновление, но и обучение формируемым правилам и порядкам. Мы создаем именно такие образовательные программы. В чем сложность их реализации?

Наверное, многим из нас приходилось сталкиваться с ситуацией на всевозможных конференциях и семинарах, когда уровень квалификации слушателей бывает выше, чем у выступающих. Например, некоторые специалисты отделов регистрации работают с самого начала возникновения рынка и знают прекрасно, как готовить досье и другие материалы. Эту категорию слушателей интересует информация, получаемая от людей, которые реально владеют ситуацией: они либо сами участвуют в разработке таких документов, либо непосредственно на практике реализуют законодательные новеллы. Другая проблема в том, что очень часто люди, прекрасно знающие предмет на практике, не могут донести это знание до слушателей. Обучение – это тоже вид профессиональной деятельности, который требует соответствующего методического сопровождения.

Одна из задач Центра образовательных программ – изучать образовательные потребности специалистов, понимать, даже предвосхищать то, что им необходимо. Поздно начинать разрабатывать программу тогда, когда потребность в ней отпала. И работать с лекторами таким образом, чтобы их тематика не повторялась. Аудитория – специалисты сферы обращения ЛС – благодарная, высококвалифицированная, очень активная, которая прекрасно понимает, что им нужно, а что нет.

Будут ли разработаны какие-то новые образовательные программы на основе исследования?

Мы регулярно просматриваем все анкеты слушателей, чтобы понять, что интересует специалистов разных направлений сферы обращения ЛС. У нас очень жесткое планирование, но если вводится новый нормативный документ или мы заранее знаем, что определенная образовательная программа будет нужна, тогда постараемся заранее подготовить ее; так, например, была подготовлена программа по фармаконадзору.

Сотрудники Центра стараются посещать значимые профессиональные конференции, которые проводят сторонние организации, и общаться там со специалистами отрасли, чтобы понимать, что им нужно.

Расскажите, пожалуйста, о лекторах, которых приглашает Центр. Кто эти специалисты, откуда?

Привлекаемые лекторы – лучшие в отрасли. Вообще, то, чем мы занимаемся, невозможно создать с нуля. Если мы привлекаем лектора со стороны, то с 70–80% из них мы знакомы лично в течение многих лет. Или они приходят к нам по рекомендации, например, отраслевых ассоциаций. Это штучная работа. Такого, чтобы лектор не откликнулся на предложение выступить перед слушателями Центра, нет. Для лекторов выступать в Центре – это определенная степень подтверждения высокого уровня квалификации специалиста, а иногда и базис для карьерного продвижения.

Не думаю, что где-то в мире проводится такое же количество образовательных программ, как у нас. Центр проводит 20 семинаров по таким темам, как «Комплектация и формирование регистрационного досье», «Требования к проведению и предоставлению результатов изучения биоэквивалентности», «Безопасность лекарств и фармаконадзор»,

«Современные требования к маркировке и упаковке лекарственных средств» и др.

Как меняется динамика развития программ дополнительного профессионального образования в фармацевтической отрасли? Что было актуальным несколько лет назад, а что сегодня?

Например, в 2010 г. вступил в силу Федеральный закон №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а позднее Федеральный закон №429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств». В законодательной базе появилось такое понятие, как регистрационное досье. Пообщавшись со слушателями и экспертами, мы ввели такую тему, как «Комплектация регистрационного досье». Это один из самых востребованных наших семинаров. Еще один пример – семинар по биодоступности.

Много говорится о том, что в аптечных учреждениях обязательно должен быть уполномоченный по качеству лекарственных препаратов. Что может предложить Центр розничному сектору фармрынка?

Уполномоченный по качеству лекарственных препаратов должен проходить обучение в рамках повышения квалификации. Мы этим вопросом пока не занимаемся, не совсем наш профиль. Это совсем другая целевая аудитория, другие докладчики. Чтобы запустить подобные образовательные программы, Центру понадобятся другие помещения, новые лекторы и пр.

Как влияют на запросы слушателей последние законодательные изменения, например, образование ЕАЭС?

Мы как экспертная организация работаем в рамках существующего законодательства,

нормативные документы не разрабатываем, но, поскольку наши эксперты принимают участие в деятельности рабочих групп, в т.ч. ЕАЭС, то они в курсе разрабатываемого законодательства. Мы в рамках семинаров и программ повышения квалификации можем обсуждать и освещать те проекты документов, которые доступны для публичного обсуждения, и по своей специфике понятно, что стоит за конкретными фразами и документами, к чему должны быть готовы специалисты отрасли.

Оправданно ли мнение, что в России регуляторные барьеры (при выходе на рынок лекарственных препаратов) труднопреодолимы?

Законодательные требования всегда являются препонами для появления на рынке не только лекарств, но и других продуктов и товаров, требующих сертификации. Регуляторные барьеры есть в любой стране мира. Не думаю, что в США или Евросоюзе лекарственный препарат зарегистрировать легче, чем у нас. Если это серьезная разработка, то она и требует серьезного подхода: компания спокойно готовит регистрационное досье, и особых неразрешимых проблем не возникает. Но нельзя зарегистрировать препарат, если комплект нормативных документов на него не соответствует законодательству страны.

Каждая страна периодически меняет, совершенствует свое законодательство. Дело производителя – внимательно отслеживать эти изменения. Для этого есть профессиональные ассоциации, и Минздрав России, как мы видим, в последнее время открыт в плане привлечения профессионального сообщества, производителей к обсуждению тех документов, которые разрабатываются. В нашей стране это сделать несложно. У нас все проекты нормативных документов проходят общественное обсуждение. Другое дело, когда локальные требования противоречат

международным. И тогда часть исследований и разработок, которые сделаны за рубежом, в странах с высоким уровнем развития регуляторики, могут не соответствовать нашим данным. Здесь возникают некоторые коллизии. Иногда бывают проблемы межведомственного взаимодействия или с трактовкой нормативной базы. Предприятия-производители должны активно участвовать в обсуждении, а то они думают, что живут на одной планете, а регуляторы – на другой.

Насколько важно внедрять IT-технологии (онлайн-, веб-семинары) в образовательный процесс? Или же предпочтительнее живой контакт с участниками семинаров?

У нас не исключительно очное присутствие на семинарах. В Научном центре достаточно сильная IT-служба, поскольку колоссальный документооборот. В соответствии с требованиями законодательства об образовании мы формируем онлайн-программы обучения. Каждый слушатель после заключения договора получает пароль доступа к папке слушателя, где размещены материалы для обучения. У лекторов также есть доступ к ресурсу, где они выкладывают свои презентации. Таким образом, мы убрали дублирующие моменты в программах лекторов.

Конечно, живое общение предпочтительнее, материал усваивается лучше. Но многое зависит еще и от поколения. Современное

очень любит онлайн-форматы, а поскольку возраст наших слушателей различен (и 25, и 60 лет), мы стараемся обеспечить все запросы.

Какие задачи ставит перед собой Центр в 2016 году?

Мы занимаемся повышением квалификации не только внешних слушателей, но и собственных экспертов. Есть внутреннее обучение, где эксперты с опытом читают лекции молодым. Так что у нас проходит огромное количество семинаров для самих экспертов силами Центра. У нас идет постоянное развитие коллектива. И нам нужно обеспечить преемственность знаний. Это важно. Пробелы в передаче знаний от поколения к поколению приводят к очень серьезным вещам. В организации экономики фармации, например, в 90-е гг. произошел разрыв. Единицы специалистов остались, которые еще не на пенсии и могут руководить подготовкой новых научных кадров. У нас разработаны специальные программы передачи знаний, обмена опытом в области экспертизы по различным группам препаратов.

Наши основные задачи – поддерживать неизменно высокое качество проведения мероприятий, соответствовать потребностям и желаниям отрасли, немного их предвосхищать, готовить специалистов к тем изменениям, которые должны произойти.

Анна ШАРАФАНОВИЧ ■



ВРАЧ И ПРОВИЗОР ПО НОВЫМ СТАНДАРТАМ

В середине апреля 2016 г. в Центре международной торговли состоялся ежегодный Всероссийский конгресс «Человек и лекарство». Особое внимание на нем было уделено поднятию профессионального уровня молодых специалистов на основе гармонизации высшего медицинского образования. О том, каким образом будет меняться система дополнительного медицинского образования, собравшихся на семинаре познакомил декан факультета дополнительного профессионального образования Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова, к.м.н., доцент кафедры кардиологии ФДПО **Ольга Федоровна Природова**.

– В настоящее время к высшему образованию стало относиться и обучение по программам ординатуры и аспирантуры. Поменялась ситуация с дополнительным профессиональным образованием, к которому, как и прежде, относится профессиональная переподготовка и повышение квалификации. До настоящего момента допуск к профессиональной деятельности осуществляется через процедуру сертификации. Выпускник, прошедший обучение по программе выбранной специальности, обязательно продолжит свое образование в ординатуре и по ее окончании получит допуск к профессиональной деятельности на 5 лет. По истечении этого срока врач должен пройти курс «повышения квалификации», сдать

квалификационный экзамен и опять получить право заниматься любимым делом. Цикл этот может повторяться многократно. Для получения новой квалификации специалист может пройти цикл профессиональной переподготовки. В действительности и ранее, и на современном этапе врачи проходят непрерывное медицинское образование, посещают конференции, изучают различные публикации. К сожалению, эта немного частная образовательная деятельность не учитывается в образовательную активность, после которой специалист может быть допущен до практической деятельности. Для облегчения решения собственной врачебной участи необходимо ввести новый термин «непрерывное медицинское образование»

или «непрерывное профессиональное развитие».

Ни в одном федеральном законе, ни в одном ведомственном нормативном акте нет понятия «непрерывное медицинское фармацевтическое образование» или понятия «непрерывное профессиональное развитие». Согласно Федеральному закону от 29.12.12 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», «...реализация образовательных программ медицинского и фармацевтического образования обеспечивается непрерывным совершенствованием профессиональных навыков в течение всей жизни». Далее приказом министра здравоохранения РФ от 18.02.13 №82 был сформирован Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации с целью координации деятельности и оптимизации сотрудничества Минздрава России и профессиональных медицинских организаций в сфере повышения квалификации медицинских кадров, развития организационной структуры и содержания непрерывного медицинского образования. И тогда же, буквально через несколько месяцев, при активном участии созданного совета выходит приказ Минздрава России от 11.11.13 №837 «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций».

Документ регламентирует новую модель обучения, повышения квалификации специалистов на протяжении 144-часового цикла. Он может быть растянут на один год, реализовываться обучение должно в сетевой форме, совместно с некоммерческими профессиональными обществами и региональными органами управления здравоохранения, при этом не менее 50% обучения должно проводиться в применении к дистанционным образовательным технологиям и электронному

обучению. Сама программа должна была включать в себя не менее 108 часов образовательной части и 36 часов, реализуемых некоммерческим, профессиональным обществом в виде очных образовательных мероприятий, соответствующих определенным требованиям и дистанционным модулям.

В 2015 г. пилотный проект соответственной модели непрерывного медицинского и фармацевтического образования продлевается до 2020 г., количество участников увеличивается, расширяется контингент обучающихся. Финансирование происходит за счет средств федерального бюджета. Параллельно меняется система допуска к профессиональной деятельности. Согласно редакции ФЗ от декабря 2015 г., «...аккредитация специалиста, это – процедура определения соответствия лица, получившего фармацевтическое, медицинское или иное образование, требованиям осуществления медицинской деятельности по определенной медицинской специальности или фармацевтической деятельности».

Приказ Минздрава России от 25.02.16 №127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» регламентирует поэтапную аккредитацию специалистов. Переход к процедуре аккредитации специалистов будет осуществляться поэтапно с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2025 г. включительно. В текущем году через аккредитацию будут допускаться к профессиональной деятельности лица, обучающиеся по программам «Стоматология» и «Фармация». Каждый год к обучению будут присоединяться новые специальности, в 2018 г. через процедуру аккредитации будут допускаться к профессиональной деятельности выпускники программы «Ординатура», окончившие программу профессиональной переподготовки, с 2020 г. – все остальные специальности.

В период с 1 января 2016 г. по 1 января 2021 г. допуск к профессиональной

деятельности будет осуществляться как через процедуру аккредитации, так и через сертификацию специалистов, в зависимости от сроков прохождения последней аккредитации или сертификации. Таким образом, специалисты, прошедшие последнюю сертификацию до 1 января 2016 г., после истечения срока полученного сертификата еще однократно могут допускаться к профессиональной деятельности через процедуру сертификации. При этом сертификаты, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 г., действуют до истечения указанного в них срока (т.е. последний сертификат может действовать до 31 декабря 2025 г.).

Специалисты, прошедшие аккредитацию после 1 января 2016 г., будут допускаться к профессиональной деятельности только через процедуру аккредитации специалиста. Согласно системе допуска к профессиональной деятельности, выпускники вуза должны пройти итоговую аттестацию, первичную аккредитацию, лишь в будущем они будут допущены к профессиональной деятельности. В дальнейшем обучение не заканчивается, все эти пять лет, до следующей аккредитации, специалист будет проходить непрерывное медицинское или фармацевтическое образование. ФЗ №66 регламентирует порядок обучения по дополнительным профессиональным программам. «Повышение квалификации специалиста в рамках непрерывного медицинского и фармацевтического образования будет проходить в виде индивидуального, пятилетнего цикла обучения по соответствующей специальности. Непрерывное образование будет включать формирование индивидуального плана и последующее его дискретное освоение в течение пяти лет, по окончании которого потенциальный специалист будет допущен к процедуре аккредитации. Компонентами индивидуального плана являются дополнительные профессиональные программы сертификации непрерывного образования и образовательные мероприятия в очной и заочной форме. Дополнительная

программа (продолжительность – 36 или 18 час.) не должна выглядеть как укороченный сертификационный цикл. Это – один или два модуля классического цикла повышения квалификации.

Дополнительные программы могут осуществляться как за счет средств федерального бюджета, так и на договорной основе, с применением образовательного сертификата. Очные образовательные мероприятия могут проводиться в виде семинаров, конференций, мастер-классов, включая вебинары. Заочные образовательные мероприятия дистанционные, интерактивные модули, электронные курсы, разрабатываются по клиническим рекомендациям Минздрава России. Все перечисленные мною программы и мероприятия могут быть компонентами индивидуального плана при условии их размещения в соответствующем перечне на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования. Решение о включении и программ, и мероприятий в эти перечни принимается экспертной комиссией в соответствии с проектом приказа. На протяжении пятилетнего непрерывного образовательного цикла специалист проходит обучение 250 час. с ежегодным распределением – не менее 50 час.

В проекте приказа прописаны не менее 36 час. на дополнительные профессиональные программы и 14 час. – на образовательные мероприятия, и только по результатам обучения при условии успешного выполнения индивидуального плана специалист получает право выхода на процедуру повторной аккредитации.

Почему пилотный проект вызывает много вопросов?

■ Он знакомит нас с некоторыми новшествами, принятыми в европейском здравоохранении, и еще в новинку для здравоохранения российского. Специалисты, полностью прошедшие цикл образовательных часов (кредитов), получают свидетельство с указанием их количества.

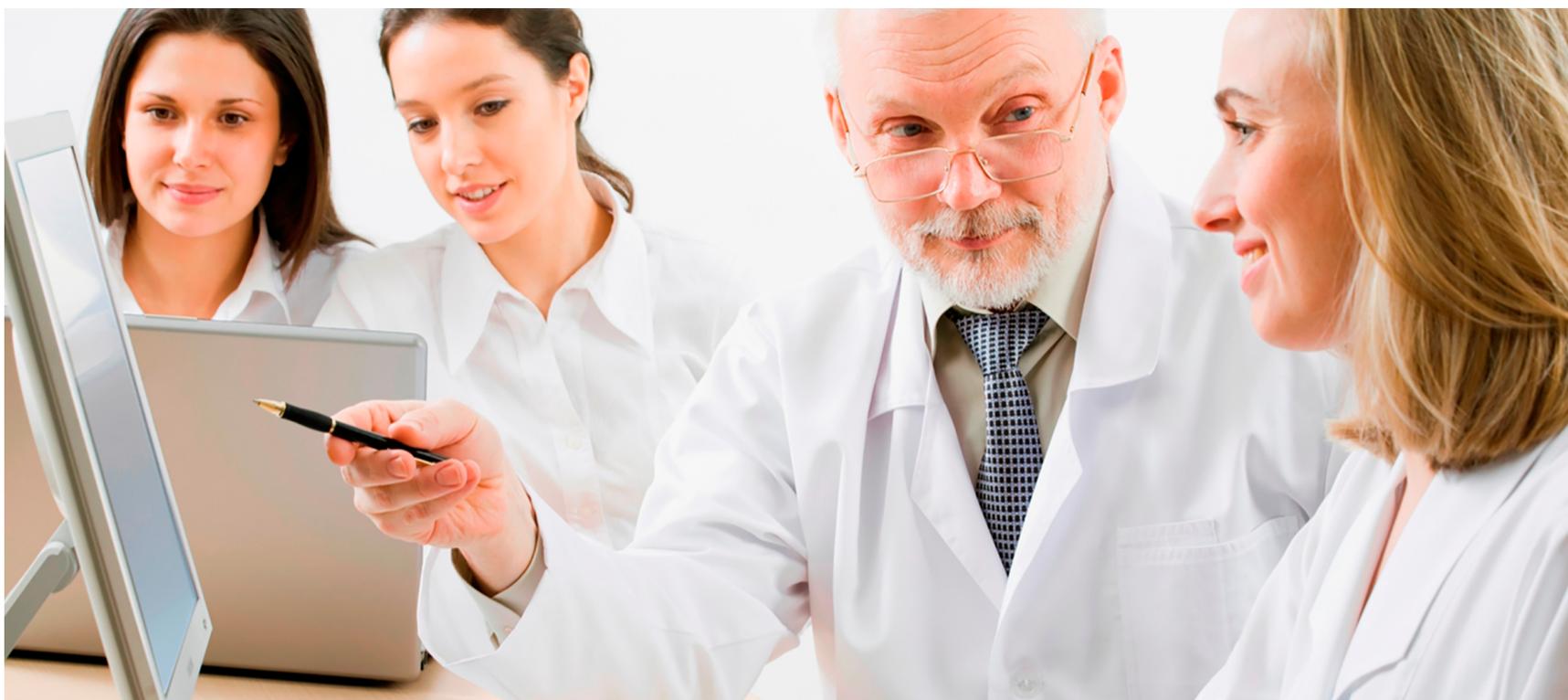
■ Набор часов или кредитов на мероприятия осуществляется только на те из них, которые

соответствуют требованиям Координационного совета. Учет кредитов может быть только у зачисленных лиц, в рамках часов, соответствующих образовательной программе.

■ Внедрение образовательного сертификата изменяет систему финансирования дополнительного профессионального образования. Участниками реализации программы с применением образовательного сертификата

и образовательными и научными организациями, но одновременно с традиционными программами могут реализовываться и эксклюзивные программы, в т.ч. и программы НМО. Выбор программы осуществляется через портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Ольга ДАНЧЕНКО ■



СИСТЕМА НМО – НАШЕ БУДУЩЕЕ!

«Модернизация системы образования – условие формирования инновационной экономики», – подчеркивает Президент Российской Федерации Владимир Путин. Повышение качества оказания безопасной медицинской помощи, эффективности расходования государственных ресурсов напрямую связаны с уровнем квалификации медицинских работников. Об этом шла речь на конференции «Роль непрерывного медицинского образования в аккредитации специалистов в рамках прошедшего конгресса «Человек и лекарство».

О проблемах и перспективах непрерывного медицинского образования рассказала Лариса Константиновна Машетова, ректор Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО), проф., д.м.н., акад. РАМН, заслуженный врач Российской Федерации.

– Сегодня дополнительное образование поднимает очень высокую планку в подготовке специалистов, и каждый понимает значимость этой системы, созданной более 120 лет назад в России. Тенденции развития медицинской науки, проблема практического здравоохранения, современная экологическая ситуация требуют модернизации профессиональной подготовки врачей и умения их адаптироваться к современным условиям. В итоге профессиональная подготовка и переподготовка медицинских кадров выходит на проблему сохранения здоровья населения, что сегодня расценивается как условие национальной безопасности.

В «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской

Федерации до 2020 года» сказано, что одной из основных задач развития здравоохранения является непрерывность медицинского профессионального образования. И надо сделать так, чтобы широкая масса всех врачей РФ умом и сердцем приняли тот факт, что учиться придется постоянно, непрерывно, и раз в пять лет проверять свои знания, получая допуск к профессиональной деятельности.

Непрерывность медицинского профессионального образования (и не просто дополнительное профобразование как элемент НМО) определена двумя федеральными законами: «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и «Об образовании в РФ». Было обещано, что к вышедшему последнему будет

подготовлено более 140 подзаконных актов, которые постепенно разложат весь этот закон на составляющие, дальше пойдут нормативные документы и доведут до конкретного исполнения каждый пункт закона. Прошло реальных 2,5 года, и уже очень много сделано. Но проблемы нормативного обеспечения НМО остаются. Прежде всего, это определение единого подхода к разработке содержания профессиональных стандартов, которые являются основой наших образовательных программ в системе непрерывного образования. Без профстандартов мы сейчас двинуться в образовании не сможем. Руководство нашей страны неоднократно напоминало, что этим надо заниматься и в здравоохранении.

Конечно, необходим пересмотр номенклатуры медицинских специальностей с учетом тенденций развития мирового здравоохранения, с учетом того, что аккредитация позволит получить допуск к профессиональной деятельности внутри определенной специальности. То есть какой-либо узкий раздел специальности может быть разделен на фрагменты, и в результате аккредитации врач сможет получить допуск работы специалистом в конкретной узкой области.

Необходима разработка нормативных документов, регламентирующих лечебную деятельность профессорско-преподавательского состава образовательных организаций, а также создание и функционирование университетских клиник сетевой формы реализации образовательных программ. Есть очень много проблем по оформлению, допуску к работе, штатному расписанию вуза и клиники, оплате труда и т.д.

Необходимо согласование нормативной базы по взаимному признанию в странах Евразийского экономического союза документов, подтверждающих освоение образовательных программ высшего образования (ВО) и дополнительного профессионального образования (ДПО). Это требуется для того, чтобы представителям Белоруссии, Казахстана можно было продолжить образование у нас, а документы были бы адаптированы

для специалистов по окончании определенного уровня образования.

Наши научно-исследовательские институты, которые готовят великолепных специалистов по своему направлению, не могут иметь полный набор кафедр по фундаментальной медицине. Надо кооперироваться, консолидироваться, но возникает много вопросов по юридическому оформлению и финансовому обеспечению этой проблемы.

Необходимо решение вопросов трудоемкости программ, реализуемых в дистанционной форме. Каждый вуз имеет свои программы, покупает их, разрабатывает сам. Надо рассчитать цену каждого часа этих дистанционных программ, трудоемкости со стороны педагогов и трудозатрат со стороны обучающихся.

Нужно научно-методическое обеспечение образовательного процесса системы непрерывного профессионального медицинского образования, а также создание единой методической структуры/методического центра. Надеюсь, что центр, созданный для аккредитации, будет основным идеологом разработки документов и программ в системе НМО.

Важна разработка документов, регулирующих этические вопросы и конфликты интересов для обеспечения нерекламности в системе непрерывного медицинского образования. Сейчас будет проводиться очень много клинических испытаний на базе клиник наших вузов за счет специального финансирования. Этот вопрос надо отрегулировать, т.к. мы должны работать в содружестве с фирмами.

Какие перспективы НМО? Прежде всего, оно готовит специалистов не для системы НИИ, а работает на практическое здравоохранение. Поэтому необходим ежегодный анализ потребностей практического здравоохранения по каждой медицинской специальности, каждому региону на предмет выявления дефицита. Это обязательное условие, с которого надо начинать.

Необходимо совершенствование образовательного процесса в соответствии

с компетентностным подходом во всей образовательной системе. Это также ключевая позиция НМО.

Развитие экспериментальной и инновационной деятельности в сфере медицинского образования (разработка, апробация и внедрение новых образовательных технологий и совершенствование научно-педагогического, учебно-методического, организационного, правового, кадрового, материально-технического обеспечения системы НМО) – все это должно быть современно, с учетом достижений предыдущих поколений, где было много очень хорошего, полезного и ценного, к чему мы возвращаемся, но уже на другой основе.

Очень важна разработка методики по каждой конкретной специальности. Если взять деятельность педагогических университетов, то на факультетах обязательно есть кафедра методики преподавания какой-либо специальности. Педагога готовят уже на научной методологической основе. Поэтому методика обучения специальности должна быть предметом обучения наших педагогов. И научно-исследовательская деятельность по системе непрерывного медицинского образования именно в педагогическом плане сегодня стала уже научной проблемой. Многим вузам и нашему в т.ч. дали тему «Научное совершенствование врачей». Мы будем разрабатывать эту проблему на уровне государственных субсидий.

Организация образовательного процесса включает в себя:

- разработку методики обучения по конкретной медицинской специальности;
- осуществление научно-исследовательской деятельности по проблемам повышения эффективности подготовки медицинских кадров по конкретным медицинским специальностям.

Необходимо совершенствование подготовки профессорско-преподавательского состава – разграничительно для системы ВО (3-й уровень) и ДПО. Требования разные – госстандарт (3-й федеральный уровень) и профессиональный стандарт при непрерывном дополнительном образовании.

Очень важно готовить преподавателей, участвующих в разработке оценочных средств и экспертов для аккредитации врачей. Как оценить – это тоже наука, и очень серьезная.

Профессиональный стандарт – это ключевая позиция в системе подготовки врачей. На сегодняшний день утверждено два стандарта. Профстандарт – это тот документ, который работает на «двух хозяев». Прежде всего, на работодателя. Профстандарт определяет должностные инструкции врача, заработную плату, штатное расписание, возможность заключения эффективного контракта, регулирование структуры самой медицинской организации.

Второе, на что выходит профстандарт, это образовательные организации. Они становятся основой создания федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) в высшем образовании (1-й ступени) в т.ч. подготовка кадров высшей квалификации (ординатура, аспирантура) и плавно (поскольку образование является непрерывным и одна компетенция перетекает в другую по мере получения образования) переходит в программу ДПО (профессиональную переподготовку и повышение квалификации специалистов). Эти образовательные организации становятся основой тех учебных материалов, которые сопровождают учебный процесс.

В перспективах НМО очень важно симуляционное обучение. Но для того чтобы учить (а сейчас каждый вуз имеет симуляторы), педагогу надо самому сначала выучиться работать с этим сложным, но интересным современным оборудованием. Необходима единая система подготовки преподавателей и инструкторов симуляционного обучения. У нас организован график посещения нашего симуляционного центра. Мы адаптировали импортные программы и обучили педагогов. Конечно, должно быть взаимодействие образовательных учреждений и профессиональных ассоциаций по разработке учебных модулей симуляционного обучения. В этом и смысл

непрерывного образования. То, о чем я говорила, в основном относится к государственным образовательным учреждениям. Но без профессиональных ассоциаций система НМО работать не сможет. Поэтому разработка учебных модулей, симуляционного обучения, проведение аккредитационных мероприятий – все возможно только совместно, что и прописано законом.

Также необходимо развитие фонда оценочных средств для аккредитации специалистов. Это трудозатратная, экономически сложная система.

Нельзя забывать о науке, которая в медицине носит большей частью прикладной характер и служит образовательной основой институтских кафедр. В области интеграции образовательной и научно-исследовательской деятельности перспектив НМО лежат следующие принципы. Научные исследования аспирантов медицинского профиля должны носить фундаментально-прикладной характер. Внедрение результатов научно-исследовательских работ в образовательный процесс должно идти по алгоритму: рекомендация о включении в образовательную программу – коррекция программы с учетом внесенных изменений – создание учебного пособия. Связкой является результат – компетенция выпускника программы, ориентированной на современные достижения науки.

Молодежи сейчас уделяется колоссальное внимание. В любом вузе есть советы молодых ученых, проходят научные семинары и конференции. Необходимо вводить поощрение организации в образовательных учреждениях ВО и ДПО «Школ молодых ученых» и научных кружков. Молодежи нужно дать верное направление деятельности – в нужное русло, для правильных общепользовательных дел. Нужно помнить о воспитательной составляющей – не только образовательной.

Отрадно, что постепенно, последовательно идет внедрение системы периодической аккредитации с тем, чтобы получить определенный опыт работы. Портфолио (участие в конференциях, начисление баллов)

играет очень важную роль. Хорошо, что разделен аккредитационный подход к молодым специалистам и врачам со стажем. Надеюсь, к 2021 г., когда вступит в силу положение об аккредитации, все будут к нему готовы.

Итак, необходимо:

- нормативно-правовое регулирование образовательного процесса (подготовка кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования);
- обновление содержания программ подготовки врачей специалистов (на основе анализа потребностей практического здравоохранения);
- организация образовательного процесса (в соответствии с положениями компетентностного подхода). Внедрение современных образовательных технологий (дистанционное обучение, симуляционное обучение и др.);
- организация подготовки профессорско-преподавательского состава (с учетом специфики ВО и ДПО);
- централизованная разработка оценочных средств для аккредитации специалистов;
- интеграция образовательного процесса и результатов научно-исследовательской деятельности.

В России уже создано 11 кластеров: 9 – по региональному принципу, 2 – по специальности (стоматологический и фармацевтический – в связи с рядом специфических особенностей). Но нам необходим Научно-образовательный медицинский кластер по НПО. Цель: реализация единой современной эффективной корпоративной системы непрерывного профессионального образования (подготовка кадров высшей квалификации и дополнительное профессиональное образование). Его функционирование должно проходить также на основе принципов, изложенных в приказе Минздрава России от 26.11.15 №844 «Об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров».

Система НМО уже работает. Наше будущее – в наших руках!

Елена МАРТЫНЮК



СДЕЛАТЬ НЕЛЬЗЯ, А НЕ ДЕЛАТЬ НЕВОЗМОЖНО

Такими словами охарактеризовала стоящую перед Минздравом задачу разработки пилотного проекта лекарственного возмещения **Лариса Попович**, директор Института экономики здравоохранения (Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»).

На заседании РАФМ эксперт обозначила подходы и проблемы объявленного пилота по повышению доступности лекарственных препаратов для пациентов после оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Лариса Попович остановилась на некоторых аспектах проблемы лекарственного возмещения, с которыми придется столкнуться Минздраву и которые делают его работу героической, по ее выражению. Проект лекарственного возмещения в стране ждут давно, но пока на пути к его внедрению много проблем.

Эксперт напомнила, как выстроена система лекарственного обеспечения в РФ.

Утверждать, что в стране вообще нет лекарственного возмещения, неверно. Под разными названиями и на разных основаниях лекарственное возмещение получает достаточно большое количество граждан. К примеру, из федерального бюджета возмещение получают лица, больные тяжелыми хроническими заболеваниями, требующими дорогостоящего медикаментозного лечения; из средств бюджета субъекта РФ – лица, имеющие право на получение лекарственных средств при амбулаторном лечении бесплатно или со скидкой (по социальному статусу и больные отдельными заболеваниями); из средств ОМС – лица, получающие медицинскую помощь в стационарах и в дневных стационарах (перечень ЖНВЛП, утвержденный распоряжением Правительства РФ).

Не получают какого-либо лекарственного возмещения только граждане, которые не вошли в число льготников и которым в амбулаторном звене лекарства не предоставляются. Л.Д. Попович пояснила участникам

заседания, чем закончилась дискуссия на тему, почему в амбулаторном звене нет бесплатных лекарств, хотя в Конституции РФ есть норма о бесплатной медицинской помощи. «То, что лекарства должны входить в тариф ОМС, это не так, потому что в соответствии с западными представлениями о медицинской помощи она заканчивается ровно в момент прописывания препаратов, дальше уже не медицинская помощь. Лекарства не являются элементами медицинской помощи в амбулаторном звене, поэтому конституционная норма здесь не нарушена. Так, по крайней мере, трактует эту норму аппарат Татьяны Голиковой», – сказала эксперт.

Она напомнила аудитории об основных элементах, из которых может быть выстроена любая модель лекарственного возмещения. В конструктор входят следующие «кубики»:

- различные варианты регулирования цен (предельные, ограничение торговых наценок, референтные, фиксированная норма прибыли);
- категории льготников (по возрасту, социальному статусу, тяжести заболевания);
- перечень лекарственных препаратов (основной, позитивный, негативный);
- способы компенсации затрат (совместное страхование, плата за рецепт, сооплата в системе референтных цен или введение дополнительных льгот);
- управление назначением лекарственных средств тоже может быть разным (смета

на назначения лекарств, директивы по назначению лекарств, определение врачебного профиля, стимулирование выписки дженериков).

«Из этих «кубиков» формируются все модели лекарственного возмещения. Выбор российской модели также будет опираться на эти составляющие», – отметила Л.Д. Попович. Отечественная модель, по оценке эксперта, теоретически выглядит просто: человек приходит в ЛПУ, которое наблюдает его после операции стентирования (при этом из трех вариантов стентирования два входят в систему ОМС, один – нет). Пациент получает рецепт и идет в уполномоченную аптечную организацию, где по этому рецепту оплачивает стоимость препарата, сниженную на установленную величину, например, 50% от референтной цены. После отпуска лекарства аптека отправляет информацию в некий процессинговый центр о фактически отпущенном ЛС, отчет проходит проверку и затем проверяющий орган дает разрешение уполномоченному плательщику возместить аптеке стоимость, недоплаченную пациентом за препарат.

При реализации этой модели аптеке не придется специально закупать лекарства для определенной категории пациентов. Они будут продаваться наравне с другими позициями ассортимента: их сможет купить любой потребитель и лишь с 50% скидкой от референтной цены пациент – участник модели возмещения.

Проблемой программы Лариса Дмитриевна назвала ограничение по срокам – для каждого пациента один год после операции, которая проведена в период пилота.

ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ

Данная модель лекарственного возмещения имеет свои особенности, среди них:

- возмещение по факту потребления, без каких-либо «заявок»;
- отсутствие необходимости проведения конкурсных процедур;
- отсутствие ограничений для участников рынка;

■ отсутствие необходимости обеспечения канализации поставок и два варианта участия аптек – либо любая аптека по заявительному принципу (но будет существовать возможность многократного получения льготы при запаздывании системы контроля), или вариант «один пациент – одна аптека» (недостаточная клиентоориентированность модели).

Эксперт отметила еще одну проблему – насколько участники программы будут мотивированы к рациональному поведению.

Первый участник программы – **врач**. Врач, выписывая рецепт, т.е. документ, подтверждающий принятие государством определенных обязательств, являясь эмитентом финансовых обязательств государства, не мотивирован к рациональному использованию. Он, как отметила Л.Д. Попович, может выписать несколько препаратов, иногда не нужных пациенту. «Здесь необходимо учитывать мотивацию врача, если мы хотим, чтобы и так ограниченные деньги не закончились раньше времени, – пояснила экономист. – Решение здесь будет стандартным: введение принципа финансовой ответственности за необоснованное назначение лекарственного средства врачом, создание эффективного механизма реализации ответственности (через жесткую систему мониторинга)».

К рациональному поведению пациента, по замыслу разработчиков пилота, должна подвигнуть необходимость привлечения личных средств граждан в покрытии стоимости лекарственного средства (на паритетной основе).

Другой участник программы – **аптека**. И крайне важна именно ее мотивация, т.к. именно аптечная организация несет серьезные финансовые риски. Как заверить, что недополученные средства вернутся в аптеку? Отвечая на этот вопрос, Л.Д. Попович отметила несколько моментов мотивирования аптек к участию в пилоте: повышение финансовой привлекательности участия в программе, минимизация финансовых рисков и сроков возмещения.

Для разбираемой модели лекарственного возмещения проблема, по мнению эксперта, возникла на пустом месте и выразилась в следующем: как включить этот конкретный пилот в систему тарификации ОМС (при небольшом количестве пациентов после стентирования, получающих возмещение)?

Л.Д. Попович пояснила:

■ тариф в ОМС рассчитывается на всех, персонализация тарифа ОМС в отношении реабилитации конкретных групп пациентов не предусмотрена, выделение в рамках тарифа отдельной суммы на очень маленькую группу пациентов невозможно;

при этом есть:

- неопределенность числа таких пациентов на момент бюджетирования;
- неопределенность момента возникновения обязательств;
- нерентабельность для страховых медицинских организаций создания системы индивидуального контроля обоснованности лечения небольшой группы пациентов;
- невозможность применения схемы администрирования типа ВЗН, поскольку лекарства не закупаются, а компенсируются в размере частичной стоимости из имеющихся в аптеке запасов;
- необходимость ведения отдельного учета по этим группам препаратов в аптеке в силу разного способа компенсации;
- неясность в отношении источников компенсации региональных надбавок;
- неурегулированность юридической возможности финансирования бюджетными средствами деятельности частных аптек;
- высокий уровень ответственности региональных властей за обоснованность расходов по программе и др.

К тому же нюансов пилотной программе добавляет предложение включить два вида высокотехнологичной медицинской помощи, входящих в систему ОМС, и один вид ВМП, не входящий в ОМС (у них, как отметила эксперт, в принципе разная система финансирования и учета).

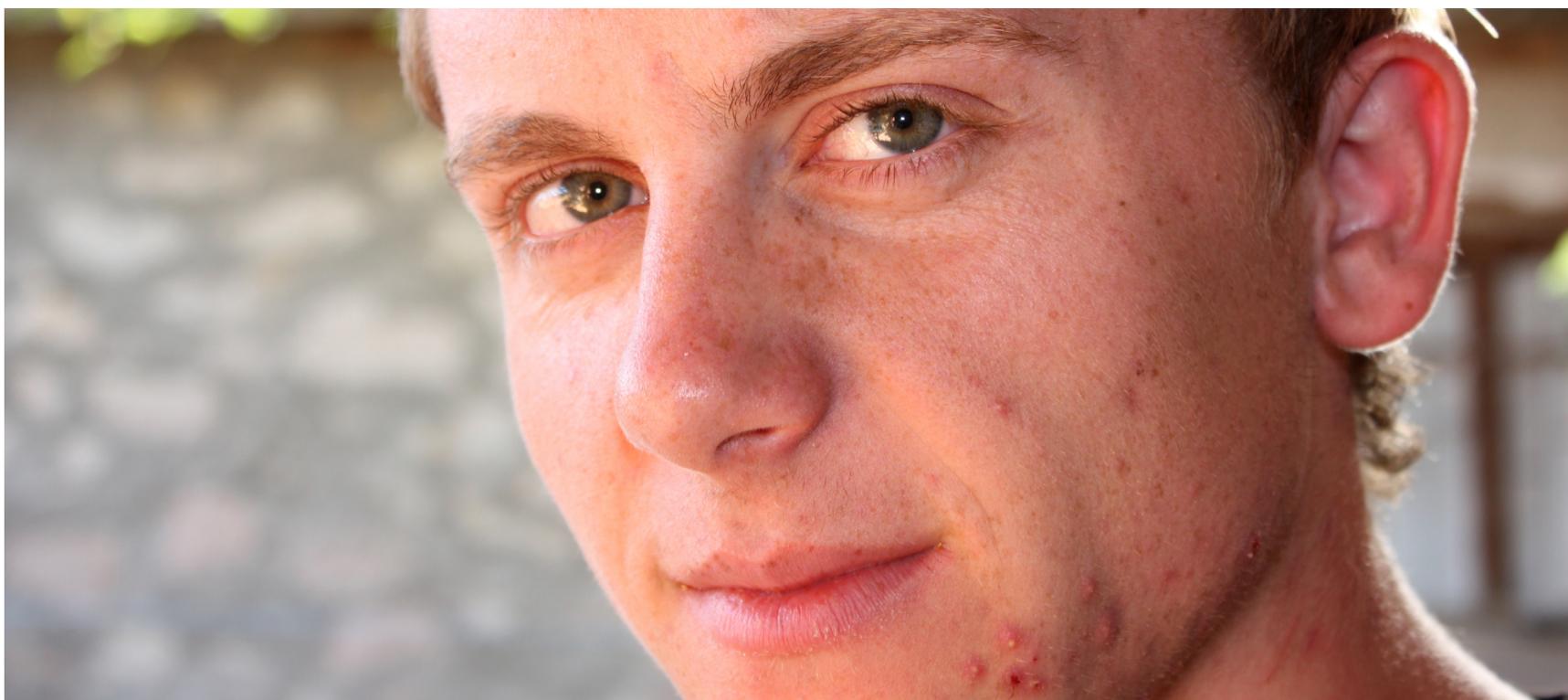
Пилот предполагается ввести на год, но реально он продолжится до окончания годового периода последнего пациента, получившего ВМП в период действия пилота (здесь возникают вопросы, попадает ли в программу пациент, начавший лечение в последний день периода и (или) выписанный из стационара в последний день периода).

Пилотная программа лекарственного возмещения должна начаться в 2017 г. одновременно во всех субъектах РФ, что вызывает сомнения у эксперта в способности программ отработать все ее элементы (удастся лишь отработать применение референтной цены, уход от закупок и механизм соплатежа).

Л.Д. Попович напомнила, что в 2016 г. доля здравоохранения в бюджетных расходах страны составляет около 10%. «В принципе 10–12% – это предел для всех стран на здравоохранение», – заметила она, добавив, что вряд ли эта сфера получит еще больше средств. При дефиците большинства региональных бюджетов, а также Фонда ОМС решение все равно придется искать.

«Нельзя больше стоять на месте, движение в сторону лекарственного страхования – это единственный способ улучшить ситуацию со здравоохранением в стране», – уверена директор Института экономики здравоохранения.

Анна ГОНЧАРОВА ■



ИМЕТЬ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЫЙ ВИД... АКНЕ НЕ СТАНЕТ ПРЕПЯТСТВИЕМ

Здоровая, чистая кожа служит украшением любого человека. Однако в современном мире имеется множество факторов, служащих препятствием для того, чтобы выглядеть привлекательно. Но все не так страшно, как кажется в подростковом возрасте (именно среди молодежи распространенность угревой сыпи достигает 65–95%), ведь медицина и ее научная составляющая не стоят на месте и существуют эффективные методы как лечения самого заболевания, так и коррекции постакне.

ПАТОЛОГИИ СВЯЗАНЫ С НАРУШЕНИЯМИ В ОРГАНИЗМЕ

Хлебникова Альбина Николаевна

Профессор кафедры кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.

В практике дерматовенеролога акне является одним из часто встречаемых заболеваний. В последние годы кроме частой распространенности акне среди лиц подросткового возраста отмечается увеличение числа пациентов с угревой сыпью в возрасте старше 30

лет и тех, у кого дебют заболевания приходится на возраст 17–18 лет.

Пациенты со средней и тяжелой степенью акне составляют до 20% от общего числа, а примерно у четверти больных формируются остаточные явления в виде рубцовых изменений кожи различного характера, псевдоатрофии, гиперпигментированных пятен, дисхромии. Патологии возникают не самостоятельно, а на фоне различных изменений и нарушений в организме. Большинство исследователей выделяют три степени тяжести заболевания – табл.

Табл. 1

Степени тяжести акне

Оценка степени поражения	Клинические проявления	Назначенная терапия
Легкая	Появление открытых и закрытых комедонов, практически без признаков воспаления. Возможно наличие менее 10 папулопустулезных элементов. Прогноз благоприятный	Наружная терапия – топические ретиноиды: азелаиновая кислота, бензоил пероксид, третиноин, дифферин (адапален)
Средняя	На пораженных участках отмечают более 10, но менее 40 папулопустулезных элементов	Наружная терапия и общее лечение (системные ретиноиды)
Тяжелая	Характерно наличие более 40 папулопустулезных элементов с выраженным инфекционным процессом, с захватом глубинных слоев кожи. После лечения часто остаются рубцы (атрофические, гипертрофические, келоидные)	Наружная терапия и общее лечение (пероральное введение антибиотиков)

Среди факторов, провоцирующих возникновение акне, отмечают как **эндогенные**:

- индивидуальные особенности кожи;
- гиперкератоз;
- снижение иммунного ответа;
- пубертатный период,

так и **экзогенные**:

- профессиональный контакт с токсичными веществами;
- злоупотребление декоративной косметикой и подсушивающими средствами;
- выдавливание прыщей;
- ультрафиолет;
- жара и влажный климат.

Бесспорно, что эффективная терапия акне представляет собой сложную для решения и крайне актуальную, в т.ч. социальную, задачу в связи с поражением видимых областей кожи (лицо, зона декольте, спина), формированием длительно существующих поствоспалительных проявлений, что часто сопровождается психосоциальной дезадаптацией пациентов, снижением качества их жизни.

Для лечения различных форм акне применяют разнообразные методики, выбор которых индивидуален. Рациональная терапия определяется патогенетическими факторами, которые включают фолликулярный гиперкератоз, повышенное образование кожного сала,

размножение *Propionibacterium acnes*, поддерживающих воспалительный процесс. При назначении терапии врач должен учитывать длительность процесса, его распространенность, тяжесть, а также тип поражения кожи и образование кожного сала. Необходимо обращать внимание **на следующие изменения**:

- глубину поражения кожных покровов;
- осложнения;
- гиперпигментацию;
- рубцовые изменения,

с учетом:

- физических особенностей пациента;
- гормональных нарушений;
- анамнестических данных;
- ранее применявшейся терапии и ее адекватности;
- применяемых косметических средств.

Пищевые факторы, различные виды питания не имеют значения для развития акне и подбора терапии.

Международные рекомендации последних лет по лечению акне среди препаратов, используемых в терапии заболевания, указывают на особую доказательную эффективность обладающих комедонолитическим, антикомедональным и противовоспалительным действием. Внедрение в практику перечисленных топических и системных ретиноидов

при лечении акне уже много лет назад совершило переворот в представлениях об эффективности терапии при этом заболевании. Противомикробной активностью в отношении *Propionibacterium acnes* и *Staphylococcus epidermidis* обладает азелаиновая кислота. Ей также свойственна нормализация нарушенных процессов кератизации в фолликулах сальных желез. Исследования последних лет позволили установить уникальное свойство азелаиновой кислоты – оказывать местное антиандрогенное действие. Дифферин имеет множество преимуществ перед ретиноидами старшего поколения. Обладая выраженными противовоспалительными свойствами, он предотвращает образование новых микрокомедонов, нормализует процессы отшелушивания роговых чешуек, следовательно, воздействует на гиперкератоз. Благодаря низкому раздражающему действию, дифферин обладает хорошей переносимостью.

Важно подчеркнуть, что современные наружные препараты для лечения акне должны назначаться на длительный срок (4–6 месяцев), что обусловлено действием ретиноидов на кожу в течение нескольких сроков обновления эпителиальных клеток. Топические средства способны вызвать фоточувствительность, что отнюдь не умаляет их достоинств. Пациентов необходимо предостерегать от одновременного применения спиртовых растворов и подсушивающих кожу средств (мыло).

Сегодня лечение акне проводится на всех стадиях развития заболевания, комплексный подход позволяет добиться оптимальных результатов и длительной ремиссии.

О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МЕТОДАХ КОРРЕКЦИИ ПОСТАКНЕ

Круглова Лариса Сергеевна

Главный научный сотрудник Московского НПЦ дерматовенерологии и косметологии, проф., д.м.н.

Симптомокомплекс постакне в виде вторичных изменений кожного покрова является большой косметической и психологической

проблемой пациентов обоих полов – чаще молодых. Наиболее частыми проявлениями постакне являются дисхромия, поствоспалительная эритема, атрофические, гипертрофические, реже келоидные рубцы.

В патогенезе формирования постакне важное значение имеет глубина воспалительного процесса:

- эритема (очаговое поствоспалительное пятно) и гиперпигментация (отложение пигмента меланина) являются результатом как достаточно поверхностного процесса, так и глубокого повреждения тканей;

- рубцовые деформации (атрофические или гипертрофические) формируются только при глубоком воспалении с вовлечением в процесс дермы.

Существуют два основных типа развития рубцов постакне, определяющих реакцию ткани на воспаление: с избыточным (плюс ткань) и недостаточным (минус ткань) формированием рубцовой ткани.

- I тип – гипертрофические и келоидные рубцы (40 и 10% случаев соответственно). Они проявляются преимущественно на теле (в области верхней и средней трети спины, грудины, лопатки, плечах, задней части или реже на лице, в углах нижней челюсти) и субъективно могут сопровождаться зудом. Келоидные рубцы представляют собой достаточно плотные, чаще шаровидные фиброзные образования, которые могут появляться спустя длительное время после повреждения тканей.

- II тип – атрофические рубцы (50% случаев). Чаще они формируются на лице и редко встречаются на теле (преимущественно верхняя часть спины). Клинические симптомы постакне оцениваются по 4-балльной системе.

Табл. 2 Клинические проявления постакне

Оценочная шкала, балл	Уровень поражения	Клинические проявления
1	Макулярный (пятнистый)	Эритематозные гипер- или гипопигментные плоские рубцы, не меняющие рельеф кожи, но влияющие на ее цвет
2	Слабый	Слабовыраженные атрофические или гипертрофические рубцы, не различимые на расстоянии 50 см и более, легко маскируемые косметикой, на подбородке у мужчин, тенью отрастающие после бритья волос, при экстрафациальной локализации – естественно растущими волосами
3	Средний	Умеренные атрофические и гипертрофические рубцы, хорошо заметные на расстоянии 50 см и более, плохо маскируемые косметикой, тенью отрастающие после бритья волос или естественно растущими волосами при экстрафациальной локализации. При натяжении кожи атрофические рубцы сглаживаются
4	Выраженный	Выраженные атрофические и гипертрофические рубцы, хорошо заметные на расстоянии более 50 см, плохо маскируемые косметикой, тенью отрастающие после бритья волос или естественно растущих волос при экстрафациальной локализации. При натяжении кожи атрофические рубцы не сглаживаются

К причинам формирования симптомо-комплекса относятся:

- генетическая предрасположенность, проявляющаяся в индивидуальных особенностях кожи;
- длительное течение болезни;
- узловые, шаровидные и др. виды глубоких воспалительных элементов акне;
- неадекватное лечение или позднее его начало;
- повреждение поверхностных кожных слоев при попытке неквалифицированного удаления или разрушения воспалительного очага самим пациентом.

Врач и пациент должны работать над проблемой устранения постакне слаженно, методично и терпеливо избавляясь от клинических проявлений. **К сожалению, 50% пациентов не следуют рекомендациям доктора при лечении акне**, провоцируя, тем самым, возникновение осложнений.

Безусловно, основным моментом в лечении постакне является определенного рода

профилактика, а именно вовремя начатая адекватная терапия тяжелых форм заболевания. При уже сформировавшейся клинической картине для коррекции поствоспалительной эритемы и гиперпигментации применяются дерматокосметические средства. Отшелушивание кожи способствует удалению меланина из эпидермиса, что приводит к осветлению пигментных пятен. В косметологии применяется пилинг с гликолевой кислотой, который является более щадящим по сравнению с механическим. В ряде случаев проводятся процедуры криоаппликаций, дермабразии, броссаж. Достаточно перспективным является способ удаления поствоспалительной эритемы и гиперпигментных поражений кожи с помощью селективных лазерных аппаратов. Во избежание термического повреждения окружающих тканей используют импульсы малой длительности, при этом наиболее безопасны импульсные лазеры с модулируемой добротностью. Лазерные установки,

применяемые для селективного фототермолиза гиперпигментных образований, испускают световые волны с длиной, в зависимости от основы, от 511 (лазер на парах меди) до 755 нм (александритовый лазер), при этом пик поглощения меланина располагается около 600 нм. Также используют лазеры на красителях, криптоновый лазер, Nd:YAG- и Er:YAG-лазеры (на иттрий-алюминий-гранатовом кристалле с рассеянными включениями эрбия или неодима). Однако высокая цена на процедуры лазеротерапии, необходимость проведения повторных воздействий в значительной степени ограничивают применение лазеров.

Наиболее тяжело коррекции поддаются атрофические рубцы постакне.

В ряде случаев прибегают к лазерной шлифовке (CO₂-лазер), при которой эффективность воздействия усиливается в результате стимуляции трофики тканей (следствие повреждения) и определенного отшелушивающего действия. Лазерный луч в зависимости от длины волны и силы воздействия либо удаляет старый рубец послойно, либо изменяет рубцовую структуру. Достоинство этого метода коррекции – точность и дозированность воздействия лазерного пучка на пораженный участок кожи, но процедура дорогостоящая. После проведения процедуры лазерной шлифовки могут возникнуть раздражение, покраснение и отек кожи, которые исчезают в течение месяца. В дальнейшем кожа проходит все стадии заживления. Лазерная шлифовка проводится в стационарных условиях под местной или общей анестезией.

Более щадящей методикой является фракционный фототермолиз, реабилитация после которого значительно меньше по времени, так как при воздействии остаются не поврежденные участки кожи, что способствует быстрому восстановлению. Применение IPL-технологий и RF-микроигл ограничено, так как такие установки имеются лишь в некоторых клиниках. При сильно выраженном косметическом дефекте (глубокие атрофические рубцы) показана контурная пластика с использованием

в том числе гиалуроновой кислоты. Мезотерапия обладает умеренным эффектом, в основном обусловленным лишь улучшением качественных характеристик кожи.

■ **Методы коррекции гипертрофических и келоидных рубцов постакне включают:** лазерную шлифовку (CO₂-лазер), использование эрбиевого (1550 нм, 2940 нм), длинноимпульсного полупроводникового лазера (1450 нм), неодимового лазера (1064 нм). При этом лазеротерапия занимает достаточно длительное время, как в отношении реабилитации, так и количества необходимых процедур. Медикаментозное лечение подразумевает назначение ферментативных препаратов на основе гиалуронидазы или коллагеназ, кортикостероидов, цитостатических средств. Эти же препараты можно вводить в метод фореза (электрофорез, фотофорез, ультрафонофорез).



■ Еще один метод коррекции различных рубцовых деформаций постакне **озонотерапия** – лечебно-омолаживающая процедура физиотерапевтического характера, которая, как установлено, оказывает бактерицидное, противовирусное, иммуномодулирующее, заживляющее, цитостатическое и омолаживающее действие. Все это благодаря озону – катализатору обменных процессов. С осторожностью применяют этот метод коррекции при гемофилии, хронических заболеваниях ЖКТ, диабете, заболеваниях ЦНС. Показана озонотерапия при коррекции гиперпигментации и застойной эритеме.

■ **Криотерапия** (лечение холодом) – местное воздействие жидким азотом, оказывает положительное влияние на свежие рубцы. Для достижения должного эффекта необходим курс из 10–15 процедур (с периодичностью 2–3 раза в неделю). Теплопроцедуры (термомассаж, инфракрасное излучение, поляризованный полихроматический свет) имеют низкую эффективность и применяются только в комплексе с другими методиками.

■ **Механическая дермабразия** кожи помогает в лечении всех видов рубцов, проводится после подготовительного химического пилинга. В большинстве случаев **мягкий химический пилинг** осуществляют на основе альфа-гидроксикислот (гликолевая) или бета-гидроксикислот (салициловая). Согласно практике применения, гликолевая кислота в 7 раз эффективнее, чем салициловая. Применение гидроксикислоты способствует мягкому отшелушиванию верхнего слоя кожи, облегчая последующую процедуру дермабразии, с применением механических кристаллов абразивного вещества (алмазная пыль). Эпителизация раневой поверхности приводит к изменению рельефа кожи

и сглаживанию рубцов. У пациентов с большой площадью рубцовой поверхности применять этот метод не рекомендуется, т.к. механическая шлифовка кожи может сделать дефект более выраженным, а у пациентов со смуглой кожей может привести к явлениям гиперпигментации.

■ **Срединный ТСА пилинг** показан как при атрофических, так при гипертрофических рубцах, поскольку способствует удалению поверхностного слоя кожи с помощью химических препаратов (фенол, трихлоруксусные кислоты). 10–15% раствор трихлоруксусной кислоты наносится на 10–15 мин. Феноловый пилинг по эффективности сопоставим с пластической операцией, проводится только в условиях стационара под наркозом.

За пациентом остается выбор метода лечения, но не стоит доводить дело до крайности и допускать самолечение. Пусть профессионалы устранят проблемы поставке своевременно и качественно.

По материалам IX Международного форума дерматовенерологов и косметологов

Ольга ДАНЧЕНКО ■



ЧТО МОЖНО СЧИТАТЬ ПОБЕДОЙ СТОЛИЧНЫХ ЭНДОКРИНОЛОГОВ

В марте прошел XII Московский городской съезд эндокринологов «Эндокринология столицы – 2016». На нем были подведены итоги работы эндокринологической службы столицы за год, отмечены достижения и проблемы и определены перспективы дальнейшего развития*.

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ КОЕК ВПОЛНЕ ХВАТАЕТ

Задача эндокринологической службы Москвы – обеспечение полноценной жизни больным с эндокринными заболеваниями, которых на начало 2016 г. насчитывалось 753 тыс. человек. Из них 677 тыс. взрослых и 76 тыс. – детей и подростков. За прошлый год эта цифра возросла на 38 тыс., или 5,3%.

В 2015 г. на 100 тыс. москвичей приходилось 6476 больных эндокринными заболеваниями. За прошлый год их рост составил 0,3%, и сейчас распространенность эндокринных заболеваний составляет 6,5%.

Структура эндокринной патологии за последние годы не претерпела значительных изменений – табл.

Табл. Структура эндокринной патологии

Место	Патология	Кол-во больных, %
1	сахарный диабет	48
2	заболевания щитовидной железы	39
3	ожирение	10
4	дисфункция яичников	2
5	другие заболевания	1

Сахарный диабет за последние три года коварно «выигрывает» по 1% и становится лидирующей эндокринной патологией.

Продолжается реформирование и модернизация столичного здравоохранения. Но время резких структурных изменений завершено, и сейчас предстоит заниматься улучшением качества медицинской помощи.

Организация медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями включает три уровня.

- *Первый уровень* – первичная медико-санитарная помощь (кабинеты терапевтов, врачей общей практики и эндокринологов в филиалах городских поликлиник). В ближайшие три года на этом уровне упор будет сделан на развитии службы врачей общей практики, которые охватят неврологию, гинекологию, пульмонологию, кардиологию и эндокринологию. Кроме того, при участии ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗ Москвы» продолжается программа подготовки врачей-терапевтов по ведению больных сахарным диабетом II типа.

- *Второй уровень* – первичная специализированная медико-санитарная помощь. Это отделения эндокринологии в городских поликлиниках со школами диабета и кабинетами диабетической стопы.

Амбулаторное звено эндокринологической службы в 2013 г. – до начала реформирования состояло из 46 отделений – по количеству амбулаторно-поликлинических центров (АПЦ). С началом перемен в 2014 г. их число резко уменьшилось – до 36. И только в прошлом году удалось добиться того, чтобы в каждом АПЦ снова функционировало отделение эндокринологии.

Согласно стандартам, в каждом отделении должна работать Школа диабета и кабинет диабетической стопы – это задачи на ближайшие годы. В 2013 г. существовало 46 школ диабета, в 2014 г. – 31, в 2015 г. – 32. То же самое можно сказать и о кабинетах диабетической стопы. Их в городе всегда было недостаточно: 23, 25 и 24 кабинета соответственно в 2013, 2014 и 2015 гг. В этом году предстоит развивать данное направление – открывать больше школ диабета и кабинетов диабетической стопы.

- *Третий уровень* – специализированная, в т.ч. высокотехнологичная медицинская помощь. Это отделения эндокринологии и профильные койки в городских клинических больницах (ГКБ), клинко-диагностические отделения ГКБ, наш эндокринологический диспансер и эндокринологический научный центр (ЭНЦ).

ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ» является головным консультативно-диагностическим ЛПУ в системе городского здравоохранения. В прошлом году в нем было проведено 94 тыс. консультаций и 551 тыс. различных исследований.

В 2014 г. произошла оптимизация коечного фонда в отделениях эндокринологии и профильных коек в ГКБ. До начала оптимизации (в 2013 г.) функционировало 740 коек. На начало этого года действует 435 стационарных коек, т.е. сокращение составило 41%, но следует учитывать и 2440 коек терапевтического профиля в дневных стационарах при АПЦ, что помогает нивелировать эту разницу.

В 2013 г. было пролечено в стационарах 18 689 больных, в 2014 г. – 19 181, а в 2015 г. – 18 576 больных. Подавляющее их число (88%) – это больные сахарным диабетом (СД), т.е. несмотря на сокращение коек, объем стационарной помощи сохранился практически на прежнем уровне.

Какой ценой это было достигнуто? Показатель среднего койко-дня постепенно уменьшался: в 2013 г. он составлял 11,6; в 2014 г. – 10,1; в 2015 г. – 8,5. А оборот койки рос и составлял соответственно – 27,1; 29,6 и 40,0.

При этом неуклонно снижается летальность: 0,9; 0,7 и 0,4% соответственно за упомянутые годы. И это можно считать победой столичных эндокринологов.

Появился новый показатель, оценивающий, насколько правильно рассчитано количество коек, – загруженность койки. В прошлом году она составила 94%, а в феврале 2016 г. – 101% (зеленой зоной считается 90–100%). Это говорит о том, что пока 435 эндокринологических коек вполне хватает.

О ЛЕЧЕНИИ НА БАЗЕ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ



Необходимо усиление оперативного взаимодействия между стационарным и амбулаторным звеньями, считает главный врач ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ», главный внештатный специалист-эндокринолог ДЗМ **Михаил**

Анциферов. Нужно разобраться, по каким причинам пациенты попадают на плановую госпитализацию, можно ли провести необходимое лечение на базе дневных стационаров.

Продолжается сотрудничество с Эндокринологическим научным центром, который частично работает в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС). В прошлом году в ЭНЦ было пролечено более 3 тыс. человек, из них по линии ОМС – 1128. Кроме того, по линии ОМС был установлен 41 дозатор – это определенное подспорье городской эндокринологической службе.

Достаточно болезненный вопрос – кадровое обеспечение службы. В 2013 г. в системе работали 603 человека. В результате перемен общее количество эндокринологов уменьшилось на 110 человек и на начало 2015 г. составляло 493. Причем более чем в два раза – со 107 до 50 – уменьшилось число врачей, работающих в стационарах. К началу 2016 г. ситуация немного улучшилась: число эндокринологов увеличилось до 511 (на 4%).

Как уже было сказано, основное эндокринное заболевание, которое занимает 48% в структуре эндокринной патологии, – сахарный диабет. На 1 января 2016 г. в Москве было зарегистрировано 343 тыс. больных СД. Это на 9 тыс. человек, или 3%, – больше, чем в начале прошлого года. Из них 322 тыс. (94%) – больные СД II типа и 21 тыс. (6%) – больные СД I типа. По данным городского бюро медицинской статистики, распространенность диабета составляет 3,3% на 100 тыс. москвичей.

Исследование NATION – всероссийское крупномасштабное исследование распространенности сахарного диабета II типа (2015 г.)

– позволило получить интересные данные как в целом по России, так и по Москве, в частности.

Оценка проводилась по уровню гликированного гемоглобина (ГГ). **Норма ГГ – менее 5,7%; $5,7 \leq \text{ГГ} < 6,5\%$ – это преддиабет (предрасположенность к сахарному диабету), при $\text{ГГ} \geq 6,5\%$ ставился диагноз СД.**

В Москве среди обычных горожан 71,1% оказались здоровы, 23,1% – в состоянии преддиабета и 5,8% – больны сахарным диабетом. Но из этих 5,8% – 3,9 составили люди с уже диагностированным ранее СД II типа, а 1,9% – это лица с недиагностированным диабетом.

По России в целом общий процент распространенности СД II типа составил 5,4%. Но соотношение оказалось другим: 2,5% – лица с ранее диагностированным диабетом и 2,9% – с поставленным диагнозом впервые.

Принципиальное отличие состоит в том, что в целом по стране на одного человека с ранее выявленным СД II типа приходится 1,2 человека с впервые выявленным диабетом. А в Москве ситуация близка к европейской: на каждых двух лиц с ранее диагностированным СД приходится лишь один человек, который ранее не знал о своем заболевании.

ДИАБЕТ ПРИНОСИТ БОЛЬШИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ

По данным регистра больных СД за 2015 г., в среднем пациент проводит на больничном листе около месяца.

Также столичным эндокринологам предстоит еще поработать над повышением эффективности терапии больных СД II типа. По данным ЭНЦ, через год лечения 10% пациентов достигает компенсации, т.е. целевого уровня гликированного гемоглобина (ГГ). После 2 лет лечения тех же самых больных еще 13% достигают целевого уровня ГГ. После 3 лет лечения – еще 10%. Всего за три года – 33%. А 67% пациентов, к сожалению, этой цели не достигают. Но самая печальная цифра – 13% пациентов не удается достичь целевого уровня ГГ и за 10 лет лечения. Средняя продолжительность терапии до достижения целевого уровня ГГ – 5,2 года. В идеале,

по мнению М. Анциферова, этот период должен составлять 3–4 года.

Структура заболеваний щитовидной железы не претерпела больших изменений. Но появились определенные тренды. Уменьшается количество людей с хроническим аутоиммунным тиреоидитом (с 30% в 2003 г. до 20% – в 2015 г.), а также с диффузным нетоксическим зобом (с 23 до 14% за тот же период). На прежнем уровне – 32–33% – остается число больных с узловыми зобами.

Растет количество операций на эндокринных органах. В 2015 г. было сделано 3417 операций. Это на 11% больше, чем в 2014 г. В целом по Москве с учетом операций, проведенных в ЭНЦ и платных клиниках, их количество достигает примерно 5 тыс. Это оптимальное количество, больше и не требуется. Пациентам не приходится ждать месяцами плановой операции.

Важная проблема – проблема ожирения и избыточной массы тела (ИМТ). Уже упоминавшееся исследование NATION представило такие данные о распространенности ожирения и ИМТ среди населения Москвы. **ИМТ < 25 (нормальная масса тела)** – у 28% москвичей. **25 ≤ ИМТ < 30 (избыточная масса тела)** – у 35%. **ИМТ ≥ 30 (ожирение)** – у 37% жителей столицы. В общей сложности 72% взрослого населения имеют лишний вес.

РАСХОДЫ НА ИНСУЛИН РАСТУТ

Достаточно остро стоят вопросы лекарственного обеспечения. Структура расходов за последнее время практически не изменилась. В 2015 г. 92% составили расходы на препараты для лечения СД и лишь 8% – на препараты для лечения другой эндокринной патологии. Причем расходы на препараты инсулина и на аналоги инсулина составили 54%.

В 2015 г. число людей, которые получают инсулин, увеличилось в Москве на 11% и сейчас достигает 98,5 тыс. Из них 3% используют инсулиновые шприцы и инсулины во флаконах. В 2014 г. их было 4%. А 97% больных используют инсулины в пенфилах и одноразовые шприц-ручки. Через два года вполне реально

достичь соотношения 1:99, считает М. Анциферов.

Большое внимание, в соответствии с государственной стратегией, уделяется импортозамещению. Если в 2014 г. препараты зарубежных производителей составляли 33%, то в 2016 г. запланировано использование препаратов только локализованных и отечественных производителей – 35 и 65% соответственно. Таким образом, как и предписано в стратегии «Фарма-2020», планируется закрыть этот вопрос.

Соотношение потребления традиционных препаратов инсулина и аналогов инсулина, в соответствии с зарубежными и национальными рекомендациями, постепенно увеличивается в пользу аналогов. В 2010 г. оно составляло 55 и 45%. В 2016 г., по плану, 68% должны составить аналоги инсулина и 32% – традиционные препараты инсулина. Это постепенное, принципиальное и правильное развитие, считает М. Анциферов.

Несмотря на рост в абсолютном значении количества людей с СД II типа, получающих инсулин, в процентном соотношении в течение многих лет оно оставалось на уровне 20–21%. А в 2015 г. произошел рывок: он вырос с 21 до 24%.

Достичь этого было непросто. Этих больных стало на 11 тыс. больше, общее их количество достигло 77,5 тыс. И всех их нужно было осмотреть, прописать инсулины, обеспечить средствами самоконтроля, обучить в школах диабета.

В структуре расходов на лекарственное обеспечение больных эндокринными заболеваниями пероральные сахароснижающие препараты (ПССП) в 2015 г. заняли 21%. Проблема импортозамещения и здесь решается достаточно успешно. В 2012 г. отечественные и локализованные производители занимали небольшую нишу в 8%, а в 2015 г. их доля выросла в три раза и достигла 24%!

Радует и то, что и наука не стоит на месте, появляются новые разработки, призванные улучшить качество жизни больных СД. ИТСА 650 – непрерывное подкожное введение агониста ГПП-1 – совместная разработка

компаний Intarcia и Servier. Это автоматический мини-насос размером с небольшую спичку в титановом покрытии. В нем находится пептидо-стабилизирующая суспензия, которая дает устойчивую дозировку препарата экзенатида. И она поддерживается на протяжении около года. Вводится подкожно однократно, после чего практически в течение года пациент не принимает таблеток. Разработка готовится к III фазе клинических испытаний.

Американские ученые разработали инсулин INS-PBA-F – так называемый «умный» инсулин. Это искусственный инсулин с длительным сроком действия, способный самостоятельно регулировать сахар крови. Точно так же, как это делает в организме естественный инсулин. Попав в организм больного СД,

этот «умный» инсулин «включается» в том случае, если уровень глюкозы в крови повышается. Он циркулирует в теле и переходит в активную форму лишь в том случае, когда это необходимо.

С каждым годом эндокринологическая служба столицы совершенствуется. Несмотря на рост эндокринных заболеваний, она со своими функциями справляется, что в итоге положительно сказывается на повышении качества жизни пациентов.

* Публикация подготовлена на основе выступления главного врача ГБУЗ «Эндокринологический диспансер Департамента здравоохранения города Москвы» (ДЗМ), главного внештатного специалиста эндокринолога ДЗМ Михаила Анциферова.

Инга ЛОПАТКА ■



ЗДОРОВЫЙ ПОЗВОНОЧНИК: СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ПРОБЛЕМ

В современном обществе заболевания опорно-двигательного аппарата перестали быть редкостью и встречаются даже у молодых людей. Виной тому далекий от совершенства образ жизни: малоподвижность, неправильная осанка, нагрузка на суставы, лишний вес.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Помимо основной функции опорно-двигательная система (скелет, мышцы, суставы, соединительная ткань) защищает внутренние органы от различных повреждений, поэтому заболевания опорно-двигательного аппарата негативно воздействуют на весь организм.

Заболевания можно разделить на три группы:

- дистрофические (самые распространенные) – остеохондроз, сколиоз, рахит, различные искривления и проблемы с позвоночником, артрит, артроз и др.;
- воспалительные – вызваны разными возбудителями инфекций. На первом месте – воспаления суставов и костей (остеомиелит, костный туберкулез);
- опухолевые – возникают из-за доброкачественных или злокачественных опухолей.

ПИТАНИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ

Ни для кого не секрет, что позвоночник, как и другие органы и системы, обновляется благодаря питательным веществам, поступающим с пищей.

Если следовать определенным рекомендациям в питании, то можно предупредить артроз, артрит, ревматизм – болезни в большей степени присущие пожилым людям, страдающим избыточным весом, поэтому в первую очередь диета должна быть направлена на снижение веса.

Избыточная масса тела создает излишнюю нагрузку на кости, связки, хрящи, суставы, которые рано или поздно не выдержат постоянной нагрузки и дадут о себе знать.

В питании должны присутствовать кальций и фосфор – одни из важнейших элементов, несущих ответственность за формирование скелета, нормальный рост и развитие организма.

Кроме того, ослабленный иммунитет и отсутствие собственных защитных функций от различных возбудителей болезней может стать одной из причин воспалений связок и суставов. Поэтому в периоды обострений, а также при наличии хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата необходимо принимать достаточное количество витаминов или витаминно-минеральных комплексов.

Обязательно включение в меню фруктов, овощей, злаков, которые являются источниками всех необходимых витаминов, антиоксидантов, минералов.

Еще одна особенность диеты для профилактики заболеваний опорно-двигательной системы заключается в высоком содержании хондропротекторов, которые отвечают за здоровье и прочность костей и хрящей. Сюда можно отнести коллаген – особый белок хрящевой ткани, глюкозамин и хондроитин. Неслучайно врачи рекомендуют включать в питание такие блюда, как холодец и заливное, которые приобретают особую консистенцию желе за счет желатина. А он, в свою очередь, частично является гидролизированным коллагеном.

Коллаген в самих тканях вырабатывается под воздействием глюкозамина. Различные медицинские исследования доказывают, что употребление гидролизатов коллагена необходимо для профилактики и лечения заболевания суставов. Поэтому в период обострения различных заболеваний костей и хрящей врачи рекомендуют добавлять в свой рацион **биологически активные добавки** (БАД), а также **лекарственные препараты, содержащие глюкозамин**.

Важным фактором, влияющим на формирование тканей суставов и связок, является белок. Оптимальные источники животного белка: яйца, молоко, рыба. Качественный растительный белок содержится в семечках, фасоли, орехах, кукурузе, гречихе.

В рационе человека, страдающего заболеваниями опорно-двигательной системы, должны быть:

- качественные жирные кислоты – их можно получить из грецких орехов (масло грецкого ореха), льняного масла, конопляного масла, жирных сортов морской рыбы;
- кальций, главные источники которого в твердом сыре, печени, орехах, яйцах, твороге, капусте;
- фосфор – это отруби, горох, натуральные сыры и рыба;
- достаточное количество магния – семечки подсолнуха, сырой шпинат, огурцы;
- марганец – он поступает в организм вместе с морскими водорослями, бананами, луком, картофелем, почками животных;
- самые важные витамины для позвоночника – это А (дыня, морковь, тыква, персик, печень животных), В (яйца, омары, устрицы, молоко, кукуруза, горох, апельсин, банан), D (сливочное масло, яйца, молоко, жирная морская рыба), С (груша, слива, яблоко, сладкий перец, смородина, капуста).

Из всего вышесказанного ясно, что волшебной диеты не существует, необходимо максимально сбалансированное и разнообразное питание каждый день на основе большинства доступных продуктов.

ЗДОРОВЫЙ СОН

Полноценный ночной и дневной отдых имеет большое значение для здоровья позвоночника. В этом призваны помочь различные модели подушек, матрасов одеял.

■ Заслуживают особого внимания **ортопедические подушки** с эффектом памяти. Их изготавливают из особого полужесткого, эластичного термочувствительного материала, который способствует уменьшению давления на тело человека и обеспечивает максимальный комфорт во время сна. Одновременно подушка осуществляет микро-массаж и подстраивается под изгиб шеи и головы. Удобство использования заключается в том, что можно подобрать индивидуальный размер, исходя из средних показателей длины шеи и плеча.

■ Конструкция современных **ортопедических матрасов** позволяет выполнять

разносторонний массаж при смещениях тела вдоль и поперек, а особый наполнитель (полимерные шарики) воздействует на биологически активные точки, улучшая циркуляцию крови и налаживая кровообращение. В результате достигается комплексное воздействие на позвоночник, что гарантирует лечебный эффект изделия. Применение ортопедических матрасов рекомендуется для профилактики:

- возникновения болей в спине при остеохондрозе, спондилоартрозах и др.;
- развития нарушений осанки, а также в комплексной терапии нарушений осанки и осевых изменений у детей и взрослых (сколиозы, кифозы),

а также в случаях:

- дискомфорта и мышечного напряжения в области спины во время ночного или дневного отдыха;
- нарушения кровоснабжения мышц и связочного аппарата позвоночника при остеохондрозах и его хронических заболеваниях;
- при лечении болевых синдромов в спине;
- в комплексной терапии заболеваний грудного и поясничного отделов позвоночника (при проведении мануальной терапии, массажа и физиотерапевтических процедур в т.ч.);
- в комплексной реабилитации после травм позвоночника.

Помимо этого, производители разработали **противопрележневые матрасы и изделия**, которые обладают функцией циркуляции воздуха, благодаря чему отдых на таком матрасе особенно приятен в жару.

■ Тех, кому много времени приходится проводить за рулем, возможно, заинтересуют **матрасы-накидки в салон автомобиля**. Эти изделия предназначены для повышения комфорта автомобильных кресел, профилактики остеохондроза, радикулита, болей и тяжести в спине во время вождения.

■ Пожалуй, самыми лучшими считаются **одеяла из шерсти овец мериносовых пород**, которые обладают профилактическим и лечебным эффектом, а также антибактериальными свойствами: благотворно воздействуют на мышцы, суставы, позвоночник, стимулируют кровообращение, избавляя от

боли различного характера (при артрозе, остеохондрозе, ревматизме). Кроме того, в качестве бонуса – мериносовые одеяла уменьшают риск простудных заболеваний.

СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Наш позвоночник делится на три отдела: шейный, грудной, поясничный. Для решения той или иной проблемы на каждом участке существуют специальные приспособления. Рассмотрим самые основные.

Шейный отдел часто страдает по разным причинам, и на помощь приходят бандажи и головодержатели.

■ **Бандаж** – его главным назначением является фиксация шейного отдела позвоночника. Изделие используется в период реабилитации после перенесенных травм и операций в области шеи; при остеохондрозе, спондилоартрозе; при головных болях, головокружении, миозитах и пр.

■ **Головодержатель** – название говорит само за себя, область применения шире, чем у бандажей:

- последствия травм, неосложненные переломы позвонков;
- послеоперационный период;
- умеренный болевой синдром, вызванный заболеваниями шейного отдела;
- период активизации после черепно-мозговой и черепно-спинальной травм;
- изменение тонуса мышц шейного отдела;
- реабилитация после ожогов, травм, воспалений.

Изделия для **грудного отдела** позвоночника чаще всего представлены различными корректорами осанки, корсетами, бандажами.

■ **Корректоры** осанки производят для взрослых и детей, можно подобрать соответствующую модель по росту и степени фиксации.

Применение корректоров достаточно широко: кифозы, сколиозы; реабилитация после травм и операций грудного и поясничного отделов позвоночника; нормализация мышечного тонуса.

Сегодня в продаже встречаются и электронные устройства, предназначенные для коррекции осанки. При неправильном положении (наклоне) позвоночника корректор посылает вибросигнал. Его удобство заключается в том, что он крепится непосредственно к телу, как пластырь, или к нижнему белью.

■ **Бандажи и корсеты** применяются при различных степенях нарушения осанки, сколиозов; последствий травм и операций; при врожденных аномалиях и различных заболеваниях позвоночника.

Поясничный отдел позвоночника не менее требователен. Из наиболее популярных товаров следует отметить бандажи, противорадикулитные пояса, корсеты.

Задача **бандажей** сводится к поддержке поясничного отдела позвоночника и рекомендована не только больным людям, а также тем, кто ведет сидячий образ жизни.

■ **Противорадикулитные пояса** – являются эффективным средством в борьбе с радикулитом, остеохондрозом, ревматизмом, невралгией и другими недугами. Правильно подобранная модель позволяет снять болевой синдром и ускорить выздоровление.

Использование этих поясов рекомендовано в сезон обострения хронических заболеваний и в период реабилитации.

■ **Ортопедические корсеты** применяют на начальной стадии проявления болевого синдрома при напряжении мышц и мышечном дисбалансе; функциональном сколиозе; смещении позвонков; укорочении одной из конечностей. А также после травм и операций на поясничном отделе позвоночника, в комплексной терапии (мануальная терапия, массаж, лекарственные методы). Корсет рекомендуется для профилактики травм и заболеваний поясницы при работе с тяжестями, при длительных нагрузках на поясничный отдел, связанных с постоянной трудовой деятельностью.

Имея представление о большом выборе изделий для позвоночника, не стоит забывать, что неграмотно подобранная модель нанесет скорее вред, а не пользу. Поэтому обязательно необходимо проконсультироваться с врачом – специалистом медицинского учреждения либо консультантом в ортопедическом салоне.

Ольга ЛУПАНИНА ■

135
летсо дня рождения
В.Ф. Зеленина

- 19-20 мая, **Ставрополь** III Съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа
www.stavropol2016.rnmot.ru
- 26-27 мая, **Ярославль** XXIV Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.yaroslavl2016.rnmot.ru
- 9-10 июня, **Нальчик** XXV Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.nalchik2016.rnmot.ru
- 22-23 сентября, **Якутск** II Съезд терапевтов Республики Саха (Якутия)
www.yakutsk2016.rnmot.ru
- 29-30 сентября, **Самара** XXVI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.samara2016.rnmot.ru

Подробности на сайте www.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
 телефон: (495) 518-26-70
 электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

18+ Реклама

Конгресс-оператор:

KST интерфорум
 ООО «КСТ Интерфорум»
 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
 телефон: (495) 722-64-20
 электронная почта: mail@interforum.ru
www.rnmot.ru

Календарный план научно-практических мероприятий, организуемых РОДВК в 2016 году

**САРАТОВ**

Научно-практическая конференция дерматовенерологов и косметологов «Григорьевские чтения»

12-13

ИЮНЬ

МАЙ 26-27

14-17

ХАБАРОВСК

II Конференция дерматовенерологов и косметологов Дальневосточного федерального округа

**МОСКВА**

XVI Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов



ОСНОВАНО 9 АВГУСТА 1885 ГОДА

Организационный комитет: 107076, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6
 E-mail: congress@cnikvi.ru, ershova@cnikvi.ru, sobolevae@cnikvi.ru
 Телефон: +7 (499) 785-20-42, факс: +7 (499) 785-20-21
www.cnikvi.ru, www.rodv.ru

Место проведения:
Здание Правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36

2016

ЦИКЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СЕССИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИК

«Амбулаторный прием»



14 ИЮНЯ | Очевидное – невероятное: разговор о врачебном мышлении и о «трудных» диагнозах

13 СЕНТЯБРЯ | Лекарственный справочник амбулаторного терапевта

01 НОЯБРЯ | Патронаж медицинскими работниками: «как много в этом слове...»



МЭ МЕДИ Экспо

www.mediexpo.ru



ХII ежегодная межрегиональная конференция

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

26 - 28 июня 2016 г.

Сочи, ТК «Жемчужина»



В ПРОГРАММЕ КОНФЕРЕНЦИИ:

Пленарное заседание

- Современные стандарты и протоколы лечения социально-значимых и жизнеугрожающих заболеваний
- Система «врач-пациент-провизор» — основные проблемы информационного взаимодействия
- Современное состояние фармацевтического рынка РФ — основные тренды и тенденции
- Обеспечение доступности качественной лекарственной и медицинской помощи на региональном уровне

Секционные заседания

- Аптечная секция «Как повысить эффективность аптечного бизнеса»
- Определение потребности в лекарственных средствах на региональном уровне и ЛПУ
- Регулирование обращения лекарственных средств на территории государств-членов Евразийского экономического сообщества — ЕвразЭС
- Организация лекарственного обеспечения на региональном уровне
- Государственный контроль качества лекарственных средств
- Экспертиза лекарственных средств
- Организация деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ
- Лекарственное обеспечение ведомственного здравоохранения
- Ресурсное обеспечение реабилитационного периода
- Нутриционная поддержка ведения пациентов



Конференция традиционно собирает широкий круг участников и предоставляет возможность гармоничного сочетания интенсивной научно-практической программы, активного профессионального обмена опытом и отдыха в олимпийском городе Сочи — жемчужине Черноморского побережья Кавказа.

Насыщенная программа, авторитетный состав докладчиков и участников, современный организационный уровень являются залогом многолетнего успешного проведения данного мероприятия.

Дополнительная информация на сайте www.fru.ru, по тел.: (495) 359-06-42, 359-53-38, e-mail: fru@fru.ru, skype: fru2012

Обращаем Ваше внимание, что Оргкомитет конференции оставляет за собой право вносить изменения в программу и состав докладчиков

**IV Междисциплинарный форум
Медицина молочной железы**
19-21 мая 2016, Москва
Holiday Inn Moscow Sokolniki

Что в научной программе?
Маммологическая служба в России: проблемы и перспективы • Вопросы внедрения маммологического скрининга • Маммография: актуальность и результативность • Фармакотерапия ДДМЖ: сегодня и завтра • Фиброзно-кистозная мастопатия как междисциплинарная проблема • Циклическая масталгия: как помочь женщине? • Стереотипы, далёкие от реальности. Что мешает грудному вскармливанию? • Когда грудное вскармливание действительно противопоказано и в чём надуманность проблемы? • Проблема грудного вскармливания недоношенных • Реабилитация женщин после мастэктомии • Цифровая маммография: преимущества и сложности внедрения • Тонкоигольная или core-биопсия. Вопросы выбора

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

Только для медицинских работников

МАРС

РЕК

StatusPraesens

**I Национальный конгресс
Онкология репродуктивных органов:**
от профилактики и раннего выявления к эффективному лечению

19-21 мая 2016, Москва
Holiday Inn Moscow Sokolniki

Что в научной программе?
Общие вопросы • Скрининговые программы • Заболеваемость и смертность • Рак молочной железы • Рак шейки матки • Рак яичников • Онкоурология • Мировые тренды • Клинические случаи • Диагностика • Предикторы • Группы риска • Новое в лечении • Пластика • Иммуноterapia • Паллиативная помощь

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

Только для медицинских работников

МАРС

StatusPraesens



Выставка медицинского
оборудования, инструментов
и материалов

Разделы выставки

- Медицинские изделия и расходные материалы
- Медицинское оборудование и техника
- Программное обеспечение для медицинских учреждений
- Фармацевтические препараты и БАДы



17-19
мая 2016
Новосибирск
ул. Станционная, 104



+7 (383) 363-00-63
medima@sibfair.ru

www.medimaexpo.ru

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